

cuadernos

de la Fundación Dr. Antonio Esteve

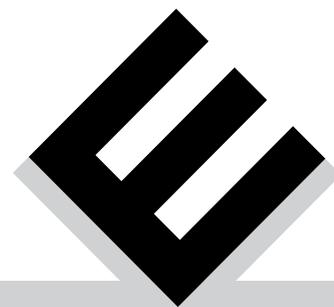


Definición de prioridades en las políticas de salud

Coordinador: Ildefonso Hernández Aguado



36



Definición de prioridades en políticas de salud

Coordinador:
Ildefonso Hernández Aguado

La presente edición recoge las opiniones de sus autores,
por lo que la Fundación Dr. Antonio Esteve no se hace
necesariamente partícipe de su contenido.

© 2016, Fundación Dr. Antonio Esteve
Llobet i Vall-Llosera 2. E-08032 Barcelona
Teléfono: 93 433 53 20
Dirección electrónica: fundacion@esteve.org
<http://www.esteve.org>

ISSN edición impresa: 2385-5053
ISSN edición electrónica: 2385-5061
ISBN: 978-84-945061-0-9
Depósito Legal: B 10801-2016
Impreso en España

La Fundación Dr. Antonio Esteve, establecida en 1983, contempla como objetivo prioritario el estímulo del progreso de la farmacoterapéutica por medio de la comunicación y la discusión científica.

La Fundación quiere promover la cooperación internacional en la investigación farmacoterapéutica y, a tal fin, organiza reuniones internacionales multidisciplinares donde grupos reducidos de investigadores discuten los resultados de sus trabajos.

Otras actividades de la Fundación Dr. Antonio Esteve incluyen la organización de reuniones dedicadas a la discusión de problemas de alcance más local y publicadas en formato de monografías o cuadernos. La Fundación participa también en conferencias, seminarios, cursos y otras formas de apoyo a las ciencias médicas, farmacéuticas y biológicas, entre las que cabe citar el Premio de Investigación que se concede, con carácter bienal, al mejor artículo publicado por un autor español dentro del área de la farmacoterapia.

Entre la variedad de publicaciones que promueve la Fundación Dr. Antonio Esteve, cabe destacar la serie *Pharmacotherapy Revisited* en la cual a través de diferentes volúmenes se recopilan, en edición facsímil, los principales artículos que sentaron las bases de una determinada disciplina.



Índice

Introducción	
<i>Pol Morales y Fèlix Bosch</i>	1
Para priorizar es prioritario... Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud	
<i>Ricard Meneu</i>	3
Diez preguntas relevantes (y algunas respuestas) para avanzar en la priorización en salud pública	
<i>Beatriz González López-Valcárcel</i>	11
Iniciativas de participación social para prioridades y políticas en materia de salud pública: ¿quién decide y con quién?	
<i>Joaquín Nieto</i>	17
El poder, el dinero y la carne. Prioridades reales en las redes sistémicas	
<i>Miquel Porta Serra</i>	31
Las prioridades en políticas de salud	
<i>Soledad Márquez Calderón</i>	43
En el velo de la ignorancia. Agencializar decisiones al servicio del bienestar ciudadano	
<i>Guillem López i Casasnovas</i>	49
Resumen de la jornada	
<i>Pol Morales</i>	51
Conclusiones	
<i>Idefonso Hernández Aguado</i>	55



Participantes

Fèlix Bosch

Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve,
Barcelona

M^a Victoria Camps

Catedrática de Filosofía Moral y Política,
Universitat Autònoma de Barcelona,
Barcelona

Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática de Métodos Cuantitativos
en Economía,
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria,
Las Palmas
Presidenta de la Sociedad Española
de Salud Pública y Administración Sanitaria

Ildefonso Hernández Aguado

Catedrático de Salud Pública,
Universidad Miguel Hernández, Alicante
Ex Presidente de la Sociedad Española
de Salud Pública y Administración Sanitaria

Guillem López i Casanovas

Catedrático de Economía,
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Soledad Márquez Calderón

Vocal de la Fundación Instituto de Investigación
en Servicios de Salud (IISS), Sevilla

Ricard Meneu

Vicepresidente de la Fundación Instituto
de Investigación en Servicios de Salud (IISS),
Valencia

Sebastián Mora

Secretario General de Cáritas España, Madrid

Pol Morales

Fundación Dr. Antonio Esteve, Barcelona

Cristina Narbona

Consejera del Consejo de Seguridad Nuclear,
Madrid

Joaquín Nieto

Director de la Oficina
de la Organización Internacional del Trabajo
en España, Madrid

Miquel Porta

Catedrático de Medicina Preventiva
y Salud Pública, IMIM - PRBB
y Universitat Autònoma de Barcelona,
Barcelona

Joan Subirats

Catedrático de Ciencia Política,
Universitat Autònoma de Barcelona,
Barcelona



Introducción

Pol Morales y Fèlix Bosch

Por iniciativa del profesor Ildelfonso Hernández, en representación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias (SESPAS), se propuso a la Fundación Dr. Antonio Esteve colaborar en la organización de una jornada para debatir sobre la definición de prioridades en salud pública. No debería extrañar que una fundación con una línea de acción claramente farmacológica aceptase este interesante reto, puesto que desde sus inicios han sido múltiples las colaboraciones con SESPAS, la Sociedad Española de Epidemiología y sus asociados¹. El tema del debate estaba perfectamente justificado, en el sentido de que los ajustes económicos de los últimos años han acentuado las tensiones a la hora de elegir el orden de las políticas de salud que se deben promover por parte del gobierno. En esta jornada, que tuvo lugar el 10 de julio de 2015 en Barcelona², se consiguió implicar a un total de 12 profesionales de áreas diversas, por lo que el primer punto a destacar sería la riqueza de las aportaciones desde tan diferentes perspectivas. El formato de la reunión, de un día intensivo mañana y tarde, tres ponencias iniciales y debates sujetos a la moderación por parte del Dr. Hernández, condujo a un intercambio de pareceres rico y fructífero.

A nuestro entender, el punto de partida del debate surge cuando los muchos y diversos estudios que se realizan en nuestro país sobre temas de salud pública aportan pruebas y resultados de gran valor que no siempre son convenientemente plasmados en las políticas gubernamentales. Además, parece evidente que se requiere un esfuerzo para priorizar estos estudios de cara a decidir su posible traslación a la política.³ Todos

los asistentes estuvieron de acuerdo en que la no priorización de las iniciativas conduce inevitablemente al fracaso de las políticas que se pretenda implantar. Por lo tanto, resulta imprescindible analizar y debatir sobre cómo establecer mecanismos de priorización.

¿Qué políticas de salud pueden priorizarse? Evidentemente se parte de infinidad de posibilidades y de decisiones a tomar, muchas de ellas claramente relacionadas con la salud. Sin embargo, previo a las políticas propias de salud, se comentaron políticas sobre los condicionantes sociales de la salud y el bienestar de la población, tales como la vivienda, la exclusión grave, la participación, el capital social y relacional, o la pobreza infantil. De las políticas específicas de salud, se citaron la promoción de determinadas medidas preventivas, pasando por intervenciones médicas innecesarias, mejoras de calidad de vida, la modificación de otros condicionantes y hábitos de salud, la aplicación de medidas medioambientales, la toma de decisiones sobre violencia de género, la muerte digna, etc.⁴ Temas específicos, además de las enfermedades transmisibles, podrían ser la obesidad, la diabetes, las enfermedades crónicas y las enfermedades mentales, y la anorexia, como vigentes candidatas a la priorización de cara a su traslación mediante medidas políticas que las aborden⁵. Otros factores recogidos en los objetivos de desarrollo sostenible del milenio, no todos relacionados de manera directa con la salud, también son claramente priorizables para mejorar el bienestar de la población⁶.

Otro punto de debate, antes de plantearse cómo priorizar las medidas políticas de salud pública, parte de las controversias en taxonomía.

Se acepte la definición de enfermedad propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1946) o la establecida en el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrado en Perpiñán (1975),⁷ este concepto debería diferenciarse de otros mucho más amplios, como el estado de bienestar o el de vida saludable que algunos incluso amplían hasta la felicidad.⁸

Durante el debate surgieron algunos temas tangenciales a la priorización de políticas en salud pública, pero también muy relevantes. Parece lógico el razonamiento de Sebastián Mora cuando defiende que la salud no debería ser una finalidad por sí misma, puesto que, por insostenible, conduciría a agotar todos los recursos. La salud más bien debería ser una consecuencia de políticas sanitarias adecuadas. Por otro lado, se consideraron muy importantes la necesidad de informar, comunicar y educar en temas de salud pública, la necesidad de defender la equidad en las medidas de salud pública aunque ello implique desigualdades, y la importancia de la priorización participativa a través de los diferentes colectivos (asociaciones, comisiones y consejos asesores, organizaciones independientes, instituciones gubernamentales, etc.).

Una vez abordados estos aspectos generales, pero que podrían incluso suponer motivo de debate de forma monográfica, la reunión se centró en posibles mecanismos o estrategias a través de los cuales podrían priorizarse las políticas sanitarias. Se defendieron algunos de ellos y se intercambiaron opiniones muy diversas al respecto. Se insistió también en que la priorización y la implantación de medidas políticas de salud pública deberían complementarse con su posterior seguimiento y evaluación.⁹ En lo que respecta a la imprescindible participación gubernamental en dichas políticas, se destacó la necesaria transversalidad de las políticas de salud entre los diferentes ministerios, es decir, que su implementación no sólo es responsabilidad del ministerio de la salud, sino también de los de agricultura, medio ambiente, industria y trabajo, entre otros, que también deberían implicarse.

Finalmente, a modo de conclusión, creemos que la jornada resultó realmente interesante, que los temas surgidos pueden plantearse y debatirse a partir de ahora de una forma mucho más dirigida, sea con este u otros formatos, y que desde la Fundación Dr. Antonio Esteve nos comprometemos a considerar nuevas colaboraciones con SESPAS y otras sociedades científicas que nos hagan propuestas en esta misma línea.

Bibliografía

1. Morales P, García L, Bosch F. Dos décadas de actividades puente entre la farmacología, la epidemiología y la salud pública en España. *Gac Sanit.* 2015;29:224-7. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/dos-decadas-actividades-puente-entre/articulo/S0213911114003112>
2. <http://www.esteve.org/jornada-prioridades-politicas-salud>
3. Calvete Oliva A, Campos Esteban P, Catalán Matamoros D, Fernández de la Hoz K, Herrador Orti Z, Merino Merino B, et al. Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la presidencia española de la Unión Europea en 2010. *Rev Esp Salud Pública [online].* 2010;84:3-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n1/colaboracion.pdf>
4. Cortés-Franch I, González López-Valcárcel B, Pérez-Farinós N. Crisis económica y salud. Informe SESPAS. *Gac Sanit.* 2014; 28(Supl 1):1-146. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X>
5. Ramírez Fernández R, Ordóñez Iriarte JM. Vigilancia en salud pública: más allá de las enfermedades transmisibles. *Gac Sanit.* 2005;19:181-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000300001&lng=es
6. ONU. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/beyond2015-overview.shtml>
7. Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
8. Martí Tusquets JL. El descubrimiento científico de la salud. Rubí: Anthropos; 1999.
9. Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009. Disponible en: <http://www.undp.org/eo/handbook>



Para priorizar es prioritario...

Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud

Ricard Meneu

La tarea de definir prioridades es siempre compleja y algunos de los requisitos planteados en esta convocatoria pueden complicarla más. Al tratarse de un reto doblemente apasionante, parece oportuno empezar haciendo algunas reflexiones que faciliten debatir sobre qué metodología de selección y difusión adoptar, para lo que convendrá definir inequívocamente algunos propósitos y visualizar algunos de los escollos para esta singladura, por fortuna ya suficientemente cartografiados.

Establecer prioridades, además de necesario, puede ser un ejercicio gratificante, especialmente cuando las repercusiones afectan a otros. Esa debe ser la ventaja que explique la contumaz inercia de trabajar y pensar en «silos» o compartimentos estancos, por más que a la hora de priorizar en salud es una obviedad, tan repetida como ignorada, afirmar que es un error a evitar hacerlo por «silos», por sectores, por partidas presupuestarias o por dependencias administrativas. Aun así, resulta fácil identificar nuestros particulares «silos» implícitos como aquellos en los que indefectiblemente todo nos parece, además de importante, imprescindible e irrenunciable.

Cuando proponer priorizaciones no obliga a considerar el coste de oportunidad de aquellas actuaciones a las que habrá que renunciar para emprender las preferidas, existe un gran riesgo de llevar a cabo un ejercicio estéril de grandes ideas y buenos propósitos sin expectativas de concreción. Contamos con que en nuestras sociedades no resulta demasiado verosímil que se

vaya a hacer tabla rasa y reconfigurar el conjunto de actuaciones según prioridades, como si se elaborara un «presupuesto de base cero», un modo de distribución de recursos congruente y justificado que vaya mucho más allá del denostado y perpetuo presupuesto incrementalista con retoques. Por tanto, al plantearse cualquier diseño de priorización, ignorar la resiliencia mecánica de estas inercias puede deslizarnos fácilmente hacia un mero ejercicio de maximalismo inútil, condenado a producir melancolía.

Con todo, no son estas la principales dificultades a solventar al plantearse un ejercicio de priorización, aunque convenga tenerlas presentes desde el comienzo. Existen dos aspectos que requieren especial atención y que se refieren a la adecuada definición del objetivo pretendido y la atenta crítica a las asunciones implícitas en cualquiera de las estrategias procedimentales que se adopten. Avanzaremos seguidamente sobre ellos, aclarando previamente que la finalidad de estas cautelas es ayudar a esquivar indeseados errores, por más que en ocasiones pueda parecer un intento derrotista de hacer abandonar cualquier esperanza de éxito. Adicionalmente apuntaremos algunas implicaciones de la adopción de una perspectiva transversal o intersectorial y del manejo del conocimiento disponible.

Objetivos y métodos

Sobre el objetivo pretendido, una vez se relativiza que la salud, siendo un requisito, una *capability**

* Para Nusbaum, entre «the 10 central human capabilities», la segunda es «Bodily health: being able to have good health, including reproductive health». Nusbaum M. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge, MA: Belknap Press; 2011.

ampliamente deseable, no es la única aspiración a maximizar (otros objetivos no menos deseables, incluso en ausencia de salud perfecta, incluyen el bienestar o la felicidad¹) y que compite con otros objetivos sociales (educación, pobreza, dependencia, etc.),² conviene explicitar la estrategia de ganancia adoptada: ¿pretendemos aumentar la salud en promedio o donde más falta? Es decir, ¿incorporamos una enunciación de equidad más horizontal o vertical? En el segundo caso se debería desplazar el foco de lo prioritario desde aquello que maximiza la salud total hacia lo que consigue mejoras selectivas que llevan a reducir diferencias evitables en salud (aproximando al alza). Las repercusiones metodológicas de esta definición inicial de objetivos resultan claras.

En cuanto al procedimiento, inicialmente tranquilizará saber que existen numerosos precedentes arropados por enjundiosas propuestas técnicas, algunas más consistentes que otras, aunque siempre teñidas de inescapables sesgos. La cuestión central a la hora de definir prioridades es la determinación de los problemas de salud a los que se busca dar respuesta, pero la importancia atribuida a cada enfermedad depende de decisiones aparentemente técnicas, como la selección de los indicadores con que evaluar sus consecuencias. Para comparar las repercusiones de distintos problemas de salud se ha propuesto considerar varias dimensiones, como el número de personas afectadas por cada patología, el número de muertes que causa, el grado de discapacidad que ocasiona, la afectación que supone sobre la vida ordinaria, los costes económicos y sociales de la enfermedad, y en el caso de procesos epidémicos, la necesidad de actuar rápidamente para frenar su difusión.

Salta a la vista que la cuantificación de la «prioridad» admite múltiples especificaciones. La elección de alguna de ellas nunca es neutral sino cargada de valores y preferencias –no siempre explicitados– que se traducen en ordenaciones radicalmente diferentes. Así, si el criterio considerado para priorizar fuera el número de muertos que ocasiona una enfermedad o el impacto sobre la autonomía y funcionalidad de sus afectados, previsiblemente los recursos se concentrarían en problemas propios de edades avanzadas.

En cambio, si se recurre a ciertas mediciones usuales del impacto económico de la enfermedad, como son las pérdidas de productividad o los subsidios por absentismo, se favorece a los más jóvenes, ya que la población de mayor edad no puntúa en esos indicadores.

De este modo es fácil enfrentarse a aparentes aporías. Si se prioriza basándose en el número de personas que los padecen, seguramente se prestará una atención desmesurada a procesos muy comunes que pueden tener un efecto limitado sobre la salud y la supervivencia. De este modo se dedicarían ingentes recursos a la resolución de accidentes banales o resfriados comunes, y apenas ninguno a infrecuentes patologías hereditarias. Si el criterio adoptado como guía es la mortalidad asociada a cada enfermedad, las patologías crónicas –que ocasionan largos periodos de incapacidad y un alto nivel de dependencia social– recibirán una escasa atención. En el caso de que ordenáramos nuestras preferencias según la discapacidad o los costes que las enfermedades originan, según se considerasen en términos estrictamente sanitarios –hospitalizaciones, consultas y fármacos– o incluyendo sus variadas repercusiones indirectas –pérdidas de productividad, cargas familiares, necesidades de cuidados informales–, obtendríamos resultados totalmente discordantes.

La resolución de estos problemas dista de ser sencilla. Ni siquiera, como suele argumentarse, recurriendo a unidades agregadas de utilidad –como pueden serlo los años de vida ajustados por calidad (AVAC) o por discapacidad (DALY)–, cuya generalización no evita incorporar muchas de las inconsistencias o paradojas apuntadas. (Por más que aceptemos que evitar a trescientas personas un par de días de gripe con su calidad de vida mermada a la mitad es idéntico a garantizar a un enfermo terminal un año de vida con salud casi plena.)

De la transversalidad y su conocimiento

A las anteriores dificultades procedimentales que suponen la imposibilidad de una solución asépticamente técnica –de cuya resolución nos ocuparemos en el siguiente epígrafe– se añaden



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

para nuestro propósito las procedentes de las complejidades de un planteamiento de colaboración transversal y las derivadas de las limitaciones y provisionalidades del conocimiento para alimentarla.

La mayor parte de los ejemplos que venimos manejando proceden de los ámbitos de la salud pública o los servicios sanitarios, pero sus repercusiones se acrecientan cuando pretendemos abarcar las políticas no relacionadas directamente con la salud, pero que inciden en ella. La deseable perspectiva intersectorial introduce más grados de desconocimiento mutuo sobre los modos de actuación de unos y otros, lo que previsiblemente propicie una dispar valoración de costes y beneficios sobre las intervenciones en los distintos ámbitos (percepción de mayores costes de las mermas en el propio silo y de menores ganancias a obtener en los ajenos).

La colaboración intersectorial (ISC), descrita como una herramienta y un proceso, se define como «Una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con parte o partes de otro sector que se forma para tomar decisiones sobre alguna cuestión con el fin de lograr resultados de salud de una manera que sea más eficaz, eficiente y sostenible que la que podría lograrse desde el sector de la salud por sí solo»*.

Aunque no existe una lista definitiva de qué sectores deben participar cuando los individuos y los grupos deciden colaborar, hay un entendimiento común que implica tanto la colaboración horizontal como la vertical.³⁻⁶ Para no dispersarnos ahora con esta taxonomía, sus principales rasgos se muestran en el Anexo al final del texto.

Pero a pesar de las oportunidades que ofrece una adecuada colaboración intersectorial en el logro de priorización transversal para mejoras en salud, indefectiblemente incorpora o exacerba un problema que ya se ha apuntado: la mayor inconmensurabilidad de sus efectos, dadas las limitaciones y provisionalidades del conocimiento intercambiable. Carecemos de estimaciones adecuadamente comparables de los efectos sanitarios, económicos y sociales de la intervención

en muchos ámbitos «priorizables», en especial fuera de los dominios tradicionales de la salud. Es fácil observar la presencia de demasiadas intuiciones y exageraciones o maximalismos, ocasionalmente bienintencionados y a menudo interesados. En muchos de los campos a abordar «prioritariamente» con una perspectiva de mejora de salud –producción agropecuaria, externalidades industriales, controles comerciales, incentivos o gravámenes fiscales, etc.– el conocimiento que tenemos dista de ser comparable al desarrollado en disciplinas con reglas de producción de conocimiento normalizadas, generales y comparables.

Con demasiada frecuencia, la robustez de la evidencia disponible, tanto sobre la magnitud como sobre la eficacia de las intervenciones promotoras de salud en esas áreas, parece inversamente proporcional a su presencia en agendas o foros, estando quizás más relacionada con fenómenos de «noticiabilidad» y «moda» que con resultados de programas de investigación adecuados.

En general, sobre políticas no directamente consideradas en relación con la salud tenemos más intuición que evidencia sobre sus potenciales beneficios, y lo que es peor, limitados casos y estudios sobre las estrategias más eficientes para conseguir su redireccionamiento efectivo. En las políticas de salud pública encontramos grandes asimetrías respecto al grado suficiente en que algunas estrategias, acciones o actividades han sido evaluadas, frente a otras, aún encastilladas en su presunta deseabilidad por la bondad de sus intenciones. Una situación similar, pero con mucha más y mejor investigación, se da seguramente en los servicios sanitarios, aunque aquí es su efectividad, su capacidad real de afectar la situación existente y lograr mejoras visiblemente deseables, la que dista mucho de ser satisfactoria, sea por razones de inadecuada aplicación, comunicación o inoperancia frente a los variados intereses que prefieren preservar el *statu quo* y la falacia del «más es siempre mejor».

* Conferencia Internacional de la OMS sobre la Acción Intersectorial para la Salud, 1997.

¿Qué hacer? Otra modesta proposición.

O dos

En la convocatoria se afirma: «La tarea de elegir prioridades es compleja y es oportuno debatir sobre qué metodología de elección y comunicación es la más apropiada». Además, se propone hacerlo con pretensiones de globalidad, transversalidad o intersectorialidad, es decir, elegir qué políticas –las principales– debería aplicar cualquier administración aquí y ahora. Políticas que deben abarcar desde las no relacionadas directamente con la salud, pero que inciden en ella, pasando por las de salud pública que reduzcan la carga de enfermedad evitable, hasta las de servicios sanitarios que garanticen que estos funcionan correctamente, se aplican con la máxima cobertura y con el empleo de las tecnologías adecuadas mientras se evitan los innecesarios o ineficientes.

Teniendo en mente las cautelas apuntadas, un posible curso de acción pasaría por revisar los principales métodos usados, elegir el que parezca más adecuado a las pretensiones y capacidades de nuestra empresa, y –a lo sumo– recalibrar aquellos aspectos que nos parezcan claramente mejorables, modificando la métrica empleada, las ponderaciones relativas o la distancia focal, en aspectos como la atribución de valor a las distintas repercusiones sociales, la preferencia asignada a lo público y lo privado, o a la responsabilidad individual o colectiva, o la perspectiva a adoptar, sea esta sanitaria, gubernamental, social, etc.

En cuanto a la revisión de lo ya hecho, los esfuerzos para establecer, más o menos formalmente, priorizaciones en políticas de salud y sanitarias se pueden contar, más que por cientos, por miles. Entre ellos abundan los que recurren a habituales técnicas de consenso –Delphi, grupo nominal, etc.–, pero son más raros los llevados a cabo con criterios explícitos de decisión que faciliten la reasignación de recursos entre programas, servicios o tecnologías que compiten por aquellos en «entornos reales». Afortunadamente, sobre estas priorizaciones sanitarias con criterios de decisión explícitos, una revisión sistemática reciente⁷ ha mejorado en gran medida las exploraciones previas, permitiéndonos conocer cuáles

son las herramientas y criterios con más frecuencia empleados.

Los métodos utilizados en contextos reales de decisión para guiar el establecimiento de prioridades documentan una clara preeminencia del PBMA (*Programme Budgeting and Marginal Analysis*) y en menor medida del MCDA (*Multi-Criteria Decision Analysis*), que más que como rival puede verse como complementario.

En cuanto a los criterios manejados, los más comunes fueron:

- La eficacia del programa.
- Su impacto presupuestario (asequibilidad).
- El potencial de reducción de desigualdades entre grupos.
- El número de personas que podrían beneficiarse del programa o intervención.
- Su coste-efectividad u otra métrica de evaluación económica.
- La calidad de la evidencia disponible.

Esta lista sensata, inclusiva y obvia, ni proscribire incorporar otras consideraciones ni prejuzga la ponderación entre criterios, por lo que puede servirnos como falsilla para elaborar nuestra receta local. Para esa elaboración disponemos de otros muchos recetarios que pueden facilitar y acelerar la configuración de nuestra estrategia de priorización. Entre ellos se sugieren algunas otras revisiones, como *The economics of priority setting for health care: a literature review*⁸ y *From efficacy to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making*;⁹ también manuales y equipamiento instrumental, como *Prioritization summaries and examples*, de la National Association of County and City Health Officials,¹⁰ y *Health people 2010 toolkit, setting health priorities and establishing objectives*, de la Public Health Foundation;¹¹ o diferentes ayudas para decisores, como *Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers*,¹² *Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis*,¹³ y *Guidance on priority setting in health care: the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis*.¹⁴



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

Adicionalmente, para minimizar alguno de los riesgos ya señalados, quizás una forma práctica de pensar las grandes prioridades a señalar podría pasar por asumir que para su materialización no se cuenta con recursos disponibles indefinidos o, lo que es casi lo mismo, que esos recursos no provendrán de otros sectores/silos/dependencias/administraciones, sino de mermas en los propios, dado el mejor empleo que de ellos se hará.

Aunque parezca resignada y menos vistosa, una posible aproximación cauta que pretenda obtener resultados limitados, insuficientes, pero con expectativas reales, debería renunciar a alcanzar quijotesca mente los evidentes silos avistados, prefiriendo intentar ampliarlos, hacerlos más útiles, funcionales y permeables (intercomunicados) entre ellos. Así nos forzaríamos a generalizar –*grosso modo* y con las menores trampas posibles– el empleo de alguna estrategia con la que desde hace un tiempo se viene trabajando –al menos teóricamente– en la tan denostada, comparativamente, asistencia sanitaria: la «reversión»¹⁵ o, si se prefiere, «desinversión».¹⁶

A primera vista puede parecer paradójico emprender un ejercicio de priorización con una postergación, pero hay que recordar que una priorización completa exige una ordenación de todas las actividades, mientras esta estrategia solo exigiría mirar dos colas para ser internamente verosímil.

Si alguien pretende impugnar esta táctica posibilista le bastará con indagar sobre algún modo factible de transferir parte de los importantes recursos destinados a, digamos, tratamientos oncológicos fútiles, o millonarias prescripciones orientadas a amortiguar vicariamente cifras imaginativas de monitorización de factores de riesgo, a partidas o destinos donde pueden aportar mayores cotas de salud, como algunas mejoras urbanísticas, en seguridad vial o, claramente, en educación preescolar.

Pero incluso sin una concreción presupuestaria viable a la vista, una estrategia de priorización entendida como desplazamiento o sustitución de recursos, al menos limitaría la tendencia acríticamente expansiva de muchas propuestas. Especialmente las que escudadas en grandes cifras agregadas y con escasa, si alguna, valoración de

los procesos y efectos necesarios para alcanzar difusos objetivos reclaman para sus intenciones recursos cuyo origen está casi menos evaluado que su propia práctica.

Recapitulando

A la vista de lo expuesto, la necesaria exigencia del mejor aparataje posible no debe hacer olvidar que las soluciones estrictamente técnicas no existen. Ante decisiones conflictivas puede surgir la tentación de esperar una supuesta racionalización por la vía de los expertos. Buscar la respuesta instrumental más que la conceptual supone olvidar que el papel de los estudios técnicos consiste en informar correctamente la toma de decisiones públicas, y no en sustituirlas. Las cuestiones críticas sobre la priorización sanitaria se refieren a los medios y las reglas con que los decisores relevantes establecen, buscan y alcanzan sus objetivos de intervención, lo que incluye las decisiones sobre qué líneas deben potenciarse, por quién, con qué fines definidos y, quizás, a costa de qué.

La valoración final de la idoneidad de las elecciones adoptadas solo puede hacerse mediante criterios como representatividad, transparencia y responsabilidad. No existen fórmulas ni mecanismos perfectos para asignar recursos. Todos incorporan valores, preferencias, errores de medida... Y ninguno garantiza a priori una distribución más justa o eficiente. Pero el proceso de hacer explícitos los criterios de priorización, definir sus ponderaciones y debatir las alternativas permite poner las decisiones en manos de sus beneficiarios potenciales, el conjunto de la ciudadanía, y no solo de los actuales, así como equilibrar intereses legítimos, pero minoritarios, con otros más generales.

Anexo

Principales rasgos de la colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial (ISC) se define como «Una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con parte o partes de otro sector que se ha formado para tomar decisiones sobre alguna cuestión para lograr los resultados

de salud (...) de una manera que sea más eficaz, eficiente y sostenible que la que podría lograrse desde el sector de la salud por sí solo»*.

Aunque no existe una lista definitiva de qué sectores deben participar cuando los individuos y los grupos deciden colaborar, hay un entendimiento común que implica tanto la colaboración horizontal como la vertical.

La colaboración horizontal se produce en todos los sectores que se encuentran en el mismo nivel e incluye:

- entre sectores dentro de la salud (hospital, la salud pública, centros de salud comunitarios, agencias de cuidado en el hogar, y una gama de agencias de la comunidad) que ofrecen programas y servicios, o
- entre los sectores de salud y no sanitarios (servicios sociales, educación, educación postsecundaria, la vivienda, los grupos ecologistas, la justicia, bibliotecas, empresas, transporte, etc.), o
- todas las divisiones, los ministerios o departamentos dentro del sector gubernamental.

La colaboración vertical se produce a diferentes niveles e incluye:

- entre los diferentes niveles de gobierno: federal, provincial o municipal, o
- relacionadas con la geografía (local, regional o provincial), o
- dentro de las organizaciones (niveles administrativos superiores al nivel de servicio/prestación, programa o cuidado directo).

La colaboración horizontal es eficaz para reunir diversos recursos, conocimientos y experiencia para resolver problemas complejos cuyas soluciones están más allá de la capacidad de cualquiera. Sus ventajas radican en la posibilidad de crear capacidad y maximizar el uso de recursos combinados.

La colaboración vertical es importante cuando un problema afecta a ambos socios gubernamentales y no gubernamentales, y hay una necesidad de una amplia política coherente y recursos sostenidos.

Bibliografía

1. Bruni L, Porta PL, editores. Handbook on the economics of happiness. Chentelham: Edward Elgar; 2007.
2. González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que esta triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. Gac Sanit. 2012;26:176-7.
3. Minister of Health Canada. The Public Health Agency of Canada Strategic Plan: 2007-2012. Information, Knowledge, Action. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/sp-ps/pdfs/PHAC_StratPlan_E_WEB.pdf
4. MacLean LM, Clinton K, Edwards N, Garrard M, Ashley L, Hansen-Ketchum P, et al. Unpacking vertical and horizontal integration. A Canadian perspective. Implementation Science. 2010;5:36. Disponible en: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-36>
5. Health Canada. 1999-2000 estimates, a report on plans and priorities. Disponible en: <http://www.publications.gc.ca/site/eng/375718/publication.html>
6. Frankish CJ, Moulton GE, Quantz D, Carson AJ, Casebeer AL, Eyles JD, et al. Addressing the non-medical determinants of health: a survey of Canada's health regions. Can J Public Health. 2007;98:41-7.
7. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2015;15:164. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/164>
8. The economics of priority setting for health care: a literature review. K Hauck, PC Smith, M Goddard. World Bank, Washington, DC 2004. Disponible en: <http://site.resources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf>
9. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. Cost Eff Resour Alloc. 2012. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-7547-10-9.pdf>
10. National Association of Country & City Health Officials. First things first: prioritizing health problems (NACCHO Tools). Disponible en: <http://www.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf>
11. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Toolkit. Disponible en: <http://lin.ca/node/145062/external/north> o <http://www.phf.org/resourcestools/Documents/HP2010Toolkit2002.pdf>
12. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC Health Serv Res. 2012. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-454>

* Conferencia Internacional de la OMS sobre la Acción Intersectorial para la Salud, 1997.



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

13. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2006;4:14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/>
14. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock DW, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2014. Disponible en: <http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-12-18.pdf>
15. Repullo J. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.* 2012;27:130-8. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/articulo_repullo%281%29.pdf
16. Bernal E, Campillo C. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit.* 2013;27:175-9.



Diez preguntas relevantes (y algunas respuestas) para avanzar en la priorización en salud pública

Beatriz González López-Valcárcel

En este documento se proponen diez cuestiones como puntos de mira para avanzar en la priorización en salud pública aquí y ahora, es decir, en el contexto español. Ofrezco líneas de avance prometedoras en algunos casos, reflexiones en otros, y cautelas sobre trampas y campos minados.

1. ¿Quiénes somos y para quién trabajamos? ¿Somos científicos y nuestro valor añadido es aportar evidencia que fundamente las decisiones de priorización? ¿Trabajamos para decirle al gobierno lo que ha de hacer, o cómo hacerlo? ¿A la sociedad? ¿A las organizaciones sociales, a las científicas? Si partimos de la base de que la salud se produce con múltiples *inputs*, y los más productivos son personales –cómo vivimos, qué comemos–, que el entorno socioeconómico, el capital social y la forma de relacionarnos con los demás y con el medio es fundamental para producir o destruir salud, y que el gobierno y las políticas públicas pueden influir pero solo hasta cierto punto en los procesos productivos de salud, entonces el enfoque «gobiernocéntrico» es una trampa. Por otra parte, el gobierno no nos ha *encargado* este ejercicio de reflexión sobre prioridades, lo hacemos *motu proprio* confiando en que gobierno y sociedad atiendan a nuestros consejos.
2. ¿Por qué *nosotros* nos autoerigimos como priorizadores? Posiblemente lo hagamos en la esperanza de aportar valor añadido en forma de evidencia de los impactos de posibles acciones alternativas lideradas por los gobiernos –políticas públicas– y por agentes y grupos sociales. Parte de nuestro valor añá-

dido es detectar lagunas en el conocimiento que es prioritario cubrir; por tanto, también hay que priorizar las necesidades de investigación de efectividad, de coste-efectividad y de impacto de las políticas. Un ejercicio de este tipo fue lo primero que hizo el Institute of Medicine (IOM) cuando los Estados Unidos como país se planteó cambiar el rumbo para atender a la efectividad comparada¹. En un proceso participativo de los agentes del sector, expertos y público, se fijaron 100 temas o problemas de salud a investigar, 82 de ellos seleccionados de un amplio conjunto de 1268 por el público, y los 18 restantes a propuesta del comité de expertos del IOM. Sólo se consideraba sanidad, cómo o dónde hay que ofrecer los servicios, más bien que qué servicios hay que ofrecer. No olvidaron las desigualdades étnicas y sociales, ni los problemas que no son estrictamente de salud, sino limitaciones funcionales o dependencia/discapacidad. Atendieron también a los cambios en estilos de vida y comportamiento de las personas relacionados con la salud, y a los métodos para diseminar los resultados del ejercicio de priorización (qué es lo más efectivo para dejar de fumar o de beber). La priorización incluyó reglas sobre qué evitar (pruebas diagnósticas innecesarias, por ejemplo).

3. Alcance del ejercicio. De lo general a lo particular, podríamos incluir salud y bienestar social, solo salud, o solo sanidad. Si es bienestar social, ¿se trata de escribir el programa de las políticas sociales que debería poner en marcha el gobierno? ¿Tenemos vocación de

gobierno en la sombra? ¿O somos un gabinete consultor independiente que el gobierno puede ignorar? Un ejercicio omnicompreensivo –bienestar social– es intelectualmente atractivo, pues considera los *trade-off* entre distintos objetivos de la sociedad, reconociendo que la salud es uno más y, aunque importante, no exclusivo. Bienestar económico, educación, seguridad o medio ambiente compiten con salud por la atención de los gobiernos. Si desde la salud pública vendemos la idea de salud en todas las políticas, con éxito institucional, al menos sobre el papel, pues se ha erigido como política oficial de la Unión Europea, lo propio podrían hacer con la idea-fuerza de educación en todas las políticas abogando por una sociedad del conocimiento como vía estratégica hacia el bienestar económico y la felicidad de las personas. Este enfoque de función general de bienestar social que trasciende a la salud y contrapone pérdidas y ganancias de cambiar en el margen salud por ingresos, por ejemplo, es el más atractivo para la economía. Se ha avanzado considerablemente en esta línea durante los últimos años, definiendo funciones de bienestar social y a través de propuestas como la *healthy equivalent income* (comparar la renta de dos personas que tengan buena salud.²⁻⁴ Da que pensar un resultado de estos análisis: que las desigualdades en renta importan más que las desigualdades en salud*. Otros enfoques económicos del bienestar social se centran en las capacidades de las personas y en la satisfacción o bienestar subjetivo; es la «revolución de la felicidad»⁵ que ha llegado a la economía. Dentro de este enfoque, un estudio para 40 países con una muestra de 634.951 personas⁶ explora los determinantes de la satisfacción en la vida entre 1990 y 2011, y hasta qué punto las prohibiciones relativas al uso de tabaco influyen en dicha satisfacción. Lo más llamativo de los resultados, a mi juicio, es que la máxima diferencia entre niveles de satisfac-

ción vital se da entre personas empleadas y desempleadas, no entre los que tienen mejor o peor salud. Así pues, entre salud y renta hay un *trade-off* (renunciamos a algo en una de ellas a costa de una mejora en la otra), y las personas son heterogéneas, incluso la misma persona cambia a lo largo de su vida. A medida que nos hacemos mayores y más ricos, la salud va ganando prioridad y valor en nuestra vida⁷. Tenemos que decidir si el ejercicio de priorización se va a limitar a la salud o es más ambicioso en términos de bienestar social.

4. Trabajar con nivel 4 de seguridad, separando con bisturí conceptual los mundos positivo y normativo, evitando contaminar con juicios de valor (normativos) supuestos juicios técnicos.
5. ¿Enfoque *Top-Down* o *Bottom-up*? Posiblemente sean complementarios. El enfoque *Top-Down* empieza por considerar los grandes objetivos del estado del bienestar –salud, servicios sociales y dependencia, pensiones, educación, riqueza material, etc.– y va bajando para concretar. Así como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se responsabiliza en el Reino Unido de establecer qué tratamientos se financian con cargo a impuestos y qué nuevas tecnologías se adoptarán, con criterios de eficacia, seguridad, coste-efectividad y otros complementarios que reflejan los valores consensuados socialmente, una agencia independiente, llamémosla NIWE (National Institute for Welfare Enhancement) podría ser competente en decisiones sobre prestaciones del bienestar a largo plazo con criterios de eficiencia y equidad, garantizando cierta independencia respecto a las vicisitudes y servidumbres de la política en el corto plazo y la inconsistencia dinámica que entraña⁸. En esa propuesta, el NIWE sería un organismo independiente, al menos tanto como lo son los bancos centrales, y estaría encargado de implementar un consenso social sobre pensiones, salud y servicios

* Marc Fleubaey. *Health policy through the social welfare lens*. Conferencia en las XXXV Jornadas de Economía de la Salud. Granada, 17 junio de 2015.



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

sociales que simultáneamente consolide el estado del bienestar y fomente la productividad. Este enfoque *Top-Down* requeriría una medida de bienestar social operativa que permitiera comparar los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados con intervenciones sobre la salud y sus determinantes con la «satisfacción» ganada, por ejemplo, con un aumento de renta por la vía de las pensiones. El enfoque *Bottom-Up* opera al revés. Empieza comparando las alternativas para conseguir el mismo resultado para la misma población –tratamiento de la diabetes– y posteriormente va subiendo. Priorizar entre una lista de problemas o alternativas estrecha –única indicación– es sencillo, pero a medida que se va ampliando el foco, el ejercicio se complica. Asimismo, priorizar empleando un solo criterio es sencillo, pero a medida que se van añadiendo criterios, el ejercicio se complica. No obstante, las soluciones técnicas no son un obstáculo, pues la literatura ofrece un conjunto de métodos –PBMA (*Programme Budgeting and Marginal Analysis*) y MCDA (*Multi-Criteria Decision Analysis*)– suficientemente estandarizados. Son un punto de partida prometedor. La ponencia de Ricard Meneu revisa los métodos y criterios más empleados en las priorizaciones.

6. ¿Priorización como método o como resultado? Es cuestión fundamental delimitar el alcance del trabajo, que podría:
- Establecer un método que guíe la priorización: cómo establecer criterios, qué, quién, cómo y cuándo.
 - Delinear el proceso, sus fases y la arquitectura de su posible institucionalización (p. ej., creando una agencia de evaluación de las políticas de bienestar).
 - Proponer resultados, es decir, ofrecer una lista priorizada de problemas a abordar.

d) Abordar las posibles dificultades y problemas para la implementación práctica de esos resultados.

En mi opinión, debemos dejar fuera el punto c. No se trata de encontrar la solución (tampoco estamos legitimados para hacerlo), sino de sugerir cómo llegar a ella.

7. ¿Descubrir la pólvora? ¡Pero si ya está descubierta! Mejor construir a partir de lo que tenemos. Las evidencias y experiencias acumuladas son útiles, aunque sean parciales y limitadas, y contribuyen a edificar una cultura de la priorización, esencial para la aceptación social. Por eso, en todo proceso de priorización debería contarse con la participación activa de la población a la vez *input* y *output*: para que revelen sus valores y preferencias (*input* en el proceso de priorización) y para que el hecho de priorizar se vaya asimilando socialmente y sea más y más aceptable (*output*). En suma, se trata de avanzar poco a poco en la cultura de la priorización. Para llegar al 100% hay que pasar por todos los números inferiores, desde el 0. En España tenemos algunas experiencias constructivas. Pondré dos ejemplos. El primero es el de la agencia de evaluación de tecnologías de Galicia (AVALIA), que ha propuesto un método de priorización de tecnologías obsoletas para desinvertir.⁹ El segundo es el proceso –y resultado– de priorización de criterios de lista de espera de cirugía electiva en Cataluña.¹⁰ Se trata de un esfuerzo valiente por avanzar, más útil por su método que por sus resultados, y sobre todo, ha sido una experiencia válida para construir la cultura de priorización: «Un grupo con amplia representación de expertos y representantes de usuarios concluye por consenso los criterios a tener en cuenta para priorizar procedimientos con listas de espera y posteriormente desarrollar sistemas de priorización de pacientes intralista»*. El

* «Los criterios son, por orden de importancia: impacto en la calidad de vida de la patología asociada al procedimiento quirúrgico, riesgo de complicaciones durante la espera, tiempo estimado de demora o de espera de los pacientes actualmente en lista de espera, efectividad clínica de la intervención, y uso de recursos y servicios sanitarios durante la espera.»

ejercicio de Cataluña contrasta con otro realizado en Noruega¹¹ en el que, tomando como criterio de referencia el tiempo máximo que un paciente puede esperar, de acuerdo con las guías clínicas, por cada uno de los procedimientos quirúrgicos o médicos, comparan esos tiempos con los de la lista de espera en Noruega y concluyen que se está dando baja prioridad a los pacientes más graves, que son los que deberían esperar menos. Implícitamente emplean un solo criterio, normativo técnico-médico, de priorización. La priorización participativa es un recurso que la Unión Europea utiliza regularmente, incluso para cuestiones técnicas como los disruptores endocrinos*, y la Global Health Alliance (Unión Europea y Organización Mundial de la Salud) lanza consultas para priorizar sobre problemas socialmente sensibles, como los asociados al cambio climático**.

- 8.** Evitar erosionar el potencial de cambio. Peor que no hacer nada es hacerlo mal. Las falsas esperanzas y los mantras machacones terminan desgastando, desluciendo, destruyendo y desvirtuando las ideas que hay detrás. Conviene aprender de los errores del pasado, releer los planes de salud tradicionales con ojos nuevos. ¿Por qué no han sido un instrumento para avanzar hacia la priorización? ¿Cartas a los Reyes Magos que niegan la mayor? Los recursos son limitados y no somos superhéroes con poderes para conseguirlo todo. ¿Contaban con los demás sin que ellos lo supieran? Redactados desde sanidad, impartían consignas a seguir por los demás departamentos del gobierno, que estos ignoraban. ¿Soslayaban la cuantificación de la financiación y sus fuentes? ¿Definían indicadores medibles que permitieran evaluar el grado de cumplimiento? ¿Cuántos de los planes de salud en España se han cerrado con una evaluación transparente y ponderada? Los planes de salud en España constituyen

un ejemplo de simulacro de priorización que solía terminar desnaturalizado para que todos los problemas, sectores y subgrupos de población *salieran en la foto*. Una foto de familia con café para todos que desprioriza los planes, pero legítima al político aparentemente dispuesto a abordarlo todo. Porque priorizar es optar, seleccionar, concentrarse en un pequeño conjunto, *aparcando* los demás.

- 9.** No basta priorizar, hay que implementar. Cuando termina el ejercicio de priorización, empieza el verdadero trabajo de llevar a la práctica sus propuestas. En el propio proceso de priorización hay que considerar e incluir criterios de factibilidad. Hay que potenciar el liderazgo, esencial para la implementación, y mantener el horizonte de largo plazo. Por último, tengamos presente que no hay priorización sin evaluación, y tanto la evaluación *ex-ante* como la *ex-post* son necesarias.
- 10.** ¿Aprender de las experiencias de otros? Sí, pero no. La validez externa de los ejercicios de priorización es muy limitada, porque los valores sociales difieren y también la gravedad de los problemas. Podemos aprender más bien método que resultados.

Bibliografía

1. Iglehart JK. Prioritizing comparative-effectiveness research — IOM recommendations. *N Engl J Med*. 2009;361:325-8.
2. Fleurbaey M. Beyond GDP: the quest for a measure of social welfare. *Journal of Economic Literature*. 2009;1029-75.
3. Fleurbaey M, Hagneré C, Trannoy A. Welfare comparisons with bounded equivalence scales. *Journal of Economic Theory*. 2003;110:309-36.
4. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*. 2009;28:73-90.
5. Frey BS. *Happiness: a revolution in economics*. MIT Press Books; 2008. p. 1.
6. Odermatt R, Stutzer A. Smoking bans, cigarette prices and life satisfaction. Institute for the Study of Labor

* <http://www.usda-eu.org/wp-content/uploads/2015/01/United-States-Submission-Endocrine-Disrupters-2015-01-20.pdf>

** <http://www.eph.org/spip.php?article5776>



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

- (IZA) 2013. Discussion paper No. 7177. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp7117.pdf>
7. Hall RE, Jones CI. The value of life and the rise in health spending. *The Quarterly Journal of Economics*. 2007;122:39-72.
 8. Lopez-Valcarcel BG, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:497-9.
 9. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. *Guía metodológica. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t. 2007 (2007/01).*
 10. Adam P, Alomar S, Espallargues M. Priorización entre procedimientos quirúrgicos electivos con lista de espera del sistema sanitario público en Cataluña. *Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud. Servicio Catalán de la Salud, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña. Barcelona; 2010.*
 11. Askildsen JE, Holmås TH, Kaarboe O. Monitoring prioritisation in the public health care sector by use of medical guidelines. The case of Norway. *Health Economics*. 2011;20:958-70.



Iniciativas de participación social para prioridades y políticas en materia de salud pública: ¿quién decide y con quién?

Joaquín Nieto

Antes de entrar en materia, sería conveniente clarificar de qué estamos hablando cuando decimos «salud pública» o cuando decimos «participación». Considerando que el marco jurídico establecido por la Ley General de Salud Pública de 2011 es conceptualmente avanzado y goza de amplísimo consenso entre los especialistas en salud pública, los profesionales de la salud y el resto de partes interesadas, parece oportuno partir de las formulaciones conceptuales y definiciones contempladas en dicho marco jurídico.

Marco jurídico

¿Qué?

La Ley General de Salud Pública establece con claridad el «qué»: «La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales».

¿Quién?

Como se ha podido observar, la Ley sitúa en las Administraciones públicas la responsabilidad y competencia de emprender acciones para prevenir la enfermedad y promover, proteger y recuperar la salud, de acuerdo con la Constitución Española, que establece en su Art. 43. 2 que «Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la

salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios».

¿Con quién?

Respecto a la participación de la sociedad en dichas acciones y políticas contemplada en la Ley, el fundamento de dicho enfoque no sólo emana de la legislación española, sino también de la internacional. Así, encontramos en el Art. 25 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas el «Derecho a participar en la dirección de los asuntos públicos, *directamente* o por medio de *representantes* libremente elegidos».

También en la Constitución Española, Art. 9.2, «Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del *individuo* y de los *grupos en que se integra* sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social»; Art. 23.1: «Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos, *directamente* o por medio de *representantes*, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal»; y Art. 51.2: «Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y *usuarios*, fomentarán sus *organizaciones* y oirán a estas en las cuestiones que puedan afectar a aquellos, en los términos que la ley establezca».

Por su parte, la Ley General de Salud Pública, desde su Art. 1 sobre el objeto de la Ley, dispone que «Esta ley tiene por objeto establecer las

bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y, en general, actuaciones de toda índole desarrolladas por los *poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas* con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva». De hecho, la Ley General de Salud pública contempla claramente la noción de participación desde el Preámbulo, en todos los Capítulos y en muchos de sus Artículos (véase Anexo I)

Existen además otras leyes relacionadas, por ejemplo con el consumo, el medio ambiente o las relaciones laborales, que contemplan asuntos de salud pública y mecanismos de participación. La más destacable es la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales (véase Anexo II).

Marco factual

Aparte del marco jurídico conviene contemplar el marco de los hechos, es decir, quién se ocupa de la salud pública y con quién lo hace.

¿Quién?

Los poderes públicos que asumen la responsabilidad y el mandato legal sobre la salud pública lo son en todos los niveles:

- Internacional, Organización Mundial de la Salud y demás organismos multilaterales, como es el caso de la Organización Internacional del Trabajo para la salud laboral.
- Regional europeo, que incluye todas las instituciones de la Unión Europea tanto de salud como relacionadas.
- Por país, con sus distintos ámbitos de competencias, desde la Administración General del Estado, que incluye no sólo al Ministerio de Sanidad, sino también a todos aquellos ministerios con competencias en industria, agricultura, transporte, trabajo, medio ambiente, etc., que actúan sobre los determi-

nantes de la salud, hasta los ámbitos autonómicos y local. Las comunidades autónomas tienen competencias plenas en la gestión de la asistencia sanitaria, disponen de su propio sistema sanitario y de salud pública, y participan en organismos de coordinación interterritorial estado-autonomías, como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Administración pública cuenta también con entidades colaboradoras de la Seguridad Social, como es el caso de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que asumen importantes competencias en la materia, ya que organizan todo un sistema de aseguramiento específico de prevención, asistencia sanitaria y prestaciones para las contingencias profesionales.

El sistema parece bien organizado. No obstante, considerando que la salud pública abarca un complejo sistema de causas y consecuencias, que la prevención no es sólo ni principalmente diagnóstico precoz, que los determinantes sociales de la salud son decisivos, y que sólo puede haber una política de salud eficaz si se incluye la «salud en todas las políticas», cabe preguntarse si existe o no un marco apropiado de coordinación interministerial e interdepartamental, tanto en los ámbitos internacional y europeo como estatal y autonómico.

Además, parece más que pertinente una segunda pregunta: teniendo en cuenta que la Administración sanitaria es competente sobre el sistema de atención sanitaria, pero no sobre los principales determinantes de la salud, ¿es la Administración sanitaria realmente competente en políticas preventivas? ¿O son más bien otras administraciones las que tienen las competencias efectivas? ¿Quién decide realmente en las políticas industriales, alimentarias, sociales, laborales y ambientales que afectan a la salud?

Consideraciones sobre el alcance de las decisiones políticas

Finalmente, importa y mucho el marco temporal y conceptual en el que los organismos públicos



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

adoptan las decisiones en materia de salud pública o, más importante aún, adoptan decisiones que afectan a la salud. La adopción de decisiones relacionadas con la salud pública implica políticas de largo plazo, que requieren incorporar el concepto de «democracia prospectiva», por ejemplo en relación al cambio climático. También adoptarlas teniendo en cuenta criterios de decisión, como el «principio de precaución», por ejemplo en relación a la autorización de procesos y productos potencialmente dañinos para la salud.

¿Con quién?

El derecho individual y colectivo a la participación está jurídicamente justificado, pero no hay marco práctico establecido o es muy limitado. La propia Ley General de Salud Pública, que contempla claramente el derecho de participación en todos sus capítulos, no establece más mecanismos prácticos que el Consejo Asesor de Salud Pública, cuya composición está por definir. Solamente en el caso de la salud laboral existe, como veremos, un sistema de participación claramente establecido.

Los ámbitos (temáticos e institucionales) de decisión determinan los ámbitos de participación.

Las lagunas de coordinación institucional (por ejemplo, entre salud pública, salud laboral y salud ambiental) configuran lagunas de participación.

El establecimiento de los mecanismos de participación en los distintos ámbitos sectoriales y territoriales, y en las actuaciones de información, prevención y promoción de la salud, está todavía por definir.

No se trata sólo de que los poderes públicos acepten la participación, sino de que la promuevan de manera efectiva, poniendo los medios para que la sociedad civil pueda participar activamente.

Hace falta, paralelamente, una sociedad civil y un movimiento asociativo creativo de organizaciones sociales representativas y democráticas, que puedan disponer de capacitación técnica y de capacidad de iniciativa, tanto reactiva como propositiva.

Buenas prácticas

Salud laboral

La salud laboral es uno de los ámbitos de salud pública en que los mecanismos de participación están más desarrollados.

Esto se ve favorecido por un marco jurídico favorable establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que acompaña el proceso (véase el Anexo II), pero también por la existencia de una sociedad civil muy representativa, constituida por las organizaciones empresariales y de trabajadores.

Los sindicatos cuentan con una significativa tasa de afiliación, ya que unos 2,8 millones de trabajadores están afiliados, un 19%; con una importante representación, ya que el 57% de los trabajadores cuentan en su empresa con representantes elegidos, con un total de 303.622 delegados electos; y con convenios colectivos que cubren a unos 10 millones de trabajadores, el 70%.

En lo que a representación y participación específica en salud laboral se refiere, 69.539 empresas cuentan con delegados de prevención, y en 18.667 empresas de más de 50 trabajadores hay constituidos comités de seguridad y salud de carácter paritario que deliberan y deciden sobre la materia en la empresa.

También se ha desarrollado un marco institucional tripartito de participación a través, principalmente, de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, con representación de los poderes públicos (Administración general del Estado y las comunidades autónomas) y de las organizaciones sindicales y empresariales, que deliberan y adoptan decisiones sobre normas, planes y programas en la materia. Igualmente se reproducen organismos tripartitos autonómicos en el ámbito territorial. A esto se suman las comisiones paritarias de los convenios colectivos. Todo ello en un marco de diálogo social, más o menos intenso según las coyunturas políticas y económico-sociales.

Además, se pueden encontrar iniciativas muy creativas de participación, colectiva e individual, que merecen una especial atención, como por ejemplo:

- Ergonomía participativa, para hacer frente a los daños y lesiones osteomusculares producidos por posturas forzadas, manipulación de cargas o movimientos repetitivos, que son una de las causas principales de accidentes de trabajo.
- Prevención de riesgos psicosociales, con iniciativas como la que representa la metodología ISTAS21 para la evaluación del riesgo psicosocial, basada en altos niveles de participación.
- Centros de trabajo saludables. Las orientaciones en favor de la promoción de la salud y centros de trabajo saludables comportan también metodologías participativas.

Anexo I

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Extractos

PREÁMBULO

Los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, pues consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. Pero no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud; la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones a distintos factores que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan la salud. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y los barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe y de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud. Las acciones de gobierno, a cualquier nivel, las intervenciones públicas o privadas,

tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la salud pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y, por tanto, requieren *nuevas formas de organización*.

El objeto de esta ley es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población.

La salud, definida como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, proporciona junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar. Por ser autónoma, la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, para lo cual hay que proporcionar una educación que asegure la capacidad crítica y la posibilidad de madurez democrática y *participativa*.

La búsqueda de la salud debe ser una tarea solidaria y *compartida* que no reconozca fronteras.

Alcanzar las mayores ganancias de salud, objeto de esta ley, requiere que la sociedad se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto en su esfera individual como colectiva, y que ello se haga desde el riguroso conocimiento científico y con la anticipación necesaria.

Los grandes retos de salud actuales sólo pueden abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna teniendo en cuenta y maximizando los resultados que las diversas actuaciones y normas tienen en la salud. Poner la salud y la equidad en todas las políticas requiere una organización que permita una adecuada coordinación entre el sector salud y *otros sectores*, buscando las sinergias en sus políticas o la necesaria protección de la salud cuando éstas no sean posibles.

Actualmente se dispone de avanzados indicadores sobre enfermedad, sobre asistencia sanitaria y sobre algunas conductas relacionadas con la salud, pero no está integrada con información procedente de *otros ámbitos sociales*, ambientales o de otro carácter que son esenciales para valorar la evolución de la salud pública y las políticas con ella relacionada.



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

Se crea asimismo el Consejo Asesor de Salud Pública como órgano colegiado de consulta y participación, adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en el que están representados los departamentos de la Administración General del Estado cuyas políticas inciden en la salud y aquellas otras Administraciones, organismos y organizaciones que aseguren una adecuada gobernanza del sistema

TÍTULO PRELIMINAR.**Disposiciones generales.****La política de salud pública****CAPÍTULO I. Del objeto y ámbito de la ley****Artículo 1. Objeto de la Ley**

Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y, en general, actuaciones de toda índole desarrolladas por los *poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas*, con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

TÍTULO I. Derechos, deberes y obligaciones en salud pública**CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos****Artículo 4. Derecho a la información**

Los ciudadanos, *directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen*, tienen derecho a ser informados, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las Administra-

ciones competentes. Este derecho comprende, en todo caso, los siguientes:

- a) Recibir información sobre los derechos que les otorga esta ley, así como sobre las vías para ejercitar tales derechos.
- b) Recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas.
- c) Recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos o de otro carácter, relevantes para la salud de la población y sobre su impacto. Si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente.
- d) Toda la información se facilitará desagregada, para su comprensión en función del colectivo afectado, y estará disponible en las condiciones y formato que permitan su plena accesibilidad a las personas con discapacidad de cualquier tipo.

Artículo 5.1. Derecho de participación

Los ciudadanos, *directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen*, tienen derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública. Las Administraciones públicas competentes establecerán los cauces concretos que permitan hacer efectivo ese derecho.

Artículo 11. Colaboración en salud pública e imparcialidad en las actuaciones sanitarias

Las Administraciones sanitarias exigirán transparencia e imparcialidad a las *organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas* con quienes colaboren en las actuaciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación, así como a las personas y organizaciones que reciban subvenciones o con las que celebren contratos, convenios, conciertos o cualquier clase de acuerdo.

TÍTULO II. Actuaciones de salud pública

CAPÍTULO I. La vigilancia en salud pública

Artículo 15. Recursos para la salud pública

Asimismo, las Administraciones sanitarias públicas desarrollarán reglamentariamente el régimen específico de incentivos y ayudas públicas en el ámbito de la salud pública, que fomente la capacitación y cooperación de las *personas físicas y jurídicas* con la materia, basado en principios de publicidad, eficacia, transparencia y control, de acuerdo con los objetivos de la presente ley.

CAPÍTULO II. Promoción de la salud

Artículo 16. La promoción de la salud

1. La promoción de la salud incluirá las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.
2. Las actuaciones de promoción de la salud prestarán especial atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas, como hospitales o residencias. En dichos ámbitos, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad apoyará la creación y el fortalecimiento de redes.
3. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con la participación de las comunidades autónomas, establecerá y actualizará criterios de buenas prácticas para las actuaciones de promoción de la salud, y fomentará el reconocimiento de la calidad de las actuaciones.
4. *Las organizaciones sociales podrán participar* en el desarrollo de actividades de promoción de la salud. Las Administraciones públicas competentes promoverán la *participación efectiva* en las actuaciones de promoción de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen.

Artículo 17. Medidas de fomento

Las Administraciones públicas apoyarán y colaborarán con las *entidades y organizaciones* que desarrollen actividades de salud pública, especialmente en relación con los grupos más desfavorecidos o discriminados en cuestiones de salud pública.

1. Las Administraciones promoverán la incorporación de la salud pública como elemento integrante de la *responsabilidad social corporativa*.

Artículo 18. Comunicación en salud pública

2. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad pondrá a disposición de los *medios de comunicación y otras organizaciones sociales* los criterios de buenas prácticas a que se refiere el artículo 16.3, a fin de que alcancen su máxima difusión.

CAPÍTULO III. Prevención de problemas de salud y sus determinantes

Artículo 19. La prevención de problemas de salud

4. *Las organizaciones sociales podrán participar* en el desarrollo de actividades de prevención de problemas de salud. Las Administraciones públicas competentes promoverán la *participación efectiva* en las actuaciones de prevención de problemas de salud de los ciudadanos, *directamente o a través de las organizaciones* en que se agrupen o que los representen.

CAPÍTULO VI. Protección de la salud de la población

Artículo 27. Las actuaciones de protección de la salud

4. *Las organizaciones sociales podrán participar* en el desarrollo de actividades de protección de la salud. Las Administraciones públicas competentes *promoverán la participación efectiva* en las actuaciones de protección de la salud de los ciudadanos, *directamente o a través de las organizaciones* en que se agrupen o que los representen.



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

Artículo 34. Participación en salud laboral

Los *empresarios y trabajadores*, a través de sus *organizaciones representativas*, participarán en la *planificación, la programación, la organización y el control de la gestión* relacionados con la salud laboral, en los *distintos niveles territoriales*.

Artículo 45. Creación y composición del Consejo Asesor de Salud Pública

1. Se crea el Consejo Asesor de Salud Pública como órgano colegiado de consulta y participación, adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en el que están representados los Departamentos de la Administración General del Estado, cuyas políticas inciden en la salud, las comunidades autónomas, y aquellos otros organismos y organizaciones relacionados con la salud pública que aseguren una adecuada gobernanza del sistema.
2. El Consejo Asesor de Salud Pública lo preside la persona titular del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
3. La composición, funciones y régimen de funcionamiento del Consejo Asesor de Salud Pública se determinarán reglamentariamente, incluyendo al menos representantes de las corporaciones profesionales, así como de las asociaciones científicas, de las asociaciones profesionales y de las organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con la salud pública, de los sindicatos, de las organizaciones empresariales, organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con la salud pública y de las organizaciones de consumidores y usuarios.

La composición de este Consejo Asesor deberá garantizar la adecuada representación de los sectores interesados.

ANEXO II**Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.****Extractos****Artículo 15. Principios de la acción preventiva**

1. El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención previsto

en el artículo anterior, con arreglo a los siguientes principios generales:

- a) Evitar los riesgos.
 - b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
 - c) Combatir los riesgos en su origen.
 - d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
 - e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
 - f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
2. El empresario tomará en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud en el momento de encomendarles las tareas.
 3. El empresario adoptará las medidas necesarias a fin de garantizar que sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico.
 4. La efectividad de las medidas preventivas deberá prever las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador. Para su adopción se tendrán en cuenta los riesgos adicionales que pudieran implicar determinadas medidas preventivas, las cuales sólo podrán adoptarse cuando la magnitud de dichos riesgos sea sustancialmente inferior a la de los que se pretende controlar y no existan alternativas más seguras.

Artículo 18. Información, consulta y participación de los trabajadores

1. A fin de dar cumplimiento al deber de protección establecido en la presente Ley, el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias en relación con los

riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función:

- a) Las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos señalados en el apartado anterior.
- b) Las medidas adoptadas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente Ley.

En las empresas que cuenten con representantes de los trabajadores, la información a que se refiere el presente apartado se facilitará por el empresario a los trabajadores a través de dichos representantes; no obstante, deberá informarse directamente a cada trabajador de los riesgos específicos que afecten a su puesto de trabajo o función, y de las medidas de protección y prevención aplicables a dichos riesgos.

2. El empresario deberá consultar a los trabajadores, y permitir su participación, en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el capítulo V de la presente Ley.

Los trabajadores tendrán derecho a efectuar propuestas al empresario, así como a los órganos de participación y representación previstos en el capítulo V de esta Ley, dirigidas a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud en la empresa.

CAPÍTULO VI. Consulta y participación de los trabajadores

Artículo 33. Consulta de los trabajadores

1. El empresario deberá consultar a los trabajadores, con la debida antelación, la adopción de las decisiones relativas a:
 - a) La planificación y la organización del trabajo en la empresa y la introducción de nuevas tecnologías, en todo lo relacionado con las consecuencias que éstas pudieran tener para la seguridad y la salud de

los trabajadores, derivadas de la elección de los equipos, la determinación y la adecuación de las condiciones de trabajo y el impacto de los factores ambientales en el trabajo.

- b) La organización y el desarrollo de las actividades de protección de la salud y prevención de los riesgos profesionales en la empresa, incluida la designación de los trabajadores encargados de dichas actividades o el recurso a un servicio de prevención externo.
- c) La designación de los trabajadores encargados de las medidas de emergencia.
- d) Los procedimientos de información y documentación a que se refieren los artículos 18, apartado 1, y 23, apartado 1, de la presente Ley.
- e) El proyecto y la organización de la formación en materia preventiva.
- f) Cualquier otra acción que pueda tener efectos sustanciales sobre la seguridad y la salud de los trabajadores.

2. En las empresas que cuenten con representantes de los trabajadores, las consultas a que se refiere el apartado anterior se llevarán a cabo con dichos representantes.

Artículo 34. Derechos de participación y representación

1. Los trabajadores tienen derecho a participar en la empresa en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos en el trabajo. En las empresas o centros de trabajo que cuenten con seis o más trabajadores, la participación de éstos se canalizará a través de sus representantes y de la representación especializada que se regula en este capítulo.
2. A los comités de empresa, a los delegados de personal y a los representantes sindicales les corresponde, en los términos que, respectivamente, les reconocen el Estatuto de los Trabajadores, la Ley de Órganos de Representación del Personal al Servicio de las



Administraciones Públicas y la Ley Orgánica de Libertad Sindical, la defensa de los intereses de los trabajadores en materia de prevención de riesgos en el trabajo. Para ello, los representantes del personal ejercerán las competencias que dichas normas establecen en materia de información, consulta y negociación, vigilancia y control, y ejercicio de acciones ante las empresas y los órganos y tribunales competentes.

3. El derecho de participación que se regula en este capítulo se ejercerá en el ámbito de las Administraciones públicas con las adaptaciones que procedan en atención a la diversidad de las actividades que desarrollan y las diferentes condiciones en que éstas se realizan, la complejidad y dispersión de su estructura organizativa y sus peculiaridades en materia de representación colectiva, en los términos previstos en la Ley 7/1990, de 19 de julio, sobre negociación colectiva y participación en la determinación de las condiciones de trabajo de los empleados públicos, pudiéndose establecer ámbitos sectoriales y descentralizados en función del número de efectivos y centros.

Para llevar a cabo la indicada adaptación en el ámbito de la Administración General del Estado, el Gobierno tendrá en cuenta los siguientes criterios:

- a) En ningún caso dicha adaptación podrá afectar a las competencias, facultades y garantías que se reconocen en esta Ley a los delegados de prevención y a los comités de seguridad y salud.
- b) Se deberá establecer el ámbito específico que resulte adecuado en cada caso para el ejercicio de la función de participación en materia preventiva dentro de la estructura organizativa de la Administración. Con carácter general, dicho ámbito será el de los órganos de representación del personal al servicio de las Administraciones públicas, si bien podrán establecerse otros distintos en función de las características de la actividad y la frecuencia de los riesgos a que puedan encontrarse expuestos los trabajadores.
- c) Cuando en el indicado ámbito existan diferentes órganos de representación del personal, se deberá garantizar una actuación coordinada de todos ellos en materia de prevención y protección de la seguridad y la salud en el trabajo, posibilitando que la participación se realice de forma conjunta entre unos y otros, en el ámbito específico establecido al efecto.
- d) Con carácter general, se constituirá un único comité de seguridad y salud en el ámbito de los órganos de representación previstos en la Ley de Órganos de Representación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, que estará integrado por los delegados de prevención designados en dicho ámbito, tanto para el personal con relación de carácter administrativo o estatutario como para el personal laboral, y por representantes de la Administración en número no superior al de delegados. Ello no obstante, podrán constituirse comités de seguridad y salud en otros ámbitos cuando las razones de la actividad y el tipo y frecuencia de los riesgos así lo aconsejen.

Artículo 35. Delegados de prevención

1. Los delegados de prevención son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo.
2. Los delegados de prevención serán designados por y entre los representantes del personal, en el ámbito de los órganos de representación previstos en las normas a que se refiere el artículo anterior, con arreglo a la siguiente escala:
 - De 50 a 100 trabajadores: 2 delegados de prevención.
 - De 101 a 500 trabajadores: 3 delegados de prevención.
 - De 501 a 1000 trabajadores: 4 delegados de prevención.

- De 1001 a 2000 trabajadores: 5 delegados de prevención.
- De 2001 a 3000 trabajadores: 6 delegados de prevención.
- De 3001 a 4000 trabajadores: 7 delegados de prevención.
- De 4001 en adelante: 8 delegados de prevención.

En las empresas de hasta 30 trabajadores, el delegado de prevención será el delegado de personal. En las empresas de 31 a 49 trabajadores habrá un delegado de prevención que será elegido por y entre los delegados de personal.

1. A efectos de determinar el número de delegados de prevención se tendrán en cuenta los siguientes criterios:
 - a) Los trabajadores vinculados por contratos de duración determinada superior a un año se computarán como trabajadores fijos de plantilla.
 - b) Los contratados por término de hasta un año se computarán según el número de días trabajados en el período de un año anterior a la designación. Cada 200 días trabajados o fracción se computarán como un trabajador más.
2. No obstante lo dispuesto en el presente artículo, en los convenios colectivos podrán establecerse otros sistemas de designación de los delegados de prevención, siempre que se garantice que la facultad de designación corresponde a los representantes del personal o a los propios trabajadores.

Asimismo, en la negociación colectiva o mediante los acuerdos a que se refiere el artículo 83, apartado 3, del Estatuto de los Trabajadores, podrá acordarse que las competencias reconocidas en esta Ley a los delegados de prevención sean ejercidas por órganos específicos creados en el propio convenio o en los acuerdos citados. Dichos órganos podrán asumir, en los términos y conforme a las modalidades que se acuerden, competencias generales respecto del conjunto de los centros de trabajo incluidos en el ámbito

de aplicación del convenio o del acuerdo, en orden a fomentar el mejor cumplimiento en los mismos de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.

Igualmente, en el ámbito de las Administraciones públicas se podrán establecer, en los términos señalados en la Ley 7/1990, de 19 de julio, sobre negociación colectiva y participación en la determinación de las condiciones de trabajo de los empleados públicos, otros sistemas de designación de los delegados de prevención, y acordarse que las competencias que esta Ley atribuye a éstos puedan ser ejercidas por órganos específicos.

Artículo 36. Competencias y facultades de los delegados de prevención

1. Son competencias de los delegados de prevención:
 - a) Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva.
 - b) Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.
 - c) Ser consultados por el empresario, con carácter previo a su ejecución, acerca de las decisiones a que se refiere el artículo 33 de la presente Ley.
 - d) Ejercer una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

En las empresas que, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 38 de esta Ley, no cuenten con comité de seguridad y salud por no alcanzar el número mínimo de trabajadores establecido al efecto, las competencias atribuidas a aquél en la presente Ley serán ejercidas por los delegados de prevención.

2. En el ejercicio de las competencias atribuidas a los delegados de prevención, éstos estarán facultados para:
 - a) Acompañar a los técnicos en las evaluaciones de carácter preventivo del medio ambiente de trabajo, así como, en los tér-



- minos previstos en el artículo 40 de esta Ley, a los Inspectores de Trabajo y Seguridad Social en las visitas y verificaciones que realicen en los centros de trabajo para comprobar el cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales, pudiendo formular ante ellos las observaciones que estimen oportunas.
- b) Tener acceso, con las limitaciones previstas en el apartado 4 del artículo 22 de esta Ley, a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el ejercicio de sus funciones, y en particular a la prevista en los artículos 18 y 23 de esta Ley. Cuando la información esté sujeta a las limitaciones reseñadas, sólo podrá ser suministrada de manera que se garantice el respeto de la confidencialidad.
 - c) Ser informados por el empresario sobre los daños producidos en la salud de los trabajadores una vez que aquél hubiese tenido conocimiento de ellos, pudiendo presentarse, aun fuera de su jornada laboral, en el lugar de los hechos para conocer las circunstancias de los mismos.
 - d) Recibir del empresario las informaciones obtenidas por éste procedentes de las personas u órganos encargados de las actividades de protección y prevención en la empresa, así como de los organismos competentes para la seguridad y la salud de los trabajadores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 40 de esta Ley en materia de colaboración con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
 - e) Realizar visitas a los lugares de trabajo para ejercer una labor de vigilancia y control del estado de las condiciones de trabajo, pudiendo, a tal fin, acceder a cualquier zona de los mismos y comunicarse durante la jornada con los trabajadores, de manera que no se altere el normal desarrollo del proceso productivo.
 - f) Recabar del empresario la adopción de medidas de carácter preventivo y para la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, pudiendo a tal fin efectuar propuestas al empresario, así como al Comité de Seguridad y Salud para su discusión en el mismo.
 - g) Proponer al órgano de representación de los trabajadores la adopción del acuerdo de paralización de actividades a que se refiere el apartado 3 del artículo 21.
3. Los informes que deban emitir los delegados de prevención a tenor de lo dispuesto en la letra c) del apartado 1 de este artículo deberán elaborarse en un plazo de 15 días, o en el tiempo imprescindible cuando se trate de adoptar medidas dirigidas a prevenir riesgos inminentes. Transcurrido el plazo sin haberse emitido el informe, el empresario podrá poner en práctica su decisión.
 4. La decisión negativa del empresario a la adopción de las medidas propuestas por el delegado de prevención a tenor de lo dispuesto en la letra f) del apartado 2 de este artículo deberá ser motivada.

Artículo 37. Garantías y sigilo profesional de los delegados de prevención

1. Lo previsto en el artículo 68 del Estatuto de los Trabajadores en materia de garantías será de aplicación a los delegados de prevención en su condición de representantes de los trabajadores.

El tiempo utilizado por los delegados de prevención para el desempeño de las funciones previstas en esta Ley será considerado como de ejercicio de funciones de representación a efectos de la utilización del crédito de horas mensuales retribuidas previsto en la letra e) del citado artículo 68 del Estatuto de los Trabajadores.

No obstante lo anterior, será considerado en todo caso como tiempo de trabajo efectivo, sin imputación al citado crédito horario, el correspondiente a las reuniones del Comité de Seguridad y Salud y a cualesquiera otras convocadas por el empresario en materia de pre-

vención de riesgos, así como el destinado a las visitas previstas en las letras a) y c) del número 2 del artículo anterior.

1. El empresario deberá proporcionar a los delegados de prevención los medios y la formación en materia preventiva que resulten necesarios para el ejercicio de sus funciones.

La formación se deberá facilitar por el empresario por sus propios medios o mediante concierto con organismos o entidades especializadas en la materia, y deberá adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos, repitiéndose periódicamente si fuera necesario.

El tiempo dedicado a la formación será considerado como tiempo de trabajo a todos los efectos, y su coste no podrá recaer en ningún caso sobre los delegados de prevención.

2. A los delegados de prevención les será de aplicación lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 65 del Estatuto de los Trabajadores en cuanto al sigilo profesional debido respecto de las informaciones a que tuviesen acceso como consecuencia de su actuación en la empresa.
3. Lo dispuesto en el presente artículo en materia de garantías y sigilo profesional de los delegados de prevención se entenderá referido, en el caso de las relaciones de carácter administrativo o estatutario del personal al servicio de las Administraciones públicas, a la regulación contenida en los artículos 10, párrafo segundo, y 11 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

Artículo 38. Comité de seguridad y salud

1. El Comité de seguridad y salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.

2. Se constituirá un Comité de seguridad y salud en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores. El comité estará formado por los delegados de prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes en número igual al de los delegados de prevención, de la otra. En las reuniones del comité de seguridad y salud participarán, con voz pero sin voto, los delegados sindicales y los responsables técnicos de la prevención en la empresa que no estén incluidos en la composición a la que se refiere el párrafo anterior. En las mismas condiciones podrán participar trabajadores de la empresa que cuenten con una especial cualificación o información respecto de concretas cuestiones que se debatan en este órgano, y técnicos en prevención ajenos a la empresa, siempre que así lo solicite alguna de las representaciones en el Comité.
3. El Comité de seguridad y salud se reunirá trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones en el mismo. El Comité adoptará sus propias normas de funcionamiento. Las empresas que cuenten con varios centros de trabajo dotados de Comité de seguridad y salud podrán acordar con sus trabajadores la creación de un Comité intercentros, con las funciones que el acuerdo le atribuya.

Artículo 39. Competencias y facultades del Comité de seguridad y salud

1. El Comité de seguridad y salud tendrá las siguientes competencias:
 - a) Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos de la empresa. A tal efecto, en su seno se debatirán, antes de su puesta en práctica y en lo referente a su incidencia en la prevención de riesgos, la elección de la modalidad organizativa de la empresa y, en su caso, la gestión realizada por las entidades especializadas con las que la empresa hubiera concertado la realización de actividades preventivas; los proyectos en materia de planificación,



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

- organización del trabajo e introducción de nuevas tecnologías, organización y desarrollo de las actividades de protección y prevención a que se refiere el artículo 16 de esta Ley, y proyecto y organización de la formación en materia preventiva.
- b) Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de los riesgos, proponiendo a la empresa la mejora de las condiciones o la corrección de las deficiencias existentes.
2. En el ejercicio de sus competencias, el Comité de seguridad y salud estará facultado para:
- a) Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.
- b) Conocer cuantos documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, así como los procedentes de la actividad del servicio de prevención, en su caso.
- c) Conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.
- d) Conocer e informar la memoria y programación anual de servicios de prevención.
3. A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en esta Ley respecto de la colaboración entre empresas en los supuestos de desarrollo simultáneo de actividades en un mismo centro de trabajo, se podrá acordar la realización de reuniones conjuntas de los comités de seguridad y salud, o en su defecto de los delegados de prevención y empresarios de las empresas que carezcan de dichos comités, u otras medidas de actuación coordinada.
- g) Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.



El poder, el dinero y la carne. Prioridades reales en las redes sistémicas

Miquel Porta Serra

*I remember you well in the Chelsea Hotel,
you were talking so brave and so sweet,
while the limousines waited in the street.
Those were the reasons and that was New York,
we were running for the money and the flesh.
You were famous, your heart was a legend.
You told me again you preferred handsome men
but for me you would make an exception.*

Leonard Cohen, *Chelsea Hotel*.¹

*No podríamos vivir en una época mejor,
porque casi todo lo que creíamos saber resulta que no es verdad.*

Valentine (Tom Stoppard, *Arcadia*).²

En verdad esta sería una época maravillosa, plena y excitante –si no fuese a la vez tan cruel y miserable. (Aunque el mundo nunca ha sido una Arcadia).^{2,3}

El caso es que no creo que podamos hablar de «definición de prioridades» como antes de 2007 o, por decirlo muy abreviadamente, como antes de *Inside job*, el documental sobre «la corrupción sistémica de los Estados Unidos por la industria de sistemas financieros». ⁴ No podemos; en mi discutible opinión, no cabría mayor estupidez ni incompetencia. ¿Alguien decente, competente y lúcido puede en verdad creer que es correcto –moralmente, técnicamente, políticamente– hablar de prioridades, de política o de economía como si nada hubiese pasado? No me refiero sólo a la corrupción de ciertas componentes fundamentales del sistema financiero: en este texto también presentaré algunas cuestiones que afectan a los –a mi juicio, parcialmente obsoletos– modos de pensar de los salubristas y

otros expertos en salud pública y administración sanitaria.

Cuando traigo a colación la mencionada película ganadora de un Óscar⁴ es porque me parece conveniente ponernos en situación: recordar las infundadas «As» que Moody's, Standard & Poor's y otras poderosas agencias de calificación de riesgos otorgaban la víspera misma del colapso de Bear Stearns, AIG, Crew, Fanny Mae o Lehman Brothers; el ingente y lucrativo *lobbying* de la industria financiera a republicanos y demócratas para ser menos regulada; el rescate de AIG, la empresa de seguros más grande del mundo, cuyas siglas vimos estampadas durante años en la camiseta del Manchester United (claro, como las de otras empresas globales en las de equipos más cercanos); los trillonarios oligopolios colosalmente derrumbados; los ingentes beneficios de los «bancos de inversión» más admirados de Wall Street con la venta fraudulenta, a sabiendas, de heces financieras; las ganancias de 485 millo-

nes de dólares y similares de algunos ejecutivos (¿«it was all about greed»?; no, no era todo una cuestión de avaricia);⁴ los millones de desempleados o arruinados por ese capitalismo «financiero»; los rescates multibillonarios a costa de los impuestos de los ciudadanos y el subsiguiente déficit «público» (una losa para las «futuras generaciones», cuyo origen tantos expertos en pensiones esconden); los escasos condenados; la (i)responsabilidad de las escuelas de negocios y economistas de ahí, aquí y allende; las escandalosas «puertas giratorias» entre Wall Street y el gobierno federal de los Estados Unidos y sus imitadores en tantos otros lugares, incluyendo nuestras entrañables comunidades autónomas... Sólo es necesario ser un capitalista honrado para reconocerlo. Y para pensar si podemos hablar de definición de prioridades en políticas como si nada hubiese pasado. No sólo por lo que pasó y pasa, en sí, sino por sus causas estructurales.⁵⁻⁹ Y por el cambio radical que en los últimos lustros ha experimentado el funcionamiento del mundo. Por supuesto que muchas de esas causas fundamentales son de mucho antes.

Sugiero esto desde un cierto grado de comprensión por quienes desde siempre han ido detrás «del dinero y la carne». Como pocas décadas antes de 2007 ya les pasaba, a su manera, a Leonard Cohen, Janis Joplin y compañía en una Nueva York tan igual, tan diferente.^{1,10} Nueva York, ese cerebelo, ese ovillo de trillones de cables y haces de colores en las redes industriales y culturales globales –esos tupidos rizos en las ingles de la aldea global.¹¹ El cerebelo es una región del encéfalo cuya función principal es *integrar* y en cierto modo *regular* los flujos de las vías sensitivas y las vías motoras. De regulación e integración trata en buena parte este capítulo.

Si no renovamos nuestro pensamiento sobre quienes detentan poder, y sobre quienes ansían algún placer, pocas prioridades que definamos serán siquiera verosímiles (ver más adelante). Basta pensar en la difícil regulación de las industrias tabacalera, química, alimentaria, de bebidas alcohólicas o automovilística, entre tantas otras.^{7,12} O en este famoso trozo de canción: «Todo lo que me gusta es ilegal, es inmoral, o engorda».¹³

Pero pienso que hay más: reflexionar sobre la definición de prioridades en las políticas de salud exige analizar quiénes son, dónde están, cómo fluyen y funcionan los distintos poderes en el sistémico mundo de hoy,¹⁴ profundamente injusto, conectado e interdependiente. Los poderes que influyen en la salud desde casi todos los ámbitos de la economía, la política, la cultura, el ocio o el medio ambiente.

Los haces, nodos y ovillos de las redes en las que se ejecutan ciertas prioridades

Según el Global Financial Centres Index (que debe ser más o menos tan fiable como otros índices, o sea, más bien no del todo), elaborado por el *think-tank* Z/Y, con sede en Londres, y patrocinado anualmente por la Qatar Financial Centre Authority (todo ello muy típico de como hoy es y va el mundo, ese en el que se establecen prioridades), ayer los diez primeros centros financieros del mundo eran Nueva York, Londres, Hong Kong, Singapur, Zúrich, Tokio, Seúl, Boston, Ginebra y San Francisco. Aunque según el International Financial Centres Development Index, elaborado por la agencia de noticias china Xinhua conjuntamente con el Chicago Mercantile Exchange y la empresa norteamericana Dow Jones & Company (alianza asimismo bastante típica de ídem), anteaer los diez primeros centros financieros del mundo eran Nueva York, Londres, Hong Kong, Tokio, Singapur, Shanghai, París, Frankfurt, Chicago y Sídney. Sí, esos deben ser los principales nodos donde algunos intentan definir sus prioridades. También está Naciones Unidas, qué duda cabe, y Médicos Sin Fronteras, Apple, Exxon, Berkshire Hathaway, HSBC, BlackRock, Bridgewater, Bloomberg, Novartis y el Panel Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Claro.¹¹

El análisis, radiografía, tomografía computarizada o vídeo de las redes y sus nodos de poder (financiero, político, industrial, tecnológico, militar, lúdico, cultural, sanitario, académico, etc.): quizá sería este un lugar en el que hacerlo, el análisis, o cuando menos un lugar al que traer unos pocos buenos análisis; no sería servidor la persona adecuada. Mas espero que las pince-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

ladas del párrafo anterior sean algo sugerentes sobre las razones y las características de la tarea, las cuales se completan parcialmente mediante el *contraste* con lo que sigue.

Otros definen las prioridades y toman las decisiones

Pienso en 2007, casualmente. Cuando intentamos introducir más valores de salud pública y racionalidad (efectividad, eficiencia, prudencia, conocimiento científico, respeto por el valor excepcional de las vacunaciones masivas, cuasi-obligatorias) en la decisión de si era prioritaria la política de vacunar a miles de niñas sanas contra el virus del papiloma humano (VPH) para prevenir, tres o cinco décadas más tarde, o nunca, el cáncer de cuello uterino.¹⁵ En las ocasiones en que logramos que se atendiesen nuestras reflexiones, cuando al cabo no había argumentos científicos que rebatiesen nuestras propuestas centrales, entonces varias veces fue pronunciada la siguiente sentencia: «sí, sí... pero la decisión ya está tomada». Entonces, en agosto de 2007, la decisión de vacunar ya estaba o se daba por tomada, antes de que los supuestos legítimos decisores la tomasen. Ni el mundo académico, ni la corporación médica, ni los medios de comunicación, ni las Administraciones ejercieron bien las funciones que es esencial ejerzan en una sociedad democrática. Para equilibrar las intensas prácticas –quizá la inmensa mayoría, legales y legítimas– de ciertas empresas.

Tales funciones sociales pueden ejercerse. Y se ejercen en múltiples instituciones, Administraciones y otros ámbitos de las democracias más maduras que existen en las sociedades capitalistas más serias. Las anteriores alusiones a los centros financieros del mundo no están impregnadas de ningún determinismo económico, fatalismo, escapismo o nihilismo («en un mundo globalizado no se puede hacer nada»: falso); sólo intentan estar impregnadas de la dosis justa de realismo. Aunque no ignore que ese realismo puede conllevar sesgos teóricos y prácticos.

Al mencionar las funciones que deben y pueden ejercer el mundo académico, la corporación médica, las corporaciones sanitarias, los medios de comunicación y los gobiernos (estatal, auto-

nómicos, municipales, europeo, transnacionales, etc.) al definir prioridades, hay dos o tres facetas e implicaciones que no debo pasar por alto. Primera: la mención tiene su origen en una visión del poder en la sociedad global; el poder no lo poseen sólo las grandes empresas, lo poseen también esas otras esferas. El poder de las grandes empresas puede ser equilibrado; a veces, contrarrestado (a veces, reforzado positivamente para todos). De la interacción de esos poderes pueden surgir prioridades *verdaderas*: justas, racionales, socialmente eficientes, etc. Segunda: he olvidado mencionar el poder de las organizaciones sociales y ciudadanas; pero entre unos y otros, a menudo, les hemos otorgado un papel fundamental en otros papeles, desde el Diccionario de Epidemiología hasta la Ley General de Salud Pública. Y tercera: como consecuencia de este relativo olvido, nuestro análisis de la decisión de «vacunar contra el VPH-cáncer cervical»¹⁵ probablemente fue demasiado «gobiernocéntrico», en la expresión que en estas mismas páginas utiliza Beatriz González López-Valcárcel. A pesar de todo lo que supuso abrir la firma de nuestra declaración (solicitando una moratoria) a toda/o ciudadana/o. Varios miles la hicieron suya en alguna medida.

A pesar de todo, con las cautelas esbozadas, está claro que podemos contribuir a mejorar mucho los procesos de decisión: si nos centramos en mejorar la «política real» y no tanto la «política ficción».¹⁶ No pocos pensamos que el progreso podría pasar, por ejemplo, por fortalecer órganos como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o las agencias que ya promueven la cooperación horizontal o supra-autonómica. Un objetivo es que tales órganos tomen más decisiones vinculantes tras un proceso técnicamente más riguroso de análisis (basado en información válida y relevante) y deliberación, y que cada decisión importante tenga un mejor seguimiento de sus *efectos* y una buena evaluación de estos.⁹ Cuánto potencial de transformación real hay en estos objetivos, cuánta eficiencia podría ganarse; y qué contraste con los discursos tipo «estas-competencias-son-mías».

Pero el Consejo Interterritorial, el propio Ministerio de Sanidad y otras instituciones políticas y hasta técnicas, en España adolecen de una debi-

lidad política y económica crónica, como bien señala en páginas aquí cercanas Ildelfonso Hernández. Que esas instituciones ganen peso político y apoyo social, y superen la escasez de recursos humanos y materiales, debe ser una prioridad. Otros compañeros de Jornada, y ahora de Cuaderno, abundan en ello cabalmente. Hoy más que nunca tengo la sensación de que en Cataluña y en el resto de España muchos estamos deslumbrados por discursos de apariencia política que poco tienen que ver con la realidad de nuestras condiciones de vida. En cambio, otra Política podría tener un impacto considerable. La ausencia de atención o de confianza en la eficacia de las instituciones que realmente influyen en los factores condicionantes de nuestra calidad de vida y bienestar, y la atención desmesurada a discursos y gestos sin impacto real, es un hecho a mi juicio fundamental (antiguo, si se quiere, pero peculiar hoy en día). Incluso si creemos, como yo también creo, que esas emotividades y aparentes irracionalidades son profundamente humanas, inevitables, y en parte sanas.¹⁶ Incluso así.

Los otros textos de este volumen desarrollan y profundizan en muchas de estas cuestiones, como la escasa disponibilidad de estructuras administrativas para formalizar políticas transversales; las interacciones entre los actores, las características de las alianzas, marcos y espacios de decisiones; la propia configuración política de la acción (política) intra-estatal y supra-estatal; las positivas experiencias en la regulación de las condiciones de trabajo, de las que mucho puede aprenderse; la complejidad sociopolítica, metodológica y normativa de los procesos de definición de prioridades; las experiencias fracasadas, como las de muchos Planes de Salud; las experiencias fructíferas en desinversión; la ampliación de las dimensiones de nuestros marcos de análisis hacia cuestiones relativas al bienestar social, las capacidades de las personas y la satisfacción o bienestar subjetivo; la competencia real (política, presupuestaria, cultural, ciudadana) entre estos objetivos.

Sin menoscabo de todo lo anterior, estoy entre quienes consideran conveniente –políticamente, pragmáticamente, éticamente–, y también atractivo culturalmente, psicológicamente y

emocionalmente, constatar que existen numerosos ejemplos de instituciones y de otras organizaciones públicas y privadas que desarrollan excelentes políticas «positivas». Con ese discutible término me refiero a políticas que priorizan el bien común, la justicia y la equidad, la educación, el respeto al medio ambiente, la salud, los derechos de los trabajadores, el bienestar social, el consumo responsable, la economía real... Políticas con las que puede estar ampliamente de acuerdo un también amplio espectro de sensibilidades e ideologías. Con todas las limitaciones y errores que se quiera. Es fácil hallar ejemplos de políticas positivas en muchas (no todas) de las políticas de numerosas (no todas) agencias europeas, norteamericanas, globales... Y en las políticas de organismos dependientes de municipios y comunidades autónomas españolas. Parece mentira que tengamos que recordarlo –que hay muchos ejemplos–, pero es que escribimos en agosto y septiembre de 2015, y sí, hay que recordarlo: recesión o inestabilidad económica (global, china y brasileña, tantas otras), cambio climático (París), Estado islámico, Siria, crisis histórica de refugiados, crisis de muchos modelos de negocio (periodismo, energía), desconfianza y temor...

La escala y simultaneidad de las crisis hace si cabe más necesario recordar que en salud pública muchas veces (no siempre) ya sabemos cómo hay que deliberar y decidir, qué hay que priorizar, y qué organizaciones y recursos son necesarios y eficientes. Lo sabemos. Naturalmente, falta más apoyo ciudadano y mediático, mayor fortaleza organizativa ante los poderes tóxicos y la corrupción, sistemas de regulación inteligentes, eficientes, globales...

Creo que el análisis, radiografía, tomografía computarizada o vídeo de las redes de salud pública (y sus nodos de poder, que también los hay) nos sorprendería favorablemente. Por su densidad, interactividad, plasticidad y riqueza estructural y funcional, por su considerable eficiencia social. Aunque en ciertas áreas de dicho análisis estarían, sin duda, los servicios tradicionales de salud pública y sanidad, por «redes de salud pública» entiendo todas las redes (organizaciones públicas y privadas, instituciones, empresas,



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

etc.) que influyen en el estado de salud de una población.^{17,18} Así pues, el *vídeo* deberá incluir todos los factores y procesos condicionantes de la salud que en la sociedad española (europea, etc.) actual operan desde y en los sistemas de economía y trabajo, medio ambiente, educación y cultura, información, transporte y energía, industrias de todo tipo, urbanismo y vivienda, alimentación, consumo, deporte, tiempo libre... No digo que todo vaya maravillosamente, digo que sólo tenemos ideas muy borrosas de la estructura, otras características, mecanismos y efectos sobre la salud de esas tupidas redes. Por supuesto, las redes tienen múltiples planos o niveles conectados, los sistemas son cuanto menos tridimensionales y las propiedades emergentes en ciertos planos no se deducen de forma simple de las propiedades de las partes influyentes. Es necesario que visualicemos y analicemos mejor esas redes, procesos y efectos. Algo que en buena medida ya se está haciendo desde enfoques como la evaluación del impacto en la salud y el mapeo de activos en salud.¹⁹

Estas intuiciones y sugerencias están condicionadas por una idea o sesgo, a saber, que podríamos visualizar (y en ocasiones hasta cuantificar) mucho mejor los efectos positivos (sobre la salud, la calidad del trabajo, la convivencia, la educación, el ocio, el medio ambiente, la seguridad, la calidad democrática, etc., etc.) que tienen muchas políticas públicas y privadas, y que si lo hiciésemos, los ciudadanos apreciaríamos (en dos acepciones del verbo: ver y valorar) mejor lo que de manera individual y colectivamente hacemos bien. De ahí podría surgir una mayor confianza en lo que hacemos bien.¹⁸ Que no nos vendría mal. Sin duda, el mismo razonamiento vale para lo que hacemos mal, para los efectos adversos o «externalidades» (sobre la salud, la calidad del trabajo, la convivencia...) que tienen muchas políticas públicas y privadas.

Algunas de las dificultades que el ser humano tiene para apartar velos y ver mejor la realidad son las mismas que complican ciertas etapas de la definición de prioridades. Como bien señala Ricard Meneu en su texto, nada de lo anterior implica que el proceso de priorización pueda ser exclusivamente técnico, en absoluto. El proceso

está y debe estar permeado de sentimientos, emociones, creencias, valores y normas culturales, morales y políticas. Además, muchos pensamos que de alguna manera hay que asumir (no aceptar) que a menudo el ser humano es contradictorio e incoherente, cuando no cosas peores, como nos recuerdan Pata Negra¹³ o el peso que en Internet y en la economía global tienen la pornografía y las apuestas.

Más difícil y atractivo todavía

Cabe que los modelos actualmente más populares sobre los factores condicionantes de la salud puedan o deban ser más modestos, o más ambiciosos; más pragmáticos y radicales; más maduros en su análisis de los poderes hegemónicos y de las correspondientes estrategias políticas y económicas; o más circunscritos a lo que realmente puede hacerse desde los servicios de salud pública y Administración sanitaria. Que no es poco. O puede que los modelos ya sean bastante razonables y estén bien formulados, teóricamente.^{9,17-21}

Más si somos coherentes desde los puntos de vista intelectual, profesional y político con los actuales modelos sobre los factores condicionantes de la salud (tan diversos),^{5,6,9,16} y por tanto con ideas-lema como por ejemplo la de «salud en todas las políticas», entonces conviene señalar que la implicación de las empresas públicas y privadas, y de las organizaciones sociales y ciudadanas, en la definición de prioridades en las políticas de salud –y en su aplicación, seguimiento y evaluación– no debe circunscribirse, ni en la realidad actual se circunscribe, a las políticas asistenciales sanitarias: esa participación e influencia deben desarrollarse y en buena parte ya se desarrollan en todas las áreas políticas y sociales que inciden en la salud (trabajo, alimentación, medio ambiente, etc.). Con lo cual se hace más evidente todavía no tanto la dificultad de llevar a la práctica esos procesos de definición de prioridades (dificultad que parece una preocupación muy de nosotros, los supuestos técnicos o expertos), sino que:

a) muchos de esos procesos no se lideran y gestionan desde lo que tradicionalmente co-

nocemos por servicios de salud pública o por las autoridades de salud pública;

- b) esos procesos de definición y evaluación en áreas no sanitarias ya se producen sin nuestra intervención;
- c) habitualmente las organizaciones «extrasanitarias» lo hacen sin un reconocimiento hacia la salud pública y sin mucha o ninguna conciencia del impacto en la salud que tienen esas políticas tradicionalmente consideradas no sanitarias; y
- d) pocas veces se han analizado con rigor los éxitos y fracasos de los «marcos de coordinación interministerial» y otras figuras institucionales capaces de llevar a cabo políticas transversales saludables y sostenibles.

Los peligros son evidentes (p. ej., dilución de la Autoridad de salud pública, pérdida de protagonismo de los representantes tradicionales de la salud pública, debilidad ante otros departamentos del mismo gobierno en la asignación de presupuestos y otros poderes); pero la realidad es la que es. Nos guste más o menos. Y no puede dejar de atraernos en gran medida. Los modelos sobre los factores condicionantes de la salud tienen razón de ser y reflejan esa realidad: existen múltiples influencias extrasanitarias en la salud.

En efecto, en epidemiología, economía de la salud y salud pública en general nos referimos a menudo a los modelos de condicionantes de la salud (a veces, de un modo bastante teórico), a la complejidad de estructuras, factores y mecanismos que en tales modelos resumimos, al carácter político, económico y cultural de muchos de esos procesos y de las estructuras y coyunturas en las que ocurren, y a su naturaleza y dimensiones internacional, global y sistémica. Esos modelos sobre los factores condicionantes de la salud suelen tener un carácter social, colectivo, poblacional, histórico y político, notablemente alejado de los planteamientos más individualistas sobre «factores de riesgo» o «estilos de vida», que cargan al individuo con casi toda la responsabilidad de su salud y en gran medida

desdennan o soslayan las causas estructurales socioambientales del enfermar.²¹

Es pues atractivo y relevante reflexionar sobre los nuevos hallazgos empíricos, que he conocido por Beatriz González, sobre la posibilidad o el hecho de que para el bienestar personal o social importen más las desigualdades en renta que las desigualdades en salud. Coincido con ella en que lo más llamativo de los resultados del enorme estudio que comenta –llamativo también para los marcos de trabajo más habituales en salud pública– es que la máxima diferencia entre niveles de satisfacción vital se da entre personas empleadas y desempleadas, no entre los que tienen mejor o peor salud. Con la lógica variabilidad y heterogeneidad interindividual e intraindividual.

Pues entonces casi que algunos salubristas se reciclen hacia la economía política. Y como toda broma, va medio en serio: algunas propuestas económicas de la epidemiología social y de la epidemiología *life-course*,¹⁷ por ejemplo, y de la salud pública (sobre redistribución de renta o sobre el estado del bienestar, por ejemplo), parecen demasiado generales, simples o ingenuas; tienen externamente un carácter político –legítimo, sí–, pero sin que a la vez posean los imprescindibles contenidos y resortes para pulir y llevar a cabo la propuesta (estrategia política, económica, mediática) que exigen: no incorporan importantes factores culturales, políticos y económicos, no contemplan factores coyunturales y tácticos esenciales en política, no están en las redes de influencia política y económica, y se hacen bastante o completamente desde fuera de los sistemas (democráticos) de gestión política, económica, mediática y social.

Por supuesto que muchas propuestas (p. ej., sobre «salud en todas las políticas») no son brindis al sol bienintencionados e ingenuos: poseen consciencia del sistema en el que juegan, defendiendo la salud, con mucha razón de ser. A pesar de ello, creo que muchas propuestas están incompletas, como terminaré de argumentar a continuación. Pensemos, por ejemplo, sobre las razones de lo que Joaquín Nieto denomina «lagunas de coordinación institucional» (p. ej., entre salud pública, salud laboral y salud ambiental) y «lagunas de participación». ¿De verdad puede un



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

salubrista esperar que responsables de sectores como la energía, el transporte, la construcción, la industria alimentaria o la banca acepten el liderazgo y la evaluación de los expertos en salud pública y administración sanitaria para trabajar todos armoniosamente a favor de la salud, inspirados por ideas como la de la «salud en todas las políticas»?

Es cierto, por suerte, no casualmente, que en ámbitos como la salud laboral están bastante desarrollados los espacios y mecanismos de participación, como bien detalla Joaquín. Creo que nuestros respectivos análisis son coincidentes al menos en que dos de las claves de esa participación son las bases jurídicas y la pujanza de las organizaciones sociales y la sociedad civil. Por lo menos así era en buena medida *antes*, antes de la actual recesión.¹⁸⁻²⁰

Ya he sugerido que ciertos modos de ver y pensar el mundo de los salubristas y otros expertos en salud pública y Administración sanitaria están parcialmente obsoletos; por ejemplo, son demasiado piramidales. Y que reflexionar sobre la definición de prioridades en las políticas de salud y bienestar social exige analizar cómo funcionan los distintos poderes en el sistémico mundo de hoy.¹⁸⁻²⁵ Con nuevos marcos, instrumentos y preguntas podemos reflexionar sobre los poderes que influyen en la salud desde casi todos los ámbitos de la economía, la política, la cultura o el medio ambiente. Influyen desde la fábrica más cercana en Tarragona (alguna, harto contaminante por dentro y por fuera) y desde aquella en la lejana Malasia.

Entonces, hoy más que nunca, dado el funcionamiento del planeta, para hacer políticas sociales (la de salud entre ellas) necesitamos una mejor monitorización y análisis sistémicos de causas, daños y beneficios sistémicos.^{18,20,25} Y necesitamos actuar sistémicamente sobre las conexiones causales entre economía, salud, cultura y ciudadanía. O si se prefiere, entre economía sostenible, condiciones de trabajo, salud pública, energía y medio ambiente, guerras, emigración, xenofobia, género, valores democráticos... Pues ahí están, en esos procesos, en esos conflictos, flujos, conexiones y redes, los grandes factores condicionantes de la salud de la sociedad del siglo XXI: en los sistemas de economía y trabajo, en los ecosistemas naturales, en los sistemas

de seguridad social, educación, hacienda (pensiones, fiscalidad verde, impuestos al capital), transporte y energía, agricultura y alimentación, relaciones de género, consumo, tiempo libre, en la calidad de nuestra democracia...¹⁶⁻²¹

Es curioso cuán infrecuente es todavía que reconozcamos que las políticas sistémicas que afectan a la salud no pueden en modo alguno gestionarse sólo desde la salud pública o sólo con la intervención de las instituciones y organizaciones de salud pública, sanidad o medicina. Por su propia naturaleza, esas políticas no pueden ser lideradas ni administradas únicamente desde la salud pública. Por definición: son sistémicas. Tampoco muchas otras políticas (educación, medio ambiente, trabajo) pueden gestionarse sólo desde sus departamentos nominales. Incluso la propia medición, visualización, análisis, narración, ejecución, seguimiento, evaluación y control de esos procesos supera ampliamente el marco de un solo enfoque, por transdisciplinario y transversal y familiarizado con la complejidad que sea y esté un enfoque, como a menudo lo son y están los enfoques en salud pública.

Creo, pues, que debemos atender mejor al hecho de que las políticas sistémicas no pueden desarrollarse desde un solo enfoque o marco tradicional; si de verdad aspiramos a poner la calidad de las condiciones de trabajo en todas las políticas, la equidad en todas las políticas, la educación en todas las políticas, el medio ambiente en todas las políticas... Y si a su vez aspiramos a tener un cierto grado de influencia (control, liderazgo, autoridad) en los impactos sobre la salud de las políticas industriales, alimentarias, ambientales...

No niego en absoluto que la acción local (municipal, autonómica, estatal) tenga una enorme importancia. Hoy la tiene más que nunca. No es *wishful thinking*: en sistemas tan interconectados como los actuales, las políticas locales influyen hacia arriba más que hace unas décadas, más que antes de *Inside job* (valga de nuevo el recurso didáctico al documental). En salud pública y Administración sanitaria debemos estudiar y aprovechar mejor esas influencias *bottom-up*, de abajo arriba. Los grandes poderes financieros dependen mucho de las coyunturas locales

(confianza, consumo, ambiente mediático, prácticas bancarias, regulación estatal, economía real). Las políticas sobre disruptores endocrinos de Ségolène Royal (ministra de Ecología, Desarrollo Sostenible y Energía de Francia) o de algunos ayuntamientos influyen en las políticas de la industria mundial del plástico o de Coca-Cola.²⁶ A Volkswagen, su reciente fraude con las emisiones le está repercutiendo en todo el mundo.

Por todo lo apuntado y más, debemos reconocer lo mucho que ya ocurre –con impactos positivos y negativos para la salud– en áreas de gobierno, en sectores económicos y en la sociedad en su conjunto (trabajo, medio ambiente, alimentación, educación, tiempo libre, etc.). Áreas y sectores en los que, asumámoslo, no tienen prácticamente ninguna influencia directa los expertos en epidemiología o economía de la salud o cualquier otra especialidad tradicional de la salud pública o los servicios sanitarios. No son pocas las dificultades teóricas, conceptuales, ideológicas, metodológicas, prácticas, políticas y éticas. Si algunos problemas ni siquiera los vemos, qué decir de las soluciones.

Que todo ello esté plagado de peligros no impide que sea una realidad; la compleja, a menudo cruel realidad de un planeta en el que ya hace tiempo se erosionaron –vaya– las pirámides.¹⁴

Influencias sobre la (des)regulación de los procesos de decisión

En la Jornada que dio lugar a este Cuaderno se habló sobre mucho más que sobre modos de establecer prioridades. Por buenas razones. Pues como acabamos de proponer, ya hace largo tiempo que muchas pirámides de decisión se erosionaron o derrumbaron, generalmente para bien. De acuerdo, sólo algunas pirámides. En cualquier caso, como imagen y metáfora la pirámide está en desuso, por obsoleta. Dicho sea con todo respeto por la considerable influencia y poder de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, la Fundación Gates, Princeton o el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) británico. Incluso cuando se logra decidir y aplicar ciertas prioridades –y así ocurre

a menudo tras mucha persuasión, diálogo, cooperación e inversiones–, el proceso de definición, decisión e implementación tiene lugar dentro de densas redes y flujos veloces de poderes muy diversos. Generalmente, en medio de una (in)competencia inmisericorde. Entonces, ¿a qué viene pretender que las prioridades se deciden como antes? No, no es casual, ni banal ni absurdo pretenderlo, creerlo. En la Jornada hablamos sobre (des)regulación en el mundo sistémico. Se habló, implícitamente, de *regulación*, aunque no recuerdo que se mencionase la palabra hasta que yo lo hice al final. Pero los procesos de regulación en los flujos de poder e influencia en las redes industriales y culturales globales estaban en la mente y en las propuestas de todos.

Sugiero, pues, que uno de los conceptos más relevantes –y una de las metáforas atractivas– es el de «regulación». Regulación de los mercados financieros y sanitarios y mucho más, por supuesto. Cierto, hay y no hay fronteras, es imposible y absurdo querer poner puertas al campo. Pero regular es imprescindible y posible. Regulación y buen gobierno de la inmigración, las transacciones financieras fútiles, la pobreza y la desigualdad, la corrupción, el empleo y las condiciones de trabajo. Regulación de la educación, la cultura, el medio ambiente y la producción de alimentos, las instituciones de gobernanza global, la innovación social y tecnológica, etc. No se me escapa que la propuesta tiene escaso *glamour*, alejada como está de eslóganes relativos a la in(ter)dependencia, las rupturas y los comienzos «desde cero». Propuesta alejada de la «política ficción», repito. Cercana –realmente creo– a la «política real», la de verdad, aquella que sí tiene efectos sobre los ciudadanos y el mundo.¹⁶

En todo caso, no sabiendo apenas nada de finanzas ni de economía ni de ciencia política, para mí una referencia es la regulación genómica. El *alternative splicing*, por ejemplo. Como metáfora que nos puede inspirar, ayudar a pensar en los temas que aquí nos ocupan. El «empalme alternativo» es un proceso fascinante –se cree que estrechamente regulado– que permite que un solo gen codifique múltiples proteínas: los exones del ARN producidos durante la transcripción de un gen (el pre-ARNm) son reconectados



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

o empalmados no en una única ineluctable secuencia sino de múltiples maneras, produciendo así diferentes proteínas. Apremiar lo extraordinariamente frecuente que el empalme alternativo es en biología humana ha sido crucial para demoler algunos aspectos fundamentales del «dogma central de la biología», como que cada gen sólo codifica una proteína y viceversa; para explicar en parte que el ser humano tenga un número estimado de genes codificadores de proteínas (19.042) muy bajo en comparación con otras especies (el ratón [*Mus musculus*] tiene 20.210 genes, el perro [*Canis familiaris*] 19.300, el arroz [*Oryza sativa*] 37.544, el mosquito *Anopheles* 15.189 y el chimpancé unos 19.000); para entender algo mejor las fuentes de la complejidad de los organismos vivos o por qué las variantes genéticas identificadas hasta la fecha explican una parte tan pequeña de la agregación familiar de las enfermedades complejas.²⁷

En la regulación genómica hay un mundo de hechos, sistemas, mecanismos, procesos (meticulosamente y eficientemente regulados), conceptos y metáforas sugerentes y acaso útiles para pensar sobre prioridades en las políticas de salud. Claro que el mundo de las ciencias sociales y políticas no puede reducirse al de la genómica ni al de ciencia biológica, clínica o física alguna. Claro que el gobierno de los asuntos sociales tiene otras «leyes», en buena parte. Mas en biología, en medicina y en la vida, sin regulación no hay nada: ni vida ni salud ni riqueza ni homeostasis ni equilibrio. Sin regulación no es posible ni la más sencilla chapucilla de un microARN. Sin regulación no existiríamos. Y por supuesto que además –además– hay azar y necesidad y selección y plasticidad y evolución y... Claro.²⁷

Me explico un poco más, brevemente, con una definición de *desregulación*: «Fracaso relativo o completo al regular (comprobar, monitorizar, vigilar, controlar, aplicar, ajustar, modular, encauzar, dirigir, liderar) una organización, sistema, país, área o proceso a fin de preservar su naturaleza, equilibrio, prioridades, fines o funciones (como por ejemplo su homeostasis, inmunidad, metabolismo, salud, validez, *accountability*, cohesión, libertad, equidad, eficiencia, riqueza, capital humano, calidad democrática y ambiental).

Hay numerosos tipos de desregulación fisiológica, mental, emocional, económica, política, fiscal, tecnológica o genómica, los cuales conducen a respuestas y efectos que están pobremente modulados o que son perturbadores, caros o costosos, inmorales, ineficientes, injustos, corruptos, insostenibles, malsanos o patológicos.»¹⁷

Naturalmente, otros conceptos importantes en este texto son los de salud pública, salud poblacional, salud global, políticas públicas saludables, prevención, estrategias preventivas, *evidence-informed health policymaking*, costes de la inacción, capital social, pensamiento individual, contexto, análisis multinivel, herencia cultural, curso de la vida, orígenes de la salud y la enfermedad en el desarrollo, sistema, sistémico, causalidad, riesgo, enfermedades de etiología compleja y, quizás, epidemiología política.^{17,21-24}

Agradecimientos

Agradezco los valiosos comentarios críticos de Ildelfonso Hernández a una versión anterior del texto. Agradezco asimismo la constante y excelente ayuda de Yolanda Rovira. El trabajo del grupo de investigación del autor es en parte posible gracias a las aportaciones del Parc de Salut Mar al Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM); Gobierno de la Generalitat de Catalunya (2014 SGR 1012); Instituto de Salud Carlos III – FEDER (FIS PI13/00020 y CIBER de Epidemiología y Salud Pública – CIBERESP), Gobierno de España; y Fundació La Marató de TV3 (20132910).

Este texto se terminó de escribir en Barcelona, el domingo 27 de septiembre de 2015.

Bibliografía

1. Cohen L. Chelsea Hotel #2. En: New skin for the old ceremony [disco]. Disponible en: <http://genius.com/Leonard-cohen-chelsea-hotel-no-2-lyrics>. En la red se encuentran múltiples versiones de la canción y de la posición en ella de Cohen y Janis Joplin. Otras partes relevantes del texto son: *I remember you well in the Chelsea Hotel, you were talking so brave and so sweet, giving me head on the unmade bed, while the limousines waited in the street. Those were the reasons and that was New York, we were running for the money*

- and the flesh. Ah, but you got away, didn't you babe, you just turned your back on the crowd, you got away. I never once heard you say, I need you, I don't need you, I need you, I don't need you, and all of that jiving around. I remember you well in the Chelsea Hotel, you were famous, your heart was a legend. You told me again you preferred handsome men, but for me you would make an exception. And clenching your fist for the ones like us who are oppressed by the figures of beauty, you fixed yourself, you said, "Well never mind, we are ugly but we have the music." And then you got away, didn't you babe... I don't mean to suggest that I loved you the best, I can't keep track of each fallen robin. I remember you well in the Chelsea Hotel, that's all, I don't even think of you that often. Una traducción aproximada y no literaria sería: Te recuerdo bien, en el Hotel Chelsea, hablabas con coraje, y tan dulce, mientras las limusinas esperaban en la calle. Esas fueron las razones y eso era Nueva York, corríamos detrás del dinero y la carne. Ah, pero tú te fuiste, ¿no, cariño? Simplemente le diste la espalda a la multitud, te fuiste, y ni una vez te oí decir: te necesito, no te necesito, te necesito, no te necesito, y todos esos remilgos. Te recuerdo bien, en el Hotel Chelsea, eras famosa, tu corazón era una leyenda. Me dijiste otra vez que preferías a los hombres guapos, pero que conmigo harías una excepción. Y apretando tu puño por los que son como nosotros, los oprimidos por los cánones de la belleza, te compusiste, dijiste: "Bueno, da igual, somos feos pero tenemos la música". Ah, pero tú te fuiste ¿no, cariño? No quiero sugerir que te quise como a la que más, no puedo seguir el rastro de cada gorrión caído. Te recuerdo bien, en el Hotel Chelsea, eso es todo, ni siquiera pienso en ti muy a menudo. Con permiso de los incondicionales de Cohen, son excelentes las versiones de Rufus Wainwright y Lana del Rey. https://en.wikipedia.org/wiki/New_Skin_for_the_Old_Ceremony*
2. Stoppard T. Arcàdia. Biblioteca Teatral, 98. Traducción de Ernest Riera. Barcelona: Institut del Teatre, Diputació de Barcelona, 1999: 95. *"It's the best possible time to be alive, when almost everything you thought you knew is wrong."* Primer acto, escena cuarta.
 3. Porta M. Las quiero a morir. Claves de razón práctica. 2013;(226):172-9.
 4. Charles Ferguson. Véase: [https://en.wikipedia.org/wiki/Charles_Ferguson_\(filmmaker\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Charles_Ferguson_(filmmaker)), <http://www.cb-snews.com/news/katie-couric-interview-inside-job-director-charles-ferguson/> y [https://en.wikipedia.org/wiki/Inside_Job_\(2010_film\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Inside_Job_(2010_film))
 5. Hernández I, Parker LA. Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. En: Kickbusch I, editor. Policy innovation for health. Nueva York & Berlín: Springer; 2009. p. 23-66.
 6. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. J Epidemiol Community Health. 2013;67:286-91.
 7. Michaels D. Doubt is their product. How industry's assault on science threatens your health. Nueva York: Oxford University Press, 2008. Oreskes N, Conway EM. Merchants of doubt: how a handful of scientists obscured the truth on issues from tobacco smoke to global warming. Nueva York: Bloomsbury, 2010. McGarity TO, Wagner WE. Bending science. How special interests corrupt public health research. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2012. Goldacre B. Bad pharma: How drug companies mislead doctors and harm patients. Londres: 4th Estate; 2012.
 8. Marinker M, editor. Constructive conversations about health. Policy and values. Oxford: Radcliffe, 2006. Revisado por Pang T. Lancet. 2006;368:1485-6.
 9. Porta M. Políticas de causas y políticas de consecuencias. En: Marinker M, editor. El Marco de Madrid: una propuesta de valores en las actuaciones públicas sobre la salud. Madrid: Merck, Sharp & Dohme de España, Fundación Fernando Abril Martorell, Exlibris Ediciones; 2005. p. 37-38, 52-54, 67-68, 85-86, 89-90. Porta M, García-Altés A. Salud en todas las políticas. El País, 24 de junio de 2008: 41. Porta M, Arbós X. La salud pública exige más cooperación. El País, 3 de mayo de 2011: 37. Benavides FG, Porta M, Hernández I, et al. La nueva Ley General de Salud Pública: desarrollarla es el gran reto del próximo gobierno. El País, 3 de octubre de 2011: 36. Hernández I, Benavides FG, Porta M. Políticas de salud para crear riqueza. El País, 10 de noviembre de 2012: 33.
 10. González E. Historias de Nueva York. Barcelona: RBA; 2006. González E. Todas las historias. Barcelona: RBA; 2011.
 11. Porta M. La (i)relevancia de Cataluña y del resto de España en las redes industriales y culturales globales. Contra la bunkerización del marco de análisis. Y a favor de otra in(ter)dependencia. InfoLibre, 24 de marzo de 2014. Disponible en: http://www.infolibre.es/noticias/opinion/2014/03/21/cataluna_resto_espana_las_redes_industriales_culturales_globales_14848_1023.html. Versión completa en: <http://federalistesdesquerres.org/actualidad/mitjans/miquel-porta-serra-la-relevancia-de-catalunya-i-la-resta-despanya-en-les-xarxes-industrials-i-culturals-globals/>
 12. Blair A, Saracci R, Vineis P, Cocco P, Forastiere F, Grandjean P, et al. Epidemiology, public health and the rhetoric of false positives. Environ Health Perspect. 2009;117:1809-13. Pearce N, Blair A, Vineis P, Ahrens W, Andersen A, Antó JM, et al. IARC Monographs: 40 years of evaluating carcinogenic hazards to humans. Environ Health Perspect. 2015;123:507-14.
 13. Pata Negra. Todo lo que me gusta es ilegal. En: Inspiración y locura. Madrid: Nuevos Medios, 1990. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=y9_c7oD1vuE. Bimbela JL. Placer y salud. Gac Sanit. 2003;17:440. Porta M. A vivir que son dos días. Gac Sanit. 2003;17:528.
 14. Naim M. The end of power: from boardrooms to battlefields and churches to states. Why being in charge isn't what it used to be. Nueva York: Basic Books,



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

2013. Naím M. El fin del poder: empresas que se hunden, militares derrotados, papas que renuncian y gobiernos impotentes: cómo el poder ya no es lo que era. Barcelona: Debate, 2013. Aunque considero suficientemente adecuado citar aquí esta obra, no soy experto en el tema; sé que existen numerosas otras obras que podría ser relevante, y discutible, citar. Pero creo que el libro de Naím tiene suficiente poder (de evocación).
15. Hernández I, Porta M. Vacuna contra el cáncer uterino. *El País*, 6 de mayo de 2007: 20. Hernández I, Porta M. Salud pública, política y conflicto de intereses. *El País (Extra Salud)*, 13 de octubre de 2007: 7. Álvarez-Dardet C, Márquez Calderón S, González López-Valcárcel B, et al. Razones para no decidir con prisas. *El País*, 6 de noviembre de 2007: 46. Porta M. Les raons de la dissensió sobre una mesura de salut pública. En: Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Valoració del risc i prioritització en polítiques de salut pública: a propòsit de la pertinència de la vacuna del papil·lomavirus humà. Taula de debat del 19 de febrer de 2008. Barcelona: Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2008. p. 17-23, 37-54. Porta M. The improbable plunge. What facts refute reasons to expect that the effectiveness of HPV vaccination programs to prevent cervical cancer could be low? *Prev Med*. 2009;48:407-10. Porta M, González López-Valcárcel B, Márquez S, Artzozco L. Doubts on the appropriateness of universal human papillomavirus vaccination: is evidence on public health benefits already available? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:667.
 16. Porta M. Química electoral. *El País*, 8 de mayo de 2015. Edición digital. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/04/20/opinion/1429556079_704125.html
 17. Porta M, Greenland S, Hernán M, dos Santos Silva I, Last M, editores. *A dictionary of epidemiology*. 6ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2014.
 18. Porta M. Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor. Reflexiones a propósito del proyecto de Ley General de Salud Pública del Gobierno de España. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2010;12:43-6. Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. *El País*, 10 de junio de 2010: 31.
 19. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Nieto J, Cofiño R, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013;27:180-3. Álvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MT, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets – the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:721-3. Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Cambra K, et al. Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. *Gac Sanit*. 2012;26:83-90.
 20. González López-Valcárcel B, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:497-9.
 21. Puyol A, Segura, A, Camps V, Ibern P, Román B, Meneu R, et al. Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2015. Puig-Junoy J, director. López Casasnovas G, Ortún Rubio V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson; 2004. Borrell C, Benach J, directores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS - Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Mediterrània; 2003. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M, directores. Employment, work and health inequalities: a global perspective. Barcelona: Icària; 2013. Rodríguez M, Urbanos R, directores. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. Urbanos-Garrido RM, González López-Valcárcel B. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Econ*. 2015;16:175-84. Muntaner C, Borrell C, Ng E, Chung H, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociol Health Illness*. 2011;33:946-64. Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Malmusi D, Novoa AM. El sufrimiento de la población en la crisis económica del estado Español. *Salud Colectiva*. 2014;10:95-8. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2006. González López-Valcárcel B. La sanidad en tiempos de crisis. *Economistas*. 2011;29:127-34. Urbanos Garrido RM, González López-Valcárcel B, Puig Junoy J. La crisis económica llega a la sanidad pública. *Economistas*. 2012;30:158-62. Fernández M, Aguirre C, Almunia Amann J, Subirats J, López Casasnovas G, González López-Valcárcel B, et al. El estado de bienestar en la encrucijada: nuevos retos ante la crisis global. *Ekonomi Gerizan*. 2011;(18). Disponible en: http://www.fcavn.es/Castellano/Publicaciones/Ekonomi_Gerizan/18_i.asp. González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gac Sanit*. 2012;26:176-7. Navarro V. Ataque a la democracia y al bienestar. Crítica al pensamiento económico dominante. Barcelona: Anagrama; 2015. Benach J. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005. Angelakis AN, Do Monte MHFM, Bontoux L, Asano T. The status of wastewater reuse practice in the Mediterranean basin: need for guidelines. *Water Research*. 1999;33:2201-17. Nebot M, López MJ, Ariza C, Pérez-Ríos M, Saltó E, Fernández E. Impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before-and-after study. *Environ Health Perspect*. 2009;117:344-7. Varo JJ, Martínez-González MA, de Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epi*

- demiol. 2003;32:138-46. van Rijnsoever FJ, van Lente H, van Trijp HC. Systemic policies towards a healthier and more responsible food system. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:737-9. Analitis A, Katsouyanni K, Biggeri A, Ballester F, Sunyer J, Michelozzi P, et al. Effects of cold weather on mortality: results from 15 European cities within the PHEWE Project. *Am J Epidemiol*. 2008;168:1397-408. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borrell C, Mackenbach JP, et al. Socio-economic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:468-75. Boldo E, Medina S, LeTertre A, Hurley F, Mücke HG, Ballester F, et al. Apheis: Health impact assessment of long-term exposure to PM2.5 in 23 European cities. *Eur J Epidemiol*. 2006;21:449-58. Roberto CA, Kawachi I, editores. *Behavioral economics & public health*. Nueva York: Oxford University Press; 2016. Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero JJ, Delgado Rodríguez M, Bolúmar Monrull F, Herruzo Cabrera R, Serra Majem L, et al., directores. *Medicina preventiva y salud pública*. 12ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. Hernández-Aguado I, Gil de Miguel A, Delgado Rodríguez M, et al., editores. *Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud*. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, et al., editores. *Salud pública*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1998. Hernández-Aguado I, Benavides FG, Porta M. Los profesionales españoles de la salud pública ante la Ley General de Salud Pública. *Gac Sanit*. 2012;26:295-7. Vineis P, Stringhini S, Porta M. The environmental roots of non-communicable diseases (NCDs) and the epigenetic impacts of globalization. *Environ Res*. 2014;133:424-30.
22. Broadbent A. *Philosophy of epidemiology*. Londres: Palgrave Macmillan; 2013.
 23. Porta M. ¿Será verdad? Sobre causalidad, confusiones y sesgos. Y sobre prisas, prejuicios y otras que-
rencias. Porta M. ¿Podemos actuar sobre las causas ambientales del enfermar? Podemos. Contra la de-
sazón, la desolación y el negacionismo ambiental. Ambos capítulos en: Casino G, Fernández E, editores. *Epidemiología para periodistas y comunicadores*. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 32. Barcelona, Fundación Dr. Antonio Esteve y Asociación Española de Comunicación Científica; 2015. p. 23-31 y 39-48. Porta M. La conversación y el diálogo sobre el conocimiento científico. Entre los investigadores, la población, los medios de comunicación, las organizaciones ciudadanas y las instituciones. En: *Ética, salud y dispendio de conocimiento*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, núm. 38. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2016. p. 78-93.
 24. Porta M. Si la epidemiología social existe, es integrativa. Y lo que importa es su influencia, teórica y práctica. En: Estany A, Puyol A, editores. *Filosofía de la epidemiología social*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2016.
 25. Benach J, Puig-Barrachina V, Vives A, Tarafa G, Muntaner C. The challenge of monitoring employment-related health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:1085-187. Porta M, Puigdomènech E, Ballester F, editores. *Nuestra contaminación interna*. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española. Madrid: Los libros de la Catarata; 2009.
 26. Food Packaging Forum. Coca-Cola presents PET bottle made completely from plant materials; commercial release not yet known. Disponible en: <http://www.foodpackagingforum.org/news/coca-cola-creates-100-plant-based-pet-bottle>. France publishes national strategy on endocrine disrupting chemicals (EDCs). Disponible en: <http://www.foodpackagingforum.org/news/france-publishes-national-edc-strategy>
 27. Brett D, Pospisil H, Valcárcel J, Reich J, Bork P. Alternative splicing and genome complexity. *Nature Genet*. 2002;30:29-30. Feero WG, Guttmacher AE, Collins FS. Genomic medicine – an updated primer. *N Engl J Med*. 2010;362:2001-11. Manolio TA, Collins FS, Cox NJ, Goldstein DB, Hindorf LA, Hunter DJ, et al. Finding the missing heritability of complex diseases. *Nature*. 2009;461:747-53. Vineis P, Pearce N. Missing heritability in genome-wide association study research. *Nature Reviews Genetics*. 2010;11:589. Luzzatto L, Pandolfi PP. Causality and chance in the development of cancer. *N Engl J Med*. 2015;373:84-8.



Las prioridades en políticas de salud

Soledad Márquez Calderón

Este texto recoge en primer lugar un punto de vista particular acerca de cómo podría ser un proceso de definición de prioridades en políticas de salud. Asimismo, se aventura a enunciar algunas líneas de acción (grandes objetivos) que serían especialmente prioritarias desde la perspectiva de la autora, y que podrían servir de punto de partida para un ejercicio de priorización más amplio, que lógicamente requeriría procesos participativos y fases posteriores de selección de políticas e intervenciones concretas.

Elección de un marco para la priorización de políticas de salud

Es útil empezar poniendo sobre la mesa algunos elementos que ayuden a encuadrar el proceso de definición de prioridades en políticas de salud, a visualizar de antemano sus posibles limitaciones e incluso a apuntar una propuesta sobre la forma de trabajo.

El primer elemento del marco lo pone el contexto; es decir, la realidad donde nos situamos, marcada por una coyuntura económica de crisis ya crónica, con un deterioro social importante, definido por las altas tasas de desempleo, el incremento de las desigualdades (España es uno de los países de la Unión Europea con más desigualdad y esta ha aumentado desde el inicio de la crisis), la población en situación de pobreza (que afecta especialmente a los hogares con niños/as) y la exclusión social (en 2013, un 10,9% de la población en exclusión social severa y un 14,2% en exclusión moderada).¹ La evidencia científica que existe sobre el impacto de los determinantes socioeconómicos en la salud y sobre

el impacto de la pobreza infantil en la salud a lo largo de la vida^{2,3} hace pensar que la situación actual tendrá, antes o después, consecuencias importantes en la salud de la población española y en la equidad en salud, especialmente graves en las personas que hoy son niños y niñas.⁴ Algunas de estas consecuencias, sobre todo en la salud mental, ya se están viendo en España y otros países.^{5,6} En este contexto parece razonable que un ejercicio de priorización de políticas de salud no deje fuera las que inciden sobre los principales determinantes socioeconómicos de la salud y su impacto en la equidad.

El segundo elemento de encuadre es la definición de «políticas» y el nivel político al que se refiere la priorización. Una definición amplia abarcaría no solo las políticas públicas, sino también las que ponen en marcha los grupos sociales y las organizaciones no gubernamentales. Con objeto de acotar el terreno, esta propuesta se ceñirá exclusivamente a las políticas públicas. ¿Pero en qué nivel? En principio, cabría distinguir al menos tres ejes para clasificar las políticas relacionadas con la salud:

- Territorial: estado, comunidades autónomas, ayuntamientos.
- Sectores relacionados con los determinantes de la salud (salud pública/servicios sanitarios, medio ambiente, educación, política económica y fiscal, vivienda, empleo, bienestar social, dependencia, igualdad, inmigración, movilidad, etc.) *versus* autoridad máxima sobre todos los sectores (presidencia –en gobiernos estatal y autonómicos– o alcaldía –en gobiernos municipales–).

- Nivel de complejidad: desde lo más macro (grandes líneas u objetivos políticos) a lo más micro (intervenciones o programas muy concretos).

La matriz que puede componerse con estos tres ejes da lugar a múltiples celdillas de decisión: ¿en cuál o cuáles iniciar el ejercicio de priorización? El nivel de autoridad máxima es el que mejor puede coordinar un trabajo conjunto entre los distintos sectores y tomar decisiones que conlleven una redistribución del presupuesto entre ellos; por tanto, es el nivel que tiene la mayor capacidad para priorizar las políticas macro dirigidas a los determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud y de la equidad en salud. Al mismo tiempo, es el único nivel donde se puede priorizar entre estrategias del tipo «salud en todas las políticas», o alternativamente educación, bienestar, igualdad, etc. «en todas las políticas»; si bien es cierto que muchas acciones intersectoriales aunarían varios de estos objetivos conjuntamente. Aunque el movimiento de «salud en todas las políticas» ha sido impulsado desde el sector sanitario y atribuye a este sector la tarea de promover e impulsar las políticas intersectoriales generadoras de salud, también reconoce las limitaciones relacionadas con la capacidad de liderazgo y la dificultad de priorizar objetivos de distintos sectores desde uno de ellos.⁷ Por tanto, aunque un ministerio, consejería o concejalía de salud pueda desempeñar un papel importante en términos de abogacía, sensibilización y aportación de evidencia científica, es imposible establecer prioridades en políticas de salud que impliquen a la mayoría de los sectores si no hay un claro compromiso desde la autoridad máxima del gobierno.

A la hora de priorizar grandes líneas u objetivos desde el ámbito gubernamental, parece poco realista pretender un ejercicio maximalista, que parta de un presupuesto de base cero y que contemple la decisión entre todos los programas e intervenciones posibles (meso/micro) para abordar esos objetivos en todos los sectores relacionados con los determinantes socioeconómicos y medioambientales de la salud. Sería más razonable un abordaje secuencial de la

priorización, con una primera fase de elección de grandes objetivos o áreas de mejora en relación a estos determinantes, que podría orientar tanto cambios en la distribución del presupuesto entre sectores como la puesta en marcha de líneas de trabajo interdepartamentales (de tipo legislativo o ejecutivo). Tras esta primera fase, podrían seguir trabajos de priorización que irían concretando la selección entre distintas alternativas (programas, proyectos, intervenciones, regulación) para abordar los grandes objetivos y líneas definidos en la etapa previa. Este trabajo de priorización, a realizar dentro de cada sector en algunos casos y en el marco de comités o estructuras intersectoriales en otros, requeriría seleccionar intervenciones y políticas más concretas que competirían entre sí por los recursos existentes. En estas etapas, la priorización de nuevos programas o proyectos posiblemente lleve pareja la decisión de desinvertir en otros que se venían llevando a cabo (salvo que el presupuesto del sector en cuestión se haya visto incrementado en la primera fase de la priorización). Es en esta fase cuando resulta más interesante y factible la aplicación de métodos formales de priorización, como el análisis multicriterio,⁸ incorporando a ellos la evidencia científica disponible sobre la efectividad y el coste-efectividad de las distintas alternativas de acción, así como la información relacionada con otros criterios que se consideren relevantes.⁹ Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la investigación disponible sobre los efectos de diversas políticas e intervenciones no es abundante ni siempre extrapolable de un contexto a otro. Por ello, es importante advertir que ni la falta de evidencia ni un excesivo prurito metodológico deberían ser pretexto para no tomar decisiones o retrasarlas en demasía (se pueden usar en su defecto los datos que haya disponibles, la experiencia y el sentido común, evitando llegar a la parálisis por el análisis).

También es cierto que en muchas ocasiones el problema no es tanto la falta de información o investigación como la dispersión de estas, recogidas en múltiples informes técnicos y estudios sobre potenciales efectos de las políticas, análisis de barreras y oportunidades para su implantación, etc. Si las administraciones públicas asu-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

mieran de forma efectiva la función de inteligencia y monitorización, podrían integrarse todos estos conocimientos y capacidades, aprovechándolos para informar la toma de decisiones entre distintos cursos de acción y evitando su desperdicio.

Por último, cabe completar el encuadre de cualquier propuesta de priorización teniendo en cuenta dos aspectos adicionales. El primero es la necesidad de conocer los acuerdos internacionales y las políticas globales en sectores distintos al sanitario que pueden restringir el espacio para la formulación de políticas sobre los determinantes de la salud de ámbito nacional o de las comunidades autónomas. El segundo es la deseabilidad de que los procesos de priorización incorporen la participación de profesionales que conozcan bien los sectores sobre los que se toman decisiones y de la sociedad civil, con transparencia y con una consideración adecuada de los posibles conflictos de intereses de los grupos y personas participantes.⁷

Ejercicio de priorización: un punto de vista personal sobre grandes líneas y objetivos prioritarios en políticas de salud

Hecho este encuadre, presento una selección personal de algunos grandes objetivos o líneas de acción que en el momento actual considero especialmente prioritarios. Esta selección solo sería un *input* más (al lado de los que podrían generar muchas otras personas) en una primera fase de un proceso de priorización. Tras esta fase de selección de grandes líneas de acción relacionadas con los determinantes de la salud, sería necesario, como se ha comentado antes, que siguieran otras etapas de trabajo, en cada sector e interdepartamentales, para elegir las intervenciones, los programas o los proyectos para abordar cada objetivo.

Formular las principales líneas de acción no es excesivamente difícil, teniendo en cuenta que se dispone de excelentes informes con datos objetivos sobre la realidad actual, como el de Cáritas¹ y el de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS),⁵ así como de documentos con un profundo trabajo que enuncian propuestas para las políticas de

salud y equidad, al tiempo que recogen la evidencia científica sobre algunas de ellas.^{2,3,10} La selección que se realiza procede de la interacción de toda esta información con valores y preferencias personales.

- Lo más urgente en el momento actual es la puesta en marcha de políticas que garanticen que todas las personas tengan alimentación suficiente, vivienda, cobertura sanitaria y –en el caso de los/las niños/as y jóvenes– derecho efectivo a la educación. Estos deberían ser objetivos muy prioritarios por su impacto en la salud a corto y largo plazo, y por tener consideración de derechos humanos. Las políticas relacionadas deberían diseñarse evitando la estigmatización de las poblaciones vulnerables a las que van dirigidas y priorizando según el impacto en la población infantil. Aunque no se entrará en el tipo de intervenciones o programas que habría que poner en marcha para conseguir estos objetivos básicos y urgentes, estarían relacionados con políticas de vivienda, protección social (renta mínima), salud pública y educación. Por señalar solo algunas intervenciones concretas relacionadas con el objetivo de derecho efectivo a la educación, en el caso de familias en situación de graves dificultades económicas sería fundamental el acceso gratuito a material escolar en educación primaria y educación secundaria obligatoria, así como a plazas en el primer ciclo de educación infantil (menores de 3 años), actualmente no garantizadas.
- El nivel de desempleo que existe hoy en España, el incremento en la precariedad en el empleo tras las sucesivas reformas laborales, y la emigración creciente de personas jóvenes a otros países ante la falta de oportunidades para encontrar un empleo digno, son problemas que preocupan a la mayoría de la población y afectan de manera directa o indirecta a todos. Por ello, una de las áreas donde más consenso social existiría a la hora de establecer prioridades es la del empleo. Es necesario poner en marcha políticas efectivas de generación de empleo y de mejora de su calidad. Esto es clave para toda la población desempleada,

pero hay tres grupos donde el impacto podría ser mayor. Uno es el de las personas con hijos que económicamente aún dependen de ellos, especialmente si son parados de larga duración, tanto por la dificultad cada vez mayor de encontrar trabajo como por el impacto que el desempleo de los padres tendrá en la salud y en la vida de los niños y las niñas. Otro es el de las personas jóvenes, y especialmente en las familias con recursos insuficientes, que han terminado sus estudios y no han podido acceder aún a su primer empleo, contando el tiempo que pasa sin adquirir experiencia como un lastre para las oportunidades en el futuro. Y el tercero es el de las mujeres, sobre todo las que tienen menos recursos educativos y económicos, por sus menores oportunidades para acceder a empleos de calidad, lo que es especialmente injusto cuando se debe a la necesidad de asumir un rol de cuidadora en la familia.

- Las políticas de igualdad de oportunidades en el acceso al bachillerato y a los estudios universitarios son asimismo prioridades claras, y en los últimos tiempos se ha retrocedido también en este sentido. Es fundamental recuperar una política de becas y otras estrategias que fomenten la equidad en el acceso a la educación de las personas jóvenes.
- La atención a la dependencia es clave en una población envejecida, y las políticas relacionadas deben dirigirse de forma decidida a evitar que sigan siendo las mujeres las principales responsables de asumir el rol de cuidar en la sociedad. Por ello, es fundamental que se dispongan recursos para la atención de las personas mayores y discapacitadas. Si en la situación económica actual no es posible desarrollar un sistema público de atención a la dependencia de cobertura universal, al menos sería prioritario prestar atención gratuita a las personas con escasos recursos.
- Además de lo mencionado hasta ahora, suscribiría como prioridades de salud pública y de servicios sanitarios gran parte de las recomendaciones de SESPAS en su texto de posicionamiento publicado en 2015 (*Protege tu*

salud con tu voto),¹¹ y las de la Asociación de Economía de la Salud (AES) en su documento de diagnóstico y propuestas de avance en el Sistema Nacional de Salud.¹² Aunque algunas de ellas ya se han recogido en los párrafos anteriores (sistema nacional de salud de cobertura universal, igualdad de oportunidades en la educación, lucha contra el desempleo, etc.), cabría añadir aquí algunas otras más relacionadas con los propios servicios de salud pública y el sistema sanitario.

Los servicios de salud pública tienen necesariamente que trabajar con otros sectores, siendo fundamentales aquellas políticas dirigidas a abordar los factores que inciden más directamente en la salud. En este sentido, el documento de SESPAS señala algunas prioridades en relación a la seguridad alimentaria y nutrición, el tabaco, el medio ambiente, la movilidad, la prevención de la violencia de género y otros.¹¹ El trabajo entre salud pública, atención primaria y los ayuntamientos es también fundamental para la creación y aprovechamiento de los activos en salud de la propia comunidad, buscando entornos que faciliten modos de vida saludables (autonomía en la salud, relaciones sociales, actividad física, etc.).¹³

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) urge la puesta en marcha de políticas dirigidas a garantizar su sostenibilidad y buen gobierno, así como a abordar la creciente medicalización de la vida, la iatrogenia y el perfil actual de los problemas de salud. A ello ayudaría el desarrollo de la Ley General de Salud Pública, que recoge líneas claras de avance. Asimismo, el documento de AES hace una serie de propuestas orientadas en el mismo sentido.¹² De todas las recomendaciones de estos documentos, resultan especialmente prioritarias las dirigidas a mejorar los mecanismos de decisión, especialmente en lo que concierne a la cartera de servicios del sistema sanitario público y la financiación de medicamentos. Para ello es necesario establecer mecanismos que faciliten que las decisiones sobre prestaciones estén basadas en la evidencia, desempeñando un papel clave la coordinación entre agencias de evaluación de tecnologías y entre comunidades



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

autónomas. Pero esto no sería suficiente si no va acompañado de una estrategia clara de relación con los diferentes grupos de presión que influyen en estas decisiones, especialmente la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, pero también las sociedades profesionales y las asociaciones de pacientes, entre otros. Las reglas del juego de estas relaciones deben ser transparentes, seguir unos principios éticos y no poner los intereses privados o de grupos por encima del bien común. En definitiva, de lo que estamos hablando es de la necesidad de establecer sin más dilación un marco de buen gobierno que englobe toda la política sanitaria.¹⁴

Otras líneas de acción muy importantes a abordar en el SNS son las relacionadas con las desigualdades sociales en el acceso a los servicios especializados y de alta tecnología, la política de personal (que ha de ir unida al profesionalismo y la profesionalización de la gestión), el fortalecimiento de la atención primaria y los servicios de salud mental, y la rendición de cuentas y transparencia en la gestión de los servicios sanitarios.

Una reflexión final

Es inevitable preguntarse si todo esto interesará a algún gobierno (de cualquier nivel territorial) y por qué la mayoría de los gobiernos no llevan a cabo procesos de priorización explícitos, formales y transparentes. Lo hemos estado viendo durante estos últimos años en España: las políticas «anticrisis» han estado basadas en la reducción de los presupuestos destinados a políticas sociales, y en cambios normativos que han perjudicado a los grupos de población más vulnerables (como el RDL 16/2012, que dejó sin derecho a la atención sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular y a otros grupos de población⁵). Esto ha ocurrido a pesar de las evidencias que se han extraído de anteriores crisis económicas, que apuntan a que las políticas activas de empleo y de protección social mitigan los efectos de las crisis en la salud de la población.⁶

Al mismo tiempo, se han priorizado por la vía de los hechos otras políticas o intervenciones mucho más controvertidas. En el sector sanitario hay diversos ejemplos de nuevas prestaciones,

a veces con mucha controversia y desacuerdo entre expertos, que suponen un alto coste, pero sin prever (o al menos sin explicar) qué se dejaría de hacer para hacer frente a esta nueva «prioridad». Un ejemplo reciente es la introducción de la vacuna de la varicela a los 12 meses de edad en el calendario vacunal, una decisión que ha dividido a la comunidad científica sobre su balance beneficio-riesgo. No se ha explicitado de dónde saldrá el presupuesto para financiar esta vacuna, pero es seguro que algo se dejará de hacer, salvo que se permita seguir incrementando el déficit en sanidad.

Por todo ello, aun si no se ponen en marcha procesos de priorización formales que busquen una cierta racionalidad en la distribución de los recursos y la formulación de políticas, como el que se ha propuesto, sería como mínimo exigible que cuando se plantee una nueva iniciativa de cualquier tipo se explicitara qué se va a dejar de hacer para poder financiarla. No abundan ejemplos de esto, pero cuando se encuentra alguno resulta pedagógico. Uno reciente es la decisión del ayuntamiento de Córdoba de bajar el sueldo de los concejales y dedicar el presupuesto liberado a aumentar los fondos de un Plan de Rescate Ciudadano, lo que ha permitido garantizar el suministro de agua a muchas familias sin recursos.¹⁵

Preferentemente, abogaría por el desarrollo de una cultura de la priorización en las políticas públicas mediante procesos explícitos y participativos. Pero mientras esa cultura se construye, es necesario tomar decisiones sobre prestaciones, programas y políticas dirigidos a abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad. Para ello es clave trabajar con el concepto de coste de oportunidad, explicitando las fuentes de financiación y las desinversiones necesarias en cada caso. Visualizar los costes de oportunidad ayudaría a repensar las decisiones en muchas ocasiones.

Bibliografía

1. Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (FOESSA). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España [Internet]. Madrid: Fundación FOESSA/Cáritas Española, editores; 2014.

- (Consultado el 17/7/2015.) Disponible en: <http://www.foessa2014.es/informe/>
2. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed. Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2003.
 3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2008. (Consultado el 31/7/2015.) Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
 4. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los «niños y niñas de la crisis»? Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):132-6.
 5. Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):1-6.
 6. Rivadeneyra-Sicilia A, Minué Lorenzo S, Artundo Puroy C, Márquez Calderón S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):12-7.
 7. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editores. Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies [Internet]. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 2013. (Consultado el 30/7/2015.) Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
 8. Department for Communities and Local Government. Multi-criteria analysis: a manual. [Internet]. London: Department for Communities & Local Government. 2009. (Consultado el 10/9/2015.) Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/7612/1132618.pdf
 9. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. "Real-world" health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2015;15:164.
 10. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. (Consultado el 10/9/2015.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
 11. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Posicionamiento de SESPAS en el año electoral de 2015. Protege tu salud con tu voto. [Internet]. SESPAS. 2015. (Consultado el 18/9/2015.) Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS%20Elecciones%202015.pdf>
 12. Asociación de Economía de la Salud (AES). Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. [Internet]. Barcelona: AES. 2013. (Consultado el 18/9/2015.) Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf
 13. Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Gosalbes Soler V, Martínez-Pecino F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):116-23.
 14. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gac Sanit. 2011;25:333-8.
 15. Reina C. Córdoba reinvierte parte del sueldo de concejales en garantizar el agua a familias sin recursos. [Internet]. Eldiario.es, 10-9-2015. (Consultado el 12/9/2015.) Disponible en: http://www.eldiario.es/andalucia/cordoba/Ayuntamiento-Cordoba-garantiza-suministro-recursos_0_429407156.html



En el velo de la ignorancia. Agencializar decisiones al servicio del bienestar ciudadano

Guillem López i Casasnovas

No resulta evidente a quién le tocará poner orden en nuestro gasto social. Los resultados electorales, reñidos como nunca, determinarán el gobierno que deberá establecer nuevas soluciones de financiación de nuestro gasto o limitarlo con criterios de priorización. Es precisamente en el «velo de la ignorancia» cuando más fácil debería ser el consenso para dar respuesta a aquella disyuntiva. Se trataría de un acuerdo amplio en el reconocimiento de la necesidad de acometer los ajustes financieros o de gasto, y sobre los procesos que han de permitir racionalizar las correspondientes decisiones con un mínimo de sentido común. Siendo la «causa justa» (no hay más cera que la que arde y no cabe el todo para todos de la mejor calidad), el que se siga pues el «proceso debido» (cómo determinar qué va antes y qué va después) debería permitir que de los resultados concretos de la aplicación de los procedimientos establecidos no se hiciera política de baja estofa. En efecto, es bien conocido que llevadas determinadas cuestiones de priorización (racionalización, racionamiento, discriminación) al debate cortoplacista siempre se acaban postergando soluciones de medio plazo a favor del *statu quo*. Además, en presencia de continuas contiendas electorales, someter algunas de aquellas decisiones a la batalla política en la que basta que uno diga para que el otro contradiga, acaba incapacitando la toma de decisiones; decisiones estimadas mayormente como necesarias, pero con las que ningún político se quiere suicidar. Siempre existe un grupo de usuarios, profesionales o *lobbies* industriales capaces de dar apoyo en aquella disputa para neutralizar la decisión a la búsqueda de la conveniencia o de unos vo-

tos. Históricamente, han sido imposiciones de fuera (Maastricht, Merkel, Obama...) las que han acabado permitiendo desembozar políticas que era conocido de modo amplio que necesitaban aplicarse. Con la boca pequeña, así lo decían al menos gobierno y oposición, aunque en sus manifiestos lo contradijeran. Que la «culpa» de la imposición fuera «de otro» parecía ser finalmente aceptable para las clientelas propias.

En las actuales circunstancias por las que atraviesa nuestro estado de bienestar, necesitamos consensuar en la mayor medida posible las bases de financiación de nuestro gasto social: qué debería ir a cargo de los contribuyentes y qué a cargo de los usuarios; qué contingencias se deberían acabar asegurando de manera forzosa o voluntaria por parte de los ciudadanos, y cuáles mutualizarse como forma solidaria de garantía recíproca; qué impuestos generales debieran instrumentarse, cuáles afectarse a determinados programas y qué papel debería darse a las tasas (copagos) al servicio siempre de la mayor financiación del gasto público.

En el lado de las prestaciones, se impone acordar que solo se va a financiar lo efectivo, y dentro de este, lo más coste-efectivo ha de ir primero. De modo que ya no es cuestión de si «entra» o «no entra» en financiación pública, sino bajo qué condiciones entra. Lo coste-efectivo debería ir a impuestos generales, y lo menos coste-efectivo sería acompañable de copagos. Porque la pregunta no es si la ciudadanía quiere copagos. La cuestión es qué hacemos con las prestaciones efectivas, pero de coste no asumible para las finanzas públicas; no asumible no por razón de una genérica insostenibilidad financiera, sino por

la decisión democrática de un parlamento que determina la restricción presupuestaria pública teniendo en cuenta el nivel de presión fiscal aceptable en una sociedad. Y ello habida cuenta del impacto que tienen los impuestos en el gasto de las familias y de lo que pueda soportar la economía para la creación de empleo de buena calidad, elemento también decisivo para el bienestar de las personas. Resultaría así claro que donde no alcance la priorización ordenada de prestaciones lo haga la contribución individual. Mejor esto que dejar aquellas prestaciones al albur de que quien pueda pagarlas disponga de ellas, lo que no deja de ser un copago del cien por cien. Una deducción fiscal (contribuye primero y te devuelvo después) con todo el *fine tuning* que permite una declaración individual de renta o un copago tutelado son, sin duda, mejores opciones.

Agencializar algunas de aquellas decisiones en el velo de la ignorancia, sin saber a quién le tocará aplicarlas, creando comisionados independientes y pactando procedimientos, es el camino. La precisión en el mandato, quién la for-

ma, con qué estabilidad y con qué medios ha de actuar –qué se ha de entender por coste y por efectividad en los resultados, cuál ha de ser el recurso considerado y con qué tasa de descuento de beneficios futuros a cambio de sacrificios hoy, etc.– ha de permitir unas recomendaciones que mejor orienten el debate que se avecina, fuera de los derroteros actuales. Con ello no se sustrae capacidad alguna de decisión política (política en mayúsculas); simplemente se traslada la carga de la prueba. La recomendación de la agencia es prudencial: «haz o explica por qué no haces». Ello, cuando menos, garantiza la transparencia de las decisiones, e incluso al gobierno que las practica le blindo en cierta medida contra la argumentación *fofa* de que más allá del bienestar de los ciudadanos busca simplemente reemplazar al gobierno. En prestaciones sanitarias, de seguridad social, de políticas intergeneracionales y de financiación de I+D, son diversos los ejemplos que se pueden tomar del Reino Unido, Suecia y Holanda como para no querer, tampoco en esta materia, aceptar que España sea diferente.



Resumen de la jornada

Pol Morales

¿Qué entendemos por salud? El concepto suele asociarse con el de enfermedad, pero ya son muchos los que prefieren relacionarlo con el bienestar y con la felicidad, ya que todo lo que nos rodea condiciona nuestra salud. Dentro de ese alcance de amplio espectro, que incluye áreas tan diversas como la educación o el empleo, los gobiernos deben establecer sus políticas públicas de salud. Si ya es complicado acotar el área de influencia de un concepto inabarcable, tanto o más peliagudo es definir qué campos quedan dentro o fuera de una lista de prioridades que seguro generará controversia.

Con ese objetivo se reunieron en Barcelona doce expertos en salud provenientes de diferentes disciplinas, con el propósito de abordar qué políticas debería aplicar cualquier Administración, más allá de las tensiones derivadas de los ajustes económicos. Acudieron a la llamada de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y de la Fundación Dr. Antonio Esteve, que no del gobierno, ya que de momento no existe en nuestro país una definición clara de las prioridades en salud pública. «El modelo despriorizado de salud no es sostenible», advierte Joan Subirats, catedrático de Ciencia Política en la Universitat Autònoma de Barcelona.

Para Miquel Porta, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universitat Autònoma de Barcelona, «es curioso que estos ejercicios de priorización se hagan en tiempos de crisis y no cuando más deberían hacerse, que es en época de bonanza». En todo caso, la función esencial de SESPAS es la de mejorar la salud de la población e intentar, como recuerda su último presidente, Ildefonso Hernández, influir en

la agenda política, máxime en periodos de recortes llevados a cabo sin unos criterios claros de priorización. «Quizá deberemos considerar como prioridad de políticas la configuración política en sí misma», plantea Hernández.

Las dificultades en la tarea de priorizar fueron palpables en la reunión desde el primer momento. Ricard Meneu, de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, abrió la jornada subrayando la necesidad de definir el objetivo de las políticas de salud como primer paso para poder establecer un orden de prioridades. ¿Qué queremos mejorar, la salud en general, la equidad o los grandes condicionantes de la salud? Esa sería, para el experto, la primera cuestión que un gobierno debería plantearse para determinar sus políticas: «¿Buscamos mejorar la salud de los que están peor para igualarlos a la media, o mejorar la salud global? Dependiendo del objetivo, cambiará la estrategia».

Para Meneu, uno de los principales problemas a la hora de definir las políticas de salud es el sobredimensionamiento de algunas enfermedades, fruto de la influencia, entre otros, de los medios de comunicación. «Las mujeres de los Estados Unidos creen que su mayor riesgo es el cáncer de mama, cuando en realidad son las enfermedades cardíacas», advierte el también secretario de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Este tipo de percepciones erróneas entre la población influye también en las decisiones de sus gobernantes, para los que un buen titular puede resultar más tentador que una medida menos mediática.

En todo caso, como recuerda Hernández, parece que la tendencia en la Administración es

conservadora, a no hacer nada. Los pocos esfuerzos que han realizado los funcionarios para evaluar sus políticas públicas han fracasado, según recuerda Cristina Narbona, ex ministra de Medio Ambiente y actual consejera del Consejo de Seguridad Nuclear. Cita ejemplos como la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, o el Observatorio de la Sostenibilidad. «Todo lo que evalúe la capacidad de los políticos está mal visto en nuestro país», concluye Narbona.

En busca de la participación

Quizá por ello parece que las decisiones políticas en una materia tan sensible como la de la salud pública deben pasar irremediamente por la participación de los usuarios y los grupos de interés. Para Joaquín Nieto, director de la Organización Internacional del Trabajo en España, esta medida está claramente explícita en la propia Ley General de Salud Pública, que define dicha disciplina como «el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales».

Sobre la manera de fomentar esa participación ciudadana y de los grupos de interés versó buena parte de la discusión. Nieto planteó el concepto de la democracia prospectiva, el de las políticas, sobre todo en una materia tan delicada como la salud pública, que deben planificarse a largo plazo. «Hay decisiones que deben plantearse con mucha perspectiva. Para ello, se necesita un gran consenso social», argumenta.

Desgraciadamente, aunque el derecho individual y colectivo a la participación está jurídicamente justificado y contemplado en la propia Ley General de Salud Pública, no existe un marco práctico establecido para poder desarrollarlos. «El Consejo Asesor de Salud Pública está pendiente de definir; las lagunas de coordinación institucional entre la salud pública y la salud laboral o ambiental, por ejemplo, suponen también lagunas de participación; los mecanismos de par-

ticipación en los distintos ámbitos sectoriales y territoriales, y en las actuaciones de información, prevención y promoción de la salud, también están por definir», explica Nieto.

La salud laboral, advierte, es prácticamente la única excepción, uno de los pocos ámbitos de salud pública donde los mecanismos de participación están más desarrollados: «Esto se ha visto favorecido por un marco jurídico favorable establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, pero también por la existencia de una sociedad civil muy representativa, constituida por las organizaciones empresariales y de trabajadores».

También existen ejemplos de participación espontáneos, pero igualmente exitosos, como la llamada *Marea blanca* en Madrid, un movimiento de profesionales de la sanidad en unión con la sociedad civil que surgió en 2012 para defender la sanidad pública, y que logró elaborar una propuesta alternativa de financiación. «Falta articular mecanismos participativos y representativos que den cauce a este tipo de movimientos, tanto en momentos concretos como de manera estable», señaló Nieto.

La participación ciudadana, sin embargo, debe analizarse con una cierta equidistancia, tal como plantea Victoria Camps, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universitat Autònoma de Barcelona y ex presidenta del Comité de Bioética de España. «Se frivoliza mucho con la participación. Muchos movimientos ciudadanos sirven más para suscitar emociones que para plantear soluciones, y un ámbito tan importante como la sanidad requiere grandes conocimientos», advierte.

En todo caso, parece que el clima de cambios políticos que está experimentando nuestro país desde que se inició la crisis económica en 2008 es una buena oportunidad para plantear cambios también en la definición de prioridades en las políticas de salud. Así lo considera Joan Subirats: «Hasta ahora faltaba madurez en la población. Ahora es el momento de plantear alternativas sólidas y políticas distintas». Para él también es evidente que hay que terminar con el modelo despriorizado de salud: «Si no establecemos prioridades, no podremos sostener algo



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

que todos queremos mantener». Para Hernández falta convencer a la sociedad de que esta falta de prioridades no es sostenible, mientras que Camps considera que la población está preparada para entender que hay que establecer unos límites: «Lo que más cuesta de asumir es la necesidad de redistribuir desigualmente».

Cuestión de prioridades

¿Qué políticas priorizar? Más allá del cómo y con quién, los expertos también quisieron concretar las medidas que a su juicio deberían cobrar más importancia en la política de salud pública. Soledad Márquez Calderón, de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, considera prioritarias las políticas sobre determinantes sociales de la salud y, dentro de ellas, tres áreas más urgentes: la vivienda, la renta básica y la infancia.

Sebastián Mora, secretario general de Cáritas España, secunda su postura y considera prioritarias las medidas sobre la exclusión severa. «La gran brecha es la exclusión de la salud, de ahí que sea necesario potenciar el capital social en esa materia. Dado que los expertos no siempre han sido capaces de organizar la salud, quizá la organización comunitaria sea un buen mecanismo para abordarlo», considera.

Porta, por su parte, aboga por un cambio de estrategia en la implementación de las políticas de prevención, poniendo más énfasis en lo colectivo, sin olvidar lo individual. «Seguimos manteniendo más énfasis en la responsabilidad individual, pero hay aspectos que no están completamente al alcance del individuo, que en buena parte se escapan a su control, como por ejemplo un problema como la obesidad. Quizá deberíamos presionar menos para que el individuo adelgace y presionar más contra los alimentos y tóxicos ambientales que producen obesidad», aconseja.

Para Narbona es imprescindible pasar del binomio público-privado a la salud como un bien público. ¿Pero cómo empoderar a los ciudadanos frente a los poderes públicos? Propone tres medidas: «El acceso a una información comprensible para el ciudadano, el derecho a la participación en las opciones disponibles antes de

la toma de decisiones, y el acceso a una justicia que permita defender los otros dos derechos».

Meneu también está en la senda de mejorar la información, de avanzar en el conocimiento en todos los aspectos relacionados con la salud, para evitar que los mensajes erróneos lleguen a la población a través de los medios de comunicación. «Debería ser más visible, por ejemplo, el funcionamiento de las listas de espera», razona, «para así aumentar la transparencia, mejorar la percepción de la salud y ganar confianza entre la población».

La primera prioridad, afirma Nieto, es cumplir en toda su amplitud con la Ley General de Salud Pública que, recuerda, «se aprobó por unanimidad». A continuación, deberían abordarse los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de la Organización de las Naciones Unidas, incorporando la agenda ambiental y cuestiones del ámbito social. En tercer lugar, continúa, habría que emplear el principio de precaución. «Cuando existan evidencias de que algo puede ser dañino, el fabricante debería demostrar lo contrario», explica. Por último, recomienda una evaluación económica de las acciones e inacciones de las políticas de salud.

¿Y cuál es la metodología ideal para lograrlo? Beatriz González López-Valcárcel, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, citó las diez cuestiones más relevantes que deben plantearse los políticos para avanzar en la priorización en salud pública. Como también opina el catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra, Guillem López-Casasnovas, conviene priorizar las necesidades de investigación de efectividad, de coste-efectividad y de impacto de las políticas, pero también decidir si el ejercicio de priorización debe limitarse sólo a la salud o es más ambicioso en términos de bienestar social.

Para González, debemos fomentar una cultura de la priorización a partir de experiencias que ya han funcionado, como la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia (AVALIA), que ha propuesto un método de priorización de tecnologías obsoletas para desinvertir, o la priorización de criterios de lista de espera de cirugía electiva en Cataluña. La priorización participativa, además, es un recurso que utilizan regularmen-

te instituciones internacionales, como la Unión Europea y la Global Health Alliance, que lanzan consultas para priorizar sobre problemas socialmente sensibles, como los asociados al cambio climático. Pero en todo caso, advierte, no todas las experiencias previas son válidas y extrapolables, y concluye que «peor que no hacer nada es hacerlo mal».

Todas las estrategias parece que pasan por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que según todos los participantes debería tomar cartas en el asunto y liderar el proceso de priorización de las políticas de salud pública. «SESPAS no puede trabajar en solitario y a menudo ya crea alianzas con otras

organizaciones ciudadanas. Pero debe trabajar todavía más intensamente con otras organizaciones», reclama Porta. Y Nieto añade que la visión de este organismo debe ser más dinámica, y que tiene que aprovechar la ventana de oportunidad que supone el nuevo escenario político, dada la pobreza de contenidos del debate actual. «SESPAS debe tomar la iniciativa e interactuar con estos nuevos responsables políticos», señala. Su presidente, Hernández, recoge el guante y asegura que las conclusiones y las propuestas de este inusual encuentro entre expertos sobre priorización de políticas de salud pública llegarán a toda la población. Y como ejemplo, sirva este Cuaderno.



Conclusiones

Ildefonso Hernández Aguado

Estas conclusiones procuran detallar y ordenar los aspectos más destacables del debate compartido durante la jornada, algunos de los cuales ya han señalado Pol Morales y Fèlix Bosch en el capítulo introductorio. Antes de ello, cabe trazar el marco de la iniciativa y las cuestiones previas planteadas, que en parte se reflejan en las ponencias previas de Beatriz González, Ricard Me-neu y Joaquín Nieto.

Cuando se considera la salud y se debate sobre qué políticas elegir, suelen surgir los problemas que consideramos más intensos, generales, urgentes o novedosos. Sería el caso de la recuperación de la sanidad pública de su deterioro agudizado por la crisis¹⁻³ o la necesidad de abordar la pobreza infantil,⁴ problemas que en diferente grado han merecido atención pública reciente. Este hecho nos remite a la cuestión sobre cómo se definen los problemas y cómo se establece la agenda política.⁵ La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) tiene como fin esencial la mejora de la salud de la población, y por ello desarrolla acciones de defensa y abogacía por la salud. El debate propuesto pretendía precisamente facilitar la tarea de SESPAS de contribuir a la inclusión de asuntos en la agenda política.⁶ Cuando SESPAS hace recomendaciones de políticas de salud, tales como las publicadas con motivo de las últimas elecciones locales y autonómicas,⁷ suele hacerlo mediante la selección más o menos inspirada de conclusiones de trabajos previos y sin un procedimiento definido. Creímos que disponer de unas directrices sobre cómo realizar en el futuro el trabajo de elegir qué políticas de salud es preciso implantar tendría utili-

dad social más allá de facilitar la propia labor de SESPAS en defensa de la salud. Con este propósito se convocó el debate que la Fundación Dr. Antonio Esteve hizo posible.

Sabíamos de la dificultad de la tarea de priorizar. Pero también desde el principio del debate partíamos de la convicción de que el modelo no priorizado no es sostenible y que, tal como apunta González en su capítulo, el propio proceso de priorizar crea cultura de priorización cuando esta es participativa. De ahí que parte del debate se enfocase en cómo deben desarrollarse modelos de priorización en el futuro.

Un inconveniente adicional subyace en que pretendíamos considerar la priorización de políticas dirigidas a la ganancia en salud –promoción de salud, protección y prevención–, mientras que lo habitual es priorizar en la organización de los servicios de salud. En la generación del conocimiento, se parte de una predominancia del cuidado sanitario de la enfermedad y son escasos los conocimientos y experiencias sobre políticas enfocadas en la salud de la población. Esa supremacía de la asistencia sanitaria sobre otros abordajes también se da en la esfera pública, donde la atención social a la asistencia sanitaria es abrumadora en comparación con la que se da a otras políticas de salud. Los medios de comunicación, salvando excepciones, se ocupan poco de las potencialidades de las políticas de ganancia en salud.⁸ Digamos, pues, que uno de los principios de actuación recogidos en la Ley General de Salud Pública,⁹ la salud en todas las políticas, está todavía poco desarrollado y las iniciativas que proponen visualizar los efectos que intervenciones en ámbitos ajenos a la sanidad

tienen en términos de salud y bienestar son escasas. De ahí que las primeras reflexiones que se suscitan acerca de la priorización cuestionan el qué de la priorización, si cabe por ejemplo considerar como prioridad de políticas la configuración política en sí misma, más aún teniendo en cuenta otras características distintivas de las actuales políticas públicas.¹⁰ La más destacada es la complejidad del espacio de decisiones, tanto por su extensión hacia arriba a ámbitos supranacionales y hacia abajo a ámbitos regionales y locales, como por la ampliación del número de actores. En el ámbito de la salud, agencias europeas como la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o a la Agencia Europea de Químicos (ECHA) regulan aspectos sustanciales que condicionan la salud de los europeos, y los Estados –en particular algunos– no se han dotado de procedimientos de gobierno adaptados a estas necesidades. De hecho, las Administraciones públicas hacen como si los cambios abruptos del escenario político, económico y social no fueran con ellos. En España, la levedad actual del Ministerio de Sanidad, incapaz de una mínima capacidad de rectoría, no se compensa con una cooperación efectiva institucionalizada o no de las comunidades autónomas, siendo esta cooperación recomendable.¹¹ Ello vuelve a plantear si, además de prioridades de intervención, es preciso elegir políticas que doten a las instituciones de la capacidad para la implantación de esas políticas. Incluso cabría examinar si hay que desarrollar acciones que faciliten la competencia administrativa efectiva para contribuir a una determinada definición favorable de los problemas y para articular coaliciones de actores favorables a las políticas que se establezcan como prioritarias, para situar las políticas deseadas en la misma dirección de las principales corrientes sociales. Al respecto, el caso de la ley de prevención del tabaquismo es ilustrativo,¹² pues muestra cómo una vez situado el objetivo de la salud en la corriente principal –asunto que requiere esfuerzo y tiempo– es más fácil aprovechar una ventana de oportunidad y culminar con una acción normativa. Es una experiencia que podría aplicarse si se prevé el uso de la legislación como instru-

mento de mejora de la salud pública, por ejemplo en el campo de la nutrición.¹³

Otra circunstancia a tener en cuenta a día de hoy al reflexionar sobre la priorización es el aumento de la incertidumbre por diversos factores. De ahí que algunos apunten que estamos en realidad ante ventanas de oportunidad política por obligación. Se acabó la tendencia, bien conocida en políticas de servicios sanitarios, a solventar los problemas que surgen mediante el aumento del presupuesto. Otros sugieren que no es tanto la crisis como un cambio de época simultáneo, y que no se trata, por tanto, de la modulación de las respuestas a los problemas, sino de replantearse las preguntas. Se podría así abrir un escenario favorable a una visión de acción en salud en la que esta deja de ser un objetivo por sí misma –lo que lleva a una medicalización sin límite de la vida– y es, en cambio, la consecuencia de un abanico de políticas diversas que además contribuyen al bienestar.

Al examinar posibles actuaciones sobre la salud, surge también otra duda. Por una parte, puede aplicarse el principio de precaución en no adoptar iniciativas innovadoras si no hay garantías de una implantación adecuada, es decir, no hacer nada si se va a hacer mal para evitar erosionar el potencial de cambio, tal como apunta González en su capítulo. Pero el mismo principio de precaución puede esgrimirse para actuar sin dilación cuando hay sospechas de que hay riesgos para la salud, por ejemplo cuando un producto químico ampliamente usado como herbicida es considerado potencialmente cancerígeno por la Agencia Internacional del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁴ No hay que olvidar que la inercia en políticas públicas es hacia la inacción. Aunque la política pública se ha definido como «todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer» (citado en ref. 7), y aunque las no decisiones pueden estudiarse con los mismos métodos que las decisiones, el hecho es que las no decisiones pasan inadvertidas y requieren menos rendición de cuentas. Además, son consecuencia frecuente de la influencia sutil de las corporaciones industriales y comerciales, que son actores muy relevantes en el nuevo escenario mundial.¹⁵ El principio de pre-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

caución debe considerarse, por tanto, en las dos direcciones: no hacer si se puede perjudicar o no dejar hacer si es nocivo.

Un asunto clave en el debate desde el inicio, y que está enlazado con las formas de gobierno, es la participación democrática en los propios procesos de priorización. Al respecto, Nieto describe experiencias útiles en salud laboral. Todo parece indicar que debe replantearse la participación en función de las nuevas expectativas sociales hacia formas de decisión que incluyan también la concertación entre redes de actores y cierta renuncia a la visión jerárquica de la administración.^{16,17}

Otras cuestiones previas que surgieron tienen que ver con las posibles recomendaciones de políticas a implantar, entre las que podría considerarse como prioridad la propia necesidad de que las administraciones públicas prioricen sus actuaciones, y más aún, como indica Meneu, que este proceso sea transparente y participativo más allá de que se apliquen criterios comúnmente aceptados, para lo que en el mencionado capítulo se ofrecen suficientes referencias. Así pues, la elección de políticas prioritarias para ganar salud no tiene por qué ser una lista de problemas o una lista de intervenciones más o menos factibles; puede consistir en medidas que mejoren la gobernanza del sistema en cualquier nivel y lo adapten al nuevo escenario social y político derivado de la globalización y su cortejo. Ello no es óbice para que en el ejercicio de hacer algunas concreciones sea conveniente ofrecer un listado de problemas o intervenciones prioritarias. Por ejemplo, en el Informe Nacional Sueco de Política Pública de Salud pueden encontrarse recomendaciones concretas y acertadas de políticas para ganar salud, desde aquellas que se dirigen a los condicionantes sociales de la salud, tales como la calidad democrática, el empleo, la educación o la vivienda, hasta medidas puramente sanitarias o programas específicos de salud pública.¹⁸ En esta empresa hay ejemplos que son bien apropiados¹⁹ si al tiempo no descuidamos otras políticas que pueden parecer más o menos distantes, pero que están claramente enlazadas con la salud^{20,21} y que, bien miradas, pueden crear riqueza en todo el sentido de la palabra.²²

Una vez revisado el marco general, es oportuno precisar que el debate tras las ponencias se estructuró de forma que se consideraran al menos las siguientes preguntas: ¿qué recomendaciones cabe tener en cuenta antes de un proceso de priorización?, ¿hay algunas prioridades obvias en políticas de salud o en políticas relacionadas con la salud? y ¿cómo debería avanzarse en el proceso de priorización? Otra cosa es que se respondiera a ellas. Lo que a partir de ahora se expone es una síntesis de las respuestas, sugerencias y contrastes de pareceres que se compartieron durante la jornada. Algunas de las ideas plasmadas pueden ser contradictorias, lo que es consecuencia de la riqueza y diversidad de las aportaciones; otras son complementarias a las que se han expuesto en los capítulos anteriores. Lo que se recoge en el texto que sigue es, por tanto, de autoría conjunta, pero cualquiera de los participantes puede no compartir algunas de las recomendaciones, prioridades o afirmaciones vertidas por la diversidad aludida o por la subjetividad y los sesgos del que escribe.

Prioridades sobre la definición de los problemas, el entorno cultural y las respuestas sociales y políticas (Tabla 1)

Sobre los problemas de salud y sus definiciones

Priorizar requiere una determinada concepción de la salud. Los conceptos de salud habitualmente considerados, tales como la definición de la OMS,²³ son demasiado amplios, con independencia de las bondades que tengan o hayan tenido para influir socialmente en la conceptualización pública de la salud. Al priorizar se requiere ser más preciso si de lo que se trata es de aportar servicios asistenciales –primero cuidar y aliviar a los que más sufren–. Si además deseamos modificar el marco de la aproximación social a la salud, debemos centrarnos más en los condicionantes de la salud y en explorar lo que la salud comparte con los otros ejes del bienestar. Es contraproducente priorizar únicamente dentro de la política de salud, sin incluir la salud en el con-

Tabla 1. Prioridades sobre la definición de los problemas, el entorno cultural y las respuestas sociales y políticas.

- La concepción de salud debe separar entre un concepto más concreto y aplicable a la organización de los servicios sanitarios asistenciales y una concepción más general de salud como consecuencia del buen vivir. Por una parte se trata de atender al que sufre, al que necesita cuidado, y por otra, de implantar políticas de bienestar que indefectiblemente sirven para mejorar la salud.
- Es urgente abrir el debate social sobre el buen morir. La vida ilimitada es una quimera y es mejor cuidar que tratar de curar lo imposible. El encarnizamiento médico y la falta de autonomía para decidir la manera de morir son inaceptables.
- La autonomía crítica es imprescindible, es decir, la capacidad de decidir sobre lo que los otros dicen que tienes que hacer (médicos, abogados, etc.). No hay autonomía sin vínculos e interdependencia.
- Hay que cambiar la definición pública de la salud y de los problemas de salud. La idea de salud a toda costa e ilimitada –incluyendo cualquier tecnología, incluso mutilante– debe sustituirse por una aproximación menos medicalizada y cuyos logros se derivan de recuperar el valor de lo común, de las acciones que se desprenden de la búsqueda solidaria del bienestar común.
- La evaluación, la rendición de cuentas, la responsabilidad sobre lo común y la conciencia de que nada es gratuito han de ser una exigencia pública en el futuro.
- Los profesionales de la salud tienen un papel central en conseguir que el sistema deje de hacer intervenciones inútiles o perjudiciales, y contribuir a la conciencia pública de que hay que elegir.
- Es una prioridad abordar la respuesta de la población al entorno consumista desde la educación y los valores cívicos.
- Cualquier código ético incluye el cumplimiento de las normas. Hay que reforzar los mecanismos que obliguen al cumplimiento de las leyes. El desprecio por la Ley General de Salud Pública ilustra la cultura política sobre el incumplimiento de las leyes por los propios gobernantes.
- Es urgente un cambio en España sobre el uso de la inteligencia colectiva por parte de las administraciones públicas.
- La cultura política de la transversalidad es imprescindible. Para ello no bastan soluciones técnicas, es una cuestión de diálogo, intercambio e interacción.

junto del bienestar. De hecho, en algún momento vital puede importar mucho más estar sin trabajo que otra condición; la salud es más una consecuencia que una causa –que también lo es– del bienestar en todas sus dimensiones. Insistimos en que la enfermedad que produce sufrimiento es prioridad de atención, pero también en que debemos modificar las percepciones de salud en una sociedad que tiene la salud como objetivo en sí mismo y no como un medio para el bienestar. Se ha comprobado que la percepción de los problemas de salud por la población está muy mediada y no se corresponde con lo que indican los datos de vigilancia en salud pública. Por ejemplo, si se presta mucha atención desde los medios y desde algunas organizaciones al cán-

cer de mama, muchas mujeres responderán que su mayor problema es el cáncer de mama, aunque suponga un porcentaje bajo de morbilidad y mortalidad. Por ello, la definición de los problemas y cómo son descritos socialmente importa mucho para las respuestas desde las políticas de salud. Hay que prestar atención a las poderosas corrientes tendentes a medicalizar la sociedad, logrando que cualquier pequeña aflicción se convierta en enfermedad susceptible de tratamiento por productos patentados,²⁴ y hay que estar atentos a cómo se presentan públicamente los problemas. Precisamente, una cuestión clave al priorizar es si se parte de problemas o de sus condicionantes, de sus causas. La presentación pública de los problemas, el *framing* de los me-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

dios de comunicación²⁵ y los aspectos culturales inducen a que, por ejemplo, la obesidad se describa como una consecuencia de la libre elección personal del sujeto obeso, que a su vez se convierte en responsable de la solución. Alternativamente puede presentarse como lo que en realidad es: el efecto de un entorno obesogénico. Si realmente se quieren solucionar los problemas de salud de la sociedad actual, hay que recordar que los enfoques individuales no funcionan para los problemas graves de salud de las poblaciones humanas, y que hay que cambiar los mensajes. Tiene que haber menos énfasis en los estilos de vida y más en los condicionantes de la salud. Los enfoques individuales se pueden mantener, pero no bastan para afrontar la magnitud y complejidad de los problemas. Estamos ante problemas sistémicos a los que no responden ni los servicios sanitarios por su cuenta ni la clásica e ineficaz educación para la salud apuntando al cambio individual sin modificar los condicionantes sociales que causan los problemas de salud. Cabe aprovechar las acciones de buenas prácticas ya iniciadas, como aplicar los principios de salud en todas las políticas, e ir ganando espacios para que cada centro escolar, centro de trabajo, barrio, municipio, comunidad y Estado apliquen políticas que busquen sinergias hacia la prioridades sociales, la educación de calidad, la salud y el bienestar, asegurando la sostenibilidad del planeta. En este contexto, la comunicación, el *marketing* público y la participación del sector cultural se convierten en elementos clave para ganar en el terreno de las ideas. Las evidencias científicas como fundamento de las políticas son necesarias, pero insuficientes; son sólo una pieza más y menor en su formulación.

Relacionado con lo anterior, se constata que es necesario y urgente abrir el debate sobre el buen morir. Resulta chocante, por ejemplo, que haya personas de avanzada edad que se mueran en la ambulancia que les lleva a un centro sanitario para recibir un tratamiento quimioterápico de escasa eficacia para un cáncer que en ocasiones se ha diagnosticado precozmente cuando no estaba indicado. El encarnizamiento terapéutico es demasiado prevalente, pero el cambio hacia el buen morir requiere un debate público y afrontar

socialmente el significado de la muerte. Hay que aprovechar que poco a poco va avanzando la idea de que no es cierto lo de la vida sin límites, de que a veces es mejor cuidar bien que tratar de curar lo imposible.

Así pues, ante la enfermedad, ante el sufrimiento palmario, el sistema sanitario debe diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad. Debe hacer el mínimo daño y resistir las presiones externas e internas (culturales, comerciales y tecnocráticas) que le llevan a generar propuestas falsas, inútiles o perjudiciales.²⁶ Por lo que respecta a la ganancia de salud de la población, debe adoptar un enfoque de condicionantes e integrar la salud dentro de los objetivos del bienestar, compartiendo por tanto recursos y objetivos con otros ejes de las políticas del bienestar. Por tanto, al priorizar no se trata de modular las respuestas del sistema de salud, sino de modificar por completo el marco y las respuestas. El sistema de salud debe dejar de perseguir la salud a toda costa como objetivo último y facilitar que parte importante de las ganancias en salud sean el efecto de políticas relacionadas con el bienestar en sentido amplio.

Al respecto no está de más recordar el Preámbulo de la Ley General de Salud Pública:⁹ «El objeto de esta ley es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población. La salud, definida como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, proporciona junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar. Por ser autónoma, la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, para lo cual hay que proporcionar una educación que asegure la capacidad crítica, la posibilidad de madurez democrática y participativa. Al fin y al cabo, educación y salud conforman parte de la materia prima que sustenta una sociedad democrática. Ambas se relacionan íntimamente y facilitan el deseable bienestar social y el necesario desarrollo económico sostenible». Aunque no expresado de forma idéntica, a partir de la definición de salud del X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana de Per-

pinyà, en 1976,²⁶ se propone una transversalidad entre salud y otros ejes del bienestar con los que está íntimamente relacionadas.

Sobre los cambios culturales en el ámbito político y social

Hemos tratado ya del cambio necesario desde una búsqueda de la salud como fin en sí mismo hacia la salud como una consecuencia más del buen vivir, del bienestar; también sobre el imperativo de la priorización, por la insostenibilidad, sobre todo social, de un modelo no priorizado. Para ello son necesarios cambios en el entorno cultural que aprovechen aquellas corrientes que son favorables y conduzcan a unas percepciones sociales y políticas distintas a las actuales, más favorables a un modelo social comunitario y sostenible. Hasta ahora, la reivindicación social no lleva aparejada explícitamente la exigencia de evaluación, de rendición de cuentas y de responsabilidad sobre lo común, ni hay tampoco conciencia de que nada es gratuito. Se carece de cultura de evaluación y de infraestructura institucional adecuada para la rendición de cuentas. Los intentos de crear instituciones capaces de monitorizar políticas, tales como la Agencia de Evaluación de Políticas, han sido fallidas por escasa dotación o convicción, o bien se ha tardado poco en desnaturalizarlas o manipularlas. No obstante, hay algunos signos esperanzadores, tanto por la inclusión de algunas de estas cuestiones en los programas electorales²⁸ como por la creación de algunas instituciones de evaluación que están funcionando razonablemente bien.²⁹

Respecto a la escasa percepción del coste de las actuaciones públicas, en el campo de la salud el caso de las vacunas es paradigmático porque casi todas las partes implicadas parecen asumir que son gratuitas. Se llega a situaciones de obvio mal gobierno porque se supone que no existe el coste de oportunidad o se ignora y se juega con ventaja al saber que quien lleve la contraria se llena de oprobio por el halo benéfico de cualquier vacuna.³⁰ Por parte de los profesionales, sería un gran avance que ellos mismos identificaran lo que podría dejar de hacerse con aquello que hacen, y que hubiese liderazgo y coraje político

para contribuir a la percepción pública de que hay que elegir sobre qué prestaciones son posibles, y que lo prioritario, antes de nada, es que el sistema de salud deje de hacer aquello que es inútil y sobre todo lo que es perjudicial.

No debemos olvidar que el consumismo –y en consecuencia los problemas con él relacionados–, se adquiere sin esfuerzo. La publicidad y el entorno cultural condicionan la supremacía del consumo como forma de bienestar y motivan que se otorgue un valor máximo a lo económico. En salud, los efectos de la publicidad son bien conocidos, como también lo son las formas en que los medios –influidos por actores varios– definen los problemas de salud apuntando soluciones que enfatizan el papel del individuo y se oponen a cualquier política pública. En particular, es feroz la oposición a las políticas que afectan a la publicidad y a los impuestos que gravan los productos insalubres. El caso de la obesidad es paradigmático, pues en él se comprueba cómo la definición del problema suele centrarse en la responsabilidad individual y, en consecuencia, las propuestas de soluciones suelen apuntar a intervenciones en el individuo, aunque con diferencias entre países según el entorno cultural.³¹⁻³⁴ Al contrario que el consumismo, que se adquiere casi por ósmosis, los valores cívicos se aprenden con la práctica. Una asignatura en el currículo escolar no basta. Es una prioridad abordar la respuesta de la población al entorno consumista desde la educación y los valores cívicos. El Centro Sueco de Resiliencia es un buen ejemplo de iniciativas que muestran no sólo la viabilidad social de otros enfoques económicos, sino que prueba que son ineludibles.³⁵

Otro asunto que requiere un cambio radical es la tendencia al incumplimiento de las leyes, particularmente por los propios gobiernos. Por ejemplo, el gobierno de España ha incumplido dos leyes de salud relevantes, la Ley General de Salud Pública y la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición, ambas promulgadas en 2011 y de las que hay buen número de disposiciones que no se cumplen. Cualquier código ético incluye el cumplimiento de las normas. Es una cuestión de voluntad política, y de ahí que debamos reforzar los mecanismos que obliguen al cumplimiento de



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

las leyes. Los observatorios de evaluación de políticas deberían avisar de los incumplimientos, y en la rendición de cuentas debería exigirse la responsabilidad. La propia redacción de las leyes en España tiene en muchas ocasiones un contenido más retórico que prescriptivo, y eso puede ser deliberado.^{36,37} También cabría establecer garantías de cumplimiento estableciendo una jerarquía de responsabilidad diáfana que permita aplicar sanciones administrativas o judiciales con celeridad. Por ejemplo, el hecho de que no se hayan desarrollado los reglamentos de las leyes citadas debería significar, pasado un periodo suficiente, responsabilidades inmediatas a los responsables ministeriales de la inacción que podría ser la destitución de oficio. La exigencia de responsabilidades en casos concretos debería alcanzar a los funcionarios públicos.

La inteligencia colectiva es poco usada en España al formular las políticas. No se trata sólo de que no se articulan adecuadamente los canales de participación, sino que también es frecuente el mal uso o el desprecio por los órganos de asesoramiento. Hay ejemplos notorios de que se usan poco y mal, o de que sencillamente no se usan. España cuenta con mucha más capacidad colectiva que la que se vehiculiza hacia los que toman decisiones. Los decisores parecen rehuir la información de calidad; esto no es nuevo, pues ya decía John Maynard Keynes que no hay nada que un gobierno odie más que estar bien informado, porque eso hace que el proceso de toma de decisiones sea más complejo (reproducido en ref. 38). Es urgente un cambio al respecto y por tanto encontrar procedimientos para estrechar la relación entre las fuentes expertas y la política; el modelo del panel intergubernamental del cambio climático puede ser una buena opción a imitar para informar y evaluar avances en políticas clave de salud. En la misma línea, la función pública debe adoptar mecanismos para que los funcionarios incorporen el nuevo conocimiento de forma natural al normal desempeño de sus actividades y se interrelacionen más con quien lo genera.

Uno de los principios de la política de salud actual es el ya mencionado de «salud y equidad en salud en todas las políticas». Su aplicación

requiere menos trabajo en silos y más transversalidad. La cuestión es sumamente compleja, como se ha puesto de manifiesto al analizar los espacios de encuentro habituales de las políticas transversales, las comisiones interdepartamentales, pero hay experiencias y capacidad para ir adaptándose a la compleja realidad.³⁹

Estos cambios mencionados y otros necesarios requieren acciones en el entorno público. Algunas deberían partir de la propia Administración, aunque seguramente las acciones de la sociedad civil son imprescindibles como detonantes del cambio. El hecho es que la formulación de políticas alternativas requiere agentes de cambio. Las nuevas visiones de la salud y de las necesidades de políticas adecuadas a esa visión requieren agentes catalizadores. Por ejemplo, un agente de cambio reciente ha sido la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, y su característica principal no es que hayan actuado técnicamente, que también lo hacen, sino mediante el empoderamiento de los ciudadanos. Hay buen número de organizaciones que pueden contribuir a encontrar grietas por donde acceder al público con posibilidades reales de cambiar la percepción pública sobre la necesidad de modificar el marco general de los problemas y sus soluciones.

En las dos siguientes secciones se comentan las propuestas sobre prioridades de problemas y sobre prioridades de procedimientos donde se consideran posibles formas para conseguir el cambio.

Los problemas prioritarios (Tabla 2)

Al reflexionar los participantes sobre si hay prioridades obvias en salud que requieren poca discusión por lo manifiesto de los problemas, muchos apuntaron a los condicionantes sociales de la salud. En parte, estas elecciones de prioridades se fundamentaron en la situación social de España que se muestra en diversos documentos y fuentes, tales como los informes sobre exclusión y desarrollo social en España de la Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (Cáritas).⁴⁰ Estas prioridades centradas en los condicionantes sociales coinciden además, y de ahí la oportunidad, con la Agenda 2030 para

Tabla 2. Algunos problemas prioritarios.

-
- Los condicionantes sociales de la salud que están incorporados en los objetivos de desarrollo sostenible.
 - Exclusión severa, pobreza y en particular pobreza infantil, vivienda digna y salubre, falta de empleo, desatención a la dependencia, salud mental en general y la derivada de los problemas sociales y económicos.
 - Educación, en particular la insuficiencia de las políticas dirigidas al fracaso escolar y las políticas de apoyo cuando cierran las escuelas.
 - Contaminación del aire, contaminación química y física en general, y falta de rigor o ausencia de políticas de control.
 - Carencia de políticas sólidas dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud.
 - Debilidad de la cultura organizativa comunitaria y su estabilidad en el tiempo.
 - Ausencia de una estrategia de comunicación, de *marketing* público para incrementar la exigencia pública de calidad democrática, de evaluación y rendición de cuentas; para incrementar la conciencia pública de que los modelos no priorizados son insostenibles, del valor social y económico de las políticas sostenibles, de que la salud no es un fin en sí mismo, de los perjuicios del exceso de medicalización en todas las etapas de la vida, y de la necesidad de equidad y solidaridad como valores cívicos.
 - Captura de la ciencia por intereses no coincidentes con el interés general y ausencia de evaluación independiente de políticas e intervenciones en salud.
-

el desarrollo sostenible.⁴¹ Entendemos que es pertinente incorporar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a las políticas de España y establecer los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas periódicos. En general, al repasar los ODS se puede comprobar que inciden en los condicionantes principales de la salud de las poblaciones humanas. Por ejemplo, el primer objetivo es erradicar la pobreza (en España hay 5.000.000 de personas pobres); el segundo, eliminar la pobreza relativa. También incorporan un trabajo decente o los modelos de consumo responsable. Es significativo –y aplicable a España– que los ODS incorporen la necesidad del buen gobierno y de instituciones sólidas, que se sea capaz de mejorar la calidad democrática y de aplicar equidad y justicia.

Por nombrar algunas de las prioridades mencionadas al hablar de salud, los participantes señalaron la garantía de ingresos por hogar dentro de las acciones contra la exclusión severa, la garantía de vivienda digna y salubre, la erradicación de la pobreza infantil mediante el empleo a las familias y la atención urgente a la dependencia.

La educación fue reiteradamente mencionada. Se consideró el fracaso escolar cuestión clave y

desatendida. Se destacó la falta de actuaciones, particularmente cuando se cierra la escuela. No basta con mencionar la educación como asunto genérico; hay que decir qué significa y cuáles son nuestros fracasos –por ejemplo, el abandono de la educación secundaria obligatoria–.

Se coincidió en la relevancia de la contaminación del aire. Es una prioridad urgente, no sólo porque mueren 17.000 personas al año por la mala calidad del aire, lo que es una tragedia humana de gran magnitud, sino porque las políticas de reducción de la contaminación tienen otros muchos efectos benéficos. Es urgente desarrollar un plan de salud y medio ambiente lo suficientemente ambicioso y coordinado.

Paralelamente a la mención de diversos condicionantes sociales de la salud, se fue hablando de la necesidad de políticas dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud. Es decir, disminuir el énfasis en lo individual y ponerlo en lo colectivo, lo que puede ilustrarse como, por ejemplo, menos dieta para los obesos y más acción en los entornos obesogénicos; menos decir a la gente qué productos químicos debe examinar en una etiqueta de tamaño ridículo y más exclusión de químicos arriesgados; menos



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

campañas publicitarias sobre el ejercicio físico y mejores políticas de transporte y de planificación urbana; menos autocontrol de las empresas, nunca realizado por las corporaciones vectores de enfermedad, y mayor regulación.

Se consideró un problema a solucionar la falta de capital social y relacional en excluidos severos y la necesidad de promoción de tejido asociativo que genera cohesión y virtud ética y da acceso a la participación. Se promociona el voluntariado, pero no el tejido asociativo. Si bien las formas de promover el asociacionismo son debatidas, se coincide en que algunos problemas no dependen de soluciones técnicas que resuelvan expertos, sino de crear cultura comunitaria. En el abordaje de los usuarios de drogas en España se ha comprobado cómo la cultura organizativa comunitaria con trabajadores de calle ha podido abordar problemas hasta ese momento insolubles y para los que expertos nacionales e internacionales habían sido consultados.

Fruto del debate sobre las prioridades mencionadas surgió la cuestión de la incapacidad para marcar la agenda pública como problema y como prioridad. Esto supone conocer mejor las percepciones sociales, por ejemplo sobre la medicalización de la vida, sobre su visión de la salud, y modificar las percepciones sociales con el fin de:

- Priorizar cuestiones como la educación en la agenda pública.
- Reconocer el valor social de las políticas sostenibles que ya se hacen y que pueden catalogarse de acciones de salud en todas las políticas. La necesidad de que calen mensajes como el de «no contamines, no dejes que te contaminen».
- Compartir que el modelo no priorizado es insostenible.
- Aumentar el debate sobre las inacciones políticas en materia de sostenibilidad y salud mediante la evaluación económica de las acciones e inacciones.
- Asumir que hay que poner menos énfasis en las prestaciones sanitarias y más en las causas de enfermar, y cuando se consideran

prestaciones, reconocer que no sólo las hay de base tecnológica, que las prestaciones comunitarias tienen más valor que muchas tecnologías –que a veces son innecesarias y dañinas–. Aumentar el conocimiento y la provisión sobre prestaciones de servicios personales y comunitarios.

- Asumir que los servicios sanitarios hacen un buen número de actuaciones innecesarias, que hay que comenzar por evitar lo dañino y después decrecer en las actuaciones inútiles.
- Poner el énfasis en no desperdiciar el tiempo y el dinero preocupándose por la salud equivocadamente (menos producto lácteo falsamente benéfico y más participar en el gobierno del centro escolar donde van tus hijos o en el municipio donde resides).
- Cambiar los mensajes para ser conscientes de los costes humanos de las acciones sanitarias indebidas.
- Precaver sobre el universalismo discriminado que dificulta la articulación de políticas para la equidad efectiva.

Por último, y en relación con la calidad de las instituciones antes mencionada, se constata que un problema a solucionar es la captura de la ciencia. Hay que asegurar una generación del conocimiento independiente no enlazada a intereses que puedan afectar a los resultados de la investigación, como ha ocurrido en medio ambiente o en casi todos los ámbitos de la salud. Hay necesidad de instituciones independientes de producción científica y de emisión de recomendaciones en salud. Es una prioridad enunciada reiteradamente y que se recogía en detalle en borradores previos de la Ley General de Salud Pública, que fueron finalmente arrinconados.

Recomendaciones sobre intervenciones prioritarias y cómo continuar en el futuro en priorización (Tabla 3)

Por lo hasta aquí escrito puede comprobarse que no es fácil trazar una línea entre los distintos apartados. La conversación de los participan-

tes fluía desde prioridades sobre concepciones a prioridades de problemas o prioridades de intervención política. En este apartado final trataremos de agrupar, asumiendo ciertos solapamientos con los apartados anteriores, algunas recomendaciones sobre las intervenciones prioritarias y sobre la continuación de la presente reflexión compartida sobre priorización.

Se constató que es necesario generar nuevo conocimiento aplicable al desarrollo de las prioridades anteriormente citadas y a las recomendaciones que más adelante se nombran.

De inicio, lo apropiado es aprovechar todo el trabajo ya hecho, desde las encuestas sobre las percepciones de la población en cuanto a sus prioridades como la realizada por el Programa de

las Naciones Unidas para el Desarrollo,⁴² o documentos clave como el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS,⁴³ entre otros. De la misma forma que hay centros que revisan, filtran y sintetizan las evidencias para las intervenciones en asistencia sanitaria, sería oportuno disponer de algún centro o institución que reuniese la información disponible para priorización e intervención en políticas de salud. Hay un desequilibrio entre los recursos de investigación dedicados a intervenciones en salud basadas en patentes (fármacos por ejemplo) y la inversión en innovación social y política que permita guiar las decisiones en políticas para ganar salud.

Por parte de los departamentos de salud, es necesario que se priorice la vigilancia en salud

Tabla 3. Recomendaciones para el futuro.

-
- Disponer de un centro que reúna, analice y comunique sintéticamente la información disponible para el análisis, la priorización y la formulación de políticas de salud. Por ejemplo, se necesita conocimiento sobre las percepciones de la sociedad acerca de los límites de la vida, sobre su concepción de salud y sobre otros terrenos del bienestar.
 - Incluir la vigilancia sistemática sobre condicionantes sociales de la salud –incluyendo los activos en salud– y evaluar el impacto en salud y equidad en salud de las diversas políticas para hacer evidentes los efectos positivos o negativos de las diversas políticas en cualquier área, como industria, movilidad, urbanismo, trabajo, economía, etc.
 - Organizar la participación, el empoderamiento ciudadano, de la siguiente forma: 1) información que se entienda con buena gestión del conocimiento; 2) participación cualificada desde la formulación de políticas, desde la misma toma de decisión, desde el análisis de las alternativas; y 3) justicia para garantizar las anteriores y que impida desmantelarlas.
 - Disponer de una agencia en salud con suficiente independencia política y crédito técnico-científico, o incluso de una agencia de inversión en bienestar y de evaluación de políticas públicas.
 - El Ministerio de Sanidad debe ejercer un liderazgo en la transformación de políticas, y para ello es necesaria una transformación de su estructura, personal y funciones.
 - Emplear a fondo el principio de precaución. Sin precaución habrá problemas graves por la reducción de las exigencias medioambientales en los tratados de libre comercio y de libre circulación de servicios, que pueden dar lugar a serios efectos de salud y medioambientales.
 - Aplicar los principios de buen gobierno que distintos organismos han propuesto.
 - Reformular las prioridades de investigación logrando que esta tenga el retorno social adecuado a la inversión realizada.
 - Mover las percepciones sociales y aprovechar las corrientes favorables del posible cambio de época que permitan modificar las políticas de salud.
 - Combinar el modelo distributivo con el predistributivo. Por ejemplo: salario mínimo por hora que evite trabajadores pobres, vivienda suficiente y educación (comienzo vital) de alta calidad de 0-3 años de edad.
-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

pública sobre los condicionantes sociales de la salud y la evaluación del impacto en salud de las diversas políticas para hacer evidentes los efectos positivos o negativos de las políticas en otras áreas, como industria, movilidad, urbanismo, trabajo, economía, etc., que afectan la salud. Además de una prioridad es una acción que está legislada y debe implantarse por precepto legal. Esta vigilancia debe completarse con la monitorización de la contaminación interna (en los individuos) y externa. No hay proporcionalidad entre los objetivos de los sistemas de información y de vigilancia y la magnitud de los problemas.

Se necesitan conocimientos sobre lo que la sociedad está dispuesta a admitir; por ejemplo, las percepciones de la sociedad sobre los límites de la vida, sobre su concepción de salud y sobre otros terrenos del bienestar. Ya hay datos e información al respecto, pero son muy parciales.

Deben desarrollarse otros recursos y capacidades aún no suficientemente considerados, como los activos en salud –cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar–. La inversión y el desarrollo de este modelo son favorables al cambio de aproximación a la salud propuesto, que vaya desde una visión biomédica a una visión en la cual la salud es una consecuencia más (y a veces causa) del bienestar.⁴⁴

Sobre otros recursos se consideró el desperdicio que supone el desaprovechamiento de muchas personas jubiladas, que podrían participar voluntariamente en organismos de apoyo a la Administración, como por ejemplo los que facilitasen el buen gobierno y la imparcialidad de las recomendaciones sobre salud.

Las conversaciones de la jornada prestaron una atención intensa a la participación. Se apuntó la necesidad de organizar la participación, el empoderamiento ciudadano, de la siguiente forma: 1) información que se entienda con buena gestión del conocimiento; 2) participación cualificada desde la formulación de políticas, desde la misma toma de decisión, desde el análisis de las alternativas; y 3) justicia para garantizar las anteriores y que impida desmantelarlas. La parti-

cipación en políticas debe ser desde la definición de los problemas, pues hay que definirlos con la población o al menos ésta ha de participar en los análisis y en la definición de los problemas; por eso se habla de codecisión, de cocreación. Una idea subyacente, la del conocimiento distribuido, no tener una imagen muy jerárquica, va a favor de los tiempos, permite incorporarse a las actuales corrientes principales, y nos permite compartir la convicción de que si no elegimos no podemos mantener algo que queremos mantener. Se trata tanto de metodología de acción como de acción en sí misma para que se comparta el diagnóstico. En democracia lo principal es compartir percepciones; no sólo evidencias, sino argumentos, ideas. Al compartir ideas, se pueden generar percepciones mayoritarias. Para ello es preciso usar instrumentos nuevos de comunicación, perseverar en informes y estudios como algunos de los citados (FOESSA), concentrando información y conocimiento con campañas bien diseñadas que impacten en la opinión pública. Vuelve, por tanto, a surgir la necesidad de definir los marcos y establecer la agenda.

Como ocurre en otras áreas mencionadas, en participación se reitera la idea de aprovechar las experiencias ya realizadas con cierto éxito, por ejemplo por la Comisión Europea. Igualmente se recomendó aprovechar la participación y la cultura comunitaria que han servido para resolver algunos problemas complicados (jeringuillas en drogadictos, enfermedades de transmisión sexual en poblaciones marginales, prostitutas en recuperación de mujeres, etc.), reforzando mediante financiación los centros comunitarios de acción. Hay también lógicas informales de participación y de acción comunitaria que han servido como amortiguador de respuesta a problemas críticos, pero que si no se formalizan languidecen.

La institucionalización de la participación se debate entre la precaución ante la participación muy institucionalizada que la puede desnaturalizar y la de «resuévanlo ustedes mismos, espabí-lense». Se recuerda el fracaso del fomento institucional de centros de ocio para la juventud, pero también el abandono de acciones comunitarias efectivas, y se constata la valía de la participación institucionalizada en salud laboral.

Una de las consecuencias positivas del empoderamiento de los individuos es que contribuye a contrapesar la acción de los poderes fácticos. Puede favorecer la creación de organizaciones que hagan frente a las acciones de captura de la agenda pública de las grandes corporaciones industriales y económicas. Desde la Administración se debe contribuir a la participación de estas organizaciones aplicando el criterio de equidad. En estos momentos, los representantes de las corporaciones tienen un acceso mucho más fácil a la administración y debe compensarse dando más voz a quien menos la tiene. Las Administraciones deberían aplicar el principio de equidad efectiva en la participación. Eso no significa excluir a algunos grupos porque estén financiados –por ejemplo, asociaciones de pacientes financiadas por una empresa de productos sanitarios–, pues siempre es mejor tenerlos dentro y, si acaso, ver cómo gobernar estas situaciones. En esta línea, las autoridades en general y las sanitarias en particular deberían organizar su agenda de actos con menor atención a su necesidad de visibilidad mediática y más dirigida a los actos y grupos de población más vulnerables, más desaventajados –menos inauguraciones de congresos masivamente financiados y más visitas a barrios e instituciones en donde las desigualdades sociales en salud son patentes–.

La participación debe ser especialmente cuidada ante la formulación o decisiones políticas de gran calado, en particular aquellas que suponen compromisos a muy largo plazo. En estos casos se requiere una participación muy rica y consensos amplios.

Por último, sobre participación, no debe olvidarse nunca la premisa de que hay que hablar con todos los protagonistas. Por ejemplo, se debate sobre educación, pero no con los maestros. Si se acomete el problema de la pobreza infantil, los maestros son un colectivo clave.

Entre las intervenciones prioritarias más mencionadas se encuentra la necesidad de crear ciertas instituciones. Los trabajos de preparación de la ley de prevención del tabaquismo pasivo de 2011⁴⁵ mostraron la necesidad de una institución de soporte a las políticas públicas de salud. En esa ocasión, las alianzas de la sociedad

civil crearon una suerte de agencia con crédito científico y social que fue decisiva en apoyo a la coalición favorable a la ley, frente a la coalición de actores –algunos del propio gobierno– que jugaban en contra.^{12,46} Hubo una superioridad científica y de credibilidad de los actores científicos que apoyaron la ley frente al *lobby* pro tabaco. Hay un amplio acuerdo sobre la necesidad de disponer de una agencia en salud con suficiente independencia política y crédito técnico-científico. De hecho, la Ley General de Salud Pública⁹ incluía la propuesta de crear una Agencia Estatal de Salud Pública independiente. Las trabas internas en el gobierno y la administración frustraron una aspiración ampliamente compartida por muchos sectores de la salud y que SESPAS había recomendado en su contribución a la redacción de la ley mencionada.⁴⁷ Algún participante propuso algo más que una agencia sobre salud, una agencia de inversión en bienestar y de evaluación de políticas públicas.⁴⁸ Hay que precisar que una agencia científico-técnica en salud no requiere muchos recursos; en España hay capacidades y recursos de alta calidad, sólo falta una adecuada coordinación gestora e incentivos apropiados para que los centros científicos y técnicos de todo el Estado contribuyan en red a las tareas previstas junto con las agencias de evaluación de tecnologías ya establecidas.

La institucionalización también se reclamó para el propio Ministerio de Sanidad, dada su actual levedad. Una institución sin rumbo y que de forma meticulosa se ha ido descapitalizando de técnicos. Por ejemplo, se interrumpió la convocatoria de plazas de función pública especializadas en salud. La recomendación recogida en el debate es que el Ministerio asuma el liderazgo en el ámbito de sus competencias; liderazgo en el Estado mediante una rectoría adecuada para la transformación en la política de salud, lo que supone, como bien indican Repullo e Infante,⁴⁹ legislación adecuada, información transparente, normas técnicas oportunas y fondos complementarios de asignación finalista y condicionada que influya en el comportamiento de los distintos actores. Ese liderazgo debe hacerlo, por una parte, hacia dentro del Estado mediante la capacidad de rectoría facilitando siempre la coopera-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

ción interna sin solapamientos, pero poniendo lo mejor de cada sitio a la disposición del conjunto de la sociedad española; por otra, es imprescindible un mayor liderazgo e influencia en la política europea e internacional donde se deciden cambios estructurales que afectan a la salud global y, por tanto, a nuestra salud.

Si hay liderazgo sólido y una agencia acreditada y que da confianza a la sociedad, es más sencillo cumplir con otra de las recomendaciones, la de aplicar a fondo el principio de precaución. O se abre paso la precaución o tendremos problemas graves. Los tratados de libre comercio y de libre circulación de servicios van reduciendo algunas exigencias medioambientales y de los principios de precaución que pueden dar lugar a serios efectos de salud y medioambientales. Hay que invertir la carga de la prueba, porque cuando se prueba que algo es tóxico –mediante los criterios de las agencias reguladoras, en gran parte capturadas por los intereses de la industria– ya ha causado mucho daño en las personas y el entorno.

En conjunto, los asuntos de buen gobierno, como los más arriba escritos, surgieron durante todo el debate. Hay suficientes propuestas para el ámbito de la salud⁵⁰⁻⁵³ que ya podrían aplicarse, y sin duda es una prioridad. No obstante, cabría completar lo establecido en estas propuestas con acciones dirigidas a evitar la captura de la agenda científica y formativa de los sanitarios. La recomendación es revisar a fondo las prioridades de inversión en investigación de España, dar más autonomía y poder al sector público marcando prioridades de investigación que respondan a las necesidades sociales y no de las empresas. Eso no implica que deba obviarse la necesidad de desarrollo de investigación competitiva; significa que la agenda de investigación no la deben marcar los intereses de las empresas con base tecnológica.

Podría también considerarse como un asunto de buen gobierno hacer de inmediato lo sencillo, como por ejemplo la transparencia en la gestión de las listas de espera (garantizando equidad en el acceso a la información), la inclusión entre las prestaciones sanitarias de las acciones comunitarias reduciendo paralelamente la prestación de tecnologías innecesarias o perjudiciales. Algunas

inacciones políticas, por ejemplo ante graves exposiciones a tóxicos o contaminantes de la población, requieren una legislación que permita la acción judicial inmediata.

La jornada acabó enfatizando de nuevo la necesidad de comunicación adecuada, de *marketing* social. Encontrar formas que sepan trasladar a la sociedad las causas socioambientales, la relevancia actual de las políticas dirigidas a las causas medioambientales que tienen efectos a medio y largo plazo. Diseñar acciones que modifiquen las percepciones públicas para asumir que el modelo no priorizado es insostenible. Usar las tecnologías para influir en el ámbito público. La sociedad civil, por ejemplo SESPAS, debe participar en acciones audiovisuales y métodos novedosos de llegar a la población y a otros sectores. Hay que establecer métodos de *marketing* social que sirvan de contrapoder de las influencias interesadas, y para ello hay que aprender de buenas prácticas y modelos que funcionan, por ejemplo las acciones públicas en seguridad vial. Hay que acuñar lemas, reforzar comunicación, trabajar en alianzas para influir en el contexto, en la definición de los problemas. En comunicación debe tenerse en cuenta la reflexividad comunitaria; es decir, la comunicación, si no se hace desde y hacia grupos que comparten y discuten, no sirve, no basta la información. Se requiere más relación con el mundo de las ideas, de los condicionantes culturales, considerar los valores, la influencia de la publicidad y el consumismo desaforado que es insostenible, la brutal presión publicitaria. Serán necesarias jornadas similares con los medios de comunicación, el mundo de la cultura, usuarios, etc., para contrastar las propuestas. Hay que buscar paneles de personas que se empeñen en hacer propuestas no usuales; se trata de ampliar la base de sugerencias de opciones.

Todas estas sugerencias tratan de conseguir hacer vulnerable la zona de comodidad que mantiene el *statu quo* y abrir ventanas de oportunidad para el cambio, lo que requiere: 1) madurez del problema, y por tanto que la población tenga percepción de que el problema existe; 2) alternativas de salida al problema, que pueden ponerse encima de la mesa; y 3) un emprendedor político que rompa la zona de co-

modidad y ponga la alternativa. Esas ventanas de oportunidad sólo son posibles si las opciones que en esta jornada se asumen dejan de ser percepciones de expertos para extenderse socialmente mediante todas las sugerencias mencionadas. Una ventana real es que no hay dinero, pero los reformadores luchan contra intereses constituidos y siempre pueden ir al corto plazo y no abordar los problemas de fondo, las causas subyacentes.

SESPAS debería continuar sus acciones de abogacía y defensa de la salud mediante estrategias que integren la participación de la población, con el establecimiento de alianzas amplias y la integración de expertos reconocidos públicamente. Debe buscar otros interlocutores del tipo más arriba expuesto e interactuar con más frecuencia con los responsables políticos. Una buena opción es tratar de incorporar en cualquier acción la aplicación de los ODS y establecer la necesidad de políticas coherentes con estos objetivos. Un agente de interés en la red de desarrollo sostenible que tiende a conectar empresarios, universidades, políticos, etc. Todo ello dirigido a modificar la agenda pública con respecto a la salud y el bienestar en general.

En las acciones de defensa de la salud hay que combinar distintos niveles. Algunas acciones deben hacerse ya, son urgentes; se trata de poner el foco y luchar al máximo por ellas, poner toda la presión y todas las alianzas, como se ha hecho con el Real Decreto 16/2012 o con la pobreza infantil, aunque con menos alianzas y presión que las deseables. Otro nivel (de enfoque) lleva a luchar por el modelo de salud propuesto y dotarse de los mecanismos: influencia sostenida, comunitarismo, participación, organismos imparciales e independientes, cumplimiento de las normas, etc. En otro nivel de horizonte estaría el buen vivir, el bienestar que supone otro abordaje que debe ser más transversal.

Para acabar, reiteramos que la lógica actual parte (y partimos) de la convicción de que el modelo no priorizado no es sostenible. Venimos de una tradición incrementalista no sostenible. Quizás otros ejes del modelo socialdemócrata también deben revisarse, pues el tema de salud no es único. Parece que el modelo redistributi-

vo –que falla en un mundo globalizado– debe combinarse con un modelo predistributivo. Por ejemplo, salario mínimo por hora que evite trabajadores pobres, vivienda suficiente y educación (comienzo vital) de alta calidad de 0-3 años de edad. Se trata de situar la salud en esta corriente predistributiva principal (ventana), corriente que comparte el modelo de los condicionantes de la salud, de lo común, del principio de equidad y equidad en salud en todas las políticas, transparencia en los costes, etc. Asumiendo también que debe atenderse a que cambia todo y hay que atender a la transformación de los operadores en salud, donde los intermediarios que no aportan valor van a resentirse, y de ahí la relevancia de dar a conocer el alto valor de algunos intermediarios comunitarios en salud y bienestar, por sus beneficios sociales y económicos.

En fin, esperemos que la jornada haya supuesto un paso más en la tarea de aprovechar el cambio de época para que la sociedad vaya aproximándose de forma distinta a la salud y se puedan formular en el futuro políticas sensatas de bienestar y salud.

Bibliografía

1. Camps V, Cortina A. Salvar la sanidad pública. El País, 23 de enero de 2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/22/opinion/1421948872_811856.html
2. Camps V. Lo público y lo privado. El País, 15 de mayo de 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/05/11/catalunya/1431369056_923053.html
3. Pérez Oliva M. Curiosa defensa de lo público. El País. Cosas que importan, 21 de julio de 2014. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/cosas-que-importan/2014/07/curiosa-defensa-de-lo-p%C3%BAblico.html>
4. Posicionamiento SESPAS sobre pobreza infantil y salud. SESPAS, 2015. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicionamiento%20SESPAS%20Pobreza%20Infantil%20y%20SaludX.pdf>
5. Subirats J, Knoepfel, Larrue C, Varone F. Análisis y gestión de políticas públicas. Barcelona: Ariel, 2008. p. 127-48.
6. Estatutos de SESPAS. SESPAS, 2008. Disponible en: <http://www.sespas.es/EstatutosSespas.pdf>
7. Posicionamiento SESPAS en el año electoral 2015: protege tu salud con tu voto. SESPAS 2015. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS%20Elecciones%202015.pdf>



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

8. Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. *El País*, 10 de junio de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/06/10/opinion/1276120812_850215.html
9. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado, miércoles 5 de octubre de 2011:104593-626. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623
10. Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Ariel, 2014. p. 35-67.
11. Porta M, Arbos X. La salud pública exige más cooperación. *El País*, 3 de mayo de 2011. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/05/03/opinion/1304373613_850215.html
12. Transparency International España. Una evaluación del lobby en España. Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España, 2014. p. 40-44. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf
13. López Casanovas G. ¿Cambia la fiscalidad los estilos de vida? Impuestos para luchar contra la obesidad. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87:541-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000600001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. IARC. ARC Monographs. Volume 112: evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides. Lyon: IARC; 2015 (marzo). Disponible en: <https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf>
15. Hernández-Aguado I. Calidad de gobierno y políticas de salud. *Encuentros Multidisciplinares* 2012;41. Disponible en: http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%20BA41/Ildelfonso_Hernandez_Aguado.pdf
16. Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Ariel, 2014. p. 329-52.
17. Subirats J. Arriba y abajo. Dentro y fuera. *El País*, 31 de mayo de 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/05/30/catalunya/1433001450_141644.html
18. Linell A, Richardson MX, Wamala S. The Swedish National Public Health Policy Report 2010. *Scand J Public Health*. 2013;41(10 Suppl):3-56. Disponible en: http://sjp.sagepub.com/content/41/10_suppl/3.long
19. Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Gosalbes Soler V, Martínez-Pecino F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. *Informe SESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014;28:116-23.
20. Narbona C. Ley de montes, un recorte de derechos constitucionales. *El País*, 28 de enero de 2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/28/pla_neta_futuro/1422467661_063022.html
21. Porta M. Química electoral. *El País*, 8 de mayo de 2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/04/20/opinion/1429556079_704125.html
22. Hernández-Aguado I, Benavides FG, Porta M. Políticas de salud que ahorran y crean riqueza. *El País*, 10 de noviembre de 2012. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2012/08/24/opinion/1345818026_185628.html
23. Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
24. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med*. 2006;3(4):e191.
25. Entman RM, Matthes J, Pellicano L. Nature, sources, and effects of news framing. En: Wahl-Jorgensen K, Hanitzsch T, editores. *The handbook of journalism studies*. New York: Routledge, 2009. p. 175-90.
26. Porta M, Hernández Aguado I. ¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer? Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención. *Eidon*. 2007;6-11.
27. Gol J. Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona: La Llar del Llibre; 1986. p. 60-2.
28. Barcelona en Comú. Instituto Municipal Autónomo de evaluación de políticas. Disponible en: <https://barcelonaencomu.cat/es/programa/navega/detall/impulsar-un-observatorio-municipal-autonomo-para-evaluar-las-politicas>
29. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/
30. Transparency International España. Una evaluación del lobby en España. Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España; 2014. p. 38-40. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf
31. Barry CL, Jarlenski M, Grob R, Schlesinger M, Gollust SE. News media framing of childhood obesity in the United States from 2000 to 2009. *Pediatrics*. 2011;128:132-45.
32. Donaldson EA, Cohen JE, Truant PL, Rutkow L, Kanarek NF, Barry CL. News media framing of New York city's sugar-sweetened beverage portion-size cap. *Am J Public Health*. 2015;105:2202-9.
33. Nixon L, Mejia P, Cheyne A, Wilking C, Dorfman L, Daynard R. "We're part of the solution": evolution of the food and beverage industry's framing of obesity concerns between 2000 and 2012. *Am J Public Health*. 2015;105:2228-36.
34. Patchett AD, Yeatman HR, Johnson KM. Obesity framing for health policy development in Australia, France and Switzerland. *Health Promot Int*. 2016;31:83-92.
35. Stockholm Centre for Resilience. <http://www.stockholmresilience.org/>
36. Hernández Aguado I. Independencia y transparencia en salud pública. En: *Salud pública: derechos y deberes de los ciudadanos*. Madrid: Fundación Salud; 2000, 2011.
37. Hernández Aguado I. Las enfermedades infecciosas y la nueva Ley General de Salud Pública. En: Nájera Morrondo R, coordinador. *Erradicación y control de*

- las enfermedades producidas por virus. Madrid: Fundación Ramón Areces; 2012. p. 527-52.
38. Mark Witte Economics. <https://sites.google.com/site/markwitteeconomics/home/economics-309-public-finance/econ-309-quotes>
 39. Brugué Q, Canal R, Payà P. ¿Inteligencia administrativa para abordar problemas “malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales en el Gobierno de Cataluña. Disponible en: www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/10/papers/87.doc
 40. Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. VII informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Disponible en: <http://www.foessa.es/>
 41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sd-governview/post-2015-development-agenda.html>
 42. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La encuesta global de las Naciones Unidas para un mundo mejor. Disponible en: http://www.pa.undp.org/content/panama/es/home/ourwork/encuesta_global_mi_mundo.html
 43. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final: Subsancar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Genève: OMS, 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
 44. Morgan A, Ziglio, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*. 2007;2:17-22.
 45. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE, 31/12/2010: 109188-109194. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>
 46. Hernández Aguado I. The tobacco ban in Spain: how it happened, a vision from inside the government. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:542-3.
 47. Urbanos R; Grupo de Trabajo de SESPAS sobre una Futura Ley Estatal de Salud Pública. Recomendaciones para una futura Ley de Salud Pública en España. *Gac Sanit*. 2010;24:89-94. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piItem=S0213911109003355&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoltem=S300&idiomaltem=es>
 48. López-Valcárcel BG, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:497-9.
 49. Repullo Labrador JR, Infante Campos A. La cohesión del SNS y su sostenibilidad: en el aniversario de una ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado. *Derecho y Salud*. 2013;23(extra 1):83-95. Disponible en: <http://www.ajs.es/descarga/attach/546>
 50. Transparency International España. Una evaluación del lobby en España. Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España; 2014. p. 96-129. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf
 51. Meneu R. Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora. En: Ortún V, director. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare Communications; 2009. p. 24.
 52. Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Capítulo IV: Buen gobierno de la sanidad. Barcelona: AES; 2014. Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/SNS-Capitulo_IV.pdf
 53. Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2012). Recomendaciones. Vitoria: Gobierno Vasco. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/osk_codigo_buen_gobierno/es_osk/adjuntos/buenGobierno.pdf

CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN DR. ANTONIO ESTEVE

1. Guardiola E, Baños JE. Eponimia mèdica catalana. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 1. Barcelona: Prous Science; 2003.
2. Debates sobre periodismo científico. A propósito de la secuenciación del genoma humano: interacción de ciencia y periodismo. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 2. Barcelona: Prous Science; 2004.
3. Palomo L, Pastor R, coord. Terapias no farmacológicas en atención primaria. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 3. Barcelona: Prous Science; 2004.
4. Debates sobre periodismo científico. En torno a la cobertura científica del SARS. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 4. Barcelona: Prous Science; 2006.
5. Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, coord. Aprendizaje y docencia en medicina. Traducción al español de una serie publicada en el British Medical Journal. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 5. Barcelona: Prous Science; 2006.
6. Bertomeu Sánchez JR, Nieto-Galán A, coord. Entre la ciencia y el crimen: Mateu Orfila y la toxicología en el siglo XIX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 6. Barcelona: Prous Science; 2006.
7. De Semir V, Morales P, coord. Jornada sobre periodismo biomédico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 7. Barcelona: Prous Science; 2006.
8. Blanch LI, Gómez de la Cámara A, coord. Jornada sobre investigación en el ámbito clínico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 8. Barcelona: Prous Science; 2006.
9. Mabrouki K, Bosch F, coord. Redacción científica en biomedicina: Lo que hay que saber. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 9. Barcelona: Prous Science; 2007.
10. Algorta J, Loza M, Luque A, coord. Reflexiones sobre la formación en investigación y desarrollo de medicamentos. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 10. Barcelona: Prous Science; 2007.
11. La ciencia en los medios de comunicación. 25 años de contribuciones de Vladimir de Semir. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 11. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
12. Debates sobre periodismo científico. Expectativas y desencantos acerca de la clonación terapéutica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 12. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
13. González-Duarte R, coord. Doce mujeres en la biomedicina del siglo XX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 13. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
14. Mayor Serrano MB. Cómo elaborar folletos de salud destinados a los pacientes. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 14. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.
15. Rosich L, Bosch F, coord. Redacción científica en biomedicina: El que cal saber-ne. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 15. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2008.
16. El enfermo como sujeto activo en la terapéutica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 16. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.
17. Rico-Villademoros F, Alfaro V, coord. La redacción médica como profesión. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 17. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2009.
18. Del Villar Ruiz de la Torre JA, Melo Herráiz E. Guía de plantas medicinales del Magreb. Establecimiento de una conexión intercultural. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 18. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2009.
19. González-Duarte R, coord. Dotze dones en la biomedicina del segle XX. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 19. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2009.
20. Serés E, Rosich L, Bosch F, coord. Presentaciones orales en biomedicina. Aspectos a tener en cuenta para mejorar la comunicación. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 20. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2010.
21. Francescutti LP. La información científica en los telediarios españoles. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 21. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2010.

22. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (II). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, N° 22. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2011.
23. Mugüerza P. Manual de traducción inglés-español de protocolos de ensayos clínicos. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 23. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012.
24. Marušić A, Marcovitch H, coord. Competing interests in biomedical publications. Main guidelines and selected articles. Esteve Foundation Notebooks, N° 24. Barcelona: Esteve Foundation; 2012.
25. De Semir V, Revuelta G, coord. El periodismo biomédico en la era 2.0. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 25. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012.
26. Casino G, coord. Bioestadística para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 26. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
27. Carrió M, Branda LA, Baños JE, coord. El aprendizaje basado en problemas en sus textos. Ejemplos de su empleo en biomedicina. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 27. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
28. El científico ante los medios de comunicación. Retos y herramientas para una cooperación fructífera. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 28. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
29. Giba J. Developing skills in scientific writing. Esteve Foundation Notebooks, N° 29. Barcelona: Esteve Foundation; 2014.
30. Bigorra J, Bosch F, coord. Filantropía en investigación e innovación biosanitaria en Cataluña. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 30. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
31. Francescutti LP. Los públicos de la ciencia. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 31. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
32. Casino G, Fernández E, coord. Epidemiología para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 32. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
33. Gallego Borghini L. La traducción inglés-español del consentimiento informado en investigación clínica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 33. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2015.
34. Casino G. Escepticismo. Una mirada escéptica sobre la salud y la información. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 34. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2015.
35. De la Torre T, coord. La Medicina en las series de televisión. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 35. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.

Doce expertos ofrecen las claves que todo gobierno debería tener en cuenta para priorizar las políticas de salud

Para priorizar es prioritario... Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud

Ricard Meneu

Diez preguntas relevantes (y algunas respuestas) para avanzar en la priorización en salud pública

Beatriz González López-Valcárcel

Iniciativas de participación social para prioridades y políticas en materia de salud pública: ¿quién decide y con quién?

Joaquín Nieto

El poder, el dinero y la carne. Prioridades reales en las redes sistémicas

Miquel Porta Serra

Las prioridades en políticas de salud

Soledad Márquez Calderón

En el velo de la ignorancia. Agencializar decisiones al servicio del bienestar ciudadano

Guillem López i Casasnovas

Con la participación de Félix Bosch y Pol Morales

