

OBJETIVO 13

POTENCIAR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

Las políticas en todos los estados miembros deberían asegurar mecanismos legislativos, administrativos y económicos que provean amplio apoyo intersectorial y recursos para la promoción de los estilos de vida saludables asegurando una participación efectiva de las personas en todos los niveles del proceso de toma de decisión. Para su consecución, este objetivo debería estar apoyado por: 1) planes de salud estratégicos a nivel del gobierno; 2) acciones intersectoriales sobre cuestiones que afecten a la salud y a los estilos de vida; 3) la evaluación periódica de las políticas existentes y su relación con la salud; y 4) el establecimiento de mecanismos para involucrar a la población en las políticas de planificación y desarrollo.

Rosanna Peiró Pérez

Centro de Salud Pública d'Alzira. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana

1. INTRODUCCIÓN

Aunque el objetivo incluye algunas actividades para su consecución, la revisión de su estado 15 años después de su formulación tiene debilidades para realizar conclusiones sobre su puesta en marcha. Estas se deben fundamentalmente a la indefinición de la OMS sobre realizar una “valoración cualitativa” sin ninguna propuesta concreta, las diferencias en los criterios utilizados en las que se han realizado en otros países, que las tres evaluaciones del programa SPT realizadas por el Ministerio de Sanidad han pasado por alto este objetivo y que existen escasas publicaciones acerca de políticas de salud, políticas públicas saludables, descripciones sobre acciones intersectoriales o experiencias de participación en la toma de decisiones de políticas.

Que las políticas son las que tienen que ver con el contexto en que uno vive y que éste es uno de los elementos que condiciona nuestra vida no es nuevo; lo nuevo es el esfuerzo para que el impacto sobre la salud de estas políticas sea explícito. Esta revisión pretende describir algunas experiencias en cuanto a hacer explícitas las políticas y su implicación para la salud. Se han seleccionado para ello los cuatro elementos de proceso de la puesta en práctica de políticas que se proponen en el objetivo. Se proponen también algunas actividades que apoyarían la consecución de políticas públicas más saludables.

2. PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD EN EL ÁMBITO GUBERNAMENTAL

Se han realizado planes de salud en la mayoría de las comunidades autónomas y en algunas dos ediciones, con los indicadores seleccionados para su evaluación. También en el ámbito estatal se han realizado planes de salud y existen tres evaluaciones de la estrategia Salud Para Todos. Esto ya constituye un avance por sí mismo, aunque marginal en cuanto a su repercusión, ya que no se ha producido una discusión pública que propiciara la entrada de la salud en la agenda de los políticos, ni ha tenido impacto entre los profesionales del sector sanitario. Este sería el primer elemento para el desarrollo de las políticas sobre el que, de hecho, más se ha trabajado. Existe una descripción más exhaustiva en el objetivo 33 dedicada a ello.

3. ACCIONES INTERSECTORIALES SOBRE CUESTIONES QUE AFECTEN A LA SALUD Y A LOS ESTILOS DE VIDA

Por una parte existe la posibilidad de potenciar mecanismos legislativos que permitan el abordaje intersectorial de las políticas y apoyen legalmente los planes estratégicos. Como descripción de la situación se ha seleccionado la seguridad vial porque su ausencia ha provocado uno de los problemas de salud más importantes en términos de mortalidad y morbilidad y, además, donde es más evidente la necesaria implicación de otros sectores para su reducción y control. En 1989 se publicó una ley (18/1989) que deja abierta esta posibilidad “[...] para abandonar la primitiva concepción puramente policial de su actuación y pasar a un planteamiento activo de la misma orientada a promover la seguridad de la circulación y la prevención de accidentes [...]”, compuesta por diferentes administraciones, organizaciones, etc. Sin embargo este marco tan positivo no ha generado intervenciones con impacto en la

sociedad que crearan un clima de participación y discusión pública entre los sectores implicados para la reducción de los accidentes.

Parece que entre los profesionales hay un consenso no escrito de que este es un país con muy buena legislación que, sin embargo, no se lleva a la práctica. La puesta en marcha de estas políticas intersectoriales debería generar estrategias colaborativas e incluir no sólo a los sectores del gobierno sino también a las empresas privadas y a los grupos comunitarios (1). En cualquier caso, aunque ha existido legislación que posibilitaba la creación de políticas intersectoriales, estas no han clarificado qué objetivos proporcionan beneficios a todos los grupos implicados y cuáles se los otorgan a cada uno de ellos por separado. Las acciones intersectoriales no son reuniones entre administraciones de sectores diferentes para resolver problemas concretos —de las que se realizan muchas cada día—, sino trabajo conjunto para promover políticas que, entre otras ganancias para otros sectores implicados, produzcan ganancia en salud.

La otra posibilidad es que se den este tipo de experiencias sin apoyo legislativo explícito. Sólo se ha localizado una experiencia realizada en la Comunidad Valenciana (2) —proyecto demostración de la OMS— de trabajo con tres sectores: agricultura, turismo y salud. Se identificaron objetivos comunes a los tres sectores, cuáles interesaban fundamentalmente dos a dos y cuáles eran de interés de cada uno de ellos, así como los mecanismos para comenzar a trabajar aplicándolos a un área geográfica concreta. No se ha encontrado ninguna otra experiencia publicada aun cuando existe un enorme potencial de ganancia en salud y las publicaciones del proceso de estas experiencias mejorarían la capacitación en esta forma de trabajo tan poco utilizada en nuestro entorno.

4. EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

La puesta en marcha de cualquier política tiene efectos sobre la salud, surja ésta del sector sanitario o de cualquier otro. Hay un amplio rango de políticas relevantes para la salud: agricultura, alimentación, energía, transporte, regulación de servicios sanitarios, o de acciones positivas dirigidas a grupos desfavorecidos. Actualmente es un área en expansión por la obligatoriedad de la Unión Europea de analizar el impacto en salud de las políticas que pone en marcha (3). Sin embargo ninguna de estas actividades ha sido relevante en cuanto a publicaciones, financiación de proyectos o reuniones organizadas con estos objetivos. Sí se ha conseguido que muchos sistemas de información contengan variables para poder desagregar su análisis por nivel socioeconómico, primer paso para la evaluación del impacto en salud y, a pesar de que rutinariamente se recoge la variable sexo, el esfuerzo ha sido para que se entendiera la necesidad de publicar los datos desagregados, para poder realizar interpretaciones de género.

También es necesario profundizar en los modos en que esta información puede ser difundida de manera útil para la toma de decisiones. Esta tendría que dar respuesta a las siguientes preguntas (4): ¿Qué políticas harían las opciones saludables más fáciles de elegir para una sociedad que se encuentra en continua creación de bienes y servicios? y del rango de posibles políticas para un problema determinado, ¿cómo podrían ser formuladas las opciones más saludables para que éstas fueran las más fáciles de elegir para los políticos y para aquellos que les apoyan?

Quizá la cita literal que se acompaña describe mejor el vacío con el que se ha encontrado este país acerca de cómo difundir información y cómo esto contribuyó al retraso en el abordaje de uno de los problemas de salud más importantes de este país, las drogas y sus problemas asociados (5):

“A los profesionales [...] nos faltó claridad de ideas y habilidades para presentar de forma convincente a los responsables de la política de salud la gravedad de la situación, así como las medidas que era preciso tomar y las consecuencias para la salud de la comunidad de una respuesta tardía o no adecuada a la magnitud del problema y a sus características epidemiológicas. Además estamos seguros de que algunos responsables de la política de salud carecieron del arrojo necesario para poner en marcha medidas de cuya necesidad estaban convencidos, pero que no eran bien vistas ni por los profesionales de los centros de tratamiento, ni por las organizaciones no gubernamentales del sector, ni por amplios sectores de la sociedad en general [...]”.

Aun cuando los medios de comunicación son los mediadores entre la población y sus grupos de presión y los responsables últimos de la adopción de las políticas públicas, poco se ha realizado para rellenar ese bache entre el conocimiento científico y la difusión de éste como información útil para la toma de decisiones de la población y de los políticos. Sólo en Cataluña existe un Observatorio de la Comunicación Científica (<http://www.upf.occ.es>) cuyo objetivo es el estudio de las fases del proceso de la comunicación social y las relaciones entre ciencia, periodismo y sociedad con una línea específica en ciencias de la

salud, editando una revista desde final de 1995 que pretende mejorar y discutir sobre resultados de investigación y cómo se difunden estos en los medios de comunicación.

5. MECANISMOS PARA INVOLUCRAR A LA POBLACIÓN EN LAS POLÍTICAS DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Esto quedó abierto en la Ley General de Sanidad donde se proponían mecanismos de participación en el ámbito estatal por CCAA y áreas de salud, aunque también otros ámbitos territoriales como ayuntamientos o zonas básicas de salud. Durante los primeros años de reforma de los servicios de salud e instauración del sistema nacional de salud, constituyeron un elemento de debate que ha ido decayendo. El Ministerio publicó en 1997 una descripción de la legislación para su desarrollo en el ámbito estatal y por CCAA sin ninguna descripción de su actividad (6). No hay publicaciones que describan su situación, su utilización, etc., y escasas publicaciones científicas en ámbitos geográficos pequeños.

Otra forma de participación ciudadana en la toma de decisiones puede ser las coaliciones, es decir, asociaciones que funcionan como grupos de presión y que ya han demostrado su utilidad en otros países en temas como el tabaco o los accidentes de tráfico. Lo que más se aproxima a esta idea son las asociaciones ciudadanas anti-sida que han sido las primeras que en este país han actuado como grupos de presión logrando la cesión de algunos recursos de los servicios sanitarios para organizar su autocuidado; también alguna otra experiencia de la que no existen publicaciones que se puedan recuperar por los medios tradicionales, como *La taula pels accidents* que se organizó en la Comunidad Valenciana, un grupo de trabajo formado por varias administraciones, empresas privadas y organizaciones juveniles, con el objetivo de reducir los accidentes de tráfico en los jóvenes. En el ámbito municipal, en una evaluación de la red de ciudades sanas que se realizó en la Comunidad Valenciana (7), los resultados mostraron que la participación de la población en las políticas municipales fue muy poco relevante, aun siendo el ayuntamiento la administración más cercana a la población y a pesar de la especial motivación de los participantes en la red.

6. CONCLUSIONES

En España, la Ley General de Sanidad introduce la posibilidad de profundizar en los mecanismos descritos, sin embargo, su desarrollo ha sido muy escaso por no considerarse prioritario y porque no hay *know how*.

- Para los políticos esto no ha constituido un interés específico, ni ha habido presión en esa dirección.
- Para los profesionales ninguno de estos elementos ha sido áreas de investigación de interés ya que hay escasez de financiación, de grupos y de desarrollo metodológico y, por tanto, pocas probabilidades de publicación de resultados.
- La población ha sido un grupo de presión más como reacción a decisiones de asignación de recursos asistenciales que a políticas con implicación en salud.

Se puede concluir que el desarrollo de mecanismos para potenciar políticas públicas más saludables ha sido muy bajo durante los 15 años a estudio.

7. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Se propone profundizar en el proceso de elaboración de los planes de salud de manera que no sólo recojan las metas y objetivos salud, sino que expliciten las prioridades entre los objetivos propuestos y las principales direcciones para conseguirlos, incluyendo la identificación de puntos de intervención adecuados, las formas de asegurar que otros sectores se involucren, el rango de factores políticos, sociales, económicos y de gestión que intervienen, sus debilidades y la manera de afrontarlas (8).

Se propone fomentar la existencia de políticas intersectoriales sobre actuaciones con gran impacto en salud, como una política de alimentación que contemple objetivos para su promoción y mejora teniendo en cuenta, por ejemplo, el impacto para la salud de las nuevas incorporaciones tecnológicas a la industria alimentaria como los organismos genéticamente modificados, además de las actuaciones tradicionales de control de animales e higiene alimentaria. No existen acciones intersectoriales encaminadas a la reducción de las desigualdades, aun cuando hay evidencia del gran impacto negativo que tienen sobre la salud. En general habría que buscar situaciones en que todos los sectores participantes identifiquen la ganancia de su sector por trabajar juntos y que comprendan objetivos no sólo de control y vigilancia sino de creación de marcos que faciliten cambios hacia la dirección deseada.

Se propone evaluar el impacto de las políticas sobre la salud, para lo que habría que apoyar la investigación acerca del impacto de determinadas políticas sobre el aumento de las desigualdades de salud en el ámbito socioeconómico, de género y de minorías étnicas; potenciar el desarrollo de metodologías por medio de la financiación de proyectos demostración y evaluar así su aplicabilidad; apoyar reuniones científicas, grupos de expertos, etc., para discutir las e intercambiar conocimientos y experiencias desde diferentes áreas para aumentar su eficiencia; desarrollar guías (*check list*) que describan los pasos para la evaluación del impacto en salud de las políticas; y potenciar la investigación y puesta en práctica de las políticas basadas en la evidencia.

Se propone, finalmente, potenciar la participación de la población a todos los niveles de actuación por medio del acceso a la información que ayude a la toma de decisiones de la población y de la creación de marcos para el apoyo a la formación de coaliciones de asociaciones con intereses diversos, para que combinen sus recursos humanos y materiales para producir cambios que influyan de forma positiva en la salud.

AGRADECIMIENTOS

A Concha Colomer Revuelta porque sus ideas y comentarios mejoraron este texto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saan H. A checklist to assist the planning of intersectoral action. In: AR Taket (ed.). Making Partners. Intersectoral action for health. Proceedings and outcome of a joint working group on intersectoral action for health. Utrecht: World Health Organization and Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, The Hague. 1990.
2. Colomer C, Álvarez-Dardet C, Guillem JV, Goitre A. Building healthy public policies with tourism and agriculture as partners: notes from the first phase of a WHO/Europe demonstration project in the Valencian Community. Regions for Health Network, Leading Edge 2 (<http://www.who.dk/tech/hs/edge2.pdf>).
3. Hübel M. Evaluating the health impact of policies. A Challenge. Eurohealth 1998;4:27-9.
4. Milio N. Making healthy public policy, developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. In: Badura B, Kickbusck I (eds.). Health Promotion Research. Copenhagen: World Health Organization Regional Publications, European series, n° 37, 1991.
5. Fuente L de la, Barrio G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje priorizado. Gac Sanit 1996;10:255-60.
6. Subdirección General de Relaciones Institucionales y Alta Inspección. La participación democrática en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
7. Núñez A, Colomer C, Peiró R, Álvarez-Dardet C. The Valencian Healthy Cities Network: Assessment of the implementation process. Health Promot Int 1994;9:189-98.
8. Ritsatakis A. Conception, Evaluation, and Experiences with the Implementation of the WHO HFA 2000 Targets. In: International Workshop Target Setting. European Public Health Centre eds. North Rhine-Westthalia: Institute of Public Health, 1996:28-36.