

CALIDAD DE GOBIERNO Y POLÍTICAS DE SALUD

Ildefonso Hernández Aguado

Catedrático de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández.

INTRODUCCIÓN

Una viñeta de El País muestra a tres hombres trajeados revisando documentos con el siguiente texto: “antiguos y futuros cargos públicos en empresas privadas: la economía mixta”, unos días más tarde en otra viñeta del mismo Rábago “el Roto”, un jinete ataviado a la alta escuela dice: “lo llamamos ‘el poder’ pero son el servicio”¹⁻². El brillante autor nos llama la atención sobre uno de los problemas graves que amenazan el buen gobierno, la captura de políticas, es decir, el hecho de que los poderes públicos regulen o implanten políticas favorables a corporaciones o grupos de presión. Esta carcoma de la democracia afecta a cualquier área de gobierno, pero en la política de salud tiene algunas particularidades cuya descripción podría contribuir a que los procedimientos de prevención sean más exhaustivos y eficaces.

En este artículo basado en textos previos³⁻⁵ se describen los tipos de políticas que tienen efectos en la salud de la población, se muestran algunos de los procesos que desembocan en la captura de esas políticas, y por último se relaciona la captura de políticas con la parcialidad tanto en las decisiones sobre la salud pública como en la generación del conocimiento y de las recomendaciones en las que se basan estas decisiones.

LAS POLÍTICAS DE SALUD

Cuando hablamos de políticas de salud, el lector suele asumir que nos referimos a los servicios sanitarios, a los dispositivos de que nos hemos dotado para cuidar a los enfermos. Sin embargo, una política de salud integral es aquella que garantiza las condiciones en las que las personas pueden ser saludables, su meta es precisamente que la necesidad de servicios asistenciales sanitarios sea la mínima posible porque la población goza de buen estado de salud. La garantía de que haya condiciones en las que las personas pueden mantener o mejorar la salud requiere que la salud se considere en el conjunto de las políticas de gobierno. De esta forma es como se escribe en el preámbulo de la Ley general de Salud Pública: “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 barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, 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 dirija a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y por tanto requieren nuevas formas de organización”⁶.

Así enunciadas, este tipo de políticas de salud son prácticamente inéditas en España si exceptuamos la ley mencionada, otras leyes autonómicas similares y algunas iniciativas locales. Es cierto que pocos países de nuestro entorno lanzan políticas de salud integrales con respaldo político al más alto nivel del gobierno como hacen, por ejemplo, los países nórdicos. Sin embargo, incluso países que se distinguen por establecer este tipo de políticas presentadas por el propio primer ministro como es el Reino Unido⁷, cuando lo hacen, su contenido y desarrollo se concreta finalmente en una adaptación de los servicios sanitarios para que hagan más prevención poniendo menos énfasis en las políticas integrales de salud en el sentido antes descrito.

Para clarificar el asunto de las políticas de salud distinguimos las siguientes actuaciones públicas que tienen efectos en la salud de la población:

1) Las acciones y servicios de carácter asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud que se ocupan predominantemente de atender y cuidar a las personas que demandan ayuda por enfermedades. Estos servicios se centran en la enfermedad y a veces cumplen lo dispuesto en la ley fundamental de la sanidad española (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) que establece en su artículo 3 que los medios y actuaciones del sistema sanitario debían estar orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Desgraciadamente, cuando los servicios asistenciales hacen prevención, tienden a medicalizarla o incluso aplicarla cuando no está justificado, es el caso de la detección del cáncer de próstata mediante el antígeno específico de próstata (PSA) cuya efectividad no está probada y que causa iatrogenia (intervenciones innecesarias, incontinencia urinaria, infecciones, impotencia, etc.). Raramente estos servicios desarrollan acciones de promoción de la salud, por ejemplo trabajar coordinadamente con el sector educativo para que el entorno físico y social de los centros escolares propicie la salud.

2) Los servicios de salud pública dentro del Sistema Nacional de Salud que son los responsables de desarrollar la mayor parte de las actuaciones de protección de la salud (garantizar la salubridad del agua y los alimentos, detectar y controlar riesgos ambientales y laborales para la salud, etc.), de promoción de la salud (colaborar con los municipios para que sus políticas sean saludables, promocionar la alimentación saludable en las escuelas, diseñar y participar en políticas transversales para reducir las desigualdades sociales en salud, etc.) y de prevención de enfermedades (acciones de vacunación, detección precoz de cáncer, etc.).

3) Las actuaciones no sanitarias que tienen efectos en la salud y en especial aquellas que alcanzando sus objetivos primarios condicionan al mismo tiempo un entorno en el que se maximizan los resultados en salud (políticas de movilidad diseñadas de forma que se reduce la contaminación y facilita el desplazamiento no motorizado, políticas económicas que priman la economía verde reduciendo el impacto ambiental que resulta en perjuicios para la salud humana, políticas sobre las sustancias químicas que causan parte relevante de la carga de enfermedad que soporta la población, políticas sociales y educativas precoces que proporcionan oportunidades saludables desde el comienzo de la vida, etc.).

De los tres ámbitos de actuación, el puramente sanitario es el que recibe la casi exclusiva atención de la administración; el segundo, los servicios de salud pública, están en su expresión mínima (menos del 2% del presupuesto sanitario se invierte en salud pública); y, el tercer ámbito que es el menos desarrollado, tiene el mayor potencial de ganancia en salud. Tal como explica Miquel Porta⁸, estas actuaciones, además de los efectos buscados explícitamente tienen enormes efectos benéficos en términos de salud, sociales y económicos, en ocasiones de una magnitud extraordinaria. Por ilustrarlo, una actuación en la ciudad de Barcelona sobre la movilidad urbana que disminuyese la contaminación atmosférica a los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud, tendría efectos inmediatos en la reducción de muertes diarias por enfermedades cardiovasculares y en la reducción de ingresos hospitalarios por enfermedades respiratorias.

A largo plazo disminuiría la necesidad de tratamientos y asistencia sanitaria para estos problemas. Si además esta actuación en la movilidad contribuyese a crear entornos urbanos en los que el desplazamiento no motorizado fuese sencillo y propiciase un entorno físico menos hostil para el disfrute de los espacios abiertos y mejorase su accesibilidad a las personas mayores, sus efectos a largo plazo en términos de salud y en términos de mejora de la vida social serían de gran magnitud. No son especulaciones, un trabajo sólido ha estimado que el cumplimiento del estándar propuesto por la Organización Mundial de la Salud, por lo que se refiere a la contaminación atmosférica en Barcelona tendría grandes beneficios en salud. En concreto, reduciría en un año 3.500 muertes prematuras (aproximadamente un 12% del total de muertes entre personas mayores de 30 años), 1.800 ingresos hospitalarios por causas cardiorrespiratorias, 5.100 casos menos de bronquitis crónicas en adultos, 31.100 casos menos de bronquitis agudas en niños y 54.000 crisis asmáticas menos en niños y adultos⁹. A estos beneficios en salud se añaden otras externalidades sociales y económicas favorables. En una ciudad como Madrid, dado el grado de contaminación y diseño urbano, una intervención similar los beneficios sería de mayor magnitud.

En el marco de las políticas sobre la salud, ¿qué explicación tiene que el sistema asistencial tenga tanta preminencia?; ¿por qué se hace una prevención opcional sobre todo de carácter individual enlazada con la asistencia sanitaria y medicalizada?; ¿por qué las acciones de salud pública sobre el conjunto de la población reciben tan poca inversión?, y, finalmente, ¿por qué no se diseñan las políticas de gobierno de forma que sean saludables además de alcanzar sus objetivos primarios? Se podría partir de la hipótesis de que estas preguntas son ociosas porque la respuesta social a los asuntos de salud es la correcta en la España actual. En este texto asumo que el enfoque actual es incompleto y que las cuestiones planteadas son relevantes. Se parte de esta premisa, no porque lo diga el preámbulo de la Ley General de Salud Pública, que lo dice, sino porque hay un extenso acuerdo en la comunidad científica mundial de salud pública al respecto y porque hay suficientes acuerdos y documentos reconociéndolo tanto por la Organización Mundial de la Salud como por la propia Unión Europea. Advierto que este juicio no contradice que el Sistema nacional de Salud en España alcance unos logros y calidad elogiados, pero el sistema sanitario no debe hacer más cosas, basta con que haga mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena¹⁰.

Las causas que explican el descuido de las políticas integrales de salud son diversas y su análisis detallado requiere amplia extensión. Podríamos hablar del aprecio social que han tenido desde mediados del siglo pasado los avances científico-técnicos de la medicina -algunos extraordinariamente benéficos- y que han contribuido al desarrollo de los servicios asistenciales mientras que políticas de salud con menor visibilidad social tienen más dificultades para abrirse paso. Es sabida la animadversión en la política española a implantar actuaciones que tienen efectos a largo plazo y cuyos efectos inmediatos son difícilmente cuantificables y comunicables por los medios de información.

En esta desventurada situación se encuentra por ejemplo, la inversión pública en investigación o en las actuaciones de protección de la salud de la población. Miquel Porta lo resume de la siguiente forma: “Existen, claro, poderosas y caducas razones: nuestros hábitos individuales y colectivos (en consumo, residuos, transporte), la renuencia de la economía convencional, los grupos de presión, los políticos inmovilistas y, en fin, las negligentes políticas públicas y privadas que eligen no visualizar los muertos, el sufrimiento y el gasto sociosanitario que las componentes más obsoletas de nuestro modelo de desarrollo contribuyen a causar”. Insisto en que el análisis de las causas es complejo y aquí se destaca la captura de políticas como uno de los motivos por el que las políticas de salud tienen dificultades para implantarse.

LA CAPTURA DE POLÍTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD.

La política de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención del consumo de alcohol en menores de edad cuestiona las alianzas de las administraciones públicas con los productores de bebidas alcohólicas para acciones destinadas a los menores porque es una forma usada por esas industrias para conseguir credibilidad social¹¹. Cuando el Ministerio de Sanidad español firmó un acuerdo con los productores de bebidas alcohólicas, condicionó su propia política alejándose de los intereses de la salud pública y acercándose a los intereses comerciales¹². Los alcohólicos obtuvieron el crédito buscado mientras que antes y después de la firma de acuerdo han conculcado sistemáticamente su primer punto: “Evitar toda comunicación, información, publicidad o promoción comercial que relacione el consumo de bebidas alcohólicas con el éxito social o sexual, con la mejora del rendimiento físico o que induzca al consumo de alcohol por parte de los menores de edad...”¹².

El crédito se obtuvo no sólo del Ministerio, que es lo más grave, sino también de múltiples organizaciones e instituciones prestigiosas que se sumaron al acuerdo convocados por el propio Ministerio o por los productores una vez conocido el respaldo del Ministerio. Independientemente de la consideración que cada cual tenga de las políticas adecuadas para prevenir el consumo de alcohol en menores de edad, éste es un ejemplo típico de captura de políticas en el sector salud que tiene un carácter distintivo de otras capturas: es difícil identificar el beneficio obtenido por parte de autoridades o servidores públicos a cambio del acuerdo. Posiblemente, muchas veces no hay contraprestación directa, simplemente se cree que se está actuando correctamente. De hecho, a veces las autoridades públicas realizan este tipo de actividades sin percibir los problemas de conflicto de interés subyacente para los que las consideraciones éticas podrían ser de especial utilidad⁴.

Otras veces las alianzas descritas aumentan las probabilidades para algunos cargos públicos de que ellos o personas con ellos relacionadas sean contratados posteriormente por las corporaciones implicadas. De hecho, lo que sí es constatable no es sólo que haya puertas giratorias entre la empresa privada y las administraciones públicas, es que a veces son amplios corredores abiertos. Si se traza la trayectoria profesional de muchas personas que han ocupado puestos de libre designación en las administraciones públicas es fácil comprobar la frecuencia con la que van y vienen entre las corporaciones y la administración en puestos en los que sus decisiones afectan directa o indirectamente a estas empresas. Este hecho demuestra la limitación de la Ley 5/2006, de 10 de abril, de regulación de los conflictos de intereses de los miembros del Gobierno y de los Altos Cargos de la Administración General del Estado. Tanto por su incumplimiento como porque sólo afecta a altos cargos cuando debería afectar a todo cargo de libre designación. Hay ejemplos recientes de incumplimiento como el hecho de que ex ministros fichen por empresas privadas sobre las que han tomado decisiones directas o en órganos colegiados contraviniendo así el artículo 8 de la ley.

Más reciente es aún un llamativo nombramiento relacionado con la salud pública, la nueva directora ejecutiva de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición ocupaba hasta ahora la Dirección de asuntos normativos y científicos de Coca-Cola, a la que piensa volver cuando acabe su trayectoria en la administración pública según información en los medios. Si leemos el artículo 7 sobre el deber de inhibición y de abstención: “Quienes desempeñen un alto cargo vienen obligados a inhibirse del conocimiento de los asuntos en cuyo despacho hubieran intervenido o que interesen a empresas o sociedades en cuya dirección, asesoramiento o administración hubieran tenido alguna parte ellos, su cónyuge o persona con quien conviva en análoga relación de afectividad, o familiar dentro del segundo grado y en los dos años anteriores a su toma de posesión como cargo público”; comprobamos que el nombramiento es un retiro o que conculca la ley, pues una Agencia de Nutrición debe considerar directa o indirectamente la regulación, la publicidad, las recomendaciones y en definitiva el conjunto de políticas relacionados con las bebidas altamente azucaradas sobre las que hay unanimidad en la comunidad científica sobre su papel obesogénico, como también lo hay sobre otros productos que fabrica la corporación aludida.

Más allá de los casos descritos, es necesario subrayar que lo distintivo de la captura de políticas de salud es su apariencia de naturalidad como si fuera el lógico funcionamiento de las instituciones. Las formas de captura casi imperceptibles condicionan las políticas de salud atrapando al conjunto de actores implicados en la toma de decisiones e incluso a aquellos que generan conocimiento para esta toma de decisiones. Esta captura está entre las razones que explican la preponderancia de las políticas de cuidado de enfermedad y el descuido de las políticas integrales de salud.

Los sistemas sanitarios son una parte relevante de la economía y hasta hace muy poco la tendencia predominante era hacia un continuo crecimiento marcado por la constante aparición de nuevas tecnologías y productos tendentes a medicalizar cualquier problema humano por mínimo que sea. No sólo hay un mercado primario de la salud (fármacos, pruebas diagnósticas, etc.) que procura su continua expansión sino también un mercado secundario de rápido crecimiento (productos relacionados indirectamente con la salud, desde alimentos a servicios personales). El mercado primario es el que está sometido de momento a más tensiones porque es el que procura que sus productos reciban financiación pública. De hecho se influye para hacer más permeables los filtros para que las innovaciones reales o ficticias pasen a ser financiadas públicamente con rapidez, es decir, que entren dentro del catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

El mercado sanitario primario es de una dimensión tal que explica la confluencia de intereses. Las corporaciones influyen decisivamente en la agenda política de salud por diversas vías: 1) Disponen la agenda informativa al organizar la mayoría de los actos celebrados y al determinar los contenidos; 2) Copan la agenda de formación de los profesionales sanitarios al financiar casi en exclusiva los actos científicos y de formación continua; 3) Determinan las agendas de investigación marcando unas prioridades que sirven a las necesidades de la industria y no de la salud de la población; 4) Influyen directamente en los decisores tanto mediante acciones de lobbis en el Parlamento como accediendo a altos cargos y decisores en todos los niveles.

El producto de todo esto es el deslizamiento del debate y de la consideración pública hacia la enfermedad, hacia los cuidados sanitarios y hacia ciertos productos de especial rendimiento económico mientras se descuida la protección y promoción de la salud. Este deslizamiento ocurre a todos los niveles y casi siempre en la misma dirección. Por ejemplo, al implantar acciones preventivas en los servicios sanitarios, siempre será más sencillo desarrollar actividades que consuman fármacos o vacunas que las que no los consuman.

Las acciones de enfermería comunitaria o medicina preventiva para prevenir accidentes infantiles en el hogar, para prevenir caídas de ancianos o fomentar su envejecimiento saludable, o cualquier acción de este cariz tiene muchas más dificultades para implantarse porque ni se ha desarrollado el suficiente conocimiento sobre su aplicación, ni se ha implantado formación para hacerlo, ni hay responsables sanitarios que las fomenten, etc. En cambio una nueva vacuna de eficacia dudosa o con efecto menor, puede ser una prestación financiada públicamente con rapidez pues la empresa promotora se ocupa de marcar la agenda política, influyendo directamente en los decisores, en los medios de comunicación que la publicitan gratuitamente y en propios profesionales de la administración pública que se ven envueltos en trabajos relacionados con la vacuna sin que sea una prioridad explícita y adecuadamente valorada como tal.

En decisiones dirigidas al conjunto de la población, la probabilidad de que las acciones de ganancia en salud se abran paso son aún mucho más bajas. Un ejemplo clásico es el sobrepeso y la obesidad. Muchas de las acciones y gastos se producen en el ámbito asistencial sanitario donde su efectividad es escasa, mientras que las políticas alimentarias, agrícolas, urbanísticas, de movilidad, etc. que son las que pueden abordar el problema con garantía reciben poca atención. Las políticas efectivas sobre la obesidad se ven lastradas por la captura de políticas por parte de las corporaciones que en

general siguen su manual de tácticas¹³. Entre estas tácticas se encuentran las relaciones públicas, la distorsión de las evidencias científicas, la influencia política directa, las tácticas financieras y la elaboración de productos sinérgicos con sus estrategias. Por ejemplo, sobre relaciones públicas es habitual que las corporaciones enfatizen la responsabilidad del consumidor y su libre elección; financien a terceros para que critiquen las políticas y las instituciones que están en desacuerdo con sus líneas de actuación; ofrezcan su responsabilidad social corporativa al mismo tiempo que conculcan leyes; promuevan códigos de autorregulación, cuando sistemáticamente los incumplen; o, funden y financien grupos aparentemente atractivos (grupos por la ciudadanía, la tolerancia, etc.) cuyo cometido es defender sus posturas y evitar cualquier regulación o intervención que defienda la salud pública y amenace sus intereses.

La distorsión de la ciencia ha sido ampliamente descrita¹⁴, está menos relacionada con la propia captura de políticas pero contribuye decisivamente a ella creando dudas donde no las hay sobre los efectos nocivos de determinados alimentos. Entre las tácticas financieras, destaca la creación de fundaciones que desarrollan la agenda corporativa o la financiación de grupos cuya dependencia financiera les hace defender la agenda de la corporación.

Es llamativo como este proceso de captura alcanza a los propios profesionales de la salud pública que en teoría están al tanto de cuáles deben ser las políticas de salud apropiadas. Ocurre que las oportunidades de financiación, de participación en acciones de difusión y docentes, de visibilidad pública, etc. es mayor cuando más cerca están de los intereses relacionados con la asistencia a la enfermedad o con las corporaciones. Son innumerables las revistas y eventos relacionados con la enfermedad y raros los relacionados con la salud a no ser que estén en línea con el producto de alguna empresa (por ejemplo, una gran corporación alimentaria financia varias sociedades relacionadas con la nutrición así como a conocidos expertos). Por ello el interés y dedicación de los profesionales es sesgado, cada vez hay más epidemiólogos implicados, por ejemplo, en la investigación genómica cuyos resultados para la salud de la población son limitados y relativamente hay menos que los epidemiólogos implicados en la generación del conocimiento que permite adoptar medidas poblacionales; igualmente es mucho más fácil encontrar economistas de la salud especializados en copago o en evaluación de políticas asistenciales que no economistas especializados en el cálculo de los beneficios de reducir la contaminación atmosférica o de los producidos por la reducción de las desigualdades sociales en salud. Es decir, la propia inteligencia de la salud pública tiene cierto grado de captura que lastra la capacidad de los profesionales para influir en las políticas. Entiendo que esta captura alcanza también a las instituciones públicas de investigación, ya que el proceso por el que se establecen las prioridades de investigación, al margen de no ser debatido públicamente, se establece de acuerdo a una visión de la ciencia que parece estar lejos de una ciencia cuyos resultados redunden en el bien público. Además, en el campo de la salud las prioridades se “contaminan” por la agenda que marcan las empresas sanitarias y su propia producción científica.

PARCIALIDAD EN LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD PÚBLICA

Los procesos de captura de políticas descritos se relacionan con la parcialidad en las decisiones sobre salud pública. En teoría las decisiones sobre políticas de salud deberían basarse en las pruebas científicas disponibles y en lo socialmente deseable teniendo en cuenta el coste de oportunidad de las medidas comparadas con otras opciones de gobierno; así mismo, las recomendaciones dirigidas a la población sobre la salud personal o comunitaria deberían basarse en pruebas científicas y en lo que es factible en el entorno. Sin embargo, son demasiado frecuentes los incidentes que muestran como las agencias relevantes de la salud pública europea o mundial se han visto implicadas en asuntos de flagrantes conflictos de interés. Se han dado casos de que cargos relevantes de organismos de regulación o de emisión de recomendaciones sobre la salud (Agencia Europea del Medicamento, Agencia Europea de Nutrición, Organización Mundial de la Salud) han sido fichados sin solución de continuidad por las mismas empresas que regulaban o sobre las que tomaban decisiones relevantes.

Aunque hay normas sobre conflictos de interés y de buen gobierno en estas instituciones, su constatada ineficacia crea desconfianza sobre la calidad de su desempeño.

En salud pública, la confianza en las instituciones es clave, se gana despacio y se pierde rápidamente. El interés público, precisa que quien ejerce la autoridad sanitaria acumule suficiente capital de confianza para que su voz y sus indicaciones contribuyan a que las decisiones públicas sobre la salud defiendan los intereses del conjunto la población y se perciban en este sentido. No se trata únicamente de que la población confíe en la autoridad sanitaria en situaciones de crisis sanitarias en las que obviamente es necesario que lo haga, también es relevante para las decisiones cotidianas.

La ausencia de autoridades sanitarias de referencia facilita la parcialidad y la captura de políticas. Por ejemplo, cuando aparecen nuevos tratamientos preventivos de dudosa eficacia, su administración a personas o incluso su incorporación a las prestaciones públicas se ve facilitado tanto por la infiltración que hacen las empresas de los grupos de expertos que emiten recomendaciones sobre ellas, como por el acaparamiento de la agenda científico-formativa y mediática. Al decisor, sea éste un médico, un gerente o un político le alcanzan informaciones diversas entre las que con frecuencia las más sensatas son las que tienen menos eco y menos capacidad de alcance. Las agencias públicas independientes y basadas en expertos imparciales son imprescindibles pero su existencia es boicoteada sistemáticamente o bien poco apoyada desde las administraciones públicas.

En España la declaración de conflictos de interés de los expertos que participan en recomendaciones sobre salud pública está recogida en la nueva Ley de Salud Pública, si bien aún no se ha establecido el reglamento previsto, hecho que está en consonancia con la habitual impuntualidad que la administración pública tiene para cumplir lo que ella misma dispone. Cualquier lector puede comprobar lo inusual que es encontrar la declaración de intereses de expertos que participan en recomendaciones de toda índole relacionadas con la salud y los servicios sanitarios. Basta para ello con leer los innumerables informes del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Salud para advertir que no es una costumbre en nuestro ámbito. La situación es preocupante puesto que en España se han incorporado prestaciones sanitarias de un enorme coste basándose en recomendaciones de comisiones técnicas en las que algunos expertos tenían obvios conflictos de interés.

Concluyendo, la captura de políticas de salud al igual que la parcialidad en las recomendaciones de salud pública, se expresan en un amplio abanico de acciones. Oscilan desde las más obvias, tal como conculcar directamente la legislación vigente hasta las menos detectables por estar incorporadas al funcionamiento corriente de las instituciones. Éstas últimas pueden tener efectos agregados mayores y nefastos para la calidad del gobierno. La equivalencia entre ausencia de corrupción y calidad de gobierno no es nunca aplicable¹⁵, y ésto es muy patente en las políticas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. RÁBAGO, A. (2012): “El Roto”. Viñeta. El País, 1 de junio de 2012. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2012/05/31/vinetas/1338473980_286965.html (accedido el 11/06/2012).
2. RÁBAGO, A. (2012): “El Roto”. Viñeta. El País, 6 de junio de 2012. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2012/06/05/vinetas/1338905974_990118.html (accedido el 11/06/2012).
3. HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2011): Independencia y transparencia en salud pública. En: Salud pública: Derechos y deberes de los ciudadanos. Madrid: Fundación Salud 2000.
4. HERNÁNDEZ, I. (2012): Elementos para la elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública. En: Ética y salud pública. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols i Lucas nº 27. Barcelona, Fundación Victor Grifols i Lucas.

5. HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2012): Las enfermedades Infecciosas y la nueva Ley General de Salud Pública. En: Erradicación y control de las enfermedades producidas por virus. Madrid: Fundación Areces (en prensa).
6. LEY 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado, Miércoles 5 de octubre de 2011:104593- 626.
7. SAVING LIVES: Our Healthier Nation. Gobierno del Reino Unido. Disponible en: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm> (accedido el 14/06/2012).
8. PORTA, M. (2010): Ver lo que nos sale a cuenta. EL PAÍS (opinión), jueves 10 de junio de 2010, p. 31. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/06/10/opinion/1276120812_850215.html (accedido el 15/06/2012).
9. KÜNZLI, N.; PÉREZ, L. (2007): Los beneficios para la salud pública de la reducción de la contaminación atmosférica en el área metropolitana de Barcelona. Barcelona: CREAL. Disponible en: http://www.creal.cat/media/upload/arxiu/assessorament/Informe_contaminacio_esp.pdf (accedido el 15/06/2012).
10. PORTA SERRA, M.; HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2007): ¿Hacer más y mejor lo que hay que hacer? Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención. Eidon:6-11.
11. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA (2006): Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FrameworkSP.pdf>. (Accedido el 23/06/2012).
12. NOTA DE PRENSA DEL MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): La ministra Leire Pajín preside la firma de un gran acuerdo social para lograr ‘el consumo cero’ de alcohol entre los menores de edad. Disponible en: http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/NotasPrensa/MSC/2011/ntmpr290911_AlcoholMenores.htm (accedido 14 de junio de 2012).
13. WIIST, W.H. (2011): The corporate play back, health and democracy. En: Stuckler, D. and Siegel, K. eds. Sick societies: Responding to the global challenge of global health. New York: Oxford University Press.
14. MICHAELS, D. (2008): Doubt is Their Product: How Industry's Assault on Science Threatens Your Health. London: Oxford University Press.
15. ROTHSTEIN, B.; TEORELL, J. (2008): What is quality of government? A theory of impartial government institutions. Governance; 21:165-90.