

Capítulo III. Políticas de salud

3.1. Introducción

No por ser conocido debe dejar de insistirse en que el estado de salud de las personas no depende solo de las intervenciones sanitarias. La salud está fuertemente influida por su entorno, por cómo viven, trabajan, comen, duermen, se relacionan, se mueven o disfrutan de su ocio. Estas condiciones de vida no son solo el resultado de decisiones individuales; están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. Por tanto, entre las decisiones que influyen en la salud se encuentran las relacionadas con los servicios y las políticas sanitarias y otras de igual relevancia tomadas en los ámbitos público y privado, político y civil (Artazcoz et al. 2010; González y Ortún 2010; (Wilkinson y Marmot 2003;). Es necesario promover políticas saludables que trasciendan las estrictamente sanitarias y desarrollar la iniciativa de *Salud en todas las políticas*. Es decir, avanzar en la identificación y actuación sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la educación, la vivienda, la fiscalidad, el mercado laboral, el medioambiente, las políticas de movilidad y las de inmigración.

Otros sectores de la sociedad civil y de las administraciones públicas deben capitalizar los efectos positivos sobre la promoción y protección de la salud colectiva que puedan derivarse de sus iniciativas. También se han de prever las consecuencias eventualmente negativas sobre la salud de las políticas o de su ausencia. Esto cobra mayor importancia en un contexto de crisis económica y fuerte ajuste presupuestario, dado que reformas acometidas en otros sectores, como el educativo o el laboral, pueden generar efectos a medio y largo plazo sobre la población que deben anticiparse, máxime en los colectivos más vulnerables donde su magnitud puede ser especialmente notable.

Las crisis económicas pueden ser un factor de riesgo importante para la salud, si bien a priori es complicado predecir sus efectos. La intensidad y duración de cada crisis concreta, los recursos disponibles y las medidas introducidas como respuesta, unidos a elementos institucionales y sociales de cada país, modulan la intensidad de las repercusiones de las crisis sobre la salud (Dávila y González 2009). Reconociendo que el SNS ha sido en nuestro país uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derivara en crisis social, los mayores riesgos para la salud en momentos de crisis se identifican con pérdida de rentas, erosión del capital humano y social, aumento de las desigualdades sociales y, de su mano, el cambio en el comportamiento de las personas directamente afectadas por ella.

Un elemento de complejidad que no se debe perder de vista es que los canales a través de los cuales la crisis económica puede incidir en la salud a corto y largo plazo son múltiples y variados: desde cambios en la nutrición por alteración de la calidad o cantidad de la ingesta de alimentos, hasta reducciones en la adherencia a tratamientos que implican pagos, con un largo etcétera intermedio. Como la crisis no afecta

homogéneamente a toda la población, es esencial centrar actuaciones y políticas en la población vulnerable: niños (la salud y la formación en la etapa infantil condicionarán la salud y las oportunidades de las personas en su etapa juvenil, en la madurez y en la vejez), población joven (con elevadas tasas de paro juvenil, especialmente en aquellas personas con baja cualificación profesional), mayores de 55 años en paro, con escasas oportunidades de retorno al mercado laboral, e inmigrantes.

En épocas de crisis, muchos objetivos socialmente deseables quedan excluidos de la agenda política; lo urgente suele eclipsar a lo importante. Programas que exigen inversiones presentes pero cuyos resultados se reflejarán a largo plazo pueden posponerse *sine die*. Esto adquiere protagonismo al desarrollar estrategias transversales de promoción de la salud (más allá del ámbito sanitario) y en numerosas intervenciones preventivas. Muchas de estas medidas (reducción de sal en las comidas preparadas, contenidos curriculares incorporables en los planes educativos, políticas fiscales de éxito en otros países) no requieren grandes dotaciones presupuestarias para su implantación, sino acuerdos entre agentes sociales, comunicación a la ciudadanía y concienciación sobre el papel de las políticas de salud dentro y fuera del ámbito sanitario.

Reforzar las políticas de salud es clave en periodos de crisis, no solo para mantener los niveles de bienestar actual, sino como inversiones futuras en la salud, en el bienestar de los ciudadanos y, por extensión, en una economía sostenible (Suhrcke et al. 2006). Sin embargo, dado que el menú de opciones es casi ilimitado, a diferencia de los presupuestos, el coste de oportunidad de desconocer la efectividad de las diversas alternativas al alcance del decisor es muy elevado: los recursos invertidos en medidas ineficaces no están disponibles para financiar aquellas que realmente mejorarían el bienestar social. En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para aumentar la deuda, parece un imperativo, del que será difícil escapar, el hacer no siempre más, pero sí mejor con los mismos recursos (o con menos). La solvencia de nuestro SNS y la posibilidad de desarrollar políticas de salud intersectoriales que amortigüen los efectos de la crisis económica sobre la salud dependerán en buena medida de que la gestión de los recursos conjugue criterios de eficiencia y equidad. En este contexto, la evaluación de las políticas, ex ante, durante y ex post debe jugar un papel fundamental y mucho mayor que el desempeñado hasta la fecha.

La lista de medidas o políticas de salud de sectores distintos al sanitario es demasiado extensa para tratarla aquí exhaustivamente. Por ello, se ha optado por tratar, a modo de ejemplo, ámbitos de actuación de algunas políticas no sanitarias para las cuales la evidencia empírica ha puesto de manifiesto su efecto sobre el estado de salud de la población. No se pretende analizarlas *in extenso*, sino proponer mecanismos de actuación sobre los determinantes de salud y las desigualdades sociales. Por último, se destaca la importancia que reviste evaluar las intervenciones adoptadas, así como incorporar la cultura de gestión y evaluación desde el mismo inicio del diseño de una nueva política.

Propuestas

- P103. Promover desde las sociedades científicas con mayor intensidad la necesidad de avanzar en la programación de políticas de salud en ámbitos no sanitarios (educación, ámbito laboral, medioambiente, fiscal).
- P104. Favorecer, desde el propio ámbito sanitario, la idea de que el cuidado de la salud no es competencia exclusiva de los profesionales sanitarios, ya que cambios en el entorno o en los comportamientos pueden tener grandes efectos sobre la salud de las personas.
- P105. Dado el carácter transversal de la mayoría de políticas de salud posibles, las medidas de actuación concretas deben llevarse a cabo mediante el consenso de los principales actores implicados, fomentando su participación a lo largo del proceso, y adecuándolas al momento preciso cuando su probabilidad de éxito sea más elevada (AES, 2008).

3.2. Hábitos, comportamiento y salud

En países de renta alta como España, donde tanto la mortalidad como la morbilidad están vinculadas con enfermedades crónicas, los hábitos de vida y los comportamientos saludables son determinantes importantes de los niveles de salud y mortalidad (Cawley y Ruhm 2011). Mantener relaciones sexuales de riesgo, seguir una dieta desequilibrada, realizar poca actividad física, consumir alcohol en exceso, tabaco o sustancias ilegales son factores de riesgo para la salud y el bienestar relacionados con el comportamiento individual y, como tales, susceptibles de ser modificados. Bajo el prisma de los determinantes sociales en salud la atención, y por ende de las posibles soluciones, se desplaza de la responsabilidad individual a la del entorno (o la sociedad). Asimismo, los propios comportamientos nocivos para la salud también se asocian con otros factores socioeconómicos que inciden en las desigualdades en salud, como los ingresos, el nivel de educación o la situación laboral.

Este epígrafe se centrará en cuatro riesgos para la salud: obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y de sustancias ilegales. Hay otros comportamientos de riesgo que merecerían un tratamiento detallado (por ej., las conductas sexuales de riesgo y el análisis de sus consecuencias: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual), pero se ha optado por limitar su número y tratamiento, a sabiendas de que un análisis profundo de cada uno requiere un documento más extenso y con identidad propia.

Sobrepeso y obesidad

La complejidad de las causas e interacciones entre los distintos determinantes de la salud queda ilustrada claramente por el aumento de la población con sobrepeso u obesidad. Sus causas directas residen en un desequilibrio energético ocasionado por la ingesta de una dieta inadecuada, la ausencia o insuficiencia de actividad física o la combinación de ambas. Sin embargo, como ocurre con el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol, el diseño y la aplicación de políticas dirigidas a modificar la tendencia obesogénica de la población exige huir de explicaciones sencillas basadas únicamente en decisiones individuales y entender en toda su complejidad las causas indirectas del aumento de la prevalencia de la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad constituyen dos de los problemas para la salud más importantes a escala mundial y han escalado en los “rankings” de principales factores de riesgo de muerte. En España, su prevalencia ha aumentado de forma tan alarmante en los últimos años que se han calificado como epidemia (García-Goñi y Hernández-Quevedo 2013; International Obesity Task Force 2012). Si la obesidad y el sobrepeso son importante para la población adulta, lo son más aún en niños y adolescentes. Según la OMS (2006), España es uno de los países en la UE con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso, un 10% de niños y un 17% de adultos son obesos (Instituto Nacional de Estadística, 2013) y donde más ha aumentado en los últimos años (International Obesity Task Force 2013; Valera y Silvestre 2009). Entre 1987 y 2006, la prevalencia de obesidad medida según los criterios de la OMS se ha duplicado (Costa-Font et al. 2013).

Este fenómeno se asocia con cambios sociales y tecnológicos de la segunda mitad del siglo XX (Costa y Gil 2008a; Oliva et al. 2008; Cutler et al. 2003; Lakdawalla y Philipson 2002; Philipson y Posner 1999). Por una parte, la tecnología ha influido en la industria de la alimentación con la aparición de nuevas técnicas de preparación de los alimentos en el hogar (freidoras, microondas) y la expansión de la oferta de comida preparada. Ello, junto con los cambios socioculturales y económicos de los últimos 50 años, ha incidido en el coste de oportunidad de preparar comida a diario en el hogar (especialmente alimentos frescos y comidas de largo tiempo de preparación). Añádase la diferente evolución de los precios de los alimentos frescos frente a los alimentos ricos en azúcares y grasas. En conjunto, se han producido importantes cambios en la dieta (aumento de carbohidratos refinados, grasas, azúcares y un descenso en la ingesta de fibra y de la media de calorías por persona y día) (Gutiérrez-Fisac et al. 2003).

Por otra parte, los avances tecnológicos y la terciarización de la economía han reducido la actividad física y aumentado el número de parejas en las cuales ambos miembros participan en el mercado de trabajo. Esto introduce cambios notables en las decisiones familiares de reparto del tiempo entre trabajo laboral, trabajo doméstico y ocio. Existe, además, un gradiente social: en la población con menor nivel educativo, en las clases sociales más desfavorecidas y en los inmigrantes la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor (Costa-Font y Gil 2008b). Este efecto es más marcado en las mujeres;

en ellas, el ascenso de las desigualdades relacionadas con la renta y la prevalencia de obesidad ha sido más intenso (Costa-Font et al. 2013).

En España, la identificación de la obesidad como problema de salud pública y la necesidad de desarrollar políticas para disminuir su prevalencia se remonta a finales de los noventa. Uno de los ejemplos más destacados en este contexto es la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), que promovió el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) en 2005. La AESAN se creó para promover la seguridad alimentaria, pero al cabo de un año incorporó a sus funciones la de informar a la población del problema que la obesidad representa para la salud e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente niños y jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente mediante una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física. La promoción de ambos hábitos en los escolares es el principal objetivo de PERSEO (www.perseo.aesan.msssi.gob.es). Este programa combina intervenciones dirigidas a niños entre 6 y 10 años y sus familias, que se despliegan simultáneamente en el comedor y el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas.

Pese a sus esperanzadores comienzos, basta echar un vistazo a la web de la AESAN (www.aesan.msssi.gob.es) para comprobar la pérdida de visibilidad de la Estrategia NAOS. En ella (www.naos.aesan.msssi.gob.es) alarma comprobar la ausencia de evaluaciones de las políticas propuestas por la propia estrategia: no existen datos sobre el conjunto mínimo de indicadores seleccionados para evaluarla y seguirla, aunque se propusieron en 2011 (www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/documento_indicadores.pdf).

La creación en enero de 2013 del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad es una buena noticia. Sin embargo, el Observatorio deberá demostrar que puede cumplir su cometido realizando análisis periódicos de la situación nutricional de la población y la evolución de la obesidad, y proporcionando pruebas para diseñar políticas y promover la educación en nutrición y en los beneficios de la actividad física, so pena de convertirse en una agencia pública de actividad escasa y nula influencia en las políticas de salud.

Tabaco

El consumo de tabaco es uno de los más frecuentes factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer, las pulmonares y cerebrovasculares, y una de las principales causas de mortalidad evitable en el mundo (WHO, 2011). La evolución de la legislación española antitabaco refleja los cambios legislativos adoptados por otros países europeos pioneros en la lucha contra el tabaquismo, comenzando con la prohibición de publicidad en medios audiovisuales y escritos y la

introducción de mensajes sanitarios en los paquetes de cigarrillos sobre el riesgo de consumir tabaco, pasando por la utilización de medidas fiscales (impuesto sobre el valor añadido y dos impuestos especiales indirectos), y culminando con las sucesivas legislaciones de 2006 y 2011, que restringen su consumo en lugares públicos. Es importante subrayar que nos referimos a un proceso gradual, que comienza con campañas de concienciación y educación sobre los efectos nocivos del tabaco para la salud, avanza con medidas de tipo fiscal y continúa con medias regulatorias.

La Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) de 2011 muestra un descenso acumulado en el consumo de cigarrillos del 21% entre 2006 y 2011. La mayor caída se concentra en 2011 (13%), año de la ampliación de la ley de espacios libres de humo a los bares y restaurantes. Aunque la demanda total de labores del tabaco (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y picadura de pipa) ha bajado desde 2008, se han producido importantes desplazamientos desde los cigarrillos hacia otros productos. El descenso en la demanda total de labores deriva del aumento de la presión fiscal, las leyes de espacios sin humo y la tendencia de más largo recorrido, donde la imagen del consumo de tabaco va perdiendo valor, sin olvidar el efecto de la crisis económica. Es difícil saber con qué peso ha contribuido cada uno de estos factores. No obstante, un ejemplo paradigmático es el de otros productos para fumadores que no son cigarrillos. La picadura para liar estuvo exenta de impuesto mínimo hasta bien entrado 2009. Luego, muchos fumadores de tabaco liado comenzaron a comprar picadura de pipa, hasta que en marzo de 2012 el Gobierno equiparó la fiscalidad de ambas labores. De la misma manera, los puros y puritos también han estado sujetos a una fiscalidad liviana en comparación con los cigarrillos, ya que no han soportado impuesto mínimo hasta julio de 2012, lo cual explica su auge en los últimos años. Este comportamiento llama la atención sobre un desplazamiento de la demanda entre distintas labores que tiene visos de ser atribuible a diferencias en su tratamiento fiscal (López-Nicolás et al. 2013; Badillo et al. 2013). En ello estriba la importancia que tiene en el diseño de las políticas contemplar los problemas en toda su complejidad y prever efectos de segundo e incluso de tercer orden.

Por otro lado, se ha demostrado que los efectos grupales o hábitos sociales (*peer effects*) son importantes para entender los comportamientos nocivos para la salud, como el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas o la alimentación inadecuada (Christakis y Fowler 2013; Harris y González 2008; Fowler y Christakis 2008; Renna et al. 2008; Trogdon et al. 2008; Clark y Lohéac 2007; Lundborg 2006; Jaccard et al. 2005; Powell et al. 2005; Norton et al. 1998). En el caso del consumo de tabaco, tener familiares, amigos o ídolos pop que fuman favorece que los jóvenes “se contagien” y empiecen a fumar (López-Nicolás y Viudes de Velasco 2009). El mismo efecto “contagio” se observa en el abandono del hábito tabáquico. Por ejemplo, la prohibición de fumar en los lugares de trabajo puede disminuir el consumo de tabaco de las parejas de los trabajadores afectados (Cutler y Glaeser 2007). Este efecto multiplicador (Glaeser et al. 2003) debe tenerse en cuenta al diseñar políticas que incentiven los hábitos saludables, pues una buena comprensión de la magnitud y las asimetrías de los efectos grupales puede aumentar la efectividad de la política propuesta. Por ejemplo,

campañas informativas de intensidad constante con medidas anti-tabaco, anti-droga o contra el consumo abusivo de alcohol pueden ser más efectivas en la población joven que las campañas intermitentes con similar número de mensajes (Harris y González 2008).

Alcohol

Aunque un consumo moderado de alcohol puede tener un efecto protector sobre la salud, su consumo excesivo es el tercer factor de riesgo en magnitud para la salud de la población en Europa. Cada año causa pérdidas superiores a 4 millones de años de vida ajustados por discapacidad, frente a los 7,5 millones perdidos por el consumo de tabaco (Anderson y Baumberg 2006). En España, el 2,3% de todas las defunciones y el 9,2% de la morbilidad global en 2002 se atribuyeron al consumo de alcohol. La cirrosis y los accidentes de tráfico son los principales problemas de salud asociados con él (Córdoba et al. 2012; Anderson y Baumberg 2006; Meana y Pantoja 2000). Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 13,4% de los mayores de 15 años había consumido alcohol de forma intensiva en el último año y la prevalencia en hombres fue casi el triple que en las mujeres (19,7% vs 7,3%) (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Especialmente preocupante es el consumo de alcohol entre los jóvenes por su naturaleza adictiva (Antoñanzas et al. 2008). En ellos se observa el mayor consumo intensivo de alcohol: el 11% en hombres entre 15 y 24 años consumen alcohol en exceso (más de 6 bebidas al día) al menos una vez al mes, y casi el 5% lo hace semanalmente (Instituto Nacional de Estadística, 2013).

Además de los efectos adversos en la salud, el consumo abusivo de alcohol debería preocupar por los costes, directos e indirectos, que genera en el lugar de trabajo (pérdida de productividad como consecuencia de accidentes laborales u otros problemas asociados con él, como el aumento de la conflictividad, absentismo e incapacidad laboral) y en la escuela (bajo rendimiento escolar, abandono de los estudios), así como por las importantes desigualdades de género asociadas con él: las mujeres con alto nivel de renta son el grupo social más expuesto (tanto en número de unidades al día, a la semana o el relacionado con el consumo intensivo en periodos cortos) (Costa-Font et al. 2013).

Drogas ilegales

La adicción a drogas ilegales es una fuerte carga para los gobiernos y la sociedad por su morbilidad, mortalidad, los costes de la asistencia sanitaria, en programas de tratamiento, prevención e inserción social, los judiciales e intangibles (dolor y sufrimiento del consumidor y de su entorno social más cercano) y las pérdidas de productividad laboral que ocasionan (Rivera et al. 2012; Oliva y Rivera 2006; García-Altés et al. 2002). Este problema de salud puede verse agravado en un contexto como el

actual, en el cual nos enfrentamos a disminuciones de rentas familiares y a mayor desempleo juvenil. La inseguridad financiera y la ansiedad que produce en el individuo la crisis económica aumentan la propensión a padecer trastornos mentales (Poulopoulos 2012; Paul y Moser 2009). Las nuevas estrategias y planes de acción en materia de drogas deberán adaptarse a esta nueva realidad y a un más que probable aumento de la demanda asistencial, con cambios en el perfil y en las necesidades del consumidor de drogas, pautas de policonsumo, que incluyen consumos abusivos de alcohol, reducción en el apoyo de su entorno social y familiar, y serios ajustes en los presupuestos destinados a programas de tratamiento, reinserción social y prevención.

Lo previsible es que los miembros de las comunidades más desfavorecidas estén más expuestos: inmigrantes, la población con problemas jurídico-penales, familias con especiales dificultades económicas, hijos de drogodependientes, y personas con problemas de salud mental. En este contexto preocupa la reducción observada en los últimos años en el presupuesto destinado al área de prevención y, sobre todo, en el número de actuaciones de desarrolladas en el ámbito escolar (PNSD, 2009).

La disponibilidad de bases de datos ricas en información ayudaría notablemente a cubrir lagunas de conocimiento. En las encuestas no solo es fundamental el diseño de las preguntas sino también su estructura. Por ejemplo, aunque la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar y la Encuesta sobre Salud y Hábitos Sexuales compilan información relevante y extensa sobre los comportamientos de riesgo, su estructura de corte transversal dificulta que en los análisis se puedan hacer ajustes para controlar diferencias no observadas en los individuos que pueden subyacer en muchas asociaciones encontradas entre variables de interés. Este problema se solucionaría considerando encuestas con estructura de datos de panel, en las cuales se entrevistase a una misma persona en distintos momentos. También interesa incluir preguntas sobre las principales instituciones, como en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar y en los cuestionarios individuales de alumnos de secundaria, información sobre profesorado e instalaciones de los centros educativos. Existen muchos ejemplos internacionales de bases de datos longitudinales que podrían utilizarse como referentes para el Estado español. Entre ellos destacan las encuestas de los EEUU Add Health y la National Longitudinal Survey of Youth o las británicas British Cohort Study y National Child Development Study, que se han diseñado para analizar la evolución de diferentes comportamientos individuales en su ciclo vital. El problema de la falta de bases de datos longitudinales en España dificulta una mayor comprensión tanto de los riesgos para la salud mencionados en este epígrafe como de otras cuestiones analizadas en el capítulo, así como de los efectos de políticas de salud desplegadas en los últimos años.

Asimismo, y como elemento común a los riesgos para la salud mencionados, existe una importante carencia de estudios de evaluación económica sobre actuaciones que buscan prevenir o paliar sus efectos. Los métodos de evaluación económica son un instrumento clave para informar sobre la asignación eficiente de recursos, definir medidas de contención de costes y establecer prioridades de financiación selectiva de

programas. La evaluación de programas asistenciales y preventivos, sujetos a importantes restricciones presupuestarias, debería ser una práctica consolidada y observable en el diseño y la articulación de las políticas. Este tipo de estudios constituiría una fuente relevante de información para los organismos responsables de ejecutar intervenciones encaminadas a reducir los costes y los daños que conlleva el consumo de sustancias adictivas o una dieta inadecuada y la insuficiencia de actividad física, y permitiría orientar la oferta de servicios asistenciales, preventivos y de reinserción y de otros recursos sociales.

Propuestas

- P106. Respetando las decisiones individuales cuando no se deriven de las mismas externalidades negativas, los responsables públicos tienen el deber de informar a los ciudadanos de las consecuencias de sus acciones y crear entornos propicios para el desarrollo de hábitos de vida saludables (AES, 2008).
- P107. Avanzar en la equiparación de la carga fiscal entre distintas labores del tabaco (aumentar el impuesto mínimo de la picadura y el de los puros y puritos en función de la cantidad de tabaco que contengan hasta situarlo en los mismos niveles que el correspondiente a los cigarrillos) introducir un mecanismo de actualización automático de la carga fiscal de los productos derivados del tabaco para evitar que la inflación erosione su valor real.
- P108. Reforzar el cumplimiento de la ley de espacios sin humos y rechazar los intentos de introducir modificaciones a instancias de gobiernos autonómicos.
- P109. El Gobierno español debería apoyar en el Consejo Europeo la propuesta de directiva de estandarización de empaquetado de productos del tabaco (European Commission, 2012).
- P110. En el caso del alcohol, los valores del impuesto especial fijados en España nos sitúan como uno de los países europeos con impuestos más bajos en toda la gama de productos alcohólicos. Por tanto, hay margen para aumentar tanto el impuesto especial *ad quantum* como el impuesto especial *ad valorem* sobre el alcohol. La modificación de estos impuestos debería estar ligada al contenido de alcohol del producto en cuestión. Dado el carácter complementario entre el consumo de alcohol y tabaco, un incremento en los impuestos del alcohol puede evitar simultáneamente el inicio en el consumo de alcohol y tabaco.
- P111. Las políticas en materia de drogas han de recoger actuaciones específicas para las poblaciones más vulnerables: la población inmigrante, la población con problemas jurídico-penales, las familias con especiales dificultades económicas, los hijos de drogodependientes y las personas con problemas de salud mental. En concreto, se recomienda hacer un mayor esfuerzo en la dedicación de recursos a acciones de prevención selectiva sobre estos colectivos. Aquí juega un papel fundamental la política educativa que no solo ha de ser reglada sino que ha de contener actuaciones puntuales (recogidas debidamente en el Plan Nacional Sobre Drogas).

- P112. Se hace indispensable que los nuevos planes de acción contra el consumo de drogas, legales o ilegales, recojan intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de sensibilización de los ciudadanos sobre el problema de la droga y los riesgos de su consumo, siendo especialmente relevante una revisión de la estrategia de actuación en materia preventiva.
- P113. Como medida previa a la adopción de cualquier política fiscal (imposición sobre el tabaco, alcohol, bebidas azucaradas o con alto contenido en grasa), debería ser obligado realizar análisis de simulación fiscal para ser conscientes de las ventajas (reducciones en el consumo) e inconvenientes (mayor imposición, en muchos casos regresiva) de las medidas que se pretenden adoptar y, en su caso, aprobar medidas correctoras (por ejemplo, aumento de la presión fiscal sobre ciertos productos acompañado de subvención en rentas o en especie sobre otros productos en colectivos concretos).
- P114. El diseño de cualquier intervención para combatir los hábitos no saludables debe tener en cuenta la interacción entre los mismos. Por ejemplo, los programas anti-tabáquicos deberían poner a disposición de la persona programas de dieta saludable, de manera que se estimulen simultáneamente ambos objetivos.
- P115. Promover las prácticas saludables en la comunidad a través de la adecuación de espacios gratuitos o a bajo coste que faciliten el ejercicio en aquellas zonas donde viven personas con recursos reducidos.
- P116. Promover los hábitos saludables en las escuelas, a modo de ejemplo, introduciendo programas cuya coste-efectividad se haya probado en otros países, como el School Breakfast Program o el National School Lunch Program, que intentan reforzar o desarrollar una dieta más equilibrada entre los menores a través del cumplimiento de las dietas escolares de unos requisitos nutritivos mínimos (Millimet et al. 2008; Bhattacharya et al. 2006).
- P117. Corregir la falta de evaluaciones económicas en la formulación de programas preventivos o paliativos sobre consumo de sustancias adictivas e ingesta inadecuada de alimentos e insuficiencia de ejercicio físico.
- P118. Para un mejor seguimiento y evaluación de las intervenciones se hace necesario desarrollar herramientas y mecanismos de recogida de datos que proporcionen registros fiables y comparables. Particularmente relevante es la utilización de cuestionarios estandarizados y validados por organismos nacionales e internacionales y el diseño y aplicación de encuestas y el uso de registros con seguimientos en el tiempo de los usuarios de programas e intervenciones.

3.3. Pobreza en la infancia, educación y salud

El nacer en un hogar pobre es la principal fuente de desigualdades a lo largo de la vida de una persona (Heckman, 2007). Los niños nacidos en familias con pocos recursos

socioeconómicos no solo tienen menos ingresos y oportunidades laborales, sino peor salud tanto en la infancia como la edad adulta (Heckman 2012; Almond y Currie 2011). Las experiencias de pobreza en la infancia aumentan el riesgo de enfermedades crónicas y, especialmente, de enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, demencia (Dong et al. 2004; Chapman et al. 2004), retraso de crecimiento, asma y mala salud general (Nikiema et al. 2010). Dicho riesgo aumenta cuando la pobreza es crónica y profunda (Schmeer 2012; Seguin et al. 2007).

Las cifras de pobreza en España, donde 1 de cada 5 personas se encuentran bajo este umbral (21,1% de la población, según datos del Instituto Nacional de Estadística de Octubre de 2012, Encuesta de Condiciones de Vida) y más de 2,2 millones de niños son pobres (27,2% de la población infantil) (UNICEF, 2012), revelan una situación preocupante que puede causar un deterioro irreparable de la salud de la población infantil.

Aunque escasa, la evidencia disponible muestra que las intervenciones destinadas a niños pobres y sus familias son efectivas para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud (Doyle et al. 2009; Heckman 2006). En Suecia, por ejemplo, las políticas destinadas a reducir las diferencias socioeconómicas en la mortalidad infantil durante los años 30 consiguieron disminuirlas considerablemente, gracias a mejoras en la atención sanitaria materna, en la equidad de la redistribución de la renta y a otras políticas sociales de carácter universal (Whitehead y Dahlgren 2006).

Se han llevado a cabo numerosas experiencias de lucha contra la pobreza en la infancia en países de altos ingresos y las autoridades españolas podrían inspirarse en ellas. Entre estas destacan el esfuerzo político llevado a cabo en Irlanda y la red de guarderías de la provincia de Quebec, junto con experiencias anteriores en Suecia, otros países nórdicos y la vecina Francia. La red de guarderías de Quebec garantiza a todos los niños las mismas oportunidades de desarrollo preservando el acceso a las guarderías a 7\$/día (<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Novembre2012/12/c7172.html>). Dicho acceso amortigua los efectos negativos de las condiciones adversas en la infancia (pertenencia a clases socioeconómicas desfavorecidas, depresión o baja educación de la madre, entre otras) (Herba et al. 2013; Geoffroy et al. 2012; Geoffroy et al. 2010). De modo similar, la introducción del acceso universal a guarderías de calidad en Dinamarca y Suecia disminuyó el impacto del nivel socioeconómico de los padres en el desarrollo educativo de los hijos (Treasury et al. 2008; Esping-Andersen 2004), y la expansión de la educación pública a los tres años a principios de los 90 mejoró el desarrollo educativo infantil, especialmente el de niñas y niños pertenecientes a familias desfavorecidas (Felfe et al. 2012).

La situación económica de la infancia en España puede variar con políticas de redistribución de ingresos y con programas universales de alimentación y protección de la vivienda. Además del hogar, la escuela y las guarderías son los lugares naturales para llevar a cabo la promoción de la salud de los niños (Dearing et al. 2009). La

subvención de guarderías a grupos desfavorecidos tiene efectos positivos a largo plazo tanto sobre el individuo como sobre la sociedad en su conjunto, dado que las intervenciones educativas en edades tempranas disminuyen el abandono escolar o la tasa de delitos, entre otros problemas sociales. También pueden tener efectos indirectos positivos sobre la salud pública a través de comportamientos como la disminución de embarazos no deseados (Cascio 2009; Heckman y Masterov 2005). Asimismo, se ha de subrayar que la inversión en el sistema educativo, especialmente en los ámbitos de educación infantil, primaria y secundaria, es un determinante fundamental de la salud y las oportunidades futuras de los individuos, que, además, tiene externalidades positivas para la sociedad. Por tanto, una estrategia prioritaria de las autoridades públicas debería ser mejorar la calidad del sistema, reducir las tasas de fracaso escolar y dotar de los medios adecuados a las actividades de refuerzo escolar dirigidas a niños y adolescentes en riesgo de fracaso.

La hipótesis de los orígenes fetales de Barker sugiere que las intervenciones durante el embarazo pueden tener consecuencias considerables a largo plazo. Se ha observado que en las personas que sufrieron desnutrición prenatal durante la hambruna holandesa de 1944-1945 la probabilidad de tolerancia reducida a la glucosa, alteraciones de la coagulación, perfiles lipídicos más aterogénicos, hipercolesterolemia, hipertensión, EPOC u obesidad fue mayor (Roseboom et al. 2006; Painter et al. 2005; Roseboom et al. 2001). Hallazgos que han sido confirmados (Van den Berg et al. 2006) y que muestran que la supervivencia en Holanda es menor en quienes nacen en periodos de crisis económica. Estas evidencias empíricas muestran que los primeros años de la vida son los más sensibles tanto a experiencias negativas (por ej., una hambruna) como positivas (exposición a un programa que estimule sus capacidades no cognitivas) y que sus efectos pueden ser permanentes.

La educación es una de las variables socioeconómicas que más influyen en las desigualdades de salud. Se puede argumentar que es la variable que sustenta al resto, en el sentido de que la educación determinará la ocupación y, en consecuencia, las rentas futuras (Eikemo et al. 2008). Existen grandes diferencias en los niveles de salud y esperanza de vida entre individuos de diferentes niveles educativos. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012, en las mujeres de entre 25 y 64 años, el 58% de las que tienen estudios primarios completos declara tener alguna enfermedad o problema de salud crónico de salud frente al 32% de las mujeres con estudios universitarios y de la misma edad (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Lamentablemente, no se dispone de datos públicos en España para evaluar la magnitud de las diferencias en las tasas de mortalidad.

Dado que la educación puede influir en la salud de los adultos mediante distintos mecanismos, conviene definir adecuadamente las reformas con mayor potencial de mejora, pues su efecto puede ejercerse incluso en edades avanzadas (van Kippersluis et al. 2011). Por un lado, la población mejor educada tiene hábitos de vida más saludables. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012, el 30% de la población de 25 a 64 años con la educación primaria completada fuma a diario frente al 20% de

los universitarios. Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2011, el 46% de la población con estudios primarios o inferiores (frente a un 38% de población con estudios secundarios o superiores) no utilizó ninguna protección para evitar contraer alguna enfermedad de transmisión sexual en la primera relación sexual. Las diferencias de comportamiento de personas con distintos niveles educativos pueden explicar algunas de las diferencias en salud, si bien hay que tener en cuenta que no son el único determinante (Cutler y Lleras-Muney 2008; Marmot 1994).

Otro de los mecanismos señalados actúa a través de las oportunidades laborales. Las personas con un mejor nivel educativo tienen acceso a condiciones laborales más favorables (mejores salarios, menor siniestralidad laboral), que pueden traducirse en mejor salud. Por ejemplo, la mortalidad de los trabajadores manuales de 11 países europeos, incluido España, es más elevada que la de los no manuales (Kunst et al. 1998). En el desempleo, que afecta fundamentalmente a la población con menor nivel educativo, sobre todo el de larga duración, el estrés y la tensión psicosocial afectan a la salud física, al aumentar el consumo de sustancias nocivas, y a la mental, por el sentimiento causado por la pérdida de ingresos, privaciones materiales, reputación social y autonomía (Martikainen y Valkonen 1996; Moser et al. 1984).

Por otro lado, las mejores perspectivas futuras pueden ofrecer mayores incentivos para invertir en el presente en la salud (Murphy y Topel 2006). Al mismo tiempo, la educación mejora el acceso a la información y las capacidades cognitivas y estos, el uso de los recursos sanitarios y una mayor adherencia a los tratamientos de la diabetes y la infección por VIH (Goldman y Smith 2002).

Aunque la educación aparece congruentemente como uno de los principales determinantes de la salud, las reformas educativas se traducirán en una mejora o empeoramiento de la salud de la población si existe una relación causa-efecto que traduzca cambios educativos en cambios de salud. Esto es especialmente relevante, porque las pruebas científicas indican que la peor salud en la infancia produce peores resultados educativos, por lo que parte de las asociaciones observadas se deben al efecto negativo que causa la mala salud sobre el nivel educativo (Cutler y Lleras-Muney 2008; Black et al. 2007; Case et al. 2005; Behrman y Rosenzweig 2004). Asimismo, en algunos estudios la salud se configura como el mecanismo potencial por el cual el estatus socioeconómico fluye de forma intergeneracional. Por ejemplo, se ha comprobado que los niños nacidos en familias más pobres son más propensos a tener peor salud en la infancia, peores resultados escolares, peor salud a una edad adulta temprana, y que estos factores se asocian con menores ingresos en una edad adulta (Case et al. 2005).

Estudios internacionales corroboran que algunas de las reformas del siglo pasado orientadas a aumentar los años de educación obligatoria fueron beneficiosas para la salud (van Kippersluis et al. 2011; Spasojevic 2010; Oreopoulous 2007; Arendt 2005; Lleras-Muney 2005). Es difícil conjeturar sobre la traducción de dichos resultados en el contexto actual, y no existen trabajos que evalúen los efectos de cambios educativos

orientados a mejorar (e incluso empeorar) la calidad de la educación recibida sobre la salud, cuyos resultados podrían orientar reformas en el sistema educativo (Cutler y Lleras-Muney 2008). Por lo tanto, cualquier reforma de la enseñanza debería acompañarse de una evaluación de su impacto en los resultados educativos y de las dimensiones del bienestar (oportunidades laborales, estado de salud).

Propuestas

- P119. Desarrollar y evaluar programas de suplementación nutricional en la escuela pública y habilitar una red de guarderías de bajo coste donde se ofrezca una nutrición equilibrada, para compensar la inseguridad alimentaria por la que atraviesan gran número de familias jóvenes. Complementar estas medidas inmediatamente con medidas fiscales de reducción de impuestos y subsidios para las familias con niños con reducidos recursos.
- P120. Desarrollar programas de subvención y ayudas fiscales en uso de guarderías a grupos desfavorecidos.
- P212. Las autoridades públicas deben subrayar como objetivo prioritario la calidad del sistema educativo, la reducción de las tasas de fracaso escolar y poner en marcha o reforzar estrategias concretas y medios adecuados dirigidos a las actividades de refuerzo escolar de niños y adolescentes en riesgo de fracaso.
- P122. Potenciar en mayor medida dentro del ámbito educativo políticas de salud en materia de educación física, alimentación, educación vial, como parte fundamental del contenido curricular de la formación de los niños y adolescentes.
- P123. Acompañar cualquier reforma educativa de una evaluación de su impacto tanto en los resultados educativos y en otras dimensiones del bienestar (oportunidades laborales, estado de salud) de la población afectada.

3.4. Desigualdades socioeconómicas en salud

Las desigualdades socioeconómicas en salud se refieren a aquellas diferencias en salud, injustas y evitables, observadas en personas de diferentes estratos sociales, niveles de educación, sexo, región o grupos étnicos. Aunque la salud se distribuye de forma desigual entre la población, no todas las diferencias de salud se pueden considerar injustas. Por ejemplo, si la diferencia entre la salud de dos grupos de población viniese explicada únicamente por diferencias de edad, seguramente pocos considerarían que dichas diferencias son injustas (Fleurbaey y Schokkaert 2012), lo cual pone de relieve la necesidad de definir como sociedad cuáles son las diferencias que consideramos injustas y sobre las cuales tenemos que intervenir.

En España existen desigualdades en salud asociadas con factores socioeconómicos como educación, renta o situación laboral y estas diferencias persisten en el tiempo (Hernández-Quevedo et al. 2010). Por grupos de edad, las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan hasta la edad de jubilación y disminuyen posteriormente (van Kippersluis et al. 2009; García-Gómez y López-Nicolás 2007). La prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad es mayor en los más pobres. Hay pruebas sobre desigualdades en salud autopercebida entre clases sociales y en enfermedades crónicas, más presentes en personas con menores niveles educativos (Dalstra et al. 2005; Kunst et al. 2005). Estas desigualdades también se encuentran presentes en factores de riesgo como la obesidad y el consumo de tabaco y alcohol (Costa-Font et al. 2013). Por otra parte, es esperable que los efectos de la crisis económica sobre la salud sean diferentes entre colectivos de la población y que empeore el estado de salud de la población más vulnerable.

A pesar de que numerosos estudios indican la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud, las pruebas sobre políticas orientadas a reducir dichas desigualdades son relativamente escasas a escala nacional, aunque se pueden encontrar algunos ejemplos de iniciativas regionales y locales. Una revisión sistemática de los diferentes planes de salud en España, que excluyó Madrid, Asturias y Cantabria, mostró que los planes regionales de salud tienden a incluir una descripción de áreas de salud por situación socioeconómica en vez de incorporar políticas específicas para reducir las desigualdades en salud por dicha situación (Borrell et al. 2005). Sin embargo, hay excepciones, como el plan de salud del País Vasco, que incluye políticas específicas ligadas a la situación socioeconómica e incorpora objetivos cuantitativos específicos.

La disminución de las desigualdades socioeconómicas en salud solo puede conseguirse si se conoce la magnitud de sus diversos mecanismos causales. Utilizando la relación renta-salud como ejemplo, la distribución del nivel de salud entre la población es potencialmente tanto causa como consecuencia de la distribución de la renta o riqueza. Por un lado, diferencias en el nivel de renta pueden ser resultado de diferencias en el nivel de salud. Por ejemplo, padecer una enfermedad limita la capacidad de trabajar y, por tanto, las rentas laborales. En la medida en que el estado de bienestar no compense completamente la pérdida de ingresos, un peor estado de salud se traducirá *ceteris paribus* en menos renta. Por otro, en la medida en que incrementos del nivel de renta causen mejoras en la salud (a través, por ejemplo, de un mejor acceso a servicios sanitarios, a la compra de productos saludables, menores niveles de estrés), las políticas de distribución de ingresos reducirán las desigualdades en salud. La evidencia empírica sobre el efecto causal de la renta en la salud no es concluyente. Aunque incrementos en la renta parecen mejorar la salud a niveles bajos de renta (Salm 2011; Jensen y Richter 2004), las evaluaciones de los efectos en sociedades o grupos relativamente acomodados indican que incrementos de renta no producen mejoras generales en la salud, excepto en la dimensión mental (Kim y Ruhm 2012; Apouey y Clark 2010; Gardner y Oswald 2007).

Además, se ha confirmado la importancia de la disminución del empleo y de la renta tras un deterioro del estado de salud (García-Gómez 2011; García-Gómez y López-Nicolás 2006; Riphán 1999) y sugerido que las políticas de empleo pueden reducir ese efecto aunque su efectividad debe evaluarse (García-Gómez, 2011). Finalmente, dimensiones como la pobreza en la infancia o la educación pueden desempeñar un papel relevante como factores explicativos de las desigualdades socioeconómicas en salud.

En su informe de 2008, la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS concluyó que la acción en los determinantes sociales en salud deben incluir a todo el gobierno, la sociedad civil y las comunidades locales, negocios y agencias internacionales, con políticas y programas que incluyan a todos los sectores clave de la sociedad y no solo al sanitario (WHO, 2008). También en 2008 (octubre), la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud. Dicha Comisión presentó en mayo de 2010 un documento con recomendaciones sobre las estrategias que deberían ponerse en marcha o potenciarse para reducir las desigualdades en salud en España, coincidiendo con la Presidencia española de la UE durante el primer semestre de 2010, que estableció la *Equidad en Salud* como una de las prioridades durante ese periodo. En el momento de escribir este documento (julio de 2013) la mayor parte de sus propuestas están pendientes de desarrollarse.

Propuestas

- P124. Implantar sistemas de información que permitan identificar y monitorizar las desigualdades, así como mecanismos que favorezcan la visibilidad de las desigualdades dentro y fuera del sistema sanitario.
- P125. Identificar a los colectivos más vulnerables a la crisis económica y diseñar e implantar políticas específicas destinadas a proteger a dichos grupos de población de situaciones en las cuales la precariedad económica se traduzca en riesgos para la salud.
- P126. La heterogeneidad observada en los planes de salud regionales en sus medidas orientadas a reducir las desigualdades en salud pone de manifiesto la necesidad de diseñar un marco común de actuación a nivel nacional, además de mejorar los mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles central y regional de administración sanitaria.
- P127. Promover un enfoque intersectorial para reducir las desigualdades en salud en España, en la línea propuesta por la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS (WHO, 2008).

3.5. Otras políticas

Medio ambiente

La relación entre medio ambiente y salud no es lineal y su análisis exige considerar varias perspectivas (Artazcoz et al. 2010). Por un lado, se encuentran los factores estructurales que potencian o facilitan los hábitos de vida saludables, y que, además, pueden ejercer un efecto beneficioso sobre la salud mental. Por otro, un medio ambiente deteriorado puede ser fuente de contaminación química, atmosférica o biológica. El enfoque positivo tiene una aplicación práctica en la planificación urbanística, como el diseño de espacios públicos (parques y jardines, vías verdes, transporte ecológico). El enfoque negativo considera los factores ambientales como posibles riesgos para la salud. Así, la exposición continuada a la contaminación ambiental (ruido, sustancias químicas, gases) podría influir en los principales determinantes sociales de la salud. En España, las políticas intersectoriales que abordan la relación entre medio ambiente, salud y calidad de vida son escasas y no incorporan los factores ambientales como determinantes de la salud (Pecurull-Botines y De Peray 2010).

Un elemento importante del área del medio ambiente es la política de cambio climático. España es uno de los primeros países que ha desarrollado un Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático y que, basándose en pruebas científicas sobre su impacto en la salud, lo incluye entre las áreas prioritarias de actuación la salud pública. El Observatorio de Salud y Cambio Climático, creado el 2009, es el instrumento para realizar análisis, diagnóstico, evaluación y seguimiento de los impactos del cambio climático en la salud pública y en el SNS, y dar apoyo a las políticas de mitigación y a las de adaptación al cambio climático en el sector. Entre los objetivos específicos de actuación del Observatorio destacan: (i) apoyar la inclusión de la salud en las políticas de cambio climático y la integración de la adaptación del cambio climático sobre la salud; (ii) impulsar un sistema de información en salud y cambio climático que permita evaluar las consecuencias del cambio climático sobre la salud; (iii) potenciar la investigación en cambio climático y salud, y (iv) informar y concienciar a la población sobre las consecuencias del cambio climático (http://www.magrama.gob.es/es/cambio-climatico/temas/impactos-vulnerabilidad-y-adaptacion/2_informe_seguimiento_pnacc_tcm7-197096.pdf). En el Informe SESPAS 2010 se han destacado estas acciones como vías de mejora (Tirado, 2010).

Estas actuaciones deben acometerse de forma continuada y con actuaciones puntuales, ya que están surgiendo problemas que emanan de contingencias extremas (olas de calor, huracanes, inundaciones) cuya respuesta debe estar prevista. Las olas de calor de mitades de la década pasada tuvieron efectos importantes sobre la mortalidad, especialmente en individuos mayores, pero no únicamente. Es posible que estas contingencias se sucedan con mayor frecuencia y afecten diversas dimensiones de la salud individual y poblacional. Por este motivo, conviene insertar elementos de política sanitaria en el contexto general de adaptación al cambio climático. Estudios europeos

multidisciplinarios han intentado anticipar esas consecuencias, como el Proyecto PESETA (Projection of economic impacts of climate change in sectors of the European Union based on bottom-up analysis), una de cuyas dimensiones importantes es la salud (Císcar et al. 2011).

Seguridad vial

El número de fallecidos y heridos por accidente de tráfico ha decrecido significativamente desde 2008, en números absolutos y porcentuales respecto a la población y al parque automovilístico. La tendencia decreciente no es nueva. Desde 2004 se puede observar claramente como posible consecuencia de la implantación del Plan Estratégico de Seguridad Vial. Empero, la seguridad vial en España sigue necesitando mejoras continuas, pues las cifras distan de las observadas en Suecia, país de referencia en este ámbito. Según datos de 2010, en España hay 5,4 fallecidos por 100.000 habitantes y 0,8 por 10.000 vehículos, frente a 2,8 y 0,5 en Suecia, respectivamente (OECD/ITF, 2012).

Una posible consecuencia directa de la crisis es la disminución del parque automovilístico en 2009, mayoritariamente de turismos, que rompe la tendencia creciente desde 2004 y en parte parece traducirse en un descenso del volumen de tráfico (variable de exposición al riesgo). Además, en los últimos años se han reforzado varias de las medidas ya existentes (campañas para control de alcoholemia y uso del cinturón de seguridad, instalación de cámaras para el control de la velocidad) y adoptado otras nuevas más controvertidas (reducción temporal del límite de velocidad en autovías y autopistas en 2011). En contraposición a los recursos destinados a otras políticas de salud pública, pese a la crisis, se aprecia una voluntad firme de continuar mejorando la seguridad vial (por ej., véase la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020), marcada como prioridad en las agendas políticas nacional y europea.

Al igual que en otras esferas de la salud, el principal defecto de las medidas aplicadas es la falta de un análisis exhaustivo, transparente y previo sobre su impacto, que ayude corregir la asignación de recursos. Es necesario analizar la efectividad de las intervenciones de seguridad vial antes de emprenderlas. De lo contrario, la implantación de los distintos programas se basa en la mera imitación de las medidas desarrolladas en otros países, sin escrutar su efectividad en los países de origen, ni justificar si se espera que tengan un efecto similar en España.

Se ha de mencionar que sí se han evaluado algunas medidas tras su implantación (Novoa et al. 2011; Castillo et al. 2010; Novoa et al. 2010; Novoa et al. 2009), si bien son evaluaciones parciales, ya que examinan su efecto positivo en el número de fallecidos y de heridos o reducciones del riesgo, pero no unifican los resultados en medidas de calidad de vida ni estiman los recursos empleados en cada año de vida ganado. Esto permitiría compararlas con políticas alternativas que pudieran ofrecer mejores razones coste-resultado en salud (coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio). En este

ámbito se encuentran trabajos recientes como el de la estimación de la calidad de vida perdida por accidentes de tráfico no mortales (Cubí-Mollá y Herrero 2012) y la del valor por evitar o prevenir un fallecimiento en España por accidente de tráfico (Abellán et al. 2011).

Parece un contrasentido, pero un importante elemento que debe mejorarse es la recogida y coordinación de datos, especialmente de costes. Por ejemplo, es sorprendente disponer de información sobre la valoración social de prevenir un accidente mortal de tráfico y en cambio carecer de datos sobre los costes de ambulancia y hospitalización de los afectados o de un registro de accidentes no mortales con una clasificación que vaya más allá de las reseñas "graves" y "leves". Se ha de seguir avanzando en la estimación de la efectividad de las medidas, pero convendría hacerlo paralelamente en información, registro, organización y notificación pública de los costes.

Finalmente, es importante impulsar la cooperación entre administraciones relacionadas con la seguridad vial, una acción recogida en la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020, aunque sus resultados son aún escasos. En esta falta de coordinación intersectorial en políticas de salud pública hay excepciones, como la reforma del Código Penal de 2007, que criminaliza algunos comportamientos relacionados con las infracciones de tráfico más frecuentes (conducción temeraria, conducción en estado de ebriedad, conducción a más velocidad de la permitida y conducción sin licencia) y puede haber contribuido a mejorar la seguridad vial (Novoa et al. 2011).

Propuestas

- P128. Implantar sistemas de información que permitan predecir posibles consecuencias a corto, medio y largo plazo del cambio climático en contextos multidisciplinares.
- P129. Avanzar en la coordinación de esfuerzos con un enfoque multidisciplinario que permitan la inclusión de las políticas de salud en un programa conjunto de políticas de adaptación del cambio climático y mitigación de sus efectos negativos.
- P130. Evaluar las políticas de seguridad vial antes, durante y tras su implantación con el objetivo de ofrecer una valoración objetiva global de sus efectos.
- P131. Mejorar el sistema de recogida de datos relacionados con los accidentes viales que permitan medir los costes detallados asociados a cualquier accidente vial y el estado de salud de las personas que sufren los mismos. Estos han de publicarse y se fácilmente accesibles a cualquier ciudadano interesado.
- P132. Impulsar la cooperación entre las distintas administraciones en materia de seguridad vial.

3.6. Evaluación de políticas

¿Podemos permitirnos el lujo de destinar recursos públicos a políticas que no funcionan? (Vera, 2011a). El panorama de las finanzas públicas es sin duda sombrío, no solo hoy, sino en el futuro cercano. Si siempre debiera haber sido un principio fundamental contrastar que las políticas públicas tuvieran el efecto positivo que se esperaba de ellas, este hecho se torna ahora imperativo. Por muy buena que sea la intención de los responsables del diseño y la puesta en marcha de un programa, estrategia o política, hay un largo trecho desde la teoría o el diseño sobre el papel a su puesta en práctica. Para conocer si la política se desarrolla según se ideó, por qué se está desviando de sus objetivos o de los recursos que precisaba o si está teniendo el efecto esperado sobre el bienestar de la población, deben recopilarse los datos necesarios para evaluarla y ponerlos a disposición de profesionales capaces de extraer de ellos toda la información relevante.

Lo ilustra claramente la favorable tendencia de reducción del número de fallecidos por accidente de tráfico. Es un hecho innegable, pero ¿qué parte de esta evolución se debe al carnet por puntos?, ¿cuál es atribuible a una mayor concienciación ciudadana derivada de las campañas de la Dirección General de Tráfico o de la educación escolar?, ¿cuál se debe a las mejoras en la red viaria?, ¿cuál a las innovaciones en seguridad incorporadas en el parque automovilístico en los últimos años?, o, sin agotar la lista, ¿qué efecto debemos esperar del envejecimiento del parque automovilístico propiciado por la crisis? Las respuestas a estos interrogantes se nos escapan si no disponemos de un buen programa de evaluación. Y las respuestas deben orientar el diseño de las políticas en un contexto complejo y cambiante.

Responder a estas preguntas no es tarea sencilla; evaluar su impacto exige obtener información sobre qué es lo que hubiese pasado en ausencia de la política. No es posible observar en un mismo momento a los mismos sujetos participando y no participando en un programa, o una política puesta en marcha frente a otra hipotética. La utilización de diferentes técnicas ayuda a estimar el denominado contrafactual, esto es, lo que hubiera ocurrido en ausencia de la política (Casado 2012; Vera 2011b). Esto supondría introducir políticas utilizando proyectos piloto en los cuales la participación fuese aleatoria (por ej., mediante sorteo) entre aquellas personas, regiones o entes locales candidatos a participar. Además, obligaría a decisores y gestores a hacer un ejercicio de humildad y reconocer que no sabemos a ciencia cierta cuáles son las políticas que funcionan, y dejar en manos de técnicos su diseño y evaluación antes de tomar decisiones sobre su puesta en marcha.

Además, deben definirse claramente los objetivos de políticas o programas que se pretenden introducir y ligarlos a los resultados esperados, de manera que las variables necesarias para evaluar su cumplimiento puedan incluirse en los registros administrativos y la información pueda complementarse con encuestas (Casado, 2012).

La definición clara de los objetivos y el nexo con los resultados también ayuda a identificar efectos no esperados (que no necesariamente han de ser negativos) y no deseados.

España debería seguir el ejemplo de países como EEUU, Reino Unido, Holanda, Colombia o México, donde las decisiones se toman sobre la base de pruebas por evaluaciones de políticas, e impulsar la producción de información de calidad (Vera, 2011a). Estos países han dado el paso de emplear experimentos aleatorios para identificar políticas que mejoren los resultados educativos y de salud de las poblaciones más desfavorecidas (King et al. 2009; Gertler 2004; Schultz 2004). Su evaluación es un elemento ligado a la propia ejecución de la política pública. Estos y otros países se han tomado en serio estas tareas: la transparencia y la rendición de cuentas son elementos inherentes a la evaluación de políticas públicas, y han entendido que hacerlo así redundaría en el fortalecimiento de los sistemas democráticos y, en definitiva, en la mejora del bienestar social (EUROsociAL, 2012). Es desmoralizante comprobar la contradicción permanente que se da en España entre las declaraciones públicas de apoyo a la evaluación de las políticas por parte de los responsables de su puesta en marcha y su inacción, cuando no rechazo en privado, a la hora de analizarlas.

Un ejemplo ilustrativo lo aporta el Spanish Trust Fund for Impact Evaluation (STFIE), al que España dedicó durante casi dos lustros un importante montante económico (a través del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo) y finalizó en junio de 2012. Con él se financiaron evaluaciones de impacto rigurosas en 37 países en desarrollo y se buscaba alcanzar un alto nivel de rigor, pues solo se podían desarrollar con sus fondos evaluaciones con elección aleatoria de beneficiarios. Resulta llamativa, cuando menos, la promoción allende nuestras fronteras de evaluaciones de políticas públicas, utilizando mecanismos tan rigurosos como los señalados, y que no apliquemos las mismas normas en nuestro país (Vera, 2011a). La financiación de dicho fondo corre ahora a cargo del Reino Unido, y ha sido renombrado como Strategic Trust Fund for the Impact Evaluation.

Una cuestión clave, en la cual se insiste en el Capítulo IV, es que la evaluación de las políticas públicas no debe considerarse como mera herramienta de relativa utilidad, sino como parte de un cambio cultural que debe impregnar las Administraciones Públicas como referente de transparencia, justificación de las políticas basada en principios claros (efectividad, seguridad, eficiencia y equidad) y rendición de cuentas a la ciudadanía.

Propuestas

- P133. Impulsar la evaluación de políticas públicas en España. Esto requiere movilizar ciertos recursos económicos, pero la clave fundamental reside en la

voluntad política para impulsar los cambios necesarios en la manera en cómo se diseñan y aplican las políticas.

- P134. Dado el casi ilimitado menú de medidas concretas donde elegir, pero también considerando la limitación en los recursos existentes, cada una de las políticas que se propongan tendrían que evaluarse para obtener información útil sobre su potencial beneficio o fracaso y sus razones. Todo ello debe ayudar a orientar futuras políticas (AES, 2008).
- P135. Un buen número de políticas habrían de iniciarse con una fase piloto en la que se aleatorizara la participación entre la población candidata a ser beneficiaria. Dicha fase piloto se debería evaluar obligatoriamente antes de extender la política al resto de la población beneficiaria.
- P136. Los resultados esperados de cualquier intervención tienen que definirse antes de implementar la política. Si es necesario, se han de modificar las bases de datos administrativas, para garantizar que el impacto de la política se mida adecuadamente.
- P137. La evaluación de las políticas ha de partir de la imparcialidad y llevarse a cabo con criterios de excelencia científica. Este proceso se vería favorecido por la creación de una agencia de evaluación de políticas con autonomía y distancia de influencias políticas interesadas. Dicha agencia habría de estar investida de poder real para influir en el diseño de las políticas públicas (para que se puedan probar distintas versiones de la misma política) así como en la elección de beneficiarios durante la fase piloto.
- P138. Poner a disposición del público los datos de cualquier evaluación para favorecer la transparencia y la réplica de los resultados obtenidos.
- P139. La Administración Pública debería facilitar e incluso potenciar el acceso a las distintas bases de datos administrativas por parte de los investigadores, tal como sucede en algunos países de nuestro entorno. Esto permitiría evaluar los efectos de la mayoría de las políticas actuales.

Referencias y normativa citada

Abellán JM, Martínez JE, Méndez I, et al. (2011). *The monetary value of a statistical life in Spain. In depth from the Observatory*. Madrid: Dirección General de Tráfico.

Almond D, Currie J (2011). Killing me softly: the fetal origins hypothesis. *Journal of Economic Perspectives*, 25(3): 153-172.

Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe. A Report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.

Antoñanzas A, Rodríguez-Ibeas R, Barco E, et al. (2008). Alcohol consumption in the EU: health economics and policy issues under a permanent debate. *European Journal of Health Economics*, 9(1): 1-6.

Apouey B, Clark A (2010). Winning big but feeling no better? The effect of lottery prizes on physical and mental health. *IZA Discussion Paper No. 4730*. Bonn: IZA.

Arendt JN (2005). Does education cause better health? A panel data analysis using school reform for identification. *Economics of Education Review*, 24(2): 149-160.

Artazcoz L, Oliva J, Escrivá V, et al. (2010). La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 24 (Supl 1): 1-6.

Asociación de Economía de la Salud (2008). *Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad*. Barcelona: AES. Disponible en: www.aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf.

Badillo L, Cobacho MB, López-Nicolás A (2013). Will the European Union's New Tobacco Tax Legislation Lead to Reductions in Smoking Prevalence? Evidence from a Quasi-experiment in Spain. *Nicotine and Tobacco Research*, doi:10.1093/ntr/ntt038.

Behrman JR, Rosenzweig MR (2004). Returns to birthweight. *Review of Economics and Statistics*, 86(2): 586-601.

Bhattacharya J, Currie J, Haider S (2006). Breakfast of champions? The School Breakfast Program and the nutrition of children and families. *Journal of Human Resources*, 41(3): 445-466.

Black S, Devereux PJ, Salvanes K (2007). From the cradle to the labor market? The effect of birth weight on adult outcomes. *Quarterly Journal of Economics*, 112(1): 409-439.

Borrell C, Peiró R, Ramón N, et al. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19(4): 277-285.

Casado D (2012). *¿Por qué no evaluamos las políticas públicas como los fármacos? Una apuesta por la experimentación social*. *Revista Electrónica sobre Avaluació de Polítiques Públiques*, No. 3. Disponible en: http://www.avaluacio.cat/wp-content/uploads/2012/10/articulo_DC_0811.pdf.

Cascio EU (2009). *Do investments in universal early education pay off? Long-term effects of introducing kindergartens into public schools*. NBER Working Papers No. 14951. London: NBER.

Case A, Fertig A, Paxson C (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 24(2): 365-389.

Castillo JI, Castro M, Pedregal DJ (2010). An econometric analysis of the effects of the penalty points system driver's license in Spain. *Accident Analysis and Prevention*, 42(4): 1310-1319.

Cawley J, Ruhm C (2011). *The Economics of Risky Health Behaviors*. NBER Working Papers No. 17081. London: NBER.

Císcar JC, Iglesias A, Feyen L, et al. (2011). Physical and economic consequences of climate change in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7): 2678-2683.

Clark A, Loheac Y (2007). It Wasn't Me, It Was Them! Social influence in risky behaviour by adolescents. *Journal of Health Economics*, 26(4): 763-784.

Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Lizarbe Alonso V, et al. (2012). Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. *Atención Primaria*, 44(11): 635-637.

Costa-i-Font J, Gil J (2008). *¿Por qué ha aumentado la obesidad en España?* Monografía 2008-01. FEDEA.

Costa-i-Font J, Gil J (2008). What lies behind socio-economic inequalities in obesity in Spain? A decomposition approach. *Food Policy*, 33(1): 61-73.

Costa-Font J, Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D (2013). Income Inequalities in Unhealthy Life Styles in England and Spain. *Economics & Human Biology*. (En prensa.)

Cubí-Mollá P, Herrero C (2012). Quality of life lost due to non-fatal road traffic injuries. *Health Economics*, 21(5): 528-550.

Cutler D, Lleras-Muney A (2008). Education and health: evaluating theories and evidence. In: Schoeni RF, House JS, Kaplan G, Pet al. (eds.). *Making Americans Healthier: Social and Economics Policy as Health Policy*. New York: Russell Sage Foundation.

Cutler DM, Glaeser EL (2007). *Social interactions and smoking*. NBER Working Paper No. 13477. London: NBER.

Cutler DM, Glaeser EL, Shapiro JM (2003). Why Have Americans Become More Obese? *Journal of Economic Perspectives*, 17(3): 93-118.

Chapman D, Whitfield C, Felitti V, et al. (2004). Epidemiology of adverse childhood experiences and depressive disorders in a large health maintenance organization population. *Journal of Affective Disorders*, 82(2): 217-225.

Christakis NA, Fowler JH (2013). Social contagion theory: examining social networks and human behaviour. *Statistics in Medicine*, 32(4): 556-577.

Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, et al. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 316-326.

Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4): 261-265.

Dearing E, McCartney K, Taylor BA (2009). Does higher quality early child care promote low-income children's math and reading achievement in middle childhood? *Child Development*, 80(5): 1329-1349.

Dong M, Giles WH, Felitti VJ, et al. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 110(13): 1761-1766.

Doyle O, Harmon CP, Heckman JJ, et al. (2009). Investing in early human development: Timing and economic efficiency. *Economics and Human Biology*, 7(1): 1-6.

Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, et al. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness*, 30(4): 565-582.

Esping-Andersen G (2004). Untying the Gordian Knot of Social Inheritance. *Research in Social Stratification and Mobility*, 21(1): 115-138.

European Commission (2012). *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and the sale of tobacco related products*. COM (2012)788 final. Brussels: European Commission.

EUROsociAL (2012). Programa para el fomento de la cohesión social en América Latina. Disponible en: <http://www.eurosoci-al.eu/publicaciones>.

Felfe C, Nollengerber N, Rodríguez-Planas N (2012). *Can't buy mommy's love? Universal childcare and children's long-term care cognitive development*. IZA Working Paper No. 7053. Bonn: IZA.

Fleurbaey M, Schokkaert E (2012). *Equity in health and health care*. In: Pauly M, McGuire TM, Pita Barros P (eds.) *Handbook of Health Economics*, vol. 2, pp. 1003-1092.

- Fowler J, Christakis N (2008). Estimating peer effects on health in social networks. *Journal of Health Economics*, 27(5): 1400-1405.
- Garcia-Altes A, Olle JM, Antoñanzas F, et al. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97(9): 1145-1153.
- García-Gómez P (2011). Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe. *Journal of Health Economics*, 30(1): 200-213.
- García-Gómez P, López Nicolás A (2007). *Regional Differences in Socioeconomic Health Inequalities in Spain*. Working Papers Fundación BBVA No. 201072. Madrid: Fundación BBVA.
- García-Gómez P, López Nicolás A (2006). Health Shocks, Employment and Income in the Spanish Labour Market. *Health Economics*, 15(9): 997-1009.
- García-Goñi M, Hernández-Quevedo C (2012). The evolution of obesity in Spain. *Eurohealth*, 18(1): 22-25.
- Gardner J, Oswald J (2007). Money and mental wellbeing: A longitudinal study of medium-sized lottery wins. *Journal of Health Economics*, 26(1): 49-60.
- Geoffroy MC, Séguin JR, Lacourse E, et al. (2012). Parental characteristics associated with childcare use during the first 4 years of life: results from a representative cohort of Québec families. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1): 76-80.
- Geoffroy MC, Côté SM, Guiguère CE, et al. (2010). Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare. *Canadian Journal of Public Health* 51(12): 1359-1367.
- Gertler P (2004). Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *American Economic Review*, 94(2): 336-341.
- Glaeser E, Sacerdote B, Scheinkman J (2003). The social multiplier. *Journal of the European Economic Association*, 1(2-3): 345-353.
- Goldman DP, Smith JP (2002). Can patient self-management help explain the SES health gradient? *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 99(16): 10929-10934.
- González López-Valcárcel B, Ortún V (2010). Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(6): 497-499.
- Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Lopez Garcia E, et al. (2003). The obesity epidemic and related factors: The case of Spain. *Cuadernos de Saúde Pública*, 19(Supl 1): S101-S110.

Harris JE, González López-Valcárcel B (2008). Asymmetric peer effects in the analysis of cigarette smoking among young people in the United States, 1992-1999. *Journal of Health Economics*, 27(2): 249-264.

Heckman J (2007). The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America* 104(33): 13250-13255.

Heckman J (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782): 1900-1902.

Heckman J, Masterov D (2005). *The productivity argument for investing in young children*. NBER Working Paper No. 13016. London: NBER.

Herba CM, Tremblay RE, Boivin M, et al. (2013). Maternal depressive symptoms and children's emotional problems. Can early child care help children of depressed mothers?. *JAMA Psychiatry*, 70(8): 830-838.

Hernández-Quevedo C, Masseria C, Mossialos EA (2010). *Analysis of the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from the EU-SILC*. Eurostat WP Series. Luxemburg: Eurostat. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-016/EN/KS-RA-10-016-EN.pdf.

HM Treasury, Department of Work and Pensions, Department for Children, Schools and Families (2008). *Ending child's poverty: everybody's business*. London: HM Treasury, Department of Work and Pensions, Department for Children, Schools and Families. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100304104401/http://www.hm-treasury.gov.uk/bud_bud08_child.htm.

Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Principales Resultados*. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.

International Obesity Task Force (2013). Disponible en: <http://www.iaso.org/iotf/>.

Jaccard J, Blanton H, Dodge T (2005). Peer influences on risk behaviour: an analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*, 41(1): 135-147.

Jensen RT, Richter K (2004). The health implications of social security failure: evidence from the Russian pension crisis. *Journal of Public Economics*, 88(1): 209-236.

Kim B, Ruhm CJ (2012). Inheritances, health and death. *Health Economics*, 21(2): 127-144.

King G, Gakidou E, Imai K, et al. (2009). Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet*, 373(9673): 1447-1454.

- Kunst AE, Bos V, Lahelma E, et al. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 295-305.
- Kunst AE, Groenhouf F, Mackenback JP (1998). Mortality by occupational class among men 30-64 years in 11 countries. *Social Science and Medicine*, 46(11): 1459-1476.
- Lakdawalla D, Philipson T (2002). *The growth of obesity and technological change: a theoretical and empirical examination*. NBER Working Paper No. 8946. London: NBER.
- López Nicolás A, Cobacho Tornel B, et al. (2013). The Spanish Tobacco Tax Loopholes and Their Consequences. *Tobacco Control*, 22(e1): e21-e24.
- López Nicolás A, Viudes de Velasco A (2009). El Control del Tabaquismo desde la Perspectiva de la Economía. *Revista Española de Salud Pública*, 83(1): 9-23.
- Lundborg P (2006). Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use. *Journal of Health Economics*, 25(2): 214-233.
- Lleras-Muney A (2005). The relationship between education and adult mortality in the United States. *Review of Economic Studies*, 72(250): 189-221.
- Marmot M (1994). Social differences in health within and between populations. *Daedalus*, 123(4): 197-216.
- Martikainen PT, Valkonen T (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 34(9032): 909-912.
- Meana JJ, Pantoja L (2000). Nuevas interpretaciones y nuevos abordajes del alcoholismo. Bilbao: Edit. Universidad de Deusto.
- Millimet DL, Tchernis R, Husain M (2008). *School nutrition programs and the incidence of childhood obesity*. NBER Working Paper No. 14297. London: NBER.
- Moser KA, Fox AJ, Jones DR (1984). Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet*, 2(8415): 1324-1328.
- Murphy KM, Topel RH (2006). *The value of health and longevity*. *Journal of Political Economy*, 114(5): 871-904.
- Nikiema B, Spencer N, Seguin L (2010). Poverty and chronic illness in early childhood: a comparison between the United Kingdom and Quebec. *Pediatrics*, 125(3): 499-507.
- Norton EC, Lindrooth RC, Ennett ST (1998). Controlling for the endogeneity of peer substance use on adolescent alcohol and tobacco use. *Health Economics*, 7(5): 439-453.
- Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, et al. (2011). Effect on road traffic injuries of criminalizing road traffic offences: a time-series study. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(6): 393-468.

- Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, et al. (2010). Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: A time-series study. *American Journal of Public Health*, 100(11): 2220-2227.
- Novoa AM, Pérez K, Borrell C (2009). Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. *Gaceta Sanitaria*, 23(6): 553.e1-553.e14.
- Oliva J, González LI, Labeaga JM, et al. (2008). Salud pública, economía y obesidad: El bueno, el feo y el malo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6): 507-510.
- Oliva J, Rivera B (2006). El coste del consumo de drogas ilegales en Galicia. *Presupuesto y Gasto Público*, 44 (3): 105-132.
- Oreopoulous PH (2007). Do dropouts drop out too soon? Wealth, health and happiness from compulsory schooling. *Journal of Public Economics*, 91(11-12): 2213-2229.
- Organisation for Cooperation and Economic Development (2012). *IRTAD 2011 Annual Report*. Paris: OCED.
- Organisation for Cooperation and Economic Development (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat – Spain Key Facts*. Paris: OCED.
- Painter RC, Roseboom TJ, Bleker OP (2005). Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life: An overview. *Reproductive Toxicology*, 20(3): 345-352.
- Paul K, Moser K (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analysis. *Journal of Vocational Behaviour*, 74(3): 264-282.
- Pecurull-Botines M, De Peray JL (2010). Trabajando hacia una salud pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social. *Gaceta Sanitaria*, 24(Supl 1): 74-77.
- Philipson TJ, Posner RA (1999). *The long-run growth in obesity as a function of technological change*. NBER Working Paper No. 7423. London: NBER.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). *Plan Nacional sobre Drogas: Memoria 2009*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Poulopoulos C (2012). Economic crisis in Greece: risk and challenges for drug policy and strategy. *Drugs and Alcohol Today*, 12(3): 132-140.
- Powell LM, John A, Hana R (2005). The importance of peer effects, cigarette prices and tobacco control policies for youth smoking behaviour. *Journal of Health Economics*, 24(5): 950-968.
- Renna F, Grafova IB, Thakur N (2008). The effect of friends on adolescent body weight. *Economics and Human Biology*, 6(3): 377-387.

- Riphan R (1999). Income and employment effects of health shocks — A test case for the German welfare state. *Journal of Population Economics*, 12(3): 363-389.
- Rivera B, Casal B, Currais L, et al. (2012). Valoración del impacto económico del consumo de drogas ilegales en Galicia desde una perspectiva social. *Presupuesto y Gasto Público*, 66(3): 109-126.
- Roseboom T, de Rooij S, Painter R (2006). The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. *Early Human Development*, 82(8): 485-491.
- Roseboom TJ, van der Meulen JHP, Ravelli ACJ, et al. (2001). Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: An overview. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 185(1-2): 93-98.
- Salm M (2011). The Effect of Pensions on Longevity: Evidence from Union Army Veterans. *The Economic Journal*, 121(552): 595-619.
- Schmeer KK (2012). Early childhood economic disadvantage and the health of Hispanic children. *Social Science and Medicine*, 75(8) :1523-1530.
- Schultz TP (2004). School subsidies for the poor: evaluating the Mexican Progresa poverty program. *Journal of Development Economics*, 74(1): 199-250.
- Seguin L, Nikiema B, Gauvin L, et al. (2007). Duration of poverty and child health in the Quebec Longitudinal Study of Child Development: longitudinal analysis of a birth cohort. *Pediatrics*, 119(5): 1063-1070.
- Spasojevic J (2010). *Effects of Education on Adult Health in Sweden: results from a natural experiment*. In: Baltagi BH, Sadka E (eds). *Contributions to Economic Analysis*, Vol. 290 *Current Issues in Health Economics*, Cap. 9. pp: 179-199.
- Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, et al. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*, 120(11): 994-1001.
- Tirado C (2010). Cambio climático y salud. *Gaceta Sanitaria*, 24(Supl 1): 78-84.
- Trogdon JG, Nonnemaker J, Pais J (2008). Peer effects in adolescent overweight. *Journal of Health Economics*, 27 (5): 1388-1399.
- UNICEF (2012). *La pobreza infantil en datos*. Madrid: UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/ong-espana/infancia-espana/pobreza-datos>.
- Van den Berg GJ, Lindeboom M, Portrait F (2006). Economic conditions early in life and individual mortality. *American Economic Review*, 96(1): 290-302.
- Van Kippersluis HO, O'Donnell van Doorslaer E (2011). Long Run Returns to Education: Does Schooling Lead to an Extended Old Age? *Journal of Human Resources*, 46(4): 695-721.

Van Kippersluis HO, Van Ourti T, O'Donnell van Doorslaer E, et al. (2009). Health and Income across the Life-Cycle and Generations in Europe. *Journal of Health Economics*, 28(4): 818-830.

Varela G, Silvestre D (2009). Introducción. En: Varela G, Silvestre D (coords.) *Obesidad en el S.XXI: que se puede y se debe hacer?* Madrid: International Marketing and Communication.

Vera M (2011a). *Evaluación de políticas públicas. La ley de economía sostenible y las reformas estructurales: 25 propuestas*. FEDEA. Disponible en: <http://bit.ly/cA53Sf>.

Vera M (2011b). *Un paseo por las técnicas de evaluación de impacto*. Revista Electrónica sobre Avaluació de Polítiques Públiques. Disponible en: http://www.avaluacio.cat/wp-content/uploads/2011/11/2_pdf_cast.pdf.

Whitehead M, Dahlgren G (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (I)*. Studies on social and economic determinants of population health No. 2. Copenhagen: World Health Organization.

Wilkinson R, Marmot M (2003). *Social Determinants of Health. The solid facts*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Geneva: WHO. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html.

World Health Organisation (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report on the Commission on the Social Determinants of Health*, World Health Organisation: Geneva.

World Health Organisation (2006). *Overweight and obesity*. Geneva: WHO.