

ELS DETERMINANTS DE LA SALUT I L'EFECTIVITAT DE LES POLÍTIQUES DE SALUT

Jaime Pinilla Domínguez
Patricia Barber Pérez
Beatriz G. López-Valcárcel
Universitat de Las Palmas de Gran Canaria

A mitjan anys setanta del segle passat, l'informe Lalonde (Lalonde, 1974) assenyalava quatre grups de factors determinants de la salut (estils de vida, biologia humana, entorn i sistema sanitari). Dos anys més tard, Dever (1976) quantificava la contribució potencial a la reducció de la mortalitat de cada un d'aquests grups, respectivament, en el 43 %, el 27 %, el 19 % i l'11 %, i assenyalava la desproporció entre la reduïda productivitat marginal de l'assistència sanitària a la producció de salut i la despesa dedicada a aquesta assistència. El nivell de salut està determinat per les condicions en què les persones neixen, creixen i envelleixen; al seu torn, aquestes condicions estan directament relacionades amb factors conductuals, socioeconòmics, ambientals i d'altres tipus, entre els quals s'inclouen l'organització dels serveis d'assistència sanitària i les decisions polítiques. Gran part de les polítiques de salut són encara sanitàries i s'obvia la prevenció no clínica, la promoció de la salut i les intervencions sobre l'entorn social, les "causes de les causes". Tot i que la salut és individual, parlem de salut poblacional per referir-nos a la prevalença o incidència d'una determinada malaltia en una comunitat. A més de les intervencions individuals per mantenir o recuperar la salut —tractaments quirúrgics, per exemple—, cal considerar les intervencions comunitàries i les polítiques dirigides a grups poblacionals.

La probabilitat que una persona esdevingui malalta crònica es pot reduir amb canvis en les polítiques i amb iniciatives dinàmiques no només en l'àmbit de la salut, sinó també en altres sectors.

Les malalties no transmissibles (MNT) són la primera causa de mortalitat a escala mundial (WHO, 2013)¹. Els quatre grans tipus de MNT —malaltia cardiovascular, càncer, malaltia respiratòria crònica i diabetis— causen tres de cada cinc defuncions al món. Moltes d'aquestes malalties es podrien evitar canviant la manera en què vivim, ja que s'associen a factors de risc modificables i prevenibles com el tabaquisme, el consum d'alcohol, el consum d'altres drogues, una dieta inadequada (per exemple, amb consum excessiu de greixos, carn vermella i carn processada, begudes ensucrades, etc.) i el sedentarisme o la baixa activitat física.

Interessa establir i quantificar les relacions causa-efecte entre els factors de risc i la salut/malaltia per posteriorment definir les polítiques de salut, que actuarien eficientment sobre aquestes causes. El cost de la malaltia, o la càrrega de la

1 WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. Ginebra, 2013.
http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.

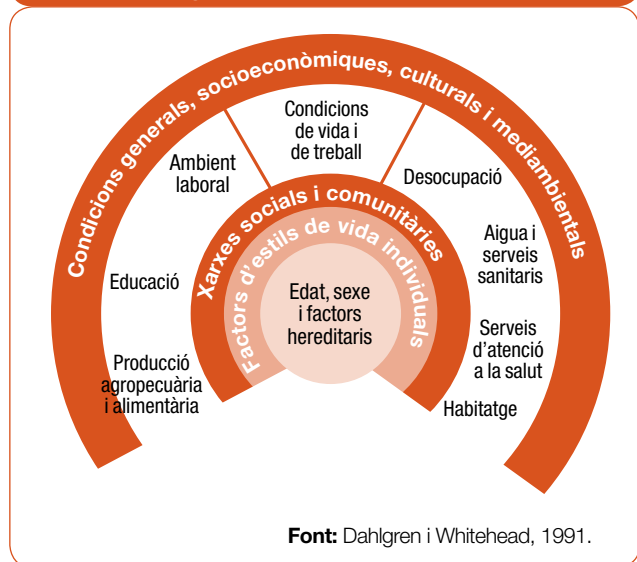
malaltia (*disease burden*), és un primer punt de referència sobre l'abast del problema, o la mida de l'efecte. Tanmateix, com veurem, no és suficient.

En els apartats següents es defineix el marc conceptual dels factors de risc atribuïble i la necessitat d'estimar el cost evitable de la malaltia (apartat 2), es proposa una tipologia de les polítiques segons la seva intersectorialitat i objectius (apartat 3), i es presenten els mètodes d'avaluació de les polítiques (apartat 4) i l'evidència empírica resultant de la seva aplicació (apartat 5). Finalment, l'apartat 6 tanca l'article.

Marc conceptual: les causes de les causes i els factors de risc atribuïble

El model conceptual clàssic dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1991) descriu els estrats d'influència en la salut a partir d'un model social i ecològic (figura 1). Les persones, en el nucli de la figura, tenen característiques no modificables (edat, sexe o càrrega genètica). Envoltant aquest nucli es troben els factors amb influència en la salut que són potencialment modificables, començant pels (mal anomenats) "estils de vida". És un nom desafortunat perquè sembla assignar responsabilitat individual a la persona sobre la seva salut, quan aquesta és conseqüència de determinants i condicionants socials. Les xarxes socials i comunitàries, més exteriors, poden donar suport als membres de la comunitat. Altres factors de tipus estructural com l'habitatge, les condicions de treball o

Figura 1. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead



Espanya té bons indicadors de salut. Superem la UE-28 en esperança de vida en néixer i als 65 anys, i tenim millors taxes de mortalitat estandarditzada i de mortalitat prevenible

l'accés als serveis essencials (habitatge, educació, sanitat, etc.) envolten els anteriors. Finalment, apareix un grup de característiques més ampli relacionades amb les condicions culturals, socioeconòmiques i mediambientals de l'entorn.

El marc conceptual proposat per l'informe Marmot (2013), encarregat per l'OMS, aprofundeix en aquestes "causes de les causes" o determinants socials de la salut. Les interrelacions dels esmentats determinants entre si i amb la salut són sumament intricades, per la qual cosa resulta molt difícil aïllar els efectes de cada un dels factors. El model dels determinants socials implica que, atès que bona part dels factors que influeixen en la salut està fora del control de les persones, no és correcte culpabilitzar-les-en. També implica que millorar la salut (i reduir les desigualtats) exigeix el disseny d'estratègies globals, que no se centrin específicament en el sistema sanitari. Es tracta de fer Salut en Totes les Polítiques (STP).

L'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) manté el projecte Global Burden of Disease², que, amb metodologia homogènia, estima la càrrega de la malaltia i la seva evolució temporal, en termes de mortalitat i d'anys de vida perduts ajustats per discapacitat (DALY, en les sigles en anglès), per a tots els països per a tot el planeta. Aquest macroprojecte publica regularment a la revista *Lancet* les seves dades i resultats.

Espanya té bons indicadors de salut en comparació amb altres països europeus (European Commission, 2019). Superem la UE-28 en esperança de vida en néixer i als 65 anys, i tenim millors taxes de mortalitat estandarditzada i de mortalitat prevenible. El sistema de salut en el seu conjunt és molt eficient, perquè aquests bons resultats de salut s'obtenen amb una despesa sanitària raonable. La major part de les malalties cròniques que pateixen els espanyols tenen causes atribuïbles part de les quals corresponen sobretot a riscos conductuals

2 <http://www.healthdata.org/gbd>.

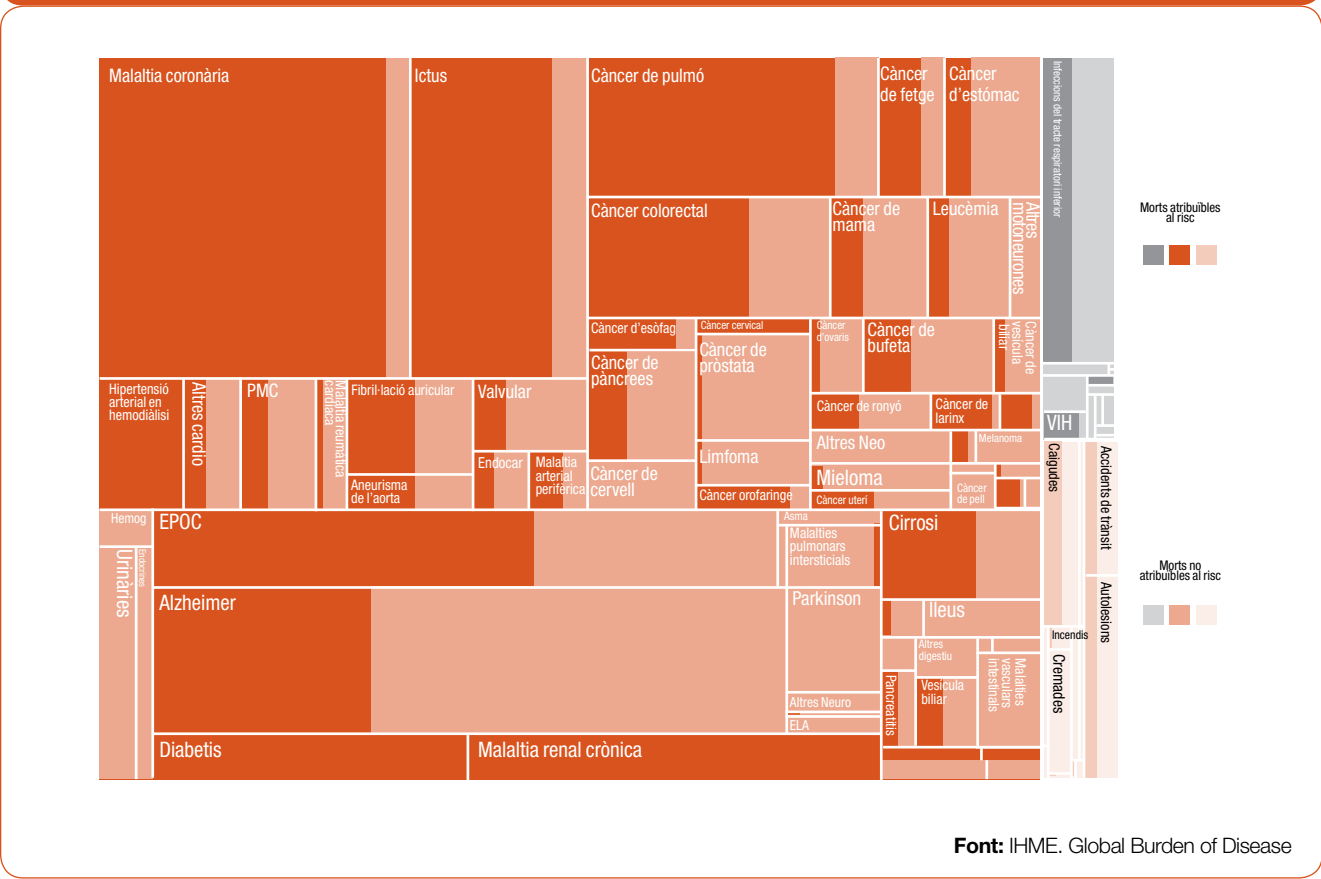
(tabac, alcohol i dieta) i metabòlics. Els factors de risc conductuals causen més d'un terç de les morts a Espanya (el 2017, segons l'IHME, s'atribuirien al tabac el 16 % de les morts; a la dieta, el 12 %; a l'alcohol, el 8 %, i al sedentarisme, el 2 %). La clau de les polítiques públiques és, doncs, com reduir els riscos atribuïbles mitjançant polítiques de salut, que no només ni sempre seran polítiques sanitàries.

La figura 2 representa la mortalitat per causes a Espanya el 2017. La mida dels rectangles és proporcional a la taxa de mortalitat. Les MNT estan en color taronja; les infeccioses, en gris, i les causes externes, en salmó. En volum més intens (fosc) es representa la part de la mortalitat que pot atribuir-se a causes o riscos coneguts. Sobre alguns d'aquests es pot intervenir (són modificables), sobre d'altres, no (per exemple, els genètics). Conèixer el cost total de la malaltia és útil per saber la importància del problema i fer advocacia de la salut. Però el que és realment rellevant és conèixer el cost evitable de la malaltia, i sobretot com es pot evitar mitjançant polítiques públiques efectives.

Imaginem per un moment un món feliç. No hi ha pobresa, ni problemes mediambientals o laborals, tota la població fa l'exercici físic recomanat i segueix la dieta mediterrània, ningú no fuma, ningú no beu alcohol sense moderació... Tot i així, hi hauria malalties, perquè, al cap i a la fi, són un senyal d'èxit de la lluita contra les infeccions, i perquè el cos es desgasta i d'alguna cosa s'ha de morir. La pregunta és, en aquest món feliç i ortorrèctic, quin seria el cost de la malaltia? Perquè el que interessa saber no és tant el cost de la malaltia sinó el cost atribuïble a factors de risc que, en principi, estan sota control de les persones i els governs, i són modificables.

Els factors de risc individuals —tabac, baixa activitat física i dieta— són els grans responsables de la major part de la càrrega de malaltia no transmissible. En un estudi (González López-Valcárcel et al., 2017), estimen el cost social de la malaltia (crònica) potencialment prevenible a Espanya, específicament la diabetis tipus 2, la malaltia isquèmica del cor i les fractures òssies per osteoporosi. La prevenció en aquest cas seria eliminar del

Figura 2. Morts per causes, Espanya 2017. Atribució a factors de risc



Font: IHME. Global Burden of Disease

mapa el tabac, l'alcohol i el sedentarisme, i optimitzar la dieta. La conclusió és que aquestes tres malalties ens costen uns 26.000 milions d'euros anuals (3,15 % del PIB), el 62 % dels quals és prevenible amb canvis en els factors de risc conductuals, i entre aquests destaquen el sedentarisme (5.153 milions d'euros) i, sobretot, la dieta (10.483 milions d'euros).

Tipologia de polítiques públiques de salut i STP

El moviment STP va inspirar la salut pública europea durant la presidència finlandesa de mitjan dècada dels 2000, i es va convertir en un nou paradigma a Europa. Aquest moviment o estratègia de Salut en Totes les Polítiques promou la incorporació d'objectius de salut en el disseny i en l'avaluació de totes les polítiques. Ha col·locat la salut a l'agenda política i representa un gran pas endavant de l'advocacia per a la salut. Però necessita una metodologia consistent i robusta *d'avaluació d'impacte en salut*, més enllà de les avaluacions econòmiques tradicionals, que no són dissenyades per avaluar estratègies multisectorials i comunitàries.

La salut esdevé un punt de confluència de les polítiques urbanístiques, sanitàries, mediambientals, laborals, d'habitatge, etc., implementades des de departaments de salut o des d'altres oficines governamentals, amb pressupostos finalistes o no. Però, per la seva part, aquestes polítiques van dirigides a múltiples objectius i poden tenir efectes secundaris no intencionals sobre la salut. A la taula 1 presentem la tipologia de polítiques segons el departament que les lidera o executa, i segons els seus objectius (únicament salut, o salut i altres objectius del benestar social). Per prendre decisions en aquest complex marc de possibilitats de polítiques, cal avaluar-les (cf. apartat 4 més endavant), sense perdre de vista que les polítiques dirigides als grans problemes poblacionals requereixen solucions multifactorials i s'assoliran millor amb intervencions comunitàries que amb abordatges individuals.

A la taula veiem exemples de millores de salut com a mitjans efectius per millorar l'educació. Segons un dels experiments de més renom en economia del desenvolupament, fet en 75 escoles d'educació primària de Kènia amb més de 30.000 estudiants³, desparasitar els escolars de cucs va augmentar la seva participació almenys un 7 %, i va reduir l'absentisme escolar en un 25 %, amb un cost realment baix: el cost per any

Els aliments sans i naturals que milloren la dieta són un dels èxits de l'agricultura i la pesca sostenibles, que preserven el medi ambient i possibiliten la regeneració dels recursos

adicional d'escolarització activa és tot just de 3,27 dòlars. Ni l'educació per a la salut ni la contractació de més mestres no haurien estat capaces d'aconseguir un impacte similar.

Altres exemples molt representatius de l'efectivitat de les polítiques intersectorials o d'altres sectors sobre la salut són les dutes a terme per la DGT (el carnet per punts, entre d'altres), que van reduir molt significativament la mortalitat en accidents de trànsit. Moltes polítiques de promoció de la salut es desenvolupen des de fora del sistema sanitari, o, encara que estiguin liderades per aquest, requereixen la participació d'altres departaments. Un cas paradigmàtic són els impostos sobre el tabac, l'alcohol o els aliments antisaludables. Des de la perspectiva d'Hisenda, són fonts d'ingressos. Des de la perspectiva de Salut, són instruments de polítiques de salut, i són més efectius com més baixa sigui la recaptació. Per això els departaments de Salut són els qui haurien d'assumir el lideratge, buscant aliances amb altres departaments del govern i fins i tot amb organitzacions privades. Els interessos econòmics de sectors amb gran poder econòmic i recursos mediàtics poden frustrar els projectes de regulació, i a Espanya tenim exemples d'èxits (tabac) i de fracassos (alcohol) dels quals aprendre (Hernández-Aguado i Chilet-Rosell, 2018; Villalbí et al., 2008). També podem aprendre d'experiències liderades per altres departaments que aconsegueixen impactes en salut, encara que no sigui el seu objectiu principal. És el cas dels moviments *From farm to fork*, liderats per Agricultura⁴. L'alimentació saludable es "ven" en verd, perquè el concepte d'ecològic està integrat en la cultura col·lectiva i arriba millor a les persones. Els aliments sans i naturals que milloren la dieta són un dels èxits de l'agricultura i la pesca sostenibles, que preserven el medi ambient i possibiliten la regeneració dels recursos naturals⁵.

3 <http://www.povertyactionlab.org/evaluation/primary-school-deworming-kenya>.

4 <https://cafarmtofork.cdfa.ca.gov>.

5 <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5723961/KS-BU-10-001-EN.PDF/c028cee1-62bd-43db-8e87-a33f032e5cb4>.

Taula 1. Polítiques amb impacte en salut segons departament responsable i objectiu principal. Alguns exemples

Objectius →	Salut	Altres objectius socials
Departament responsable ↓		
Sanitat	<ul style="list-style-type: none"> Assistència sanitària Prevenió clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Planificació familiar Desparasitació d'escolars (Kènia)
Altres departaments	<ul style="list-style-type: none"> Promoció de la salut Carnet per punts Higiene i seguretat del treball Cloració de les aigües 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Sin taxes</i> (impostos sobre tabac, alcohol i begudes ensucrades) Plans urbans Polítiques laborals Polítiques mediambientals i actuació contra l'escalfament global Esmorzars escolars Agricultura i pesca sostenibles. <i>From farm to fork</i> Protecció del consumidor Fites històriques: dret al vot, igualtat, democràcia que va eliminar les grans fams... Sanejament bàsic, amb clavegueres Polítiques actives d'ocupació Foment de la igualtat d'oportunitats, particularment en educació

Guia per a les polítiques públiques: més enllà del principi del cost-efectivitat i de l'impacte pressupostari

És molt més fàcil, i freqüent, fer avaluacions econòmiques de tractaments farmacològics que de programes preventius. És molt més fàcil avaluar intervencions individuals que comunitàries.

El cost-efectivitat ha esdevingut el principi consensuat socialment per prioritzar i prendre decisions d'assignació de recursos en una societat, també a Espanya. No és només un principi d'eficiència, també ho és d'equitat, i un criteri moral perquè hi ha un cost d'oportunitat dels recursos destinats a una finalitat, que, per molt legítima que sigui, es perden per a altres finalitats.

El cost-efectivitat, que es refereix sempre a grups (mai a pacients individuals), està darrere del nou paradigma dels sistemes sanitaris basats en el valor. La UE ha designat un panell

d'experts sobre el tema⁶. D'altra banda, importa el cost-efectivitat de les intervencions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia per reduir la cronicitat, però també importa l'oportunitat, l'impacte pressupostari.

Avaluar el cost-efectivitat de la prevenció té problemes metodològics específics, i també problemes d'incentius. Respecte als primers, les possibilitats d'experimentació són limitades: habitualment no es poden fer assajos clínics; les conseqüències o els efectes només es percebran a llarg termini; generalment, responen a múltiples causes i tenen múltiples efectes, i molts estudis fallen en la seva validesa externa, perquè l'efectivitat de les intervencions que s'avaluen depèn d'elements culturals, del context socioeconòmic i de les condicions locals. Quant als problemes d'incentius, sorgeixen perquè no hi sol haver finançament disponible per falta d'agents interessats en els resultats (que no es poden vendre sota patent). A més, són estudis d'alt cost, sobretot si impliquen experiments socials.

Però, si bé cal saber quant costa la cronicitat que es podria evitar amb canvis de comportament i polítiques, és igualment important saber qui en finança o qui en suporta els costos. Perquè, en unes malalties més que en d'altres, una gran part dels costos són invisibles, ja que són fora del radar del mercat. Els suporten les famílies. Són els costos de les cures informals. Així, mentre que solament el 17 % dels 6.997 M€ que costen les malalties cardiovasculars a la societat a Espanya corresponen a cures informals fora del mercat⁷, aquestes cures representen el 68 % dels 14.557 M€ que costen les demències⁸.

Les anàlisis cost-efectivitat de les intervencions públiques per reduir els riscos atribuïbles (prevenció primària o secundària) i per combatre els problemes de salut són condició necessària, però no suficient, per a l'avaluació d'intervencions públiques. Altres mètodes, en procés de consolidació i estandardització, són l'avaluació d'impacte en salut i els estudis de retorn social de la inversió.

6 https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/024_valuebasedhealthcare_en.pdf.

7 Leal, J.; Luengo-Fernández, R.; Gray, A.; Petersen, S.; Rayner, M. (2006). "Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union". *European heart journal*, 27 (13), 1610-1619.

8 Luengo-Fernández, R.; Leal, J.; Gray, A. M. (2011). "Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union". *Journal of Alzheimer's Disease*, 27 (1), 187-196.

L'avaluació d'impacte en salut (AIS) és definida per l'OMS (1999) com: "Una combinació de procediments, mètodes i eines mitjançant els quals es pot jutjar una política, programa o projecte respecte al seu efecte potencial sobre la salut de la població i la distribució d'efectes sobre la població". A Espanya s'ha aplicat per dissenyar i avaluar alguns projectes de transformació urbana, com el Projecte de Reforma Integral (PRI) d'Uretamendi-Betolaza i la Circumval·lació (UBC)⁹, o el pla urbà de Vitòria. De contingut més qualitatiu que quantitatiu, una de les fortaleses d'aquest tipus d'exercicis és el mateix exercici en si mateix, fer asseure a la mateixa taula els diversos agents, departaments i organitzacions implicats, incloent-hi els de salut. Un altre exemple notable d'estratègies multisectorials de salut que també utilitzen avaluació d'impacte en salut és el PINSAP (Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública), actualment referit al període 2017-2020¹⁰. És una versió dels tradicionals plans de salut, adaptada a l'estratègia SPT. Els dos eixos fonamentals del PINSAP són incrementar els anys en bona salut de la població de Catalunya (promoure una Catalunya més saludable), i incorporar la visió de salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques (avaluació d'impacte en salut).

L'anàlisi del retorn social de la inversió (SROI, per les seves sigles en anglès) s'està convertint en un mètode estandaritzat per avaluar intervencions en les quals diversos grups de participants (*stakeholders*) defineixen diferents tipus d'objectius, entre els quals es pot trobar la salut. La seva gran difusió en l'última dècada prové dels esforços del govern del Regne Unit per millorar el retiment de comptes sobre els beneficis socials, econòmics i mediambientals en sentit ampli, dins del tercer sector. La llei Public Services (Social Value) Act 2012, que va entrar en vigor el 2013, requereix que les autoritats públiques considerin en els contractes de l'Administració aquests tres tipus d'impactes sobre el benestar. Per la seva part, l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) accepta el SROI com a criteri per a la presa de decisions en salut pública amb la millor evidència disponible, que recull a través de la Health Evidence Network per a la inversió

9 http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/EIS_PRI.pdf.

10 http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/continguts_antics/pinsap-cast.pdf i http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/.

en salut i benestar. Tot i que la major part d'estudis empírics sobre SROI que consideren impactes en salut són extramurs (és a dir, s'elaboren fora del sector sanitari, que és un agent més però no el líder), hi ha alguns estudis específics per a Salut (González López-Valcárcel, 2019).

Evidència sobre efectivitat i cost-efectivitat de les polítiques públiques de salut

Diversos estudis internacionals sobre el cost-efectivitat d'activitats preventives¹¹ coincideixen a concloure que:

- Les intervencions estalviadores de costos (és a dir, amb ràtio benefici-risc positiva) solen estar fora del sector sanitari. Hi destaquen els "impostos sobre el pecat" (tabac, alcohol i aliments poc saludables) i les prohibicions (de la publicitat en determinades hores, de fumar en llocs públics...) i altres regulacions coercitives, com limitar la quantitat de sal en determinats aliments (pa, cereals, margarina...).
- Entre les mesures de prevenció clínica, els tractaments farmacològics per reduir el risc absolut de determinats esdeveniments en diferents subgrups de població (les estatines, per exemple) presenten bona relació cost-efectivitat.
- La major part de vacunes incorporades al calendari vacunal són cost-efectives a llarg termini.
- Les accions municipals de tallar el trànsit els diumenges de les vies principals de les ciutats per a esbarjo, passejos i exercici físic presenten una molt bona relació cost-efectivitat, amb ràtios benefici-cost de fins a 4:1. De manera més general, el disseny de ciutats saludables és cost-efectiu en termes de salut.
- Les intervencions mediambientals solen ser molt més cost-efectives que les intervencions clíniques individuals (Chokshi i Farley, 2012).

Un cas ben estudiat és el del tabac. Hi ha evidència clara que les polítiques i els programes que busquen reduir la demanda de productes del tabac són altament cost-efectives. L'augment dels impostos que es traslladen als preus del tabac, la prohibició sobre les activitats de màrqueting i publicitat

11 Aquest apartat és una síntesi d'Oliva et al. (2018). *Economia de la Salut*. Editorial Piràmide, apartat 14.4.2.

de la indústria tabaquera, les etiquetes gràfiques amb advertències sanitàries i la implementació de polítiques lliures de fum són intervencions molt poc costoses i que, tanmateix, obtenen molt bons resultats. A mitjà i llarg termini, aquestes intervencions aconsegueixen reduir la morbimortalitat cardiovascular i per càncer de vies respiratòries i pulmó.

Conclusió

La comunitat científica fa grans esforços per calcular la càrrega de malaltia o el cost de la malaltia. Més enllà de la ciència, el que es busca, en un context d'advocacia per a la salut, és una justificació de la despesa ("inversió") en mesures que puguin reduir la càrrega de la malaltia. En aquest sentit, convé separar, amb la precisió d'un bisturí, advocacia i ciència. No hi ha una metodologia estàndard d'estudis de cost de la malaltia, encara queden aspectes crucials per estandarditzar (enfocament *top-down* o *bottom-up*?, cal incloure el sobrecost per ineficiències?, enfocament basat en la incidència o en la prevalença?). L'economia de la salut ha d'acceptar com a repte contribuir a l'estandardització d'aquests estudis.

Els sistemes públics de salut s'estructuren a l'entorn de la sanitat, i el paper de la prevenció no clínica i de la promoció de la salut és encara limitat. L'enfocament individual continua prevalent sobre l'enfocament comunitari. L'estratègia Salut en Totes les Polítiques requereix el compromís de tots els sectors i agents rellevants en la generació de salut. Aquesta estratègia de STP es basa en la idea que la salut forma part dels interessos de tothom, i implica la necessitat d'un nou model de governança en el qual les polítiques del sector salut es coordinin amb les d'altres sectors, i hi hagi compromisos a diferents nivells de govern i acords amb el sector privat. Requereix també nous desenvolupaments metodològics específics per avaluar l'impacte en salut i en altres objectius socials. Un d'aquests desenvolupaments és el de la metodologia del retorn social de la inversió (SROI), en què la salut deixa de ser l'eix central per considerar-se un entre altres grans objectius socials.

Algunes experiències, com la política de seguretat viària de la Direcció General de Trànsit, el projecte de regeneració urbana a Bilbao o els programes desenvolupats sota el paraigua del PINSAP a Catalunya marquen la direcció a seguir i constitueixen un bon exemple de com accions intersectorials poden generar efectes molt beneficiosos per a la salut. ■

Referències

- Dahlgren, G.; Whitehead, M.** (1991). *Polícies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Institute of Futures Studies.
- Chokshi, D.A.; Farley, T.A.** (2012). "The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention". *N Engl J Med*, 367:295-7. DOI: 10.1056/NEJMp1206268.
- European Commission** (2019). *State of Health in the EU. Spain. Country Health profile 2019*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_english.pdf.
- Dever, G.E.A.** (1976). "An empirical model for health policy analysis". *Social Indicators Research*, 2, 455-462.
- González López-Valcárcel, B.** (2018). "Aplicaciones prácticas del método SROI". A: M. Merino i A. Hidalgo (ed.) *El método SROI en la evaluación económica de intervenciones sanitarias*, cap. 6. Madrid: Fundación Weber. Accesible en <http://weber.org.es/wp-content/uploads/2019/06/Libro-SROI-digital-1.pdf>.
- González López-Valcárcel, B.; J. Pinilla, P. Barber** (2017). *El coste de la enfermedad potencialmente prevenible en España*. Fundación Mapfre: https://www.grupoaseguranza.com/adjuntos/fichero_22844_20171114.pdf.
- Hernández-Aguado, I.; Chilet-Rosell, E.** (2018). "Pathways of undue influence in health policy-making: a main actor's perspective". *J Epidemiol Community Health*, 72(2), 154-159.
- Lalonde, M.** (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa.
- OMS** (1999). *Health impact assessment: main concepts and suggested approach*. Gothenburg consensus paper. World Health Organisation European Centre for Health Policy.
- Marmot, M.** (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, OMS regional Office for Europe. Report prepared by UCL Institute of Health Equity.
- Villabí, J. R., Granero, L.; Brugal, M. T.** (2008). "Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008". *Gaceta Sanitaria*, 22, 79-85.