

Políticas de salud

Alba Benaque Vidal

PID_00206572



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 5 |
| 1. Definición..... | 7 |
| 2. Determinantes de salud..... | 9 |
| 3. Gobernabilidad para la salud..... | 14 |
| 4. Objetivos de los sistemas de salud..... | 16 |
| 5. Componentes de una política nacional de salud..... | 19 |
| 6. Clasificación de las políticas de salud..... | 22 |
| 7. Legislación en salud..... | 23 |
| 8. Antecedentes relevantes en el establecimiento de políticas y objetivos de salud..... | 25 |
| 8.1. Organización Mundial de la Salud (OMS) | 25 |
| 8.1.1. La política global de Salud. OMS. “Salud para Todos en el año 2000” | 25 |
| 8.1.2. “Salud para todos en el Siglo XXI” | 26 |
| 8.1.3. “Objetivos de salud 2020” | 31 |
| 8.2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) | 34 |
| 8.3. Otros ejemplos sobre políticas de salud para grupos específicos y/o temas concretos | 36 |
| 8.4. Documentos de especial interés | 38 |
| 9. Políticas públicas de salud..... | 40 |
| 10. Evaluación de las políticas de salud..... | 42 |

Introducción

Antes de adentrarnos en los objetivos propios del tema que nos ocupa, debe clarificarse la definición de sistema de salud y de sistema de servicios o de atención sanitaria:

Sistema de salud

Se define como un conjunto de elementos interrelacionados entre sí con el objetivo de convertir *inputs* en *outputs*. Un sistema de salud abarca, de esta manera, todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. No siempre las instituciones, organizaciones y recursos pertenecen al ámbito de la sanidad. Los determinantes de salud son diversos y muchos de ellos influyen desde fuera del sector sanidad (vivienda, desarrollo, socioeconómicos, etc.).

Sistema de servicios o de atención sanitaria

Puede definirse como las instituciones, personas y recursos implicados en la prestación de atención sanitaria a los individuos de una población. Por tanto, un sistema de atención sanitaria formará parte del sistema de salud.

En el sistema de salud, se podrán definir políticas de salud.

1. Definición

Las **políticas de salud** son declaraciones o directrices oficiales de las instituciones (especialmente del Gobierno) que definen las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas. Estas no siempre incidirán en el subsistema de servicios, sino que también pueden elaborarse políticas en otros ámbitos que repercuten favorablemente en la salud de la población, definiendo actuaciones intersectoriales dirigidas a la mejora de la salud.

Con relación a políticas de salud dirigidas al sistema de salud, sus actuaciones se dirigen a los ámbitos de protección de la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En lo referente a las políticas de servicios o atención sanitaria, se incide directamente en el subsistema de atención, y las actuaciones definidas se dirigen a restaurar la salud perdida y/o a paliar los efectos de la enfermedad utilizando los diferentes recursos asistenciales que posee el sistema de salud.

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas, generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del Gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la Administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas.

Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas reflejan la respuesta del Gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Los Gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en lo que el Gobierno hace y lo que el Gobierno decide ignorar. Por el contrario, la determinación de políticas públicas es una función primordial del Gobierno y un proceso político esencial. Las políticas determinan quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad. Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente a todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben de riesgo, alentar a las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental.

Tabla 1. Sistemas de salud: políticas de salud y políticas de atención

| | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|---|--|
| Sistema de salud | Políticas de salud | Otros sectores de la economía productiva | Economía y finanzas | Fiscalidad (tabaco / alcohol/ gasolina) | |
| | | | Educación | Programas en la escuela | |
| | | | Interior | Medidas para paliar accidentes de tráfico | |
| | | | | Programas de prevención de drogas | |
| | | | Medio ambiente | Programas de disminución de contaminación | |
| | | | | Legislación | |
| | | | | Transgénicos | |
| | | | Vivienda | Edificios saludables | |
| | | | Protección de la salud | Vigilancia y control del medio ambiente | |
| | | | | Higiene alimentaria | |
| | | | Sector sanitario | Promoción de la salud y prevención de la enfermedad | Salud comunitaria: Medicina comunitaria |
| | | | | | Salud del individuo: Medicina preventiva |
| | Atención primaria orientada a la comunidad (APOC) | | | | |
| Políticas de atención | Restauración de la salud y/o paliación enfermedad | Asistencia primaria: Asistencia hospitalaria Asistencia sociosanitaria Asistencia salud mental | Atención primaria orientada al individuo | | |

Fuente: Adaptación de Gil Piedrola (marzo, 2000). *Medicina Preventiva y Salud Pública*.

Las políticas de salud deben actuar para mejorar la salud y bienestar de la población, desde cada uno de los determinantes de la salud.

Lectura recomendada

En el documento *Salud en las Américas 2007*, volumen 1 Regional, en el capítulo de “Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud”, encontraréis un detallado y variado resumen de experiencias regionales, nacionales y locales: <http://www1.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>

2. Determinantes de salud

Se definen como un conjunto homogéneo de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son condiciones que determinan la salud. Son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

El objetivo de alcanzar la salud no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y, en definitiva, sus problemas económicos; mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce, como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

En 1974, el ministro de Canadá, M. Lalonde, analizó los problemas de salud de su país y sus causas construyendo a partir de su estudio un modelo clásico sobre los determinantes o condicionantes de salud.

Según Lalonde, los determinantes de salud son:

- **Biología humana:** genética, envejecimiento.
- **Medio ambiente:** contaminación física, química, biológica psicosocial y sociocultural.
- **Estilo de vida:** conductas saludables.
- **Sistema de asistencia sanitaria:** calidad, cobertura, acceso.

Estos factores son modificables y los que más influyen en nuestra salud son:

- El estilo de vida.
- Los factores sociales, incluidos por Lalonde en el medio ambiente, influyendo principalmente la salud pública de un país¹.

⁽¹⁾Por ejemplo, los niveles socio-económicos son determinantes en el grado de salud de los individuos o grupos.

Figura 1. Determinantes de la salud y su contribución potencial a la reducción de la mortalidad, correlacionados con los recursos que cada una de las variables recibe

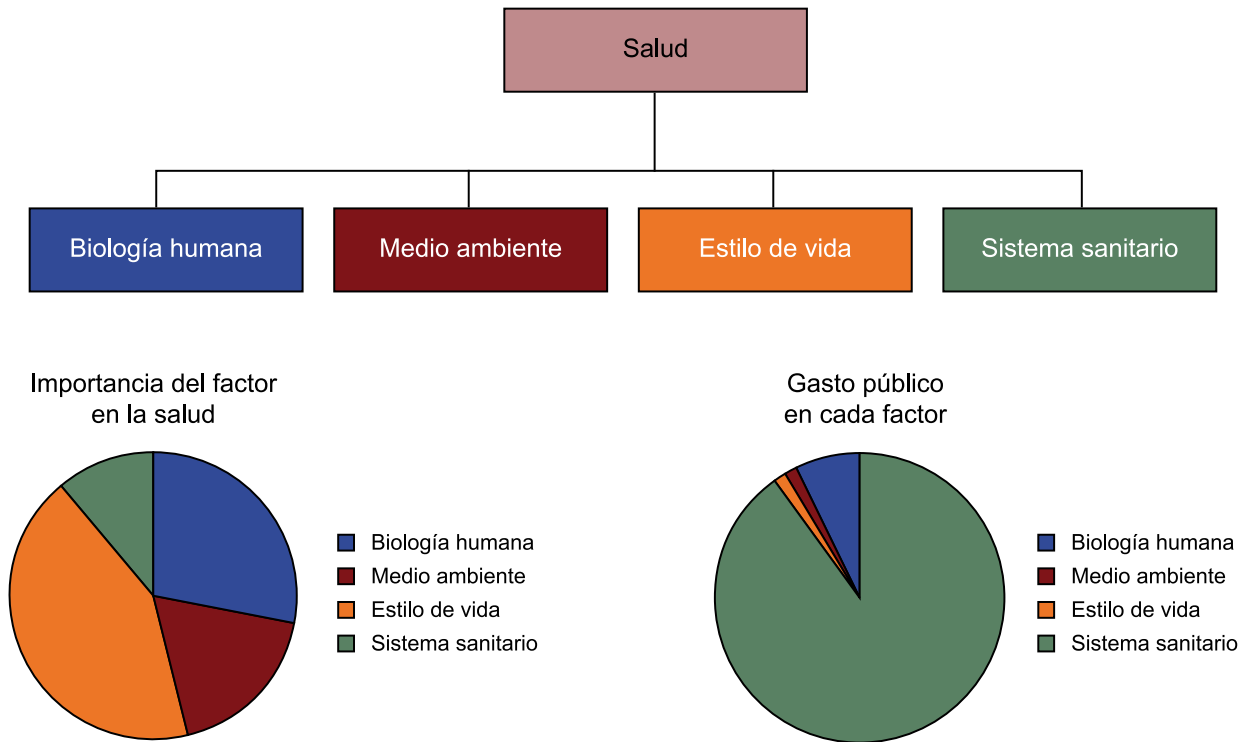
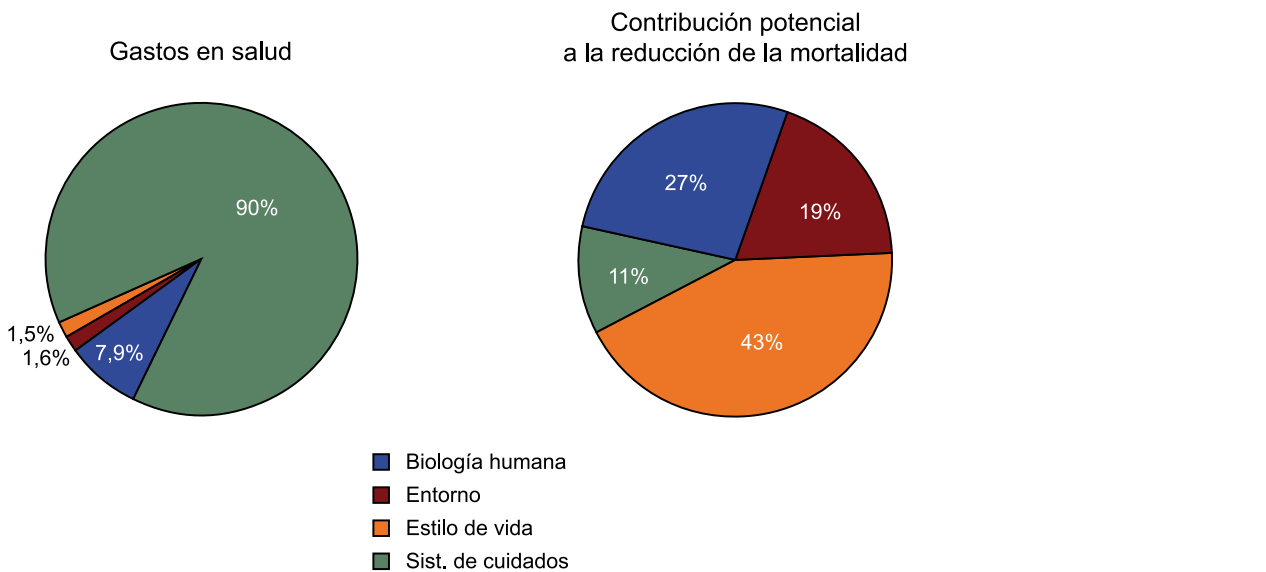


Figura 2. Gasto en salud y contribución potencial en la reducción de mortalidad



Fuente: Adaptado de *La planificación sanitaria* (Pineault-Daveluy).

La biología humana. Este determinante de salud hace referencia a la herencia genética, hasta ahora difícilmente modificable. Pero en la actualidad, se empiezan a desarrollar terapias genéticas que están abriendo nuevas posibilidades.

Medio ambiente. Este determinante hace referencia a cualquier contaminación ambiental producida en el aire, suelo o agua, que afecta a la salud de los individuos, como a la contaminación de ambiente doméstico o la llamada contaminación sociocultural y psicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés y competitividad.

Estilo de vida. Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

Sistema sanitario. Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo, es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.

Atendiendo a las conclusiones anteriores, los sistemas de salud pública de los estados deberían invertir más en:

- Promoción de la salud para que la población adquiriera, mediante una correcta educación a edad temprana, entre otros medios, unos estilos de vida saludables.
- Medio ambiente.

Este método de análisis sigue considerándose útil en la actualidad. El modelo de determinantes de salud es, por lo tanto, consistente.

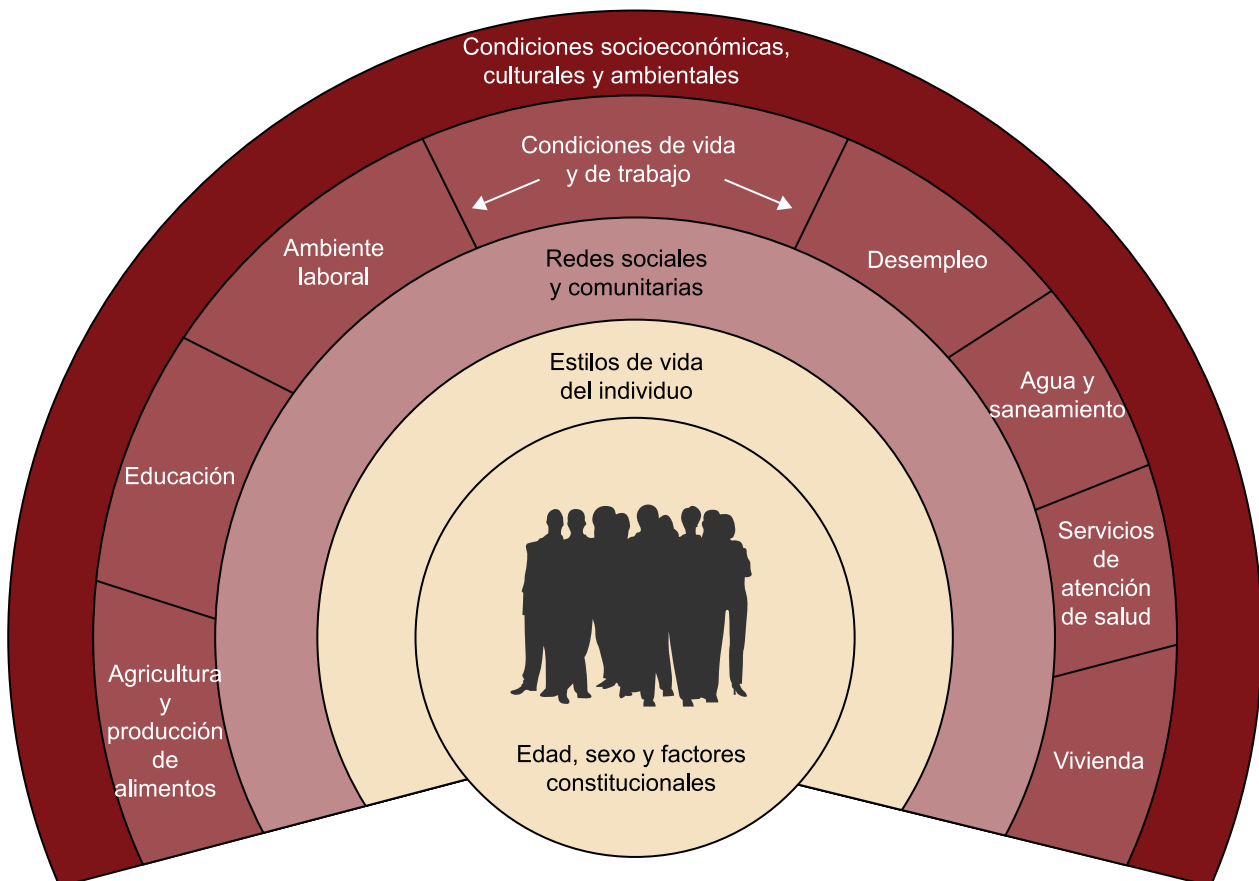
También debemos tener en cuenta otros aspectos. Por un lado, no hay un modelo único de conducta saludable, lo importante es que nuestro objetivo sea alcanzar la salud y que, a su vez, sepamos, en cada situación concreta, elegir el camino adecuado para ello; y por otro lado, es primordial que seamos conscientes de los mecanismos sociales y culturales que están orientando nuestras opciones, por lo que debemos saber identificar dichos mecanismos y si estos son de carácter saludable o no, para responder de forma consciente y crítica. La escuela es un medio excelente para alentar la búsqueda de información en torno a la salud, la evaluación de la misma y la elección de las opciones más saludables. En este sentido, López Santos señala aspectos que van a condicionar la elección de estilos de vida saludables, como son los medios de comunicación de masas, la economía, la política, los propios valores y creencias, el comportamiento del grupo social de referencia, la situación económica personal, la oferta de bienes y servicios, la comprensión y valoración del fenómeno salud-enfermedad y la facilidad o dificultad que conlleva la consecución de la conducta saludable.

El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. En este modelo, se definen dos tipos de determinantes:

- **Microdeterminantes:** asociados a variables del nivel individual. Proyecto Genoma Humano. Busca relaciones causales entre los genes y las distintas enfermedades con componente genético.
- **Macro determinantes:** asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir, poblacionales. Desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales que generan patrones de enfermedad en la población.

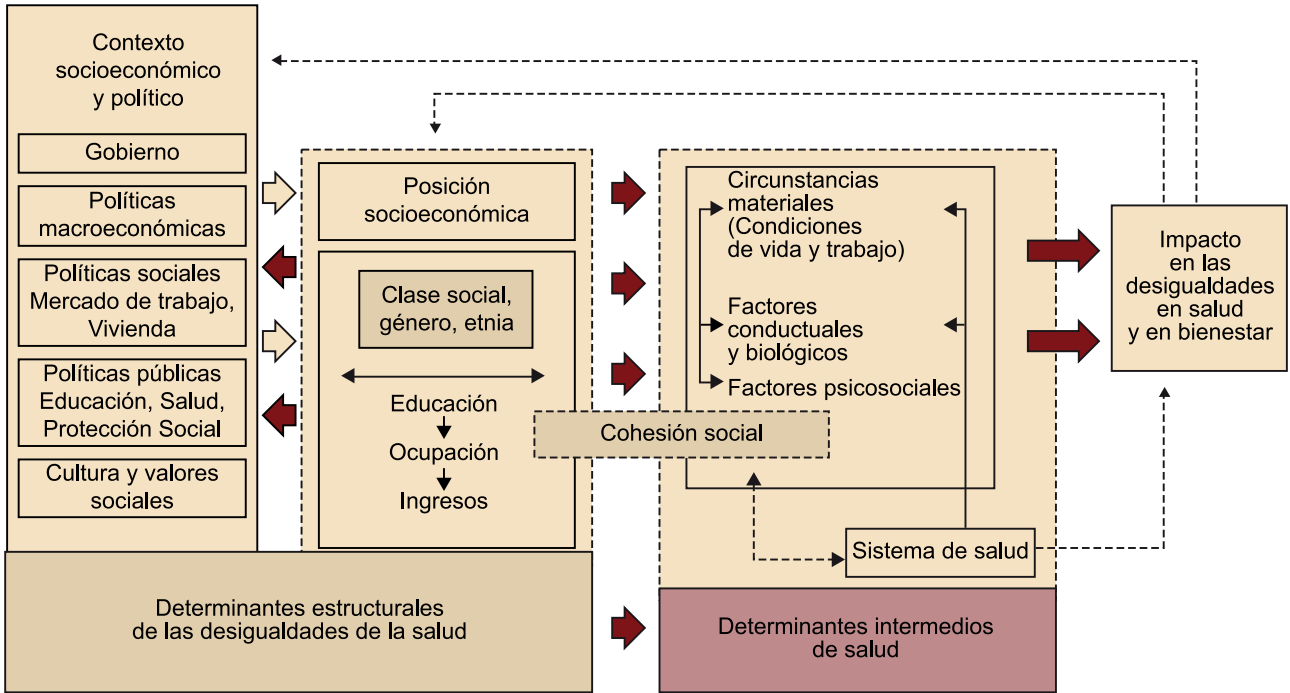
La Organización Mundial de la Salud (OMS) con su plan “Salud para todos”, ha puesto especial relevancia en la modificación de estilos de vida insanos, “el principal de los determinantes de la salud en los países desarrollados en la actualidad” y ha empezado a impulsar planes en este sentido. Sin embargo, solo a partir de la década de los setenta se empezó a dedicar mayor porcentaje de recursos a la prevención y educación sanitaria.

Figura 3. Modelo conceptual de los principales determinantes de salud. Capa de influencia



Fuente: Dahlgren and Whitehead (2006).

Figura 4. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales de OMS



Fuente: O. Solar; A. Irwin

3. Gobernabilidad para la salud

En septiembre del 2011, la OMS publicó el informe “Gobernanza para la salud en el siglo XXI”, que aborda el pensamiento actual y las prácticas innovadoras y aporta recomendaciones sobre cómo los gobiernos pueden fortalecer la gobernabilidad para la salud a través de la colaboración.

La gobernanza se define como:

“las tentativas de los gobiernos u otros actores para dirigir comunidades, países o grupos de países en la búsqueda de la salud, como parte integral del bienestar, mediante la adopción de un enfoque conjunto del gobierno y la sociedad”.

Los conceptos de la acción intersectorial, las políticas de salud pública y la salud en todas las políticas se integran en estos dos enfoques de la salud y el bienestar.

El reto actual del mundo sanitario es doble, por un lado, el propio proceso de gobernanza en su sistema interno y su reforzamiento, y por otro, la llamada **gobernanza para la salud**, que incluye relaciones intersectoriales hacia un objetivo común.

A medida que el valor salud progresa y se demuestra su papel en todos los ámbitos de la sociedad moderna, los actores implicados (gobiernos, empresas, comunidades y ciudadanos) reivindican su papel en el desarrollo de los acontecimientos.

Tras la culminación del proceso de construcción de los estados del bienestar, la salud en el siglo XXI es:

- un derecho humano,
- un componente esencial del bienestar,
- un bien público a nivel global,
- un elemento de justicia social y equidad.

El papel de la sociedad cambia y el rol del estado se reformula diversificando sus tareas.

La salud se construye así de una manera eficaz y eficiente, no siempre con la participación exclusiva del propio sector, sino haciendo partícipe a todos cuantos influyen en ella, y al conjunto del gobierno, por un lado, y al de la sociedad, por otro. Esta es la base sobre la que se podrán materializar prosperidad, bienestar, equidad o sostenibilidad al traspasar la gobernanza, por su propia definición, las paredes del compartimento gubernamental, y ser a la vez lógicamente las bases para la consecución de la transparencia en la gestión y una ágil rendición de cuentas.

Las conclusiones y recomendaciones Salud 2020 del informe se resumen en:

1) Posicionamiento de la salud. La salud y el bienestar han de ser objetivos básicos y claros para gobiernos y sociedades. El programa de salud europeo Salud 2020 debe jugar un papel clave como dinamizador de los actores en ese sentido.

2) Establecer nuevas pautas para políticas sanitarias. Salud 2020 puede apoyar y asesorar a los Estados miembros a diseñar medidas que aúnen equidad y sostenibilidad, como en el caso concreto de herramientas de prospectivas, así como elaboración de estudios de base para el diseño político.

3) Procesos institucionalizados para enfoques desde los gobiernos en su conjunto. Salud 2020 debe promover el buen estado de las estructuras que garantizan los procesos intersectoriales, así como vigilar su funcionamiento y prestar su ayuda a los ministerios en el diseño de políticas combinadas y motivadoras.

4) Alianzas innovadoras para enfoques desde el conjunto de la sociedad. Muchos de los actuales desafíos se resuelven mejor con enfoques desde la sociedad. El programa Salud 2020 puede ayudar a los actores políticos, como los ministros del sector o las agencias de salud pública, a encontrar soluciones en interacción con la sociedad civil, el sector privado y los medios de comunicación. Dicho programa puede habilitar a los ciudadanos europeos para encontrar nuevas iniciativas o modelos, ejemplo de los cuales son los mecanismos de incentivos.

5) Un compromiso para la formación y participación ciudadana. Una alta participación es básica para una óptima gobernanza, debiendo esta ser parte de su propia naturaleza. Un diálogo con los ciudadanos europeos a propósito de la salud y el bienestar, a través de las nuevas tecnologías, puede ser uno de los aportes del programa Salud 2020. En este punto cobran importancia la mejora de la cultura sanitaria ciudadana y los enfoques denominados e-gov, i-gov y m-gov.

6) Una perspectiva global. La nueva gobernanza debe integrar todos los niveles. Salud 2020 comenzaría un proceso en el que participaran todos los actores políticos para solucionar problemas comunes. Este aspecto implica especialmente a asuntos exteriores, comercio, agricultura, desarrollo y salud.

7) Una oficina regional de alcance e innovadora. El sector sanitario puede apoyar a otras áreas gubernamentales para fijar políticas y objetivos comunes. Salud 2020 puede ayudar a celebrar reuniones periódicas con actores intersectoriales, estableciendo acuerdos de largo recorrido.

8) Un compromiso conjunto para la innovación en gobernanza. Salud 2020 propone que los Estados miembros y la oficina regional inicien un proceso de evaluación de gobernanza para la salud y consideren la formación de un instituto europeo multidisciplinar de gobernanza para la salud, al estilo del reciente Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud, que optimice la gobernanza en cooperación con las instituciones nacionales.

Lecturas recomendadas

El informe completo está disponible en inglés en la web de la WHO:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

En la revista digital "revistaesalud.com" encontraréis un artículo "La gobernanza para la salud en el Siglo XXI" elaborado por Pato Lorente, donde resume el informe en versión en castellano:

<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/516/1027>

En este sentido, recientemente también se ha publicado el informe "The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. 2013".

4. Objetivos de los sistemas de salud

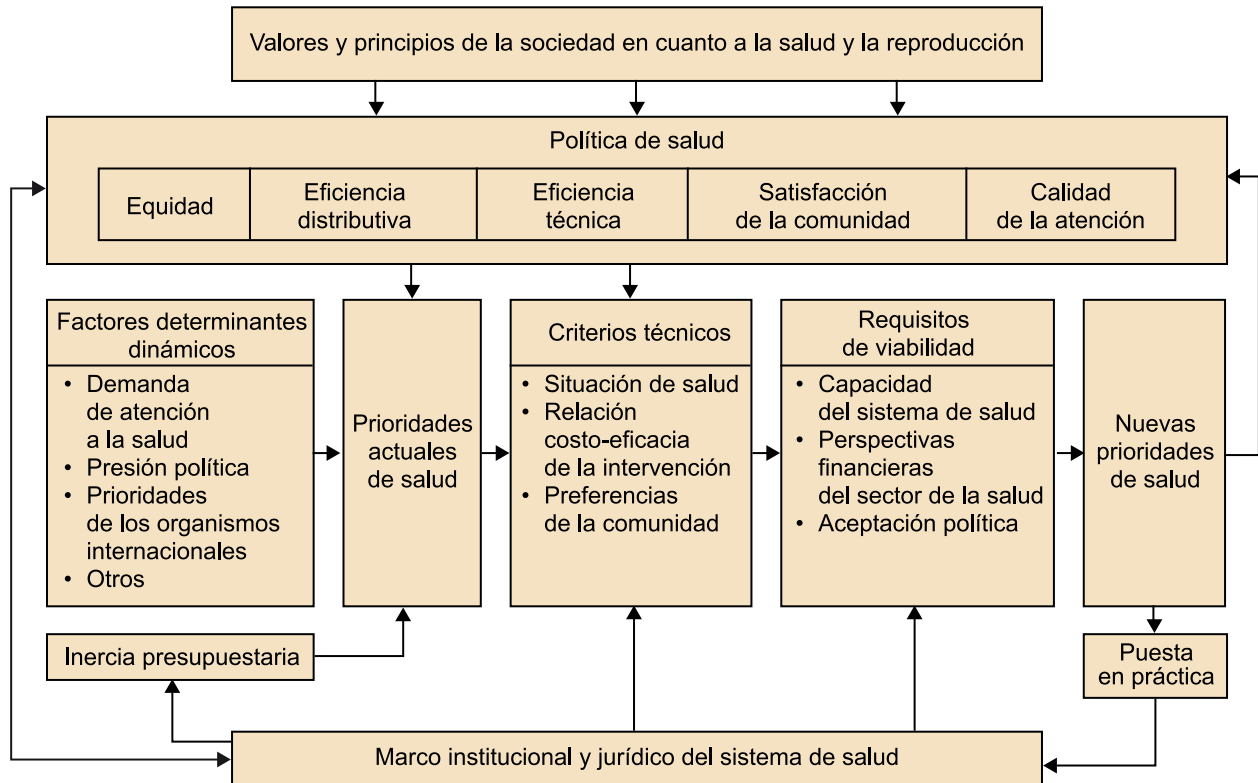
Los sistemas de salud tienen como objetivos básicos:

- 1) Conseguir un buen estado de salud de la población.
- 2) Tener capacidad de responder expectativas no sanitarias de la población.
- 3) Conseguir un grado adecuado de justicia en la contribución financiera del sistema.

La consecución de estos tres objetivos estratégicos básicos también conlleva la consecución de otros objetivos intermedios (Duran 2004):

- **La aceptabilidad:** cómo responden los sistemas a las expectativas de los ciudadanos.
- **El acceso:** si los pacientes pueden obtener los servicios necesarios en el sitio y momento adecuados.
- **La idoneidad:** si la asistencia es relevante para las necesidades y se basa en estándares establecidos.
- **La competencia:** conocimiento y habilidades de quienes proveen la asistencia en relación con la que en concreto prestan.
- **La continuidad:** como encajan entre sí los servicios, incluida la coordinación, integración y facilidad de acceso entre niveles asistenciales.
- **La efectividad:** si cada servicio individual funciona en cuanto a que afecta a la salud como resultados.
- **La eficiencia:** entendida tradicionalmente desde el punto de vista de la eficiencia técnica o la capacidad de lograr los mejores resultados al menor coste.
- **Sostenibilidad:** la capacidad del sistema de adoptar su infraestructura, como la mano de obra, las instalaciones, los equipamientos, ser innovador y responder a las necesidades que surjan.

Figura 5. Ámbitos en la determinación de prioridades de salud



Fuente: J. L. Bobadillo. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. Políticas de Salud. La reforma en México y en el mundo. Observatorio de Salud. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/observatorio/cap%20III.pdf>

Los sistemas de salud, como cualquier otra organización compleja, desarrollan una serie de actividades sistemáticas, “funciones”, que pretenden conseguir los objetivos estratégicos e intermedios planteados. Se entiende que los sistemas de salud llevan a cabo cuatro de esas funciones:

- La financiación, que incluye la recogida de ingresos, la puesta en común de los fondos y la compra de servicios.
- La provisión de servicios sanitarios personales y no personales.
- La generación de recursos, incluidos los recursos humanos, las instalaciones entre otros.
- La tutela o supervisión del sistema.

En el marco de las decisiones políticas, los valores son uno de los elementos más decisivos en la definición de una política sanitaria. Esos valores se plasman en las sociedades democráticas en dos grandes ámbitos (el liberal y el igualitario), que impactan sobre elementos clave de la definición de un sistema de salud:

- La concepción de la responsabilidad social.
- El grado de conciencia social sobre la importancia del sistema de salud.

- La definición y preocupación por la equidad del sistema.
- El grado de desarrollo y volumen de la demanda de servicios.
- La articulación y tipología de la oferta de servicios de salud.
- El diseño de los mecanismos de ajuste, tanto desde el punto de vista de la justicia social como de la eficiencia del sistema.
- La definición, diseño y aplicación de los criterios de éxito del sistema.

En este sentido, la OMS resalta tres valores básicos asociados a un sistema de salud:

1) La salud como un derecho humano fundamental

La calidad de vida experimentada por un individuo tiene muchos determinantes, entre los cuales el de la salud se apunta como uno de los fundamentales. De hecho, las necesidades primarias y secundarias de los individuos (comer, no ser perseguido, tener un lugar donde vivir, entre otros) están íntimamente relacionados con el bienestar físico y mental del individuo.

2) La participación y la rendición de cuentas

Todos los sectores de la sociedad deben ser estimulados a reconocer sus responsabilidades, en lo concerniente a asegurar un acceso a servicios de salud idóneos según su necesidad (Duran 2004). Por esta razón, se hace necesaria la introducción de estructuras que permitan una participación significativa de la colectividad en los estamentos encargados de diseñar, implantar y evaluar políticas de salud. En este sentido, la OMS insiste en la necesidad de desarrollar mecanismos democráticos y transparentes que aseguren la rendición de cuentas de los proveedores y financiadores de los servicios de salud (especialmente en el ámbito público).

3) Equidad

El informe proclama el derecho básico de toda persona a alcanzar el máximo estado de salud posible, con independencia de su raza, religión, género o cualquier otro elemento de discriminación potencial. En este sentido, el diseño de políticas socialmente responsables se debería orientar hacia la reducción de las diferencias internacionales y nacionales de los estándares de salud. En consecuencia, debe disponerse de la capacidad analítica y política para identificar correctamente las causas y fuentes de la inequidad en salud.

5. Componentes de una política nacional de salud

Los principales componentes de una política nacional de salud se describen detalladamente en el artículo modificado de la intervención del Dr. Vicente Navarro, realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud, reunida en Barcelona, España, el 21 de agosto del 2006.

Componentes de una política nacional de salud

- 1) Los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud son los más importantes en cualquier país en explicar su nivel de salud.
- 2) Los estilos de vida son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud.
- 3) La socialización y el empoderamiento (*empowerment*) del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas.

El autor expone cuáles deben ser los indicadores para cada componente y para cada intervención. La viabilidad de este enfoque depende en gran manera de la voluntad de las autoridades nacionales, así como de la amplitud del conocimiento existente sobre los determinantes de la salud.

Un objetivo fundamental de una política nacional de salud debe ser el crear las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población. Ni que decir tiene que todos los sectores y las agencias de la sociedad deben ser responsables de crear esas condiciones, pero la responsabilidad primera de asegurar las condiciones para tener buena salud recae en las agencias o instituciones colectivas que representan los intereses de la población (expresada libremente a través de instituciones democráticas) –esto es, las autoridades públicas y su Administración pública. El Gobierno (en el nivel nacional, regional y local), por tanto, es la agencia primaria responsable del desarrollo de una política nacional de salud.

Según Vicente Navarro, los tres principales componentes de una política nacional de salud son:

- 1) **Determinantes estructurales:** políticos, económicos, sociales y culturales en las intervenciones de política de salud.

El primer componente incluye intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de los determinantes estructurales de la buena salud; a saber, intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorar la salud. Son llamados **estructurales** porque ellos forman parte de la estructura política, social y económica de la sociedad

y de la cultura que los determinan. Rara vez están incluidos en la mayoría de los planes nacionales de salud a pesar de que son las políticas públicas más importantes en la determinación del nivel de salud de la población. Existe una robusta evidencia científica que muestra, por ejemplo, que países con menores desigualdades de clase, género y raza en los estándares de vida tienen mejores niveles de salud. Las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales son, por lo tanto, componentes de una política nacional de salud.

Las principales actuaciones son:

- Políticas públicas orientadas a promover la participación y influencia de la sociedad.
- Políticas dirigidas al desarrollo de la seguridad como políticas de pleno empleo, políticas de seguridad social y del estado del bienestar de tipo universal.
- Políticas de reducción de desigualdades.
- Intervenciones culturales.
- Políticas de protección medioambiental y de los consumidores.
- Políticas orientadas a conseguir unas buenas condiciones durante la infancia y la adolescencia.

2) Intervenciones en estilo de vida

El segundo tipo de intervenciones incluye **políticas públicas** dirigidas a individuos y están enfocadas en lograr cambios en el comportamiento individual y de los estilos de vida. Estos estilos de vida determinantes son también muy importantes y han tenido mayor visibilidad en las políticas de salud. Una razón de la mayor visibilidad de las intervenciones de este tipo es que quienes formulan las políticas de salud los perciben como determinantes más manejables y más fáciles de acordar que los del primer tipo, los determinantes estructurales. No podemos excluir la posibilidad de otra razón para esta diferencia de visibilidad y frecuencia, y es que los estilos de vida enfocan la responsabilidad de la salud de la población en el individuo en lugar de hacerlo sobre las instituciones públicas, que son primariamente responsables de los determinantes estructurales. Esta es una razón del porqué gobiernos conservadores y liberales (y también, en muchas ocasiones, gobiernos progresistas) tienden a enfatizar el segundo tipo de intervenciones sobre las del primer tipo (las cuales son actualmente las más efectivas para lograr el mejoramiento de la salud de la población).

Estas intervenciones incluyen, por ejemplo:

- Intervenciones y comportamientos de prácticas sexuales y salud reproductiva.
- Intervenciones para incrementar la actividad física.
- Intervenciones para favorecer hábitos de alimentación y comida segura.
- Intervenciones para reducir el consumo del tabaco y del alcohol.

3) Estrategias de empoderamiento

El tercer tipo de intervención pública es la denominada socialización y empoderamiento. Estas estrategias deben ayudar a los individuos a unir su lucha personal por la mejora de la salud con la lucha colectiva de la mejora de la salud de todos. Conectan el segundo tipo (estilos de vida) con el primer tipo (determinantes estructurales). Las intervenciones de socialización y empoderamiento establecen la relación entre las responsabilidades colectivas e individuales para la creación de las condiciones que aseguren buena salud. Este tipo de intervención incluye alentar y animar a los individuos para llegar a involucrarse en los esfuerzos colectivos para mejorar los determinantes estructurales de la salud, como lo es la reducción de la desigualdades sociales en nuestras sociedades o la eliminación de las condiciones de opresión, discriminación, explotación o marginalización que producen enfermedad.

Referencia

La versión íntegra se encuentra en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2607/mod_resource/content/1/Modulo_2/que-es-una-politica-nacional-de-salud-rev1_1_.pdf

6. Clasificación de las políticas de salud

Existen múltiples taxonomías aplicables a las políticas de salud.

Clasificación de las políticas de salud

1) Los valores o fines a los que adhiere o propende.

2) Nivel de operacionalización en el que ha sido formulada:

a) Declarativas: enuncian políticas con finalidad variada, pretenden dar un marco orientador amplio.

b) Sustantivas: políticas seguidas de acciones para cumplirlas, establecidas con un firme propósito.

c) Instrumentales: políticas incorporadas a la formulación de estrategias y que explicitan los medios y acciones necesarios para alcanzar los objetivos políticos.

3) Su origen:

a) Ofrecidas: surgimiento de políticas por iniciativa gubernamental.

b) Demandadas: basadas en una mayor participación y consenso como soluciones viables de transformación social.

4) A quién va dirigida:

a) Focalizadas: políticas dirigidas a un determinado grupo de la población (sexo, etario, condición socioeconómica, localización, etc.).

b) Universales políticas que deben llegar a todos los ciudadanos.

5) El área de la salud pública (contenidos): población y estado de salud, estilos de vida, ecología y preservación del medio ambiente, tecnología médica, etc.

6) Clasificaciones de políticas sociales:

a) Modelo residual de política social: solución de necesidades a partir de las posibilidades del mercado, en términos individuales o en pequeños grupos sociales.

b) Programa compensatorio: sistema público y grado de distribución de los sistemas de protección social.

7. Legislación en salud

La legislación confiere a las políticas de salud el sustento necesario para transitar el ámbito de lo político al marco de lo jurídico. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación incrementa la plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos, privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial. Los países revisan sus marcos jurídicos con el fin de instrumentar políticas orientadas a la restauración de los sistemas y los servicios de salud. Se redefinen, por ejemplo, las competencias de los ministerios / secretarías de salud, la creación de planes para extender la cobertura, las garantías de calidad y mecanismos de control, la participación de la sociedad civil y la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud. A continuación se muestran distintos ejemplos.

Tabla 2

| Área de legislación | Ejemplos |
|--|--|
| 1) Marco jurídico para le ejercicio de las funciones de rectoría y regulaciones en salud | Guayana 2005 promulga la Ley sobre Autoridades Regionales y la Ley del Ministerio de Salud. |
| | Canadá. Por Orden del Consejo del 2004 se creó la Agencia de Salud Pública de Canadá. |
| | Ecuador 2003 promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento. |
| 2) Regulación del financiamiento, el aseguramiento y la inserción privada en salud | Salvador. Decreto Legislativo n.º 775 del 2005 se promulga la Ley del Sistema Básico de Salud integral y por Decreto 1024 del 2002 y se emiten disposiciones relativas a las garantías de salud y seguridad social. |
| | Bolivia 2002 promulga la Ley del Seguro Materno Infantil. |
| | Uruguay 2005 creó por Decreto el Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Integrado de Salud. |
| 3) Regulación de la calidad de la atención | Honduras 2005 emite el Reglamento para el control sanitario de productos, servicios y establecimientos de interés sanitario. |
| | México 2002, por acuerdo del Consejo de Salubridad General, sienta las bases para el desarrollo el Programa nacional de certificación de establecimientos de atención médica. |
| 4) Canales para la participación de la sociedad civil | La Ley 19.937 de Chile creó el Consejo Consultivo de los Usuarios para asesorar al director del establecimiento de salud en la fijación de políticas y en la definición y evaluación de los planes institucionales. |
| | Ecuador. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud define, entre las funciones del Consejo Nacional de Salud y los consejos cantonales de salud, promover la participación, el control social y la exigibilidad de los derechos de los usuarios. |
| 5) Fortalecimiento de los derechos en salud | Las leyes generales de salud contemplan capítulos referidos a los derechos y obligaciones de los usuarios del sector público y privado. |

| Área de legislación | Ejemplos |
|----------------------------|--|
| | Bolivia. La Ley del Ejercicio Profesional 2005 establece los derechos y deberes del paciente y del profesional médico y la auditoría médica en lo referente al acto médico y a la gestión de la calidad de los servicios de salud. |

8. Antecedentes relevantes en el establecimiento de políticas y objetivos de salud

Durante el último cuarto del siglo XX, organismos de carácter internacional emprendieron una serie de iniciativas para situar la salud como un objetivo a alcanzar para hacer posible el desarrollo y bienestar de la población. Desde entonces, han sido numerosas las declaraciones, encuentros, acuerdos, publicaciones y estudios.

8.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

8.1.1. La política global de Salud. OMS. “Salud para Todos en el año 2000”

En esta línea, la 30.^a Asamblea Mundial de la Salud acordó, en mayo de 1977, que el principal objetivo de carácter social para los gobiernos y para la Organización Mundial de la Salud (OMS) era conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo disfrutaran de un nivel de salud que permitiera desarrollar una vida productiva, social y económicamente (Resolución VHA 30.43). A raíz de esta resolución, la OMS lanza la estrategia “Salud para Todos en el año 2000” (SPT) con esta finalidad.

La publicación de la estrategia de “Salud para todos” por la OMS representa un hito en la historia de la política sanitaria mundial. El objetivo de garantizar que todos los ciudadanos del mundo puedan alcanzar un nivel de salud que les permita la vida social y económicamente productiva ganó rápidamente adhesión internacional.

En el contexto europeo, la Oficina Regional para Europa de la OMS se incorpora a la mencionada estrategia en 1980. Aceptó el reto y formuló 38 objetivos relacionados con la promoción de estilos de vida sanos y la prevención de enfermedades, con la protección del entorno saludable y con la prestación de servicios esenciales para mantener la salud.

Fue realmente una propuesta renovadora. A partir de 1984, un gran número de Estados miembros de la región europea se sumaron a la estrategia SPT, adaptándola a sus propias necesidades. Fue un proceso largo y los distintos países trabajaron a distintas velocidades, y en 1996, aproximadamente, el 60% de los países miembros habían formulado o estaban desarrollando políticas de acuerdo con la perspectiva de salud para todos. En algunos países dichas políticas fueron recogidas en planes de salud. Tanto los procesos de elaboración como la aplicación y seguimiento han sido muy variados. En algunos casos fueron procesos muy bien diseñados y que resultaron efectivos; en cambio, en otros las políticas se vieron fragmentadas. La participación también se ha expresado en diferentes formas. Hubo procesos participativos amplios y otros dirigidos por expertos y limitados en gran medida al sector sanitario.

Resulta importante tomar en consideración que el programa “Salud para Todos” no constituye un único objetivo definitivo. Se trata fundamentalmente de una carta de principios de justicia social, que proporciona una orientación científica sobre los mejores desarrollos sanitarios y que perfila un proceso que conducirá a la mejora progresiva de la salud de todas las personas.

8.1.2. “Salud para todos en el Siglo XXI”

Posteriormente, en mayo de 1988, los Estados miembros de la OMS aprueban el proyecto “Salud para Todos en el Siglo XXI”, que tiene el objetivo de aplicar la perspectiva de salud para todos, que es un concepto surgido en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Su logro depende de considerar la salud como un derecho fundamental de la persona. Supone el fomento de la ética y la ciencia a las políticas sanitarias, la provisión de servicios y el desarrollo de la investigación. Implica el desarrollo de estrategias y políticas orientadas a la equidad y basadas en la evidencia, centradas en la solidaridad y que incorporen la perspectiva de género, considerándose fundamental que su desarrollo se realice a través de estrategias y políticas regionales y nacionales.

SALUD21 es la respuesta Europea a esta propuesta. Con el fin de dar un impulso sostenible al proyecto desde el punto de vista científico, económico, social y político, se seleccionaron cuatro principales estrategias de acción:

- 1) Estrategias multisectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud, teniendo en cuenta la perspectiva del entorno físico, cultural y de género, y asegurando la valoración de su impacto en la salud.

2) Programas orientados a los resultados en salud e inversiones para el desarrollo de la salud y la atención sanitaria.

3) Atención primaria de salud orientada a la comunidad y a la familia con el apoyo de un sistema hospitalario flexible y receptivo.

4) Proceso participativo que implique a los agentes relevantes en el desarrollo de la salud –en casa, la escuela, el trabajo y en la comunidad, tanto a nivel local como regional– que promueva la toma de decisiones conjuntas, la implementación y la transparencia.

Se definieron 21 objetivos, que describen de forma específica las necesidades del conjunto de la región europea. Dichos objetivos no pretenden ser una lista normativa, sino que, en su conjunto, constituyen la esencia de la política regional.

El proceso experimentado en España es comparable al de otros países. España se adhirió a la campaña SPT en 1990, los contenidos se dieron a conocer a lo largo de los años y fueron calando con distinta intensidad en los diferentes niveles del tejido sanitario. La Ley General de Sanidad en 1986 estableció los principios para la formulación de la política sanitaria de las comunidades autónomas a través de los planes de salud. Se reglamentó la elaboración de un Plan integrado de salud que, reflejando las propuestas regionales, definió el marco de actuación de la política sanitaria del Estado español.

Establecer políticas sanitarias basadas en objetivos de salud, en lugar de que fueran consecuencia de la estructura y organización del sistema, fue un gran avance. Al definir objetivos de salud se expresa explícitamente qué cambios deben realizarse y en qué dirección se quiere ir, lo cual significa un punto de partida para la discusión y un medio que permite evaluar lo conseguido.

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en el año 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para el 2015. Los ocho ODM tienen metas e indicadores específicos y fueron:

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2) Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3) Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- 4) Reducir la mortalidad infantil.
- 5) Mejorar la salud materna.
- 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Referencia

<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf>

8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han demostrado ser un valioso instrumento para mantener el apoyo político a favor del desarrollo. La sencillez del marco en cuestión y el hecho de que este incluya objetivos fácilmente comprensibles y confiera especial importancia al seguimiento cuantitativo de los mismos han hecho perdurar su atractivo. El debate sobre la próxima formulación de objetivos mundiales para después del 2015 plantea cuestiones en cuanto a la manera en que los avances en la consecución de mejoras en salud humana han de quedar reflejados en cualquier conjunto futuro de objetivos. El modo en que se definen los objetivos e indicadores incide en la manera en que el mundo percibe el desarrollo. Los objetivos influyen en la configuración de las agendas políticas y en la transferencia de recursos.

Tres de los ocho objetivos y ocho de las dieciocho metas guardan relación directa con la salud. Algunos países en desarrollo han realizado progresos extraordinarios hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relacionados con la salud, sus metas e indicadores.

Tabla 3. Metas e indicadores. Objetivos de salud de desarrollo del milenio

| Metas de salud | | Indicadores sanitarios |
|--|---|---|
| Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre | | |
| Meta 1 | Reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día | |
| Meta 2 | Reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre | 4) Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5) Porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria |
| Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal | | |
| Meta 3 | Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria | |
| Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer | | |
| Meta 4 | Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015 | |
| Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil | | |
| Meta 5 | Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años | 13) Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14) Tasa de mortalidad infantil 15) Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión |
| Objetivo 5: Mejorar la salud materna | | |
| Meta 6 | Reducir, entre 1990 y el 2005, la mortalidad materna en tres cuartas partes | 16) Tasa de mortalidad materna 17) Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado |
| Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades | | |

Fuentes: "Aplicación de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas", informe del secretario general, A/57/270 (31 de julio del 2002). Primer informe anual basado en la "Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio", informe del secretario general, A/56/326 (6 de septiembre del 2001). División de Estadística de las Naciones Unidas, Base de Datos de Indicadores del Milenio, comprobada en julio del 2004; Organización Mundial de la Salud, Departamento de ODM, Salud y Políticas de Desarrollo (HDP).

| Metas de salud | | Indicadores sanitarios |
|---|--|--|
| Meta 7 | Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA | 18) Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 19) Uso de preservativos como porcentaje de la tasa de uso de anticonceptivos 20) Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años |
| Meta 8 | Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves | 21) Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al paludismo 22) Proporción de la población en zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23) Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis 24) Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) |
| Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente | | |
| Meta 9 | Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente | 29) Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos |
| Meta 10 | Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y saneamiento | 30) Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales |
| Meta 11 | Haber mejorado considerablemente para el año 2020 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios | 31) Proporción de la población con acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento, en zonas urbanas y rurales |
| Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo | | |
| Meta 12 | Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio | |
| Meta 13 | Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados | |
| Meta 14 | Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo | |
| Meta 15 | Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo, con medidas nacionales e internacionales, a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo | |
| Meta 16 | En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo | |
| Meta 17 | En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales a precios razonables en los países en desarrollo | 46) Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables |
| Meta 18 | En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones | |

Fuentes: "Aplicación de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas", informe del secretario general, A/57/270 (31 de julio del 2002). Primer informe anual basado en la "Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio", informe del secretario general, A/56/326 (6 de septiembre del 2001). División de Estadística de las Naciones Unidas, Base de Datos de Indicadores del Milenio, comprobada en julio del 2004; Organización Mundial de la Salud, Departamento de ODM, Salud y Políticas de Desarrollo (HDP).

El documento publicado por la OMS sobre la salud y los objetivos de desarrollo del milenio en 2005, http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf, es un documento de revisión y de evaluación de los progresos realizados desde el establecimiento de los ODM en el 2000.

La Agencia Sanitaria Mundial registra cambios que van a influir en la definición futura de las prioridades de desarrollo. La principal dificultad estriba en lograr el reconocimiento político del impacto social y económico que tienen

las enfermedades no transmisibles. Se trata de promover el acceso de las personas a todos los servicios que necesiten, incluyendo causas biomédicas, determinantes sociales, económicos y ambientales de salud.

En el documento de debate de la OMS sobre el lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHODiscussionpaper_October2012_es.pdf, se describen aspectos sobre la evolución de las prioridades mundiales en materia de salud, la salud en el contexto del desarrollo sostenible, avanzar en la cobertura sanitaria universal y esperanza de vida sana.

En mayo del 2013 se celebró la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS. En la web <http://www.who.int/mediacentre/events/2013/wha66/es/index.html> se relacionan los principales temas tratados según orden del día y las documentaciones aportadas. En su documentación encontraréis el informe de los principales avances en actividades relacionadas con los determinantes de salud.

Revisión histórica de los avances en políticas de salud

1977: OMS “Salud para todos en el año 2000”

1978: Primera Conferencia Internacional en Alma Ata, sobre la Atención Primaria. Primera propuesta a nivel internacional para mejorar la salud de la comunidad y hacer estrategias que después se adapten a cada población.

1984-38: Objetivos de salud

- Salud para todos
- Estilos de vida
- Creación de ambientes saludables
- Asistencia adecuada
- Apoyar políticas de salud

1986: “Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”, Ottawa

- Desarrollo de políticas de salud
- Creación de ambientes favorables
- Refuerzo de la acción comunitaria
- Desarrollar aptitudes
- Reorientación de servicios de salud
- Proyección de futuro

1988: “Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”, Adelaida.

1991: “Conferencia Sundswall”, Suecia. Pide por primera vez la protección del medio ambiente de forma explícita.

1996: Declaración Ljubjana. Es de las primeras que pone de manifiesto que hay una crisis económica en la asistencia sanitaria pública. Se pide que todo el mundo pueda acceder a la sanidad pública sin tener en cuenta su situación económica.

1997: “Cuarta Conferencia de Promoción de la Salud”. Declaración de Yakarta s. XXI.

1998: “La vida S. XXI, perspectiva para todos”.

- Solidaridad y equidad
- Mejor salud
- Estrategia multisectorial

- Cambio de enfoque: sectores sanitarios integrados
- Gestión del cambio
- 21 objetivos. Región europea para cubrir sus necesidades de salud.

2000: “53.ª Asamblea OMS 2000. Pasa a interesarse por la enfermedad infecciosa a la crónica.

- Análisis epidemiológico de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
- Evitar exposición a factores de riesgo.
- Estrategias de intervención en enfermos crónicos (cardiorrespiratorios, cáncer, diabetes).

2002: “55ª Asamblea OMS. Pretende combatir el hábito tabáquico: epidemia del s.XXI.

2005: “58ª Asamblea OMS. Fortalecer los servicios de rehabilitación para las personas discapacitadas.

2006: “Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”.

2011: Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS.

2012: OMS Región europea. Nuevo marco político común Salud 2020 (Health 2020).

2013: Informe Europeo de la Salud 2012: Trazando el camino hacia el bienestar.

8.1.3. “Objetivos de salud 2020”

La Oficina Regional Europea de la OMS establece las orientaciones estratégicas y áreas prioritarias de acción política para Europa, en materia de salud y bienestar, hasta el año 2020. Es el programa europeo Salud 2020.

El 12 de septiembre del 2012, la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un nuevo marco político europeo para la acción gubernamental y social en promoción y protección de la salud. La estrategia fue desarrollada en un proceso de participación abierta a todos los estados y a una gran variedad de organismos interesados en la salud de toda Europa.

Un total de 53 Estados miembros de la región europea de la OMS acordaron el nuevo marco político común denominado Salud 2020 (Health 2020). Los objetivos que se encuentran en su base son:

“Mejorar de manera significativa la salud y el bienestar de la población, reducir las desigualdades en salud, reforzar la salud pública y asegurar sistemas de salud centrados en las personas y que sean universales, igualitarios, sostenibles y de alta calidad”.

Esta nueva estrategia tiene en cuenta los principales desafíos que afectan actualmente al territorio de la Unión Europea, tales como el aumento de las desigualdades en la atención sanitaria entre los diferentes países, la reducción considerable de los servicios públicos debido a la crisis económica y el aumen-

to significativo de la prevalencia de dolencias crónicas no contagiosas, entre las que se encuentran los trastornos de salud mental, el cáncer, la obesidad o las enfermedades cardiovasculares.

Pilares básicos de las políticas europeas en salud

- La inversión en la mejora de la salud de la población, a través de un enfoque de ciclo de vida y empoderamiento de las personas.
- Abordar los principales retos en materia de enfermedades no transmisibles y transmisibles.
- El fortalecimiento de los sistemas sanitarios centrados en las personas, la capacidad de vigilancia y la respuesta de la salud pública frente a las emergencias.
- La creación de comunidades resilientes y los entornos de apoyo.

El texto subraya que la experiencia de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que combinan la acción política, un ambiente propicio y una aproximación que promueva el sentido de control y el empoderamiento se han demostrado significativamente eficaces. Por este motivo, es necesario que los gobiernos prioricen la inversión en salud pública y en reforzar la protección y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

A través de esta iniciativa, los expertos de la OMS pretenden movilizar a los responsables políticos de todos los sectores (sanitario, social, educativo...) para que sean conscientes de la importancia de proteger la salud física y psicológica de la población europea. Se trata del primer documento a escala europea que sitúa la promoción de la salud y la prevención como estrategias de actuación esenciales y al mismo nivel que el tratamiento y la rehabilitación.

El texto final fue concebido como un documento “vivo”, puesto a disposición de todos los interesados a través de las nuevas tecnologías de la información, que incluye instrumentos de navegación, enlaces a la evidencia y a páginas web de utilidad, y está abierto a mejoras y cambios de acuerdo con el desarrollo de las circunstancias, el conocimiento o las capacidades tecnológicas.

En marzo del 2013, la Oficina Regional Europea de la OMS, publica el “Informe Europeo de la Salud 2012 – Trazando el camino hacia el bienestar (European Health Report, 2012 – Charting the way to well-being)”, donde se establece, por primera vez en la historia de la OMS, “la mejora del bienestar de la población” como una prioridad sanitaria. El informe está disponible en European Health Report, 2012 – Charting the way to well-being: <http://www.hnt-info.eu/>.

Referencia

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>

Describe las mejoras globales en salud en la región europea de la OMS y su distribución desigual dentro y entre países. El informe abre un nuevo camino al ayudar a definir tanto el bienestar, un objetivo de la nueva política de salud europea (*Health 2020*), como ayudar a trazar el camino para conseguir los objetivos hasta el 2020.

Además, proporciona los pasos a seguir y los principales indicadores a los responsables políticos y profesionales de la salud pública, con la base de la evidencia epidemiológica que sustenta *Health 2020* y sus seis objetivos generales. Describe la situación sanitaria y las tendencias en Europa, abarcando 53 países.

Los temas cubiertos incluyen desde las tendencias demográficas, esperanza de vida, mortalidad, enfermedad, factores de riesgo y determinantes sociales hasta las desigualdades en materia de salud, incluidos los sistemas de salud: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf.

Hace más de 60 años, la OMS incorporó un nuevo concepto de salud, que establece que la salud se define no solo por “la ausencia de enfermedad”, sino por “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Sin embargo, hasta la fecha no se habían determinado los parámetros necesarios para la evaluación del bienestar de los ciudadanos, de tal manera que este aspecto, clave en la definición de la salud, había quedado fuera de los informes de la OMS (centrados en la medida de los índices de mortalidad, morbilidad y discapacidad).

En esta línea, el informe reconoce expresamente “la mejora del bienestar de la población” como una parte integral de la nueva estrategia sanitaria de Europa 2020, abriendo un nuevo campo de acción. La OMS ha definido un plan de trabajo para poner en práctica este enfoque, que incluye una agenda de colaboración entre los diferentes países, para recopilar, analizar y evaluar indicadores de bienestar, que estén disponibles a finales del año 2013. Asimismo, se ha establecido un plan de estudio que permita hacer uso de esta información para facilitar la elaboración de políticas sanitarias integrales, que contemplen conjuntamente la mejora de la salud y del bienestar de los ciudadanos.

Aspectos a destacar sobre indicadores de salud en los 53 países que conforman la región europea presentados en el Informe:

- Se han realizado **importantes progresos en materia de salud en Europa**. No obstante, **siguen existiendo serias desigualdades** entre los diferentes países.
- **Los europeos vivimos más años**. Desde 1976, la esperanza de vida ha aumentado en toda la región alrededor de 5 años, situándose en una media

de 76 años en el 2010. Como dato a destacar, las mujeres españolas lideran la lista de longevidad en el entorno europeo.

- **La población europea está envejeciendo.** Las personas mayores de 65 años representarán a más del 25% de la población total en el año 2050. Sin embargo, se observan diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, y entre los diferentes países y grupos de población. En concreto, la esperanza de vida de las mujeres se situó en los 80 años en el 2010, mientras que la de los hombres fue de 72,5 años. Según se detalla en el informe, esta brecha entre hombres y mujeres puede explicarse por las diferencias en los estilos de vida y tipos de ocupación.
- Se observa **un descenso paulatino en los niveles de mortalidad de la población europea** (más acentuado en la parte oriental de Europa), siendo las enfermedades crónicas las responsables del 80% de las causas de mortalidad. Dentro de este grupo de enfermedades crónicas, los **trastornos cardiovasculares lideran la lista**, ocupando el 50% de los fallecimientos, seguidos del cáncer (con un 20%).
- **Las enfermedades transmisibles**, aunque menos frecuentes en Europa que en otras regiones del mundo, **siguen siendo motivo de preocupación**, en particular, la tuberculosis, el sida y otras enfermedades de transmisión sexual.
- **El consumo de alcohol y tabaco entre la población europea constituyen los factores de riesgo** para la salud más prevalentes. Según los datos aportados, se estima que el alcohol es el responsable del 6,5% de las muertes en Europa y que el 27% de la población europea mayor de 15 años es consumidora habitual de tabaco.
- Las **tasas de suicidio** en el entorno europeo han disminuido entre el 24 y el 40%, en comparación con el aumento registrado en la década de los noventa, si bien esta tendencia se ha enlentecido, coincidiendo con el inicio de la crisis económica en el 2008.

8.2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en 1902, es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Brinda cooperación técnica y moviliza asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en los países de las Américas. La OPS es el organismo especializado en salud del sistema interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Junto con la OMS, la OPS es miembro del sistema de las Naciones Unidas. A destacar sus publicaciones de referencia para las estrategias de salud en América.

Referencia

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es

En la web de OPS disponéis de acceso a la documentación siguiente:

- Documentos básicos de la OPS 18.º Ed. 2012.
- El código Sanitario Panamericano.
- Constitución de la OPS.
- El código sanitario panamericano: hacia una política de salud continental.
- Informes anuales del director e informes cuadriennales del director.
- DO. 328 Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS.

Referencia

<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>

El Plan estratégico 2008-2012, un instrumento para “orientar la acción colectiva de los socios, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta región” a largo plazo. Aborda los retos que debe afrontar la región en el terreno de la salud pública: desde las enfermedades transmisibles y no transmisibles existentes, las amenazas al medio ambiente, los desastres naturales y los provocados por el hombre, entre otros, hasta las amenazas nuevas y emergentes de agentes patógenos conocidos y desconocidos. El continente está experimentando una transición epidemiológica, ya que las enfermedades tradicionales no han desaparecido completamente, sino que coexisten con las enfermedades emergentes y las relacionadas con las condiciones de vida, lo que representa un nuevo reto para la salud pública. Entre otras prioridades, establece el liderazgo en salud pública, el acceso equitativo a los servicios de salud y la capacidad de los Estados miembros de responder de forma rápida y efectiva a los desafíos que se les presentan. Es cada vez más evidente que los temas de la salud pública solo pueden abordarse eficazmente mediante enfoques multisectoriales y alianzas estratégicas.

El contenido del Plan estratégico contempla:

- Análisis de situación
- Lecciones aprendidas de planes anteriores
- Orientación estratégica
- Objetivos estratégicos y resultados previstos a nivel regional
- Recomendaciones para una ejecución eficiente y eficaz
- Prioridades programáticas de la OPS
- Financiamiento del Plan estratégico
- Seguimiento y evaluación del desempeño. Evaluación independiente

Es un contenido completo y estructurado que os puede servir de ejemplo de elaboración de planes estratégicos de salud.

- Salud en las Américas en su edición 2012 muestra un análisis detallado y actualizado con dos apartados diferenciados: el análisis regional y el análisis por países. <http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumen.pdf>

- Agenda para la salud para las Américas 2008-2017: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es

A destacar la publicación “Agenda de Salud para las Américas 2008-2017”. Los países de las Américas han elaborado y dado a conocer la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. La intención de dicho documento es “orientar la acción colectiva de los actores, nacionales e internacionales, interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la región”. Revisa la situación y tendencias de salud en las Américas y propone ocho áreas de acción:

- a) Fortalecer la autoridad sanitaria nacional
- b) Abordar los determinantes de la salud
- c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad
- d) Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos
- e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud
- g) Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- h) Fortalecer la seguridad sanitaria.

8.3. Otros ejemplos sobre políticas de salud para grupos específicos y/o temas concretos

Hasta el momento hemos tratado políticas de salud y planes de actuación globales, generales, que abordan la salud de la población.

Las políticas de salud también pueden ser específicas para grupos más vulnerables (poblaciones específicas), para actuar sobre problemas de salud concretos o en zonas más desfavorecidas (temas o regiones específicas) o para abordar un aspecto concreto (políticas de salud específicas).

1) Poblaciones específicas

Políticas de salud en pueblos indígenas. Costa Rica.

http://www.pnud.or.cr/sicon/sites/default/files/adjuntos_tareas/Activ%202.1.6%20An%C3%A1lisis%20politica%20salud%20enf%20intercultural.pdf

El presente documento es una revisión documental de los instrumentos de política, normativa del sector salud con enfoque intercultural. Compila documentos normativos: leyes, decretos, reglamentos y otros documentos, así como revisión de estrategias, planes, programas, proyectos, actividades o acciones sobre política de salud de las instituciones del sector salud.

El documento en la primera parte presenta el análisis de las políticas del sector salud dirigida hacia la población afro-costarricense. En la segunda parte se analizan las políticas del sector salud relativas a la población migrante, y finalmente, una tercera parte presenta un adelanto de análisis de las políticas del sector salud en torno a la población indígenas.

2) Temas y regiones específicas

Análisis de políticas en salud desde el enfoque de interculturalidad. Organización Panamericana de la Salud.

El Consejo Suramericano de Salud tiene como propósito constituir un espacio de integración en materia de salud, incorporando los esfuerzos y logros de otros mecanismos de integración regional, promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas entre los países de la UNASUR. El Consejo de Salud Suramericano es una instancia permanente formada por los ministros y ministras de Salud de la UNASUR, creada con base en los artículos 3.º letra j, 5.º y 6.º del Tratado Constitutivo de la UNASUR, adoptado en Brasilia el 23 de mayo del 2008. La importancia de la conformación del CSS radica en la constitución de una institución política suramericana con competencia en temas sanitarios, con problemas o desafíos que trascienden las fronteras de lo nacional y desarrollando valores e intereses compartidos, que facilite la interacción de las autoridades sanitarias de los Estados miembros mediante una tecnología clave como es el consenso.

El Consejo de Salud Suramericano está compuesto por las ministras y los ministros de Salud de los Estados miembros de UNASUR. Es la instancia máxima de decisión en salud. El Plan Quinquenal 2010-2015 incluye las siguientes áreas de trabajo que fueron determinadas por el Consejo de Salud Suramericano.

- a) Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud.
- b) Desarrollo de sistemas de salud universales.
- c) Acceso universal a medicamentos.
- d) Promoción de la salud y acción sobre los determinantes de la salud.
- e) Desarrollo y gestión de recursos humanos en salud.

En la web de Red de Institutos Nacionales de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (RINS-UNASUR) disponéis del Plan Quinquenal RINS UNASUR 2011-2015. <http://www.rins-unasur.org/index.php/plan-estrategico-quinquenal>

3) Políticas de salud específicas

Informe sobre la salud del mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud. 2010.

Es un informe sobre la salud en el mundo en respuesta a la necesidad expresada por los países sobre una orientación práctica sobre las formas de financiar la asistencia sanitaria. Su objetivo es transformar la evidencia de diversos estudios en una lista de opciones para la obtención de recursos suficientes y para la eliminación de las barreras económicas al acceso a los servicios sanitarios, especialmente en los países pobres. Actualmente, en un momento caracterizado por la recesión económica y por unos costes crecientes de la atención sanitaria (envejecimiento, incremento de enfermedades crónicas, tratamientos nuevos y más caros), se incrementa la presión gubernamental para tomar las decisiones políticas acertadas. Se aconseja que antes de recortar el gasto sanitario se busquen opciones para mejorar la eficiencia. El informe calcula que entre el 20 y el 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia, y señala diez áreas específicas en las que unas políticas y prácticas más adecuadas podrían aumentar el impacto de los gastos. La inversión de recursos de manera más eficiente puede ayudar a los países a acercarse mucho más a la cobertura universal sin aumentar el gasto. Los estudios demuestran que países con niveles similares de gasto sanitario alcanzan unos resultados en salud dispares en comparación con sus inversiones. Las decisiones políticas ayudan a explicar en gran medida estas diferencias. http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf

8.4. Documentos de especial interés

La tabla resumen siguiente recoge los documentos de interés y ejemplos de políticas sanitarias y planes de salud de distintos países. Os recomiendo que los consultéis, pues os facilitara información práctica tanto por sus contenidos como por su estructura y procesos de elaboración.

| Informe / Documento | Disponible en Web |
|--|---|
| Organización Mundial de la Salud. OMS | http://www.who.int/es/index.html |
| Priorities in Europe – Health 2020. Ms. Jakab. WHO Regional Director for Europe y 2012 | http://www.slideshare.net/who_europe/priorities-in-europe-health-2020 |
| Health 2020 policy framework and strategy WHO 2012. Regional Office for Europe | http://issuu.com/whoeurope/docs/health2020_policyframework_strategy?e=3185028/1506880 |

| Informe / Documento | Disponible en Web |
|--|--|
| Governance for health in the 21st century.WHO 2011 | http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf |
| Health 2020: a European polycy framework supporting action across government and society for health and well-being.WHO 2012. Regional Office for Europe | http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf |
| The European health report 2012: charting the way to well being WHO 2013 RegionalOffice of Europe | http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185332/The-European-Health-Report-2012,-Executive-summary-w-cover.pdf |
| The european health report 2012. OMS | http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185332/The-European-Health-Report-2012,-Executive-summary-w-cover.pdf |
| Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020. Hacia la Salud Universal. Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia | http://www.sns.gob.bo/planificacion/documentos/plan%20sectorial%20de%20desarrollo%202010-2020.pdf |
| Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Ministerio de Sanidad de Chile | http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf |
| Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2010-2020. Ministerio de Sanidad de Chile | http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf |
| Our National Health Plan. A plan for action, a plan for change. NHS. Scotland | http://www.sehd.scot.nhs.uk/onh/onh.pdf |
| Programas y Planes de Salud. Ministerio de la Presidencia de la Nación. Argentina | http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes |
| Plan de Calidad del sistema nacional de salud 2006-2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España | http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf |
| Planes específicos: II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016 (II PENIA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España | http://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf |
| Plan Nacional concertado de Salud 2007-2020. Perú | http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Peru_2007.pdf http://www.slideshare.net/xelaleph/nuevo-plan-nacional-concertado-de-salud-2007 |
| Plan de Salud Vasco 2012-2020 | http://www.ejgv.euskadi.net/r53-2291/es/contenidos/plan_programa_proyecto/plan_19/es_plan_19/plan_19.html |
| Health Canadá 2013-14. Report on Plans and Priorities | http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/estim-previs/plans-prior/2013-2014/report-rapport-eng.pdf |
| Plan estratégico 2008-2012 de la OPS modificado (proyecto) de la Salud. PAHO/OMS | http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf |
| Agenda de salud para las Américas 2008-2017. PAHO | http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es |

9. Políticas públicas de salud

Las políticas en todos los Estados miembros deberían asegurar mecanismos legislativos, administrativos y económicos que provean amplio apoyo intersectorial y recursos para la promoción de los estilos de vida saludables, asegurando una participación efectiva de las personas en todos los niveles del proceso de toma de decisión. Esta consecución se apoya en:

- Planes de salud estratégicos a nivel del gobierno.
- Acciones intersectoriales sobre cuestiones que afecten a la salud y los estilos de vida.
- La evaluación periódica de las políticas existentes y su relación con la salud.
- El establecimiento de mecanismos para involucrar a la población en las políticas de planificación y desarrollo.

1) Requisitos de una política

Para una administración eficiente y efectiva de planes de acción, es necesario considerar algunos requisitos originados en el campo político:

- Necesidad de políticas explícitas para orientar los programas, proyectos y acciones en general.
- Las proposiciones políticas como ideario de una gestión de gobierno.
- La existencia y coexistencia de diversas proposiciones políticas: concertación y confrontación.
- Sostenibilidad.

2) Fases del proceso de las políticas

- Identificación de un problema.
- Decidirse a decidir.
- Formulación de soluciones.
- Ejecución del programa - implementación.
- Terminación de la acción - evaluación.

3) Actores en el proceso de decisión

- El clima social y político
- Los actores
- Los medios de comunicación

Actores en el proceso de decisión de las políticas de salud

1) **Clima social y político.** Las políticas que se toman finalmente están afectadas por el clima social, es decir, por el contexto medioambiental en el que se va a tomar la decisión y que se pueden controlar parcialmente. Las facetas significativas que pueden apoyar u obstaculizar cualquier política son:

- Cambios demográficos de la población
- Alianzas entre partidos políticos o cambios en sus prioridades
- El poder político
- Crecimiento económico
- Inflación
- Desempleo
- Las agendas de los políticos
- Acuerdos institucionales
- Las organizaciones o grupos emergentes
- Medios de comunicación

2) **Los actores.** Se puede hablar de una política empresarial, los movimientos, grupos, asociaciones que movilizan los recursos en el mercado político y ponen en marcha estrategias para obligar a una autoridad pública a tomar en cuenta su nuevo problema.

Cualquier grupo organizado o parte de él, cuyos recursos, autoridad, estatus, influencia o supervivencia están afectados por la puesta en marcha de una política. Incluyen: partidos políticos, empresas comerciales, instituciones y organizaciones profesionales de voluntarios, de comunicación, etc.

La política les puede afectar directamente o su implantación produce cambios que afectan a grupos que anteriormente no les afectaba.

Los participantes pueden cambiar durante el proceso y pueden aparecer y desaparecer nuevos participantes.

Es importante conocer cómo una política afecta a los intereses de los partidos y cómo verbalizan el apoyo o rechazo a dicha política.

Los grupos organizan sus planes estratégicos para influenciar en el desarrollo de las políticas que tengan prioridad para el grupo de acuerdo con sus intereses.

Algunas de ellas pueden ser:

- Desarrollar información para los medios de comunicación.
- Crear o romper alianzas con organizaciones con intereses parecidos.
- Buscar líderes que apoyen las opciones.

3) **Medios de comunicación.** Son los mediadores en el proceso comunicativo establecido entre la población, y más concretamente, los grupos de presión social, y los responsables últimos de la adopción de políticas. Además, participan como grupo de presión a través del impacto que produce la naturaleza que su discurso produce.

Participan no solo por lo que dicen sino también por:

- Lo que lo digan y consigan incluir en un tema en la agenda.
- A quién se le permite hablar.
- Qué importancia se le da a un tema.
- El marco en el que se desarrolla el tema.

10. Evaluación de las políticas de salud

La valoración del impacto en la salud, estrategia conocida como *health impact assessment-HIA* en terminología anglosajona, se basa en la noción de incorporar la valoración del impacto en la salud al decidir estrategias y proyectos de los distintos sectores, identificando previamente los posibles efectos adversos para la salud y cómo superarlos estableciendo medidas correctoras. El HIA está adquiriendo relevancia en el entorno europeo y en otros países desarrollados, como Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Se trata de iniciar el desarrollo de la HIA a fin de aportar un mayor grado de racionalidad a las decisiones que se tomen en los diferentes sectores.

Las políticas de salud pública tienen un impacto profundo en la salud de la población. El artículo de Browson, “compresión de las políticas de salud basadas en la evidencia” describe tres dimensiones clave de la política en salud basadas en la evidencia: proceso (comprender actuaciones que incrementan la probabilidad de adoptar una política de salud), contenido (identificar elementos de políticas de salud específicas que probablemente son efectivas) y resultados (para documentar el impacto de las políticas).

El artículo “El impacto de la Política en la Salud” de V. Navarro y otros (2007), presenta los resultados del estudio que analizó el impacto que tiene el poder político sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida en la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico desde 1950 hasta 1998. La principal conclusión del estudio es que la duración de los gobiernos de partidos pro-redistributivos desempeña un papel importante en la reducción de las desigualdades de renta y en la disminución de la mortalidad infantil.

Actualmente la evaluación de las políticas es un área en expansión dada la obligatoriedad de analizar el impacto en salud de las políticas que se ponen en marcha. Habrá que desarrollar guías para la evaluación de las políticas de salud y potenciar la investigación y puesta en práctica de las políticas basadas en la evidencia.

Referencia

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724448/>

Referencia

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000100002