

Planes de salud

Alba Benaque Vidal

PID_00206573



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

1. Definición.....	5
2. La planificación sanitaria y el contexto.....	7
3. Los planes de salud en España.....	9
4. Elaboración de los planes de salud.....	12
5. La evolución de los planes de salud.....	17
6. Plan de salud de Cataluña 2011-2015.....	21
Bibliografía.....	25

1. Definición

El concepto central del cual partimos es considerar que el nivel de salud de la población es el resultado de la influencia de múltiples factores biológicos, ambientales, sociales y económicos. Lo que se traduce en un proceso de planificación que va más allá de la respuesta a las necesidades en materia de servicios sanitarios de carácter asistencial.

El planteamiento es cualitativamente diferente, pues se trata de un enfoque de la planificación sanitaria por objetivos de salud.

Se plantea una reflexión en torno al proceso de elaboración, implantación y evolución de los planes salud, así como el futuro de la planificación por objetivos en nuestro país.

Los planes de salud son instrumentos de política sanitaria, que, en el marco de los objetivos del sistema sanitario, establecen las orientaciones del sistema, identifican los problemas y necesidades prioritarias, definen las áreas de actuación y orientan las estrategias de intervención.

El modelo considerado más apropiado de plan de salud es el que establece vínculos de interacción de la organización con su entorno. La planificación que no tiene en cuenta las necesidades de la población, sino que solo tiene en cuenta los recursos, está orientada al fracaso. En este sentido, la OMS recomendó la realización de planes de salud orientados hacia la salud de la población, comprendiendo todas las aproximaciones dirigidas a promocionar la salud, a mejorar la igualdad y a acrecentar la eficacia práctica y económica, así como la calidad de los servicios sanitarios.

Los planes de salud, para ser eficaces, precisan de un nexo entre la formulación de políticas de salud y el funcionamiento operativo de los sistemas, por lo que es necesario el desarrollo de instrumentos estratégicos (plan estratégico de servicios) y tácticos (contrato-programa) que vinculen la política sanitaria (plan de salud) con los servicios prestados por los centros de responsabilidad y a su vez, las actuaciones profesionales respondan no solo a la necesidad individual, sino que también sean coherentes con la política de salud.

Los planes de salud se han desarrollado para dar respuesta al reto que supone abordar los múltiples determinantes que afectan a la salud de una comunidad y para marcar el rumbo de las políticas, no solo del sistema sanitario sino también de todos los agentes implicados. Se trata, por tanto, de un plan del Gobierno que no se limita al ámbito sanitario. El Plan de salud propone una actuación multisectorial con la finalidad de aumentar el nivel de salud de la

población. En consecuencia, el Plan de salud debe servir como referencia tanto al Departamento de Sanidad como a los distintos agentes, ayuntamientos e instituciones relacionados con la salud de la comunidad.

El Plan pretende definir las líneas estratégicas de las políticas de salud que permitan orientar la actividad de los distintos sectores involucrados en las necesidades más importantes de salud de la población. En este sentido, es necesario recordar que el concepto “salud” no es sinónimo de “sanitario”, y que, por lo tanto, muchas de las intervenciones relacionadas con la salud de una población sobrepasan las atribuciones específicas del sistema sanitario e implican a otros agentes.

Dos **objetivos principales** dirigen los planes de salud:

- 1) Mejorar la salud de la población aumentando la duración de la vida y el número de años de vida saludable.
- 2) Mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales de salud.

La selección de las áreas prioritarias a las que se dirige el plan se realiza teniendo en cuenta la magnitud y relevancia de los problemas de salud, la estimación de su evolución durante los próximos años, su impacto social y económico, la disponibilidad de intervenciones efectivas y eficientes, así como la posibilidad de valorar la efectividad de las intervenciones.

Departamentos y agentes sociales que pueden implicarse en un plan de salud

1) Departamentos

- Sanidad y Consumo
- Empleo y Asuntos Sociales
- Educación
- Medio Ambiente, Planificación territorial, Agricultura y Pesca
- Interior
- Economía y Hacienda

2) Agentes sociales

- Asociaciones de empresariales del sector alimentario, sector medioambiental, agrario y sanitario
- Asociaciones de usuarios y pacientes del sistema sanitario
- Sector educativo
- Asociaciones ciudadanas
- Colegios profesionales

2. La planificación sanitaria y el contexto

Aunque son conceptos ampliamente ya trabajados en los contenidos generales sobre planificación, cabe recordar que planificar significa avanzar al futuro y que su finalidad última es, en el caso de la planificación sanitaria, mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos. A partir de la situación presente, se pretende llegar a un futuro deseable, proponiendo intervenciones que tienen en cuenta la evidencia científica disponible, su aplicabilidad y aceptación.

¿Cuál es el contexto en el que opera la planificación sanitaria?

- El alcance de la planificación en salud en el momento actual.
- Los objetivos de salud como instrumentos de política sanitaria.
- La necesidad de compromiso político.

Las importantes transformaciones sociales y económicas ocurridas en las últimas décadas del siglo XX, y las que, de manera constante y a un ritmo acelerado, estamos viviendo actualmente, han ido configurando nuevos escenarios que han tenido un gran impacto en la salud y necesidades de la población. Por extensión, la planificación en el ámbito de la salud se ha convertido en una labor muy compleja por la multitud de factores que inciden en ella, y entre los que hay que señalar, el contexto social y político en el que se desarrolla. Es pues un ejercicio extraordinariamente dinámico y que a menudo ultrapasa el ámbito estrictamente sanitario, y requiere la implicación de otros sectores de la sociedad.

Las políticas de salud tienen que hacer frente a problemas derivados de los fenómenos demográficos (envejecimiento de la población, migraciones), cambios en el patrón epidemiológico (enfermedades crónicas, degenerativas, accidentes y discapacidades) y en los estilos de vida de la población (drogas, tabaco, sedentarismo, etc.). Es importante insistir en que, aunque el sistema sanitario es una pieza clave, no se puede pensar en el mantenimiento y la mejora de la salud si no se actúa sobre los aspectos relacionados con el bienestar, como son el trabajo, la educación, la cultura, la vivienda, etc. En definitiva, sobre las condiciones de vida de la población. Se requieren, pues, abordajes multisectoriales para actuar sobre aspectos estructurales de la sociedad que actúan como determinantes para la salud. Este planteamiento tiene que incorporar, además, la preocupación por la equidad y por la disminución de las desigualdades en salud y focalizar las intervenciones en los grupos más vulnerables.

El establecimiento de objetivos de salud en política sanitaria se ha revelado como una buena herramienta. Históricamente, el origen del enfoque por objetivos se sitúa en el entorno empresarial, en lo que en la primera mitad del siglo XX se dio a conocer con el término “dirección por objetivos”, que plantea

la importancia de identificar los objetivos a alcanzar y dirigir las actividades y esfuerzos en dicha dirección. Posteriormente, el concepto y la metodología del proceso de planificación han sido aplicados en el ámbito sanitario.

“Haciendo un balance de beneficios y objeciones, podemos concluir que el establecimiento de objetivos puede ser una importante herramienta en política sanitaria. Dentro de un proceso estructurado, los objetivos de salud hacen explícitas las prioridades en políticas de salud. También generan mecanismos para monitorizar si se avanza en la dirección deseada”.

L. M. Van Herten; L. G. Gunning-Schepers (2000). “Targets as a tool in health policy. Part I: Lessons learned”. *Health Policy* (núm. 52, pág. 1-11).

Sin embargo, el papel de la planificación es básicamente de apoyo a la toma de decisiones, ya que se requiere voluntad política para hacer de la planificación un punto de partida para pasar a la acción y no un mero ejercicio académico.

“Los documentos pragmáticos de objetivos en salud son un asunto altamente político. A pesar de ser iniciados por los gobiernos, participan muchas instituciones y expertos en la redacción de los borradores. Muchos de los programas están condenados al fracaso por la falta de compromiso político, de consenso o de incorporación de incentivos y sanciones. Algunos solo se redactan para estimular el debate sobre los objetivos de salud. Encontrar el equilibrio de lo tecnocrático y lo participativo y entre arriba y abajo sigue siendo un reto para establecer objetivos de salud que tengan éxito.”

M. Wismar; R. Busse; (2000). “Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2)”. *Health Policy* (núm. 59, pág. 223-241).

3. Los planes de salud en España

La adhesión formal de España a la estrategia de la OMS “Salud Para Todos” se materializó con la publicación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo del documento “Estrategia de salud en el año 2000 en España”, el cual constituía el marco de referencia para el diseño y formulación de los planes de salud de las diferentes comunidades autónomas y del plan integrado para todo el territorio español, previsto en la Ley General de Sanidad.

¿Cómo se ha desarrollado la planificación por objetivos de salud en España?

- Importancia de la introducción de la planificación por objetivos en nuestro país.
- Los planes de salud elaborados por las comunidades autónomas.

Los planes de salud introducen la planificación por objetivos de salud, basada en un concepto positivo de salud, y se conciben como un instrumento de cambio y un plan para la acción, considerando los objetivos propuestos como un medio para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos. Se pasa de centrar los objetivos en la organización y la productividad de los servicios, a hacerlo en la salud de la población y a extender la responsabilidad sobre la salud a otros ámbitos no estrictamente sanitarios y a los propios ciudadanos.

Todas las comunidades autónomas, a distintas velocidades, han elaborado planes de salud, respaldados políticamente y publicados. También se publicó en 1985 el Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, sin embargo, ha quedado pendiente la elaboración del Plan integrado de salud previsto en la Ley General de Sanidad. Los distintos PS elaborados por las comunidades autónomas en la década de los noventa han sido objeto de análisis en cuanto a la metodología de elaboración, estructura y contenido. La mayoría tiene una parte introductoria en la que se presentan los valores y principios que inspiran el plan, seguida del análisis de situación o diagnóstico de salud en el que se describen las características sociodemográficas de la población y los indicadores de salud. Generalmente, en una segunda parte se plantean las áreas prioritizadas y los objetivos cuantificados que expresan el cambio o resultados a alcanzar, así como el horizonte temporal. También se describen las estrategias, actividades y ámbitos o entornos en que estas deben desarrollarse. La revisión de los distintos PS ha coincidido en que el número de objetivos formulados es, en general, demasiado elevado, destacando que no todos los planes incluyen propuestas para su evaluación y, especialmente, la ausencia de previsión económica para el desarrollo de las propuestas.

En términos generales, los contenidos de los planes de salud de las comunidades autónomas son similares, ya que los fenómenos demográficos, como el envejecimiento y la inmigración, afectan a todas las comunidades en menor o mayor grado. El patrón epidemiológico de la población española se caracteriza por la importancia de las patologías crónicas y degenerativas propias de la edad adulta y de la vejez, los trastornos mentales, los accidentes y los problemas relacionados con los estilos de vida.

Principales problemas incorporados en los planes de salud

- Cardiovasculares
- Cáncer
- *Diabetes mellitus*
- Salud mental
- Patología osteoarticular
- Problemas de salud de los inmigrantes
- Problema de salud materno infantil
- Anorexia y bulimia nerviosa
- Accidentes
- Dolor
- Trastornos cognitivos y de la conducta
- Maltrato a mujeres, niños y personas mayores
- Utilización de los medicamentos
- Satisfacción de los usuarios

Intervenciones prioritarias en los planes de salud

- Detección y control de la hipertensión
- Detección y control de la hipercolesterolemia
- Prevención y control del tabaquismo
- Promoción de la actividad física
- Reducción del exceso de peso
- Mejora de los hábitos de alimentación y nutrición
- Cribado del cáncer genital femenino y de mama
- Prevención de accidentes
- Prevención y control del sida
- Prevención y control del alcoholismo y otras drogodependencias
- Vacunaciones sistemáticas y no sistemáticas
- Prevención y control de las MTS
- Prevención de los problemas de salud laboral
- Prevención y control de la tuberculosis
- Prevención y control de las infecciones nosocomiales
- Prevención de la caries dental
- Medio ambiente saludable
- Higiene de los alimentos

“Los planes de salud son documentos donde domina la pulsión por la exhaustividad; para describir los problemas de salud hay que emplear más de 80 códigos temáticos (pareciera existir una gran prevención ante el posible “olvido” de algún tema); al hablar de todo, las prioridades se disuelven, y el texto se hace retórico; en vez de acciones específicas para gestionar, se recopila un elenco de recetas de acción que apelan ambiguamente a agentes para su implementación”.

J. R. Repullo; A. Otero (1999). “Planes de salud: sueño, espejismo o némesis”. *Gac Sanit* (vol. 6, núm. 13, pág. 474-477).

Con posterioridad al año 2000, las comunidades autónomas han elaborado sucesivos planes de salud, que tienen periodos de vigencia diferentes según la comunidad. A partir de la experiencia han introducido cambios que se han

materializado, en algunos casos, en la incorporación de nuevos enfoques, mejoras en los sistemas de información y avances en el análisis de situación, en la disminución del número de objetivos, la inclusión de indicadores de evaluación y ampliación de los procesos de participación.

La aplicación y desarrollo de los planes se ha llevado a cabo fundamentalmente a través de: programas poblacionales como el de cribado para la detección precoz del cáncer de mama, programas o acciones intersectoriales (salud laboral, salud escolar, seguridad viaria, etc.), iniciativas legislativas, como la normativa sobre tabaquismo, contratos a proveedores de servicios sanitarios y sociosanitarios, estrategias en salud pública, como son los programas sobre drogadicción, sida, tuberculosis y vacunaciones, instrumentos para reducir la variabilidad de la práctica clínica (guías, criterios, recomendaciones), proyectos de investigación, iniciativas en torno a los sistemas de información y actividades de formación dirigidas a profesionales.

Con respecto a la evaluación de los planes, teóricamente cierra el ciclo y habría de permitir conocer hasta qué punto los objetivos previamente establecidos han sido alcanzados, orientar la formulación de los nuevos objetivos de cara al futuro y ser además un mecanismo de rendición de cuentas y transparencia. Sin embargo, los objetivos, a menudo, no dejan de ser una declaración de intenciones, ya que no siempre están cuantificados o están previstos los indicadores de evaluación.

Cataluña ha evaluado y publicado el grado de consecución de los objetivos de salud y de disminución de riesgo que fueron fijados de forma cuantitativa para el año 2000.

Finalmente, comentar que existen numerosas publicaciones en torno a los planes de salud elaborados en España. También se han desarrollado jornadas de debate e intercambio de experiencias en las que han participado profesionales de los distintos ámbitos y disciplinas implicados (administración y planificación sanitaria, epidemiología, gestión, clínica y sociedades científicas).

4. Elaboración de los planes de salud

De manera muy general, hemos introducido lo que ha sido la incorporación de las comunidades autónomas a la planificación en salud en un contexto totalmente nuevo como es el de un estado descentralizado. Aunque las bases metodológicas de la planificación de salud se tratan en otros apartados, es imprescindible resaltar aspectos que son cruciales en la elaboración de planes de salud.

Aspectos clave del proceso de elaboración de los planes de salud

- 1) Diseño del proyecto y criterios de calidad
- 2) Identificación de problemas y prioridades de intervención
- 3) Formulación de objetivos
- 4) Participación y difusión

Recordemos que el ciclo clásico de planificación se desarrolla en diversas etapas que configuran un proceso cíclico y dinámico que se renueva periódicamente. Se inicia con el análisis de la situación de la salud, de sus condicionantes y de los servicios. Continúa con la identificación de los problemas que hay que definir y estudiar, se seleccionan los problemas susceptibles de intervenciones de acuerdo con criterios explícitos y se establecen los objetivos y los indicadores de evaluación. Se sigue con la aplicación de las propuestas y la evaluación del logro de los objetivos. Esta última etapa enlaza con la elaboración del plan para el periodo siguiente.

1) Diseño del proyecto y criterios de calidad

En el inicio del proceso, antes de empezar el ciclo clásico, la fase de diseño es clave. Para garantizar la coherencia y la calidad, es necesario planificar de antemano el proceso de elaboración. Partiendo de los principios y valores del contexto político y social en el que se desarrolla el proceso, hay que decidir los criterios de calidad del producto final, los aspectos metodológicos, puntos críticos, cronograma e incluso la redacción del documento y su presentación.

Criterios de calidad del proceso de elaboración del Plan de salud

- Compromiso institucional
- Expresión de las diferencias en el territorio y grupos de población
- Selección de las áreas prioritarias de intervención
- Intervenciones basadas en la evidencia científica
- Selección de los objetivos (pertinentes y de logro posible)
- Equilibrio prevención/asistencia/rehabilitación en las propuestas
- Asignación presupuestaria
- Perspectiva intersectorial
- Implicación de los servicios sanitarios
- Participación de diferentes ámbitos profesionales y sociales

2) Identificación de problemas y priorización de las intervenciones**a) Identificación de las intervenciones**

A pesar de las limitaciones existentes, el desarrollo de las fuentes y sistemas de información demográfica y sanitaria en nuestro país ha sido notable. Se dispone de un buen conjunto de indicadores de salud y servicios que permiten el desarrollo de los procesos de planificación y evaluación. Además, se han desarrollado encuestas de salud, registros, estudios específicos, para responder, en buena medida, a la necesidad de disponer de información para la elaboración y evaluación de los planes de salud. Generalmente, en la identificación de problemas y selección de las intervenciones priman los criterios epidemiológicos, como son la magnitud, gravedad de los problemas y evidencia de las intervenciones disponibles.

b) Priorización de las intervenciones

La coyuntura de los sistemas sanitarios de los países desarrollados (envejecimiento de la población, fenómenos migratorios, avances científicos y tecnológicos, costes crecientes del gasto sanitario, expectativas y demandas de profesionales y de la población) obligan a abrir un proceso de apoyo a la toma de decisiones que permita destacar las intervenciones a las que hay que dar una mayor prioridad.

Figura 1. Factores a tener en cuenta en la identificación de problemas y selección de intervenciones



Las necesidades a satisfacer son numerosas y podríamos decir que compiten entre ellas para ser seleccionadas, es por eso por lo que la priorización aparece como una tarea muy difícil. Tiene carácter político, social y técnico. El objetivo sería orientar los recursos a aquellas áreas que más preocupan a la sociedad y que tendrían un mayor impacto en la salud de la población. Por ello es necesario dotarse de una metodología rigurosa para establecer prioridades que, adaptándose a nuestro contexto, favorezcan la transparencia y la participación.

Entre los países que han llevado a cabo y publicado procesos de priorización, se encuentran el estado de Oregon, Canadá, Nueva Zelanda y Suecia.

3) La formulación de objetivos

Constituyen la declaración explícita de los resultados que se espera alcanzar en salud y/o servicios mediante el desarrollo de intervenciones efectivas y estrategias propuestas para responder a problemas identificados. El gráfico plantea la formulación de los distintos tipos de objetivos siguiendo una secuencia en cascada situándolos en los distintos niveles de la estructura organizativa. Según el horizonte temporal, hablaríamos de objetivos a largo/medio/corto plazo. En este sentido, los objetivos de salud suelen tener un horizonte a largo plazo, mientras que los más operativos pueden situarse en períodos más cortos.

Lectura recomendada

www.healthypeople.gov/state/toolkit/priorities.htm

Figura 2

Ámbito de decisión	Estratégico/Central	Táctico/Territorial	Operativo/Local
Principios/Valores			
Objetivos estratégicos de salud/Servicios			
Objetivos operacionales			
Actividades/Programas			
Indicadores			

La definición de objetivos requiere determinados requisitos metodológicos. Recogemos la propuesta que resume el acrónimo SMART.

“Los requisitos metodológicos pueden ser resumidos con el acrónimo *SMART* –*specific, measurable, realistic and time-bound*. Para mejorar la aceptación de los objetivos de salud, estos deben ser específicos, evaluables: claros, de fácil comprensión para el público, los políticos, administradores sanitarios y profesionales y con posibilidad de conseguir resultados tangibles y políticamente deseables.

La consecución de los resultados depende de la consistencia de la evidencia disponible: se requiere una amplia visión epidemiológica, conocimiento de la efectividad de las intervenciones y del periodo de latencia entre la intervención y el efecto. Es mejor ser selectivo y elegir un número limitado de objetivos. Pocos focos de atención y discusión orientan la participación y diluyen las posibilidades de fragmentación. Tienen que ser realistas, deben suponer un reto, pero su logro debe ser posible”.

L. M. Van Herten; L. J. Gunning-Schepers (2000). “Targets as a tool in health policy. Part II: Guidelines for application”. *Health Policy* (núm. 53, pág 13-23).

“Proponemos extender SMART, propuesta para formular con éxito los objetivos a SMARTIHS, incluyendo servicios de salud”.

R. Busse; M. Wismar (2002). “Health target programmes and health services-any link? A conceptual comparative study (part 1)”. *Health Policy* (núm. 59, pág. 209-221).

A modo de ejemplo presentamos lo que sería el abordaje de un problema de salud concreto con un enfoque global, que va de la prevención a la rehabilitación, y donde los distintos niveles y entornos tienen su contribución.

Situación de salud adversa	Intervención	Resultado esperado
Condiciones sociales y ambientes desfavorables	Políticas sociales y medio ambientales	Mejora de las condiciones sociales y ambientales
Estilos de vida desfavorables	Acciones de salud pública y promoción de la salud	Modificaciones favorables en los estilos de vida
Prevalencia de factores de riesgo elevada	Detección y control de los factores de riesgo	Reducción de la población en riesgo elevado

Situación de salud adversa	Intervención	Resultado esperado
Aparición de la enfermedad o del problema de salud	Servicios asistenciales incluidos los urgentes	Reducción de la letalidad asociada a la enfermedad
Discapacidad y riesgo de recurrencia	Rehabilitación y seguimiento de los pacientes	Mejora de la funcionalidad y reducción del riesgo y recurrencia
Discapacidad y complicaciones avanzadas	Atención adecuada al final de la vida	Muerte digna y calidad de vida antes de la muerte

Fuente: Adaptado de *Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke*

4) La participación: la incorporación de la perspectiva de los agentes

Tanto la ciudadanía como los profesionales y las autoridades sanitarias han de ser agentes con presencia en el proceso. Hasta el momento la elaboración de planes de salud se ha situado, fundamentalmente, en el terreno de las autoridades sanitarias y han sido los técnicos de planificación de los departamentos de salud los responsables de llevar a cabo el proceso y de la elaboración de los documentos. Los profesionales sanitarios (gestores, asistenciales) y las sociedades científicas han participado, sobre todo, en la identificación de problemas y diseño de las intervenciones. La participación de los ciudadanos es uno de los criterios de calidad que resulta difícil cumplir. Aunque ha habido experiencias, falta mucho por hacer y aprender. En este sentido, la presencia y aportaciones de asociaciones de pacientes y usuarios y otras redes existentes en la comunidad pueden ser un mecanismo para incorporar su visión a la formulación de políticas de salud y de servicios.

Por otro lado, hay que crear condiciones para hacerla posible, propiciando espacios y canales para la participación y dotándose de instrumentos y capacidad para articular una participación efectiva.

“Los usuarios se ven a sí mismos como consumidores de servicios sanitarios, más que como receptores pasivos de decisiones clínicas, y están redefiniendo su posición como ciudadanos del estado del bienestar. Cada vez más, se muestran miembros activos, informados y exigentes, y con voluntad de asumir su cuota de responsabilidad”.

O. Ania; P. Brugulat (2003). “Els ciutadans y les professions sanitàries”. *Monografies* (núm. 9). Barcelona: Institut d’Estudis de la Salut.

5. La evolución de los planes de salud

Los más optimistas consideran que trabajar por objetivos de salud ha influido en la agenda sanitaria y ha contribuido a expandir el ámbito de la salud a otros sectores. Otras visiones más pesimistas y críticas resaltan el carácter, a menudo demasiado académico y administrativo, que han tenido estos procesos, y el poco impacto que han tenido en la “vida real” las propuestas.

¿Cuál es el futuro?

- 1) Fortalezas y debilidades.
- 2) Líneas de avance: instrumentos de planificación y gestión, nuevos enfoques, participación y compromiso.

A pesar de las limitaciones, la planificación por objetivos de salud sigue reconociéndose como un instrumento válido, porque en política sanitaria la definición de objetivos es esencial: ayuda a mantener la legitimidad política y obliga a rendir cuentas sobre el logro de los objetivos propuestos.

“Es importante reconocer que, aunque la dinámica profesional, política y social a la que se enfrenta el sector sanitario no es única, refleja las opciones críticas que probablemente tienen los ciudadanos y quienes toman las decisiones en el siglo XXI en todos los campos de la política. La introducción de metas y objetivos de salud debe valorarse no solo como un intento de aplicar un nuevo tipo de justificación de la eficacia y gestión al sector sanitario, sino como una respuesta a un nuevo contexto de acción en el campo de la salud pública. Los objetivos de salud han contribuido a expandir el ámbito de la salud a otros sectores políticos y a la sociedad civil. También han ayudado a conformar un nuevo tipo de orden en la agenda sanitaria, y mediante su formulación y aplicación, han contribuido a los nuevos patrones de reparto de poder.

Ilona Kickbush. *Perspectivas sanitarias para el siglo XXI*.

Existen claros argumentos que indican que el establecimiento de objetivos incorpora racionalidad y transparencia a la política de salud. En el establecimiento de objetivos de salud, los aspectos relacionados con la salud de la población se analizan con perspectiva, lo que facilita la comprensión de cuáles son las necesidades y permite identificar grupos que necesitan mayor atención. Los objetivos de salud permiten enfocar las políticas y aumentan su visibilidad. Proporcionan coherencia a programas sanitarios dispersos y hacen emerger necesidades poco tenidas en cuenta en las estrategias de salud. El establecimiento de objetivos estimula el debate y aporta un lenguaje común en relación con los programas y prioridades. Mejoran la gestión porque los objetivos ayudan a clarificar si una determinada política es realista en términos de estrategias, calendarios y recursos, y favorecen el *benchmarking* de cara a la evaluación de los resultados...”

L. M. van Herten; L. J. Gunning-Schepers (2000). “Targets as a tool in health policy. Part I: lessons learned”. *Health Policy* (núm. 52, pág. 1-11).

La experiencia de más de una década de planificación por objetivos de salud y servicios es un capital de partida. El esfuerzo realizado por las comunidades autónomas para iniciarse en la planificación por objetivos de salud supuso llevar a cabo un ejercicio técnicamente complejo y que, aunque de manera desigual, ha contribuido a:

- Impulsar los sistemas de información sanitaria: nuevas fuentes de información, indicadores y mejora de las ya existentes.
- Identificar problemas, necesidades y prioridades.
- Definir objetivos de salud y servicios, cuantificados y con un horizonte temporal y definir su evaluación.
- Traducir los objetivos de salud y servicios en los contratos.
- Ayudar a la gestión a establecer objetivos asistenciales.
- Facilitar la participación de profesionales.
- Dar coherencia a las actividades sanitarias.
- Hacer explícito el compromiso de las administraciones públicas.
- Evaluar resultados y rendir cuentas.
- Trabajar intersectorialmente.
- Conectar las políticas con los presupuestos.

Sin embargo, estos aspectos son las dos caras de la misma moneda, ya que habrían de ser, a su vez, junto a nuevos enfoques y al desarrollo de nuevos instrumentos de planificación y gestión, las principales líneas de avance.

“En primer lugar, la estrategia de salud debe ser una estrategia a nivel de gobierno y no solo de los departamentos de salud. Formalmente, habría que garantizar un respaldo amplio al plan de salud de, al menos, los departamentos correspondientes de Salud, Medio Ambiente, Educación y Bienestar Social, y un apoyo global del Gobierno para que cada departamento integre las estrategias de salud en su debate interno sobre prioridades. Debería, en segundo término, ampliarse el ámbito de determinación de prioridades a objetivos diferentes a los de salud.

Reconociendo que la estrategia de salud abarca no solo a objetivos de salud sino también a objetivos de procedimiento, como la satisfacción con los servicios recibidos, los tiempos de espera y los derechos procedimentales (segunda opinión, libre elección, información sobre el estado de salud, aspectos hosteleros y otros), el plan debería definir las estrategias de compra más adecuadas para los objetivos estratégicos perseguidos. La estrategia de salud debe dejar de ser una declaración de objetivos y prioridades (intenciones) y pasar a tener una vocación asignativa precisando prestaciones que corresponden al sistema sanitario y a otras instancias y los requisitos para la viabilidad financiera de las propuestas.”

J. M. Cabasés; I. Gaminde; L. Gabilondo (1999). “Planes de salud”. *Gac. Sanit.* (vol. 6, núm. 13, pág. 478-480).

“Es necesario desarrollar un enfoque integrado que combine los objetivos de salud en todas las áreas susceptibles de intervención, incluidos los servicios de salud, para poder utilizar todo el potencial de los programas de objetivos de salud”.

R. Busse; M. Wismar (2002). “Health targets programmes and health care services. Any link? A conceptual and comparative study (part 1)”. *Health Policy* (núm. 59, pág. 209-221).

Aspectos para avanzar en los planes de salud

1) Dotarse de nuevos instrumentos. Trabajar por objetivos de salud parece ser un buen horizonte. Pero para pasar de un mero ejercicio retórico a la acción, es necesario dotarse de nuevos instrumentos, hacer más operativos los ya existentes y mejorar los compromisos y condiciones para alcanzarlos. En esta línea se han elaborado: planes de servicios, planes directores (en la línea de los “National Service Frameworks”: Enfermedad coronaria, cáncer, curas pediátricas, salud mental, enfermedades crónicas, envejecimiento: promovidos por el National Health Service: www.dh.gov.uk), contratos a proveedores.

2) Descentralización de los procesos de planificación sanitaria a nivel local. Canadá, países nórdicos y Australia son pioneros en la descentralización sanitaria.

3) Gestionar la aplicación del plan de salud. Para desarrollar y reforzar la potencialidad del PS, habría que mejorar la gestión de su aplicación en su conjunto, siendo especialmente importante la información y difusión de los contenidos, la compra de servicios a proveedores, la contraprestación económica, los incentivos, la formación, la elaboración de guías de práctica clínica y una mayor implicación de los profesionales del ámbito de la gestión y asistencial.

4) Incorporación de nuevos enfoques a los planes de salud. En los últimos años, el interés por el impacto de las desigualdades en la salud ha ido en aumento. Cada vez son más las fuentes de información sanitaria que de manera

sistemática suministran información desagregada, que permite conocer el estado de salud de mujeres y varones, considerando las especificidades de género y también, aunque en menor grado, sobre nivel socioeconómico.

5) Participación y compromiso. La sociedad del siglo XXI ha de ser construida sobre la base de la participación de los diferentes sectores y de la ciudadanía, asumiendo cada uno su cuota de responsabilidad, y de una cultura que incorpore la transparencia y la necesidad de rendir cuentas a nivel individual y colectivo. Ciudadanos, políticos, instituciones y profesionales han de redefinir su posicionamiento con respecto a la salud y la enfermedad. Es necesario generar un amplio debate social sobre los límites del conocimiento científico y del sistema sanitario en un contexto de sostenibilidad, con el objetivo de redefinir un nuevo contrato social.

“Sin un planteamiento radical del contrato social entre la población y el sistema sanitario, la viabilidad está comprometida. Pero no solo por razones económicas, sino por la magnitud de los conflictos de intereses y la carencia de valores que permitan afrontarlos con probabilidades de éxito.”

A. Segura Benedicto (2005). “La salud y la sociedad. El papel de la medicina y la salud pública. Cambio de modelo: un nuevo contrato social”. En: J. R. Repullo; L. A. Oteo. *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible* (pág. 371-372). Barcelona: Ariel.

6) Incluir estudio de costes.

7) Potenciar el seguimiento y evaluación del impacto en salud.

6. Plan de salud de Cataluña 2011-2015

El Gobierno de Cataluña, para preservar el derecho a la protección de la salud del que disfrutaban los ciudadanos, establece una respuesta triple.

- En primer lugar, proteger la salud individual y colectiva, objetivo que canalizan la Agencia de Salud Pública de Cataluña y las políticas interdepartamentales.
- En segundo lugar, atender médica y sanitariamente a las personas enfermas, lo que garantiza el Servicio Catalán de la Salud.
- En tercer lugar, y para acabar, desarrollar la investigación biomédica, lo que se lleva a cabo mediante el Programa de investigación e innovación de Cataluña.

Materializa la triple respuesta en relación con los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria, basando sus políticas públicas y actuaciones sobre tres pilares:

- El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.
- El Plan de Salud Interdepartamental.
- El Plan de Investigación Biomédica.

Asimismo, más adelante, el Gobierno tendrá que desarrollar un plan específico en relación con el liderazgo clínico y asistencial, ya que los tres pilares anteriores se vehiculan por medio de los profesionales sanitarios, que son los actores principales para resolver los problemas de salud de la población de la manera más adecuada a las necesidades.

El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 emana de un mandato de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) y, por lo tanto, no es un plan determinado por el difícil entorno económico actual, aunque sí que habrá que desarrollarlo en esta realidad. Este plan tiene la voluntad de racionalizar y optimizar el uso de los recursos, pero a partir de la eficiencia clínica a la hora de abordar la atención médica y sanitaria de los ciudadanos.

En Cataluña, como en general en los países desarrollados, a raíz de las políticas de salud pública y asistencial y los avances en investigación, se ha incrementado la esperanza de vida de la población. Este hecho modifica de forma notable el patrón de la demanda sanitaria. Al mismo tiempo, también se han introducido nuevos elementos de demanda social, que coinciden con otros cambios sociológicos de la población.

Por eso es necesario que el modelo de salud haga frente a los retos de los nuevos paradigmas de la demanda. Así, la atención médica y sanitaria ha puesto el acento en aspectos organizativos, porque de esta manera lo requerían el tiempo y la necesidad de garantizar servicios. Ahora bien, el sistema es todavía más reactivo ante la demanda que proactivo con respecto a la ordenación y a la gestión del riesgo de enfermar.

Sin embargo, en diferentes lugares de Cataluña, se han iniciado experiencias de reorientación y de equilibrio entre la gestión de la oferta y de la demanda en aspectos como la atención a los enfermos crónicos, la atención y la hospitalización domiciliarias o iniciativas como el programa “Paciente Experto”, entre otros.

Estas experiencias refuerzan y hacen claramente visible lo que es obvio y que es, al mismo tiempo, el principio del Plan de salud de Cataluña 2011-2015, al que se subordinan todas las líneas de actuación que este determina: la organización de la atención sanitaria debe estar al servicio de la consecución de los objetivos de salud.

Ahora bien, el Gobierno quiere que el Plan de salud de Cataluña 2011-2015 aporte a los ciudadanos:

- Una mejor accesibilidad a los servicios y que haya más resolución de sus problemas de salud, por lo que reforzará la atención primaria como primer nivel.
- Que ganen en equidad en el acceso a los servicios de atención especializada y altamente especializada y que haya más calidad en los resultados.
- Priorizar, por este orden, una atención médica y sanitaria de calidad, que se proporcione con la mayor rapidez posible en función de la gravedad de la enfermedad o el riesgo y, finalmente, que esté lo más cerca posible. Y todo ello lo quiere aportar con los recursos disponibles y con una gestión sanitaria adecuada.

Este es, por lo tanto, un plan que integra la perspectiva de salud y la de servicios. Es, pues, un plan estratégico de salud que, además, incluye un plan de actuaciones que aborda la ejecución de proyectos concretos desde la perspectiva de la organización y la gestión de los servicios sanitarios. El desarrollo del Plan de salud incluye un plan de actuación de cada región sanitaria de acuerdo con la realidad de cada una de ellas.

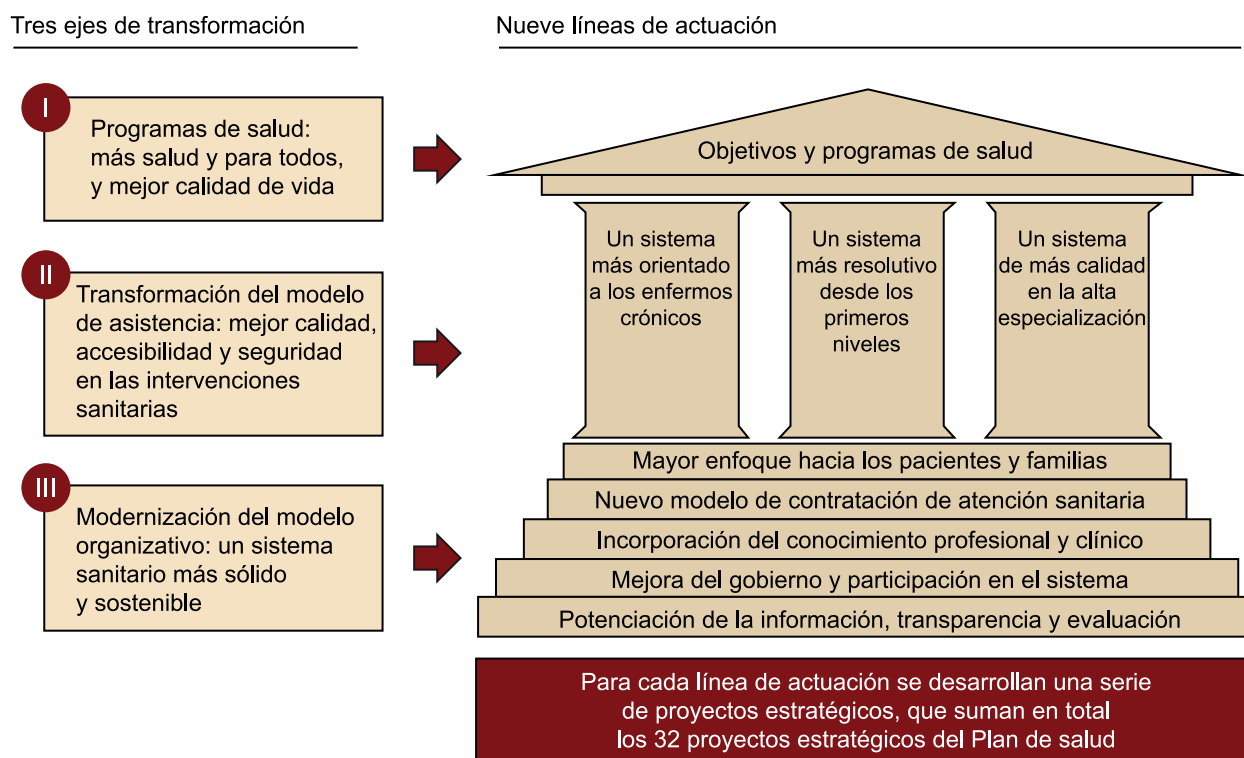
Este Plan de salud de Cataluña 2011-2015 quiere responder al mensaje de la Organización Mundial de la Salud en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010:

“Todos los países pueden hacer algo, muchos de ellos mucho, para mejorar la eficiencia de sus sistemas sanitarios, liberando así los recursos que se podrían emplear para cubrir a más gente, más servicios y/o más gastos.”

Para generar este plan de salud se han analizado las experiencias y las iniciativas llevadas a cabo en Cataluña y en el Estado español, se han valorado las reformas en los países del entorno y se han tomado en consideración los informes de organismos internacionales y de expertos.

El Plan de salud 2011-2015 se estructura en tres ejes de transformación, nueve grandes líneas de actuación y treinta y dos proyectos estratégicos, que conforman la hoja de ruta del sistema sanitario hasta 2015.

Figura 3. Ejes de transformación y líneas de actuaciones. Plan de salud de Cataluña 2011-2015



Lectura recomendada

Os recomendamos la lectura del resumen ejecutivo del Plan de salud en Cataluña 2011-2015 disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf

Podéis comparar la evolución de este último plan de salud 2011-2015 con planes anteriores en Cataluña y podréis observar que es un plan de salud de estructura y formulación de objetivos distinta a los anteriores, en el cual se incorporan varios de los aspectos tratados en el módulo, así como las propuestas de avances en los planes de salud.

Bibliografía

Ania, O.; Brugulat, P. (2003). "Els ciutadans y les professions sanitàries". *Monografies* (núm. 9). Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.

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

Brownson, R. y otros (sept., 2009). "Understanding Evidence-Based Public Health Policy". *Am J Public Health*. (vol. 9, núm. 99, pág. 1576-1583).

Busse, R.; Wismar, M. (2002). "Health target programmes and health services-any link? A conceptual comparative study (part 1)". *Health Policy* (núm. 59, pág. 209-221).

Cabasés J. M.; Gaminde, I.; Gabilondo, L. (1999). "Planes de salud". *Gac. Sanit.* (vol. 6, núm. 13, pág. 478-480).

Cabasés, J. M.; Gaminde, I.; Gabilondo, L. (2000). "Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain". *European Journal of Public Health* (vol. 10, núm. 4, pág. 45-50).

Duran A. (2004). *Políticas y sistemas sanitarios.* Escuela Andaluza de Salud Pública.

Elola Somoza, J. (2001). *Política Sanitaria Española.* Ed. Díaz de Santos.

Generalitat de Catalunya (2003). *Plan de salud de Cataluña 2002-2005.* Barcelona: Departament de Sanitat y Seguretat Social. <http://www.gencat.net/salut>

Generalitat de Catalunya (2012). *Plan de Salut de Catalunya 2011-2015.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf

Gil Piedrola, G. (2000). *Medicina Preventiva y Salud Pública.*

Gispert, R.; van der Water H. P. A.; van Herten, L. M. (2000). "La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: Una revisión documental del proceso". *Gac. Sanit.* (núm. 14, supl. 3, pág. 34-44).

Lopez Santos, V. (1998). *Hacia una escuela saludable.* Sevilla: Junta de Andalucía.

Lorente P. "La gobernanza para la salud en el Siglo XXI". *revistaesalud.com.* <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/516/1027>

Navarro, V. (2008). ¿Qué es una política nacional de salud? (pág. 39-58). Centro de Estudios Latinoamericanos. Justo Arosemena. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>

Navarro V. "What we mean by social determinants of health?". *Global Health Promotion* 1757-9759 (vol. 16, núm. 1, pág. 05-16). 100746. <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2009/06/social-determination-of-hlth-what-do-we-mean-global-helath-promotion-20091605.pdf>

Navarro, V. "¿Qué es una política Nacional de salud?". Artículo modificado mediante la intervención realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud, reunida en Barcelona, España, el 21 de agosto del 2006. El artículo se ha beneficiado de los comentarios de Burstrom y Margaret Whitehead. http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2607/mod_resource/content/1/Modulo_2/que-es-una-politica-nacional-de-salud-rev1_1_.pdf

Navarro, V.; Borrell, C.; Muntaner, C.; Benach, J. y otros (enero-abril, 2007). "El impacto de la Política en Salud". *Salud colectiva* (vol. 1, núm. 3, pág. 9-32). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000100002

Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (1999). *Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region.*

Organización Mundial de la Salud (2003). *Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro. Informe sobre salud en el mundo.* <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2005). *Objetivos de Salud del Milenio. La salud y los objetivos de desarrollo del milenio*. http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/185332/The-European-Health-Report-2012,-Executive-summary-w-cover.pdf

Organización Panamericana de Salud. OMS (2007). "Salud de las Américas 2007" (vol. I regional, cap. 4). *Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud*. <http://www1.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>

Organización Panamericana de Salud. OMS. *Plan estratégico 2008-2012*. <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>

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

Organización Panamericana de Salud. OMS. *Salud de las Américas 2007* (vol. I regional). <http://www1.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Front%20Matter.pdf>

Ortegón Quiñones, E. (2008). *Guía sobre diseño y gestión de la política pública* (Serie ciencia y tecnología, núm. 168, pág. 332). Bogotá: Organización del Convenio Andrés Bello, Colciencias, Instituto de Estudios Latinoamericanos. http://www.ielat.es/inicio/repositorio/guia_gestion_politicas_publicas_ortegon.pdf

Palomo L. (2001). Editorial. World Health Organization. Política Salud 21 para Europa: 21 objetivos para el siglo XXI. "Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region". *Gac. Med.* (núm. 98, pág. 29-32). Bilbao. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/316/316v98n02a13154966pdf001.pdf>

Peiro, R. (1999). *Potenciar políticas públicas saludables*. Informe SESPAS. Sevilla.

Repullo, J. R.; Otero, A. (1999). "European Health for all Series, Nº 5. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis". *Gac. Sanit.* (vol. 6, núm. 13, pág. 474-477).

Repullo, J. R.; Oteo, L. A. (eds.) (2005). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible* (pág. 371-372). Barcelona: Ariel.

Sandin-Vazquez, M.; Sarria-Santamera, A. (mayo-junio, 2008). Evaluación del impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en salud en las poblaciones. *Rev. Esp. Salud Publica* (vol. 82, núm. 3). Madrid.

Tresserras R, Salleras L. (2003). "Balance de una década. Resumen de la evaluación de los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000 del Plan de Salud de Cataluña". *Med. Clin.* (núm. 121, supl. 1, pág. 133-42).

Tobar, F. *Políticas de Salud: modalidades y tendencias*. <http://www.med.unne.edu.ar/catedras/saludpub/materiales/003.pdf>

Van Hertem, L. M.; Gunning-Schepers, L. J. (2000). "Targets as a tool in health policy. Part I: lessons learned". *Health Policy* (núm. 52, pág. 1-11).

Van Hertem, L. M.; Gunning-Schepers, L. J. (2000). "Targets as a tool in health policy. Part II: guidelines for application". *Health Policy* (núm. 53, pág. 13-23).

Wismar, M.; Busse, R. (2002). "Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2)". *Health Policy* (núm. 59, pág. 223-241).

World Health organization (2012). *Governance for health in the 21st century*. Regional office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

World health Organization (2012). *Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf