

# La planificación de la salud en Cataluña, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro

Elisa Séculi, Pilar Brugulat, Vicenç Martínez, Antonia Medina, Salvi Juncà, Daniel Martínez y Ricard Tresserras

*Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.*

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** Las transformaciones sociales ocurridas en las últimas décadas han tenido un gran impacto en los servicios sanitarios y por extensión en los procesos de planificación. El objetivo es describir la evolución de los procesos de planificación de salud y servicios.

**MÉTODOS:** Revisión documental y entrevistas con miembros de los equipos de planificación.

**RESULTADOS:** Se identifican dos etapas de planificación: la de la década de los ochenta, orientada a la ordenación territorial y a los recursos sanitarios, y la de la década de los noventa a objetivos de salud (plan de salud, PS). El PS de Cataluña hace propuestas dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, calidad de los servicios y satisfacción de los ciudadanos. Se inicia con el análisis de la situación de salud de la población y de los servicios, identifica los problemas prioritarios y define objetivos e intervenciones, aplica las propuestas y evalúa. Se elabora de forma descentralizada (regiones sanitarias) y con la participación de los profesionales, ciudadanos y sectores implicados. Permite identificar problemas y grupos de población vulnerables, definir objetivos cuantificados y con horizonte temporal, mejorar la gestión asistencial, la participación y la descentralización, evaluar resultados, explicitar el compromiso de las instituciones públicas y trabajar intersectorialmente. Se identifican aspectos susceptibles de mejora, principalmente en la participación, la proyección del PS en los servicios y el trabajo intersectorial.

**CONCLUSIONES:** La planificación por objetivos de salud ha supuesto un salto cualitativo. Para reforzar la potencialidad del PS habría que mejorar la gestión de su aplicación, así como asegurar la viabilidad de las intervenciones con un mayor compromiso intersectorial e institucional.

*Palabras clave:* Plan de salud. Objetivos de salud. Proceso de planificación.

Health planning in Catalonia 1990-2000. Some keys to afford future

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** The deep social transformations occurred in the latest decades have influenced dramatically in health services and, by extension, in planning processes. The objective is to describe the evolution of health planning processes and services.

**METHODS:** Documental review and interviews with planning teams members.

**RESULTS:** We have identified two planning stages: The 80s, that showed a health planning oriented to territorial ordenation and health resources and in the other hand the 90s with the appearance of health objectives. The Catalanian health plan makes proposals related to health promotion, disease prevention, quality of services and citizens satisfaction. It starts with the analysis of population and services health situation. Then identify the priority problems and define objectives and interventions. Finally it applies the proposals and evaluate them. It is drawn up in a decentralized way (health regions) and with the collaboration of professionals, citizens and interested parties. Moreover, it allows to identify problems and vulnerable population groups, to define quantitative objectives with deadlines and improve the assistential management and decentralization. It can also evaluate results and clarify public institutions commitments and work in-

Correspondencia: E. Séculi.

Subdirecció General de Planificació Sanitària. Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social.  
Travessera de les Corts, 131-159, edifici Ave Maria. 08028 Barcelona. España.  
Correo electrónico: elisa.seculi@gencat.net

tersectorially. In addition, aspects with an improvement potential are identified, mainly related to participation, health plan projection on services and intersectorial work.

**CONCLUSIONS:** Health planning by means of health objectives has brought about a qualitative jump. In order to reinforce the potentiality of health plans, we should improve the management of its application and secure the viability of interventions with a major intersectorial and institutional commitment.

*Key words:* Health plan. Health Objectives. Planning processes.

En las últimas décadas del siglo xx, las constantes transformaciones sociales han ido configurando nuevos escenarios con impacto en el sistema sanitario que, por extensión, hacen que la planificación en el ámbito de la salud sea un ejercicio complejo por la multiplicidad de factores que inciden en ella y por estar notablemente influida por el contexto social y político en el que se desarrolla.

La planificación sanitaria es un ejercicio de carácter dinámico, que a partir de la situación presente se orienta a un futuro deseable y que, basándose en el conocimiento, intenta aportar racionalidad a la toma de decisiones. Con la finalidad de mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos propone aquellas intervenciones que son más pertinentes, eficaces según la evidencia disponible y factibles. Se requiere, sin embargo, de la voluntad política para hacer de la planificación un punto de partida para pasar a la acción, y no un mero ejercicio académico. El papel de la planificación es básicamente de apoyo en la toma de decisiones, tanto desde la perspectiva del análisis de procesos como del análisis de futuro de la organización y sus actividades<sup>1,2</sup>. En Cataluña, los procesos de planificación han evolucionado en la línea de las corrientes de opinión y las orientaciones internacionales en política sanitaria, especialmente en relación con el concepto de salud, la importancia de los determinantes de la salud, la implicación intersectorial, las desigualdades sociales y, en definitiva, la implementación de políticas saludables (Informe Lalonde, Conferencia de Alma Ata, 30.<sup>a</sup> y 34.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud [OMS], Carta de Ottawa, Conferencia de Adelaida, entre otras).

## Dos décadas de planificación sanitaria en Cataluña

Desde la recepción, en el año 1979, de los primeros traspaños de competencias en materia de sanidad, la Generalitat de Catalunya tuvo que hacer frente a la tarea de planificar y gestionar la sanidad y los servicios sanitarios.

La planificación sanitaria en Cataluña ha ido evolucionando durante el período autonómico, distinguiéndose dos etapas. Por una parte, la planificación en la década de los años ochenta, caracterizada como una etapa de ordenación territorial sanitaria y de planificación de los recursos y servicios

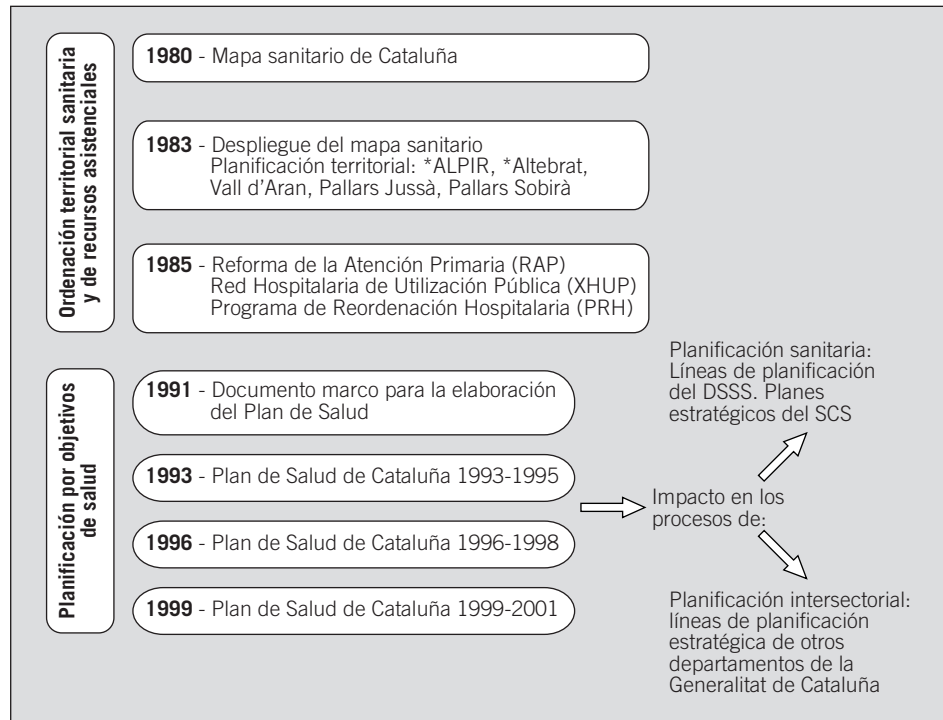


Fig. 1. Los procesos de planificación sanitaria en Cataluña.

asistenciales, y por otra, la planificación por objetivos de salud iniciada en el último decenio del siglo xx (fig. 1).

*La planificación sanitaria en la década de 1980*

Los procesos de planificación se iniciaron en el año 1980 con la elaboración del mapa sanitario<sup>3</sup> por el entonces Departamento de Sanidad y Asistencia Social, en el que se hacía un recuento y una valoración de los recursos sanitarios existentes en Cataluña y se presentaba una propuesta de ordenación territorial sanitaria. Esta labor continuó con el desarrollo del mapa sanitario<sup>4</sup> y la normativa sobre acreditación de centros asistenciales<sup>5,6</sup>, que fue una de las primeras de Europa y contribuyó al reequilibrio territorial de los servicios y a la mejora de la calidad y gestión de los recursos. Seguidamente, se llevó a cabo la planificación territorial sanitaria en algunos ámbitos geográficos (Vall d’Aran, Pallars Jussà y Pallars Sobirà, ALPIR, Altebrat) y la programación en áreas específicas, como son la insuficiencia renal y la transfusión sanguínea. En los años 1984 y 1985, se iniciaron en Cataluña dos grandes líneas de planificación con un importante impacto en los servicios: por un lado, la Reforma de la Atención Primaria (RAP)<sup>7</sup>, que comporta cambios en la estructura y la organización de este nivel asistencial y, por otro, la creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP)<sup>8</sup> y el Programa de Reordenación Hospitalaria (PRH), que supone la reorganización y modernización de los recursos hospitalarios y la consolidación de la red de hospitales comarcales. También se pusieron en marcha programas específicos, entre los que cabe destacar «Vida als anys», Salud Mental, Prevención y Control del Sida y Atención a las Drogodependencias. Por otra parte, se dio un importante impulso a los sistemas de información, especialmente la mejora del Registro de Mortalidad, la implantación del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria y de registros específicos para algunas enfermedades, que supusieron un avance tanto para el conocimiento del estado de salud como para la gestión asistencial.

Estos procesos de planificación se sucedieron en un contexto de profundas transformaciones en el sistema sanitario español. En el año 1986, en el marco de la Constitución Española y del desarrollo de las autonomías, se aprueba la Ley General de Sanidad<sup>9</sup>, que declara la universalización de la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos y dispone que cada comunidad autónoma establezca su servicio de

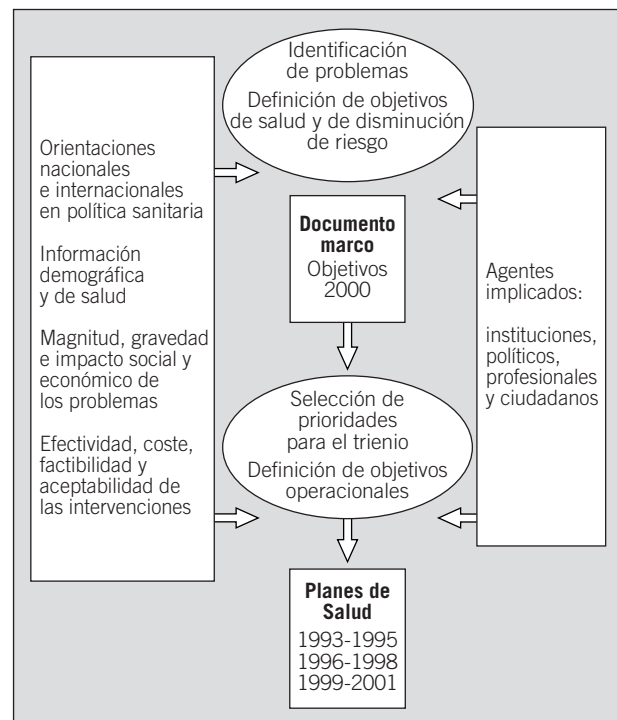


Fig. 2. Elementos del proceso de elaboración de los planes de salud.

salud en el marco de un sistema nacional de salud. A partir de este momento se producen importantes cambios en los servicios de salud de las distintas comunidades y, muy especialmente, en los procesos de planificación sanitaria.

#### *La planificación sanitaria en la década de 1990*

La aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña<sup>10</sup>, en el año 1990, aceleró los procesos de transformación del sistema sanitario catalán y aportó básicamente dos novedades: una de carácter organizativo, que dio lugar a la creación del Servei Català de la Salut en la línea de las propuestas de otros países de nuestro entorno, y otra, que recae en la esfera de las decisiones políticas y de la planificación estratégica, el Plan de Salud como instrumento de referencia en Cataluña para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud.

Los rasgos que caracterizan el Servei Català de la Salut son la cobertura universal, la financiación y aseguramiento público, y la provisión de servicios de utilización pública a través de centros acreditados. Se trata de un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública los recursos sanitarios, independientemente de su titularidad, y sitúa al ciudadano en el centro del sistema considerándolo el objetivo prioritario de sus actuaciones.

El nuevo modelo organizativo se basa en la separación de las funciones de planificación, evaluación, compra y financiación de los servicios sanitarios de las de provisión y gestión de los mismos. La financiación es siempre pública, pero los proveedores pueden ser públicos o privados, y el mecanismo de relación de éstos con el Servei Català de la Salut es el contrato para la compra de servicios, una de cuyas finalidades es hacer operativas las políticas de salud y de servicios del Departament de Sanitat i Seguretat Social, establecidas en el Plan de Salud de Cataluña.

#### **El Plan de Salud**

El Plan de Salud introduce la planificación por objetivos de salud, basada en un concepto positivo de salud que se encuadra en la estrategia de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT-2000)<sup>11,12</sup> de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS Europa). El plan fue concebido como un instrumento de cambio y un plan para la acción<sup>13</sup>, y considera los objetivos propuestos como un medio para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

La planificación 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. Los ejes en torno a los cuales se articula todo este proceso son: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios, y la satisfacción de los usuarios.

El Plan de Salud 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 prioritarios y la definición de los objetivos y de las intervenciones. 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 período siguiente.

En la figura 2 se resumen los principales elementos que intervienen en el proceso de elaboración de los planes de salud.

#### *Documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña*

En el año 1991, el Departament de Sanitat i Seguretat Social elaboró el documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña<sup>14</sup>, que contiene los principios generales de política sanitaria y los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000, así como los principios que habrían de guiar la planificación y la gestión de centros y servicios que configuran el Servei Català de la Salut.

El documento marco sigue básicamente un criterio epidemiológico. Los problemas y las intervenciones prioritarios se seleccionaron a partir de la información disponible sobre mortalidad, años potenciales de vida perdidos, morbilidad e incapacidad, utilizando como criterio la magnitud y la gravedad de los problemas, y la vulnerabilidad de éstos o de los factores de riesgo asociados a las intervenciones preventivas o curativas existentes, así como la factibilidad de dichas intervenciones en nuestro entorno (tablas 1 y 2).

Una vez seleccionadas las intervenciones, se formularon los objetivos de salud y los niveles a alcanzar para el año 2000. En general, se adoptaron los objetivos fijados por la OMS se formularon objetivos para Cataluña teniendo en cuenta la experiencia de otros países de nuestro entorno<sup>15-26</sup>. También se contemplaron en el documento marco las actividades, los recursos necesarios para llevarlas a cabo y las estrategias de evaluación, tanto de los resultados como de la estructura y el proceso<sup>27</sup>.

#### *Planes de salud de Cataluña 1993-1995, 1996-1998 y 1999-2001*

A partir de los criterios generales de planificación y los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000 contenidos en el documento marco, se desarrollaron tres ciclos de planificación que se concretaron en los planes de salud 1993-1995<sup>13</sup>, 1996-1998<sup>28</sup> y 1999-2001<sup>29</sup>, en los que se establecieron los objetivos operativos para cada trienio. Asimismo, se incorporaron problemas susceptibles de intervención no contemplados inicialmente en el documento marco (tabla 3).

El Plan de Salud de Cataluña integra los anteproyectos elaborados por las 8 regiones sanitarias en las que está estructurado el sistema sanitario catalán<sup>30</sup>, lo que permite incorporar la especificidad del territorio en la identificación de los problemas, seleccionar las intervenciones y las estrategias de aplicación más idóneas y favorecer la participación. Con el fin de garantizar la coherencia y la calidad, se acuerdan, conjuntamente entre los servicios centrales y las regiones sanitarias, el diseño y la planificación del proceso de elaboración, así como la metodología, los indicadores y las fuentes de información a utilizar. En la tabla 4 se resumen los criterios de calidad que han orientado la elaboración de los planes de salud en Cataluña.

Se ha contado con la participación de profesionales expertos, especialmente del ámbito sanitario, en grupos de trabajo multidisciplinarios, lo que ha permitido incorporar la visión de los diversos ámbitos asistenciales y colectivos profesionales. Así mismo, los anteproyectos de plan de salud se han sometido a la consideración de las sociedades científicas.

A lo largo de estos ciclos de planificación se ha ido incorporando la experiencia adquirida en las diferentes etapas, lo que ha comportado mejoras cualitativas en el proceso. En este sentido, en la elaboración y aplicación del plan se ha avanzado en el trabajo intersectorial principalmente con el Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE), las unidades de salud laboral (USL), los grupos de trabajo de la Comisión Catalana de Tráfico y Seguridad Viaria, y el Plan Interdepartamental de Inmigración.

TABLA 1

**Problemas de salud prioritarios. Documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña, 1990**

Enfermedades del aparato circulatorio
Tuberculosis
Cáncer
Infecciones nosocomiales
Enfermedades del aparato respiratorio
Caries dental
Accidentes, envenenamientos y violencias
Alcoholismo y otras drogodependencias
Enfermedades del aparato digestivo
Enfermedades infecciosas susceptibles de ser prevenidas con programas de vacunaciones sistemáticas y no sistemáticas
Enfermedades relacionadas con el medio ambiente y con la higiene de los alimentos
Sida
Enfermedades de transmisión sexual
Problemas de salud laboral

TABLA 2

**Intervenciones prioritarias. Documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña, 1990**

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

TABLA 3

**Ámbitos de intervención incorporados en los planes de salud**

Diabetes mellitus
Dolor
Salud mental
Úlceras por decúbito
Enfermedades osteoarticulares
Trastornos cognitivos y de la conducta
Problemas de salud de los inmigrantes
Maltrato infantil
Problemas de salud maternoinfantil
Utilización de los medicamentos
Anorexia y bulimia nerviosa
Satisfacción de los usuarios

TABLA 4

**Criterios de calidad del proceso de elaboración del Plan de Salud de Cataluña**

Continuidad y coherencia de los planes de salud con el documento marco
Expresión de las diferencias entre territorios y entre grupos de población
Descentralización
Visión plural: participación e intersectorialidad
Compromiso institucional
Selección de las prioridades de acuerdo con criterios explícitos
Intervenciones basadas en la evidencia científica
Equilibrio prevención-asistencia-rehabilitación
Mejora de la gestión clínica
Proyección en los servicios

Un elemento destacable es la mejora y la creación de nuevas fuentes de información y evaluación. Se ha ampliado la información sociodemográfica y de salud disponible y se ha contado con los resultados de la evaluación de los períodos anteriores. Se ha dispuesto de la opinión de más de 3.300 profesionales sobre aspectos del plan y de su práctica profesional recogida en la Encuesta a los Profesionales<sup>31</sup>, y de la percepción de la población sobre su estado de salud, estilos de vida, demanda de atención y satisfacción con los servicios sanitarios, a través de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)<sup>32</sup>, realizada por primera vez en el año 1994 a 15.000 personas representativas de la población catalana. También se ha contado con los resultados de distintos procesos de evaluación, entre los que cabe destacar los resultados sobre las actividades preventivas en las áreas básicas de salud (1995<sup>33</sup> y 2000<sup>34</sup>) y la evaluación de los contratos para la compra de servicios.

En dos procesos de evaluación (1995 y 1998)<sup>35</sup> realizados en el ámbito de la atención primaria con la finalidad de conocer el grado de incorporación de las propuestas del Plan de Salud en los contratos, se constató que, en general, éstas eran recogidas en los contratos que se establecían con los Equipos de Atención Primaria, si bien existían diferentes estrategias de contratación entre regiones respecto de la detección, el registro y el control de problemas de salud prioritarios.

A fin de hacer efectivas las políticas de salud y servicios del Plan de Salud se han desarrollado diversos instrumentos, entre los que se encuentra el anteproyecto de Plan de Servicios Sanitarios y Sociosanitarios. También se han elaborado recomendaciones de práctica clínica para la atención a problemas de salud, criterios para la compra de servicios y cláusulas para los contratos de las distintas líneas de servicios (atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental). Cabe señalar el impulso a las actividades preventivas, que ha supuesto la elaboración de diversos documentos de consenso<sup>36-46</sup> de gran ayuda en la sistematización de estas actividades en la práctica asistencial, así como proyectos formativos y de evaluación vinculados a las propuestas del plan.

**Algunas claves para afrontar el futuro**

La experiencia de 10 años de planificación por objetivos de salud y servicios es un capital de partida. El trabajo con los profesionales y las instituciones, la traducción de las propuestas del plan en los contratos para la compra de servicios y los resultados de las evaluaciones, entre otros aspectos, han de enriquecer los futuros procesos de planificación en el ámbito de la salud. A pesar de las limitaciones que se identifican<sup>47</sup>, se sigue reconociendo la planificación por objetivos de salud como un instrumento válido que ha contribuido a expandir el ámbito de la salud a otros sectores políticos y a la sociedad civil<sup>48</sup>.

En Cataluña, consideramos que este enfoque ha permitido: a) identificar problemas y grupos de población vulnerables; b) definir objetivos de salud y servicios, cuantificados y con un horizonte temporal; c) mejorar la gestión y ayudar a establecer objetivos asistenciales; d) impulsar la participación de los profesionales a nivel central y periférico; e) dar coherencia a las actividades sanitarias; f) hacer explícito el compromiso de las administraciones públicas; g) evaluar resultados; h) rendir cuentas de los resultados, e i) trabajar intersectorialmente.

La valoración de este período nos lleva a identificar aspectos a modificar en la elaboración y el contenido del plan, así como en su difusión y aplicación, para conseguir una mayor proyección en los diversos ámbitos de intervención y en la

sociedad, siendo relevante la necesidad de llevar a cabo una política de alianzas intra e intersectoriales. Cabría considerar también si la cantidad de problemas y objetivos propuestos ha comportado una dispersión de esfuerzos. La escasa concreción de algunos objetivos y de su evaluación, así como la falta de asignación de recursos específicos, ha dificultado la aplicación de las propuestas.

El contrato para la compra de servicios continúa siendo un instrumento central para la aplicación de las políticas de salud, ya que permite concretar el compromiso de los servicios en el logro de los objetivos propuestos<sup>49</sup>. Una de las críticas a los planes de salud es la dificultad de relacionar los objetivos de salud con los servicios<sup>50</sup>. La relevancia que van adquiriendo en la actualidad la Cartera de Servicios y el Catálogo de Prestaciones supone disponer de instrumentos para garantizar la introducción de las propuestas del plan en el contrato y para mejorar la articulación de los objetivos de salud con los procesos de gestión y financiación del sistema sanitario.

Otra línea de avance es mejorar los sistemas de información y los procesos de evaluación, lo que, a pesar de las mejoras cuantitativas y cualitativas de la información disponible conseguidas en los últimos años, continúa siendo una prioridad. Son notables los vacíos de información en determinados ámbitos, los problemas de fiabilidad, la falta de homogeneización e integración de la información y, en algunos casos, la dificultad de acceso a ésta<sup>29</sup>.

Para desarrollar y reforzar la potencialidad del Plan de Salud habría que mejorar la gestión de su aplicación en su conjunto, por lo que son especialmente importantes la información y difusión de los contenidos, 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.

La intersectorialidad y la asignación de recursos son dos aspectos cruciales para el desarrollo del Plan de Salud, en los cuales el papel de las instancias políticas es clave. Si bien la implicación intersectorial ha de impregnar transversalmente todas las políticas, hasta ahora el trabajo con otros sectores ha sido valioso pero desigual. Para asegurar la viabilidad de las intervenciones es imprescindible identificar los recursos necesarios, así como a los responsables de llevarlas a cabo. Actualmente, existe una gran preocupación en el sentido de que la respuesta a las necesidades de salud y las expectativas de la población estén en consonancia con la disponibilidad de recursos, y existe el reconocimiento, más o menos explícito, de que es imprescindible decidir la asignación de recursos destinados a la salud en términos de prioridades a satisfacer.

El nuevo enfoque que se pretende dar al funcionamiento de la administración de la Generalitat de Catalunya y que se plasma en el proyecto de reforma Pla Governamental Cat-21, trata de mejorar el proceso de toma de decisiones políticas y la asignación eficiente de los recursos con el fin de mejorar la calidad del servicio a los ciudadanos y garantizar el bienestar de las personas, la cohesión social y el desarrollo sostenible de la sociedad. El trabajo interdepartamental coordinado en torno a objetivos comunes constituye uno de los aspectos clave del proyecto. En este sentido, este planteamiento de cambio para la administración catalana ofrece nuevas oportunidades para la inclusión de propuestas del Plan de Salud entre las prioridades gubernamentales y la consolidación de su proyección intersectorial.

De cara al futuro habrá que ir introduciendo lo que se conoce como la valoración del impacto en la salud (*health impact assessment* [HIA]). Se basa en la noción de incorporar la valoración del impacto en la salud a la hora de llevar a

término determinadas estrategias y proyectos, e identificar previamente los posibles efectos adversos para la salud y cómo superarlos estableciendo medidas correctoras. La HIA está adquiriendo relevancia en el entorno europeo<sup>51-55</sup> y en otros países desarrollados como Canadá, Australia y Nueva Zelanda. La Unión Europea se ha propuesto el desafío de desarrollar la HIA en sus políticas y en el Tratado de Amsterdam. Se trataría de iniciar el desarrollo de la HIA en nuestro ámbito a fin de aportar un mayor grado de racionalidad a las decisiones que se tomen en los diferentes sectores.

Igualmente, instituciones, profesionales, políticos y ciudadanos han de redefinir su posición 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. 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 tanto desde el punto de vista individual como colectivo<sup>56</sup>. Mejorar cualitativamente la participación aportará, sin duda, una visión más plural de los problemas, mayor grado de aceptabilidad, compromiso y corresponsabilización, a la vez que se ganará en transparencia en las decisiones.

### Agradecimiento

A Josep Fusté y Mercè Mercader, por la lectura crítica del artículo, sus comentarios y sugerencias. A Elizabeth Jané, Roser Vicente y Emilia Sánchez como responsables de la Unidad de Plan de Salud y Evaluación en distintas etapas, así como a los responsables de planificación, epidemiólogos y demás profesionales de las regiones sanitarias por su contribución en la elaboración de los planes de salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* 2002;59:223-41.
2. Repullo JR. Planificación sanitaria. En: Lamata F, editor. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Assistència Social. La Sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social. Barcelona: Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, 1980.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Planificació sanitària pública a Catalunya. Desplegament del mapa sanitari de Catalunya (5 vols.). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983.
5. Orden de 21 de noviembre de 1981, que regula la acreditación de centros y servicios sanitarios asistenciales en Cataluña. DOGC 325.
6. Ordre de 31 d'agost de 1983, d'acreditació de centres d'assistència hospitalària en règim de funcionament obert. DOGC 362.
7. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. DOGC 527.
8. Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. DOGC 568.
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 102.
10. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC 1324.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for Health for All. Copenhague: WHO, 1985.
12. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for Health for All. The health policy for Europe. Summary of the updated edition. September 1991. Copenhague: WHO, 1992.
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
15. Scottish Office Home and Health Department. Health education in Scotland. A national policy statement. Edimburg: HMSO, 1991.

SÈCULI E, ET AL. LA PLANIFICACIÓ DE LA SALUD EN CATALUNYA, 1990-2000. ALGUNAS CLAVES PARA AFRONTAR EL FUTURO

16. Northern Ireland Health Promotion Agency. Health promotion in Northern Ireland. A discussion paper. Belfast: Northern Ireland Health Promotion Agency, 1990.
17. Health Promotion Authority for Wales. Health promotion challenges for the 1990s. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1990.
18. Public Health Services. Healthy People. Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington D.C.: Department of Health and Human Services, 1979.
19. US Public Health Services. Promoting health/preventing disease. Objective for the nation. Washington D.C.: Department of Health and Human Services, 1991.
20. Gouvernement du Québec. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989.
21. Secretary of State of Health. The health of the nation. London: HMSO, 1991.
22. Jacobson B, Smith A, Whitehead M, editors. The nation's health, a strategy for the 1990's. London: King Edward's Hospital Fund for London, 1991.
23. Catford JC. Health targets. *BMJ* 1991;302:980-1.
24. Smith R, Williams W. Thinking on the new NHS. *BMJ* 1991;302:636-40.
25. Ashton J. The health of the nation. *BMJ* 1991;302:1413-4.
26. Smith R. First steps towards a strategy for health. *BMJ* 1991;303:227-99.
27. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson S.A., 1987.
28. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
29. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
30. Decret 114/1994, de 3 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. DOGC 1903.
31. Brugulat P, Sèculi E, Fusté J, Juncà S, Martínez V, Medina A, et al. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. *Gac Sanit* 2003;17:52-8.
32. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els catalans parlen de la seva salut. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1998.
33. Brugulat P, Mercader M, Sèculi E. La práctica de actividades preventivas en la atención primaria y los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 1993-1995. *Aten Primaria* 1998;22:334-9.
34. Sèculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S, Tresserras R, Salleras L. La detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de atención primaria en Cataluña. Comparación entre los años 1995 y 2000. *Aten Primaria* 2003;31:156-62.
35. Brugulat P, Mercader M, Sèculi E, Fusté J. El Plan de Salud de Cataluña 1993-1995. Experiencia de 3 años de contratación de servicios de Atención Primaria. Actas de VI Congreso de la SESPAS; Barcelona, 1995.
36. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc: bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
37. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocols de medicina preventiva a la edat pediàtrica. Programa de seguiment del nen sa. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
38. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1995.
39. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
40. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Propostes d'actuació en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
41. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya. Llibre Blanc per a la integració de les activitats preventives a l'Oficina de farmàcia. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
42. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
43. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc: activitats preventives per a la gent gran. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
44. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental més freqüents en l'atenció primària de salut. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2000.
45. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Caigudes accidentals de la gent gran. Recomanacions per a la prevenció i l'atenció. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2000.
46. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Consell preventiu sobre seguretat viària a l'atenció primària: recomanacions per a la seva extensió. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2000.
47. Repullo JR, Otero A. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. *Gac Sanit* 1999;13:474-7.
48. Kickbusch I. Perspectivas sanitarias para el siglo XXI. II Taller sobre Planes de Salud. Las Palmas de Gran Canaria, 2002.
49. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut. La contractació de serveis d'atenció primària de salut. Jornades de Treball. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 1994.
50. Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services any link? A conceptual and comparative study (part I). *Health Policy* 2002;59:209-21.
51. Lehto J, Ritsatakis A. Health impact assessment as a tool for intersectoral health policy. Proceedings of Health Impact Assessment: From Theory to Practice [discussion paper]. WHO, 1999.
52. Health Promotion Division. National Assembly for Wales. Developing health impact assessment in Wales. 1999.
53. Scottish Needs Assessment Programme. Health Impact Assessment. Piloting the Process in Scotland. 2000.
54. Varela G, Den Broeder L, Penris M, Roscan EW. Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study. Policy Learning Curve Series. WHO 2001.
55. WHO. Regional Office for Europe. Health Impact Assessment. A tool include health on the agenda of other sectors. Copenhagen: WHO, 2002.
56. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Barcelona: Secretaria General, 2003.