

La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: Una revisión documental del proceso

R. Gispert¹ / H. P. A. van de Water² / L. M. van Herten²

¹Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona (España), ²TNO Prevention and Health, Leiden (Países Bajos).

Correspondencia: Dra. Rosa Gispert. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Trav. de Les Corts 131-159. Pavelló Ave Maria 08028 Barcelona. e-mail:rgispert@dsss.scs.es

Aceptado: 15 de septiembre de 1999

(The introduction of health targets in the spanish health policy: a documentary review of the process)

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar en qué medida el establecimiento de prioridades y objetivos de salud es un instrumento utilizado en la política sanitaria española. Se ha revisado información procedente, fundamentalmente, de dos fuentes: revistas científicas y Planes de Salud (PS) así como otros documentos de política sanitaria relacionados con ellos. En 1990 España se adhiere formalmente a la estrategia Salud Para Todos de la Organización Mundial de la Salud y sus principios se incorporan en el ámbito sanitario. Los planes de salud elaborados por las Comunidades Autónomas se inspiran en esta estrategia e introducen objetivos similares relativos a problemas de salud, a hábitos y estilos de vida así como a servicios sanitarios. Prácticamente todas las Comunidades Autónomas han desarrollado un PS, al menos en la fase de planificación y muchas han iniciado la ejecución de intervenciones propuestas. Los PS pueden ser un buen instrumento para la política sanitaria española, sin embargo deben resolverse numerosos problemas que presentan para que constituyan un medio útil para alcanzar los objetivos de salud planteados.

Palabras clave: Políticas de salud. Planificación sanitaria. Prioridades en salud. Establecimiento de prioridades. Información sanitaria.

Summary

The aim of this work is to analyse at what extend the setting priorities and health targets is a tool of health policy in Spain. The information reviewed comes from two main sources: scientific journals and Health Plans (HP), and other health policy related material. The principles of the Health For All strategy were accepted and adopted in Spain in 1990. All the HP elaborated by the regional authorities are inspired by this strategy and many of the regional plans have approximately similar health targets. The priorities chosen relate mainly to health problems, habits and lifestyles, but also to health services. Almost all the regions have their HP at the status of planning and some regions have started to apply some of the interventions. Health Plans can be a good tool for the Spanish health policy. Nevertheless some HP present several problems that should be addressed in order to provide an instrument useful to the attainment of the health targets proposed.

Key Words: Health policy. Health planning. Health priorities., Priority Setting. Health information.

Introducción

La publicación en 1977 de la estrategia de «Salud para todos» (SPT) en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (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 una vida social y económicamente productiva ganó rápidamente la adhesión internacional¹. La región Europea, una de las primeras en aceptar el reto, lo hizo patente mediante la formulación de 38 objetivos (aprobados en la trigesimoquinta sesión del comité regional, en 1984) relacionados con la promoción de estilos de vida sanos y la prevención de enferme-

dades, con la protección del entorno saludable y con la prestación de servicios esenciales para mantener la salud.

La campaña SPT-2000 ha llegado a su límite, lo cual ha propiciado diversas iniciativas de evaluación^{2,3} que constituyen una invitación a la reflexión entorno a esta experiencia tan importante. En la actualidad, la OMS además de enfrentarse a la necesidad de encontrar su posición en el contexto de un nuevo mapa político, se ha planteado el reto de actualizar su política de salud^{4,5}. La organización ha lanzado una nueva propuesta de política de «salud para todos» para el próximo siglo (21 objetivos de «Salud para todos» para el siglo 21)⁶ en la que se incorporan elementos surgidos de la evaluación de la campaña anterior^{2,7} y cuya

novedad más evidente es la reducción del número de objetivos generales.

A lo largo de sus más de veinte años de historia la estrategia de la OMS ha tenido que convivir y desarrollarse en las distintas situaciones políticas y sanitarias de sus países miembros. En la región europea, cabe destacar el final de la guerra fría y la desaparición del bloque soviético con la profunda crisis que esto ha supuesto en las condiciones de vida, los sistemas sanitarios y el nivel de salud de estas poblaciones⁸. En el entorno occidental, el contexto sanitario de este período ha estado marcado por la llamada transición o reforma de los sistemas sanitarios de algunos países⁹. Con el inicio de la llamada crisis del estado del bienestar se ha desencadenado la preocupación por la contención del gasto sanitario, mediante medidas para fomentar la eficiencia y la introducción de indicadores de gestión; se ha puesto mayor interés en asegurar la efectividad de las intervenciones clínicas y se ha iniciado el debate sobre los métodos de racionalización de la oferta sanitaria y de priorización del gasto⁹. Las experiencias de Oregón, Holanda, Alemania, y Reino Unido son algunos ejemplos⁹.

El proceso experimentado en España es comparable al de otros países de nuestro entorno. España se adhirió a la campaña SPT en 1990, sus contenidos se han dado a conocer a lo largo de estos años y han ido calando con distinta intensidad en los diferentes niveles del tejido sanitario. También, durante este período, hemos asistido a una preocupación creciente por la mejora de la gestión y distribución de los limitados recursos para la salud. La Ley General de Sanidad (1986) estableció los principios para la formulación de la política sanitaria de las Comunidades Autónomas (CCAA) a través de los planes de salud (PS). Así mismo, se reglamentó la elaboración de un Plan Integrado de Salud que, reflejando las propuestas regionales, definiera el marco de actuación de la política sanitaria del estado español¹⁰.

El trabajo que se presenta aquí forma parte de un proyecto más amplio, cuyo objetivo era analizar en qué medida el establecimiento de prioridades en salud es una herramienta utilizada en la definición de la política sanitaria de 18 países Europeos¹¹ y valorar la influencia de la estrategia de la OMS en todo este proceso. En este artículo se presentan de forma detallada los resultados del análisis de la revisión efectuada para nuestro país.

La primera versión de este trabajo (los resultados generales del cual se incluyeron en el estudio europeo) finalizó en la primavera de 1998. Después de la primera redacción y del proceso de revisión editorial, la ulterior actualización y la corrección posterior, este manuscrito se ha finalizado al inicio del verano de 1999. En este período se han recogido nuevos materiales (fundamentalmente planes de salud) que, no obstante, no modifican sustancialmente los resultados de la revisión anterior.

Material y métodos

Este estudio está basado en el análisis sistemático y crítico de los artículos publicados en revistas científicas y de documentos significativos de política sanitaria, publicados o no, pero referidos al objetivo de nuestro trabajo y que en alguna medida pudieran dar respuesta a las preguntas de la investigación.

En una primera fase, el equipo investigador planteó un total de nueve preguntas (tabla 1) que debían ser la base para la búsqueda bibliográfica y posteriormente para el análisis crítico de los documentos. Estas nueve preguntas, comunes para la revisión de los 18 países del proyecto europeo, se podrían resumir en tres grupos genéricos de temas: 1) establecimiento de prioridades en política sanitaria e influencia de la estrategia «Salud para todos en el año 2000» en España; 2) grado de desarrollo e implantación de las políticas de salud a través de los planes de salud y 3) sistemas de información y evaluación del impacto sanitario con relación a este proceso.

La búsqueda de documentos se realizó a partir de dos procedimientos: 1) bases de datos bibliográficos informatizadas y 2) búsqueda manual mediante diversas estrategias: a partir de contactos con los autores de artículos, referencias de los mismos, personas implicadas en el proceso de toma de decisiones en Salud Pública y Planificación Sanitaria y documentación de política sanitaria (publicaciones oficiales o informes no publicados) facilitada por las Consejerías de Salud de las CCAA.

La búsqueda computerizada se realizó en las bases de datos bibliográficas: MEDLINE y HEALTHS-

Tabla 1. Relación de preguntas-guía de la revisión bibliográfica.

1. ¿Hay una influencia clara de la estrategia «Salud para todos en el año 2000» de la OMS Europa? ¿En qué medida se han adoptado sus principios en el país?
2. ¿Cuál es el estado de desarrollo de este proceso: conceptual, planificación, proyectos piloto, aplicados a gran escala?
3. ¿Quiénes son los principales actores de este proceso: administración, profesionales?
4. ¿Existe un sistema de recogida de datos y de vigilancia de salud para ayudar en el establecimiento de prioridades?
5. ¿Estos sistemas han sido diseñados específicamente como soporte al proceso de priorización o existían previamente?
6. ¿El establecimiento de prioridades en el seno de la política sanitaria, es un tema de debate?
7. ¿Existe un proceso concreto para establecer prioridades? ¿Es general o está centrado en servicios de salud?
8. ¿El proceso de priorización recibe apoyo del público: políticos, ciudadanos?
9. ¿En qué medida la distribución de los recursos y la práctica sanitaria se ha modificado como consecuencia de la introducción del proceso de establecimiento de prioridades?

TAR desde el año 1990 al primer trimestre de 1997. En la estrategia de búsqueda se incluyeron las siguientes palabras: «health policy, health planning, health priorities, priority setting AND Spain». El cribado de los documentos obtenidos se hizo en una primera fase por los títulos, en una segunda por los resúmenes y finalmente por el contenido completo del documento, en base a su utilidad para responder a las preguntas del proyecto y agrupados de acuerdo con los tres temas especificados anteriormente.

Para la revisión y comparación específica de los planes de salud de las CCAA, se han utilizado los criterios que figuran en la tabla 2. Estos, en síntesis, analizan la adecuación de los PS a la estructura establecida para el Plan integrado de Salud¹⁰ y recogen algunos aspectos concretos del contenido.

Resultados

De las referencias obtenidas a partir de las distintas estrategias de búsqueda se seleccionaron finalmente 50 documentos¹²⁻⁶¹. La mayor parte de ellos (39) procedían de la búsqueda manual y solo 13 fueron identificados de las bases de datos bibliográficas, indexados en su mayoría bajo la palabra clave *Health Policy*. En relación al contenido, 17 de los documentos se refieren al debate sobre prioridades de salud o sobre los principios de la estrategia OMS (la mayoría procedentes de MEDLINE o HEALTHSTAR), 23 tienen relación con la planificación o puesta en marcha de planes de salud

y 10 tratan temas de información sanitaria o de evaluación. En estos dos últimos grupos, se incluyó solo una muestra de algunos tipos de documentos obtenidos (por ejemplo: diagnóstico de salud, encuestas de salud, documentos en el ámbito municipal, etc.) para evitar duplicaciones innecesarias, exceptuando los planes de salud de cada CCAA que se revisaron todos.

En la fase de actualización del trabajo se han incorporado 7 referencias⁶²⁻⁶⁸, fundamentalmente Planes de Salud⁶²⁻⁶⁸, un documento relacionado con la evaluación⁶⁷ y otro sobre política sanitaria⁶⁸ aparecidos durante el nuevo período reseñado.

Los resultados con relación a las preguntas de la investigación incluidas en la tabla 1, indican que, en el contexto de la política sanitaria española ha habido debate sobre la necesidad de establecer prioridades sobre las intervenciones en el sistema sanitario¹²⁻¹⁸, principalmente al inicio de la década de los 90 (preguntas 1, 6 y 7). El debate se centraba fundamentalmente en los aspectos económicos de la financiación del sistema y en otros más operativos como el establecimiento de una cartera de servicios y la cobertura en las prestaciones sanitarias^{12,13,15,17}.

En 1990, España se adhiere formalmente a la estrategia de Salud Para Todos (SPT) de la OMS¹⁹ y sus principios son incorporados en todos los ámbitos sanitarios¹⁹⁻²⁸. Así mismo, en cumplimiento de lo establecido por la Ley General de Sanidad, se elaboran PS, en los que se identifican los problemas prioritarios y se definen objetivos y acciones a emprender.

En la actualidad el grado de desarrollo de PS en las CCAA se encuentra en distintas fases (pregun-

Tabla 2. Criterios para la revisión de los planes de salud

Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios	1) Estimación de necesidades con medidas objetivas de mortalidad, morbilidad, riesgos, etc 2) Análisis de: importancia social, vulnerabilidad, alternativas de actuación, adecuación, pertinencia y viabilidad de las alternativas, estrategia adoptada.
Establecimiento de objetivos	3) En términos cuantificables, tiempo de ejecución, relacionados con los problemas y recursos 4) Expresaran los resultados a alcanzar en: promoción y protección de la salud y asistencia a la enfermedad
Programas a desarrollar	5) Incluir estudio de rentabilidad social justificativo de la adopción, resultados expresados en indicadores sanitarios 6) Incluir acciones sanitarias y no sanitarias y órganos encargados de llevarlo a cabo
Financiación	7) Capítulo incluyendo fuentes de financiación 8) Gastos por programa de actividad 9) Gastos desglosados en anualidades y en pesetas constantes. 10) Adaptación anual a disponibilidades financieras
Ejecución	11) Consignar órganos responsables y tareas 12) Mecanismo administrativo de coordinación
Evaluación	13) Mecanismo que garantice la evaluación 14) Evaluar la ejecución y efectividad de las actividades y pertinencia de los objetivos

Fuente: Basado en los criterios establecidos para el Plan Integrado de Salud, según Real Decreto 938/1989.¹⁰

ta 2)^{29-51,62,66}. Casi todas las CCAA han publicado, al menos, un plan de salud y también se ha editado el plan de salud del Ministerio de Sanidad, en el ámbito estatal (tabla 3). En términos generales podría decirse que el nivel de planificación está muy extendido, se ha iniciado la ejecución de acciones previstas pero la evaluación de las actividades realizadas es más escasa. Solo dos CCAA no han hecho público aún el PS de su territorio, aunque existe un borrador; la mayor parte ha elaborado más de un documento (considerando el diagnóstico de salud o las bases para el documento final); varias CCAA tienen ya dos PS o proyectos y finalmente diversas CCAA han publicado específicamente o incluyen la evaluación del PS anterior en el contexto de la nueva propuesta. No obstante, a pesar de que el desarrollo regional de PS está bastante avanzado, aún no se ha definido qué aspectos de estos planes y de qué manera conformarán el Plan Integrado de Salud, que está por elaborar.

La estructura de los planes de salud, según los criterios establecidos para la revisión (tabla 2), es bastante diversa. Coincide en la mayoría de ellos la realización del diagnóstico de salud y el método seguido para seleccionar los objetivos. Como se observa en la tabla 3, las propuestas son, en conjunto, de dos tipos: en un caso se establecen objetivos específicos y cuantitativos mientras que en otros se refieren a áreas globales

de intervención en función de los problemas. En cuanto al tipo de acciones a desarrollar unos definen estrategias generales en el seno de las cuales se mencionan programas y actividades, o directamente las intervenciones. Los demás, incluyen estrategias o intervenciones conjuntamente con objetivos operativos. Los apartados de financiación y ejecución no existen como tales en la mayoría de los PS. Aquellos que lo hacen, se refieren a aspectos muy generales sobre recursos necesarios, pero ninguno establece una estimación de los costes que supone la implantación del PS o sus programas. Finalmente, la previsión de evaluación del propio PS se tiene en cuenta en la mitad de los casos, aunque en muchos de ellos los criterios o consideraciones para su realización son muy generales.

En relación al contenido, destaca la profusión de objetivos generales en buena parte de los PS, de manera que es difícil poder identificar las verdaderas prioridades. En muchos de los objetivos cuantitativos no se hace explícito el criterio epidemiológico usado para su establecimiento (¿por qué una reducción del 15% y no otra?) y no se tiene en cuenta el posible conflicto entre los distintos objetivos formulados (por ejemplo, el efecto de la mortalidad y morbilidad sustitutivas). Por otra parte, la precisión de muchos de estos objetivos contrasta con la poca concreción de las estrategias de in-

Tabla 3. Comparación de los Planes de Salud de las CCAA

CC AA	Período	N.º Objetivos	Intervenciones	Evaluación	Recursos
Andalucía	1993	161	Objetivos/intervenciones	No	No
	1999-2002	92	Estrategias/intervenciones	No ^a	No
Aragón ^b	—	—	—	—	—
Asturias	1995-2015	35	102 estrategias	General	No
Baleares ^{b,c}	—	—	—	—	—
Canarias	1997-2001	400	Objetivos/intervenciones	No	No
Cantabria	1996-2000	15 áreas	Intervenciones por áreas	No	No
Castilla-La Mancha	1995-2000	24 áreas	Objetivos/intervenciones	General	No
Castilla-León	1991-2000	20 áreas	Objetivos/programas	No	General
	1998-2007	29	Objetivos/intervenciones	(1) - General	General
Cataluña	1993-1995	346	Estrategias/intervenciones	General	No
	1996-1998	100	Objetivos/intervenciones	(1) - General	No
C. Valenciana	1995-2000	86	Intervenciones	No	No
Extremadura	1997-2000	333	Intervenciones	Criterios por objetivo	General
Galicia	1993-1997	173	Objetivos/intervenciones	No	No
	1998-2001	63	Líneas de actuación	No	No
Madrid	1995-2004	15 áreas	Objetivos/intervenciones	General	No
Murcia	1993-1996	104	Objetivos/intervenciones	No criterios	No
	1998-2000	33	Objetivos específicos		No
Navarra	1991-2000	56	Intervenciones	Indicadores ^d	No
P. Vasco	1994-2000	35	Intervenciones	Indicadores	No
Rioja	1996	54	Estrategias	No	No
España	1990-2000	14 áreas	Estrategias	No	No

^aIncluye evaluación del plan anterior. ^bExiste borrador. ^cExiste Plan de Salud Mental exclusivamente. ^dExiste un documento de evaluación publicado.

tervención y de los agentes o recursos implicados en su puesta en marcha. En algunos casos existe una relación muy vaga entre los objetivos o las intervenciones y los indicadores propuestos para su evaluación. Para ilustrar estos resultados, se presenta en la tabla 4 el ejemplo del tabaco. Se plantea un objetivo cuantitativo muy concreto (reducción de la prevalencia del 35% al 20%), cuando la efectividad de la mayoría de las intervenciones propuestas es baja y la información disponible indica una tendencia del indicador a la baja muy poco intensa (reducción del 6,9% en 12 años). Por otra parte, la propuesta de intervenciones es poco concreta (medidas muy genéricas) y las medidas tomadas en la práctica muy parciales porque afectan sólo a aquella pequeña parte de la población que utiliza los servicios sanitarios.

Es de destacar, no obstante, que entre las primeras y segundas ediciones del PS, en algunas comunidades, se aprecian diferencias notables (como la reducción del número de objetivos o la concreción de actividades) que denotan la incorporación de las experiencias adquiridas en el período anterior y los resultados de su evaluación al nuevo plan.

Los principales actores implicados en la puesta en marcha de PS son las autoridades sanitarias de los distintos gobiernos autónomos y el Ministerio de Sanidad (preguntas 3 y 8). Es importante destacar el considerable desarrollo que han tenido algunas iniciativas a nivel municipal³⁵ o incluso de área o distritos sanitarios. Por otra parte, se ha constatado que la mayoría de PS han seguido un proceso de elaboración muy participativo, incluyendo profesionales de sanidad, sociedades científicas, agrupaciones de usuarios y otros colectivos sociales (en algunos casos utilizando métodos estructurados de consenso o estudios Delphi²⁰⁻²², además de los indicadores clásicos de necesidad). Así mismo, muchos de los PS han recibido reconocimiento político, al ser refrendados por los parlamentos autónomos y en

algunos casos, una amplia difusión social mediante los medios de comunicación^{51,53}.

Durante este período, se ha ido consolidando el desarrollo de un sistema de información que permite disponer de un amplio arsenal de indicadores sanitarios (preguntas 4 y 5)⁵²⁻⁶¹. En el contexto estatal, un número importante de indicadores de salud, actualizados periódicamente, permiten el seguimiento de la estrategia SPT en España^{55,60}. Además, en algunas CCAA se han utilizado otras fuentes de información para el desarrollo y evaluación de los PS como encuestas de salud, registros de casos o investigaciones *ad hoc*⁵⁹⁻⁶¹.

Con relación a la última pregunta de nuestro trabajo (pregunta 9), las pruebas obtenidas sobre el impacto del proceso de priorización, tanto en el ámbito de la distribución de recursos como en la práctica sanitaria, han sido escasas. Se trata fundamentalmente de información contenida en los documentos de evaluación que dan cuenta del desarrollo de algunas de las actividades o programas puestos en marcha con relación al PS^{46,50,64,66,67}. En general, se están usando dos grandes líneas de trabajo para la implementación de los PS: el desarrollo de objetivos a través de programas poblacionales e intersectoriales (educativos o informativos, iniciativas legislativas, actuaciones sobre áreas generales como salud laboral, intervenciones sobre grupos específicos de población, etc.) y la introducción de objetivos en los contratos con los proveedores. En aquellas comunidades en que los objetivos están siendo incorporados en los contratos, las acciones se reparten principalmente entre aspectos estructurales (uso de registros, protocolos, etc.) y actividades preventivas^{57-59, 67}. Ambos planteamientos tienen sus indicaciones, ventajas e inconvenientes pero desgraciadamente en estos momentos comparten similar dificultad por la insuficiente información sobre los resultados de sus acciones. No obstante, del análisis de este material se deduce que, hoy por hoy, la repercusión de los PS en la práctica profesional

Tabla 4. Relación entre objetivos, intervenciones e indicadores: El ejemplo del tabaco

Problema/ Prioridad de salud ^a	El tabaquismo es responsable de unas 8.400 muertes al año, el 16,3% del total.
Objetivo general de salud ^a	Del presente, al año 2000 reducir la prevalencia de tabaquismo al 20%
Información epidemiológica ^a	Prevalencia tabaquismo en 1982: 37,9%, en 1994: 35,3%, variación 1982-1994: -6,9%
Intervenciones propuestas ^a	Conocer la evolución y las características del hábito en la población, potenciar medidas legislativas, información y educación a la población (y escolar), detección del hábito en la población, consejo anti-tabaco a la población fumadora atendida, capacitación de los profesionales sanitarios en el diagnóstico y el manejo del paciente fumador.
Efectividad de las intervenciones ^b	Baja efectividad de las medidas, necesidad de acciones progresivas y coordinadas población/individuos.
Ejecución: Objetivos en contratos de APS ^c	Detección del hábito y consejo anti-tabaco en, al menos, el 70% de la población mayor de 15 años atendida por los equipos de AP Detección del hábito y consejo anti-tabaco en, al menos, el 50% de la población de 15-19 años atendida por los equipos de AP
Evaluación: Indicadores en contratos de APS (3)	% de Historias clínicas que registran el hábito

Fuentes: ^aPla de Salut de Catalunya 1996-98⁵⁰; ^bLlibre blanc.³⁸; ^cContratos de compra de servicios⁵⁷⁻⁵⁹

es escasa, aunque con una posible influencia creciente en atención primaria, sin embargo, su efecto en la distribución de recursos es prácticamente inapreciable. El impacto de los PS sobre la salud de la población es difícil de conocer; en un caso en que se ha analizado⁵⁰ la tendencia de los indicadores muestra que dos tercios de los objetivos propuestos para el 2000, no se podrán alcanzar o no existe información suficiente para saberlo.

Discusión

Objetivos de salud y política sanitaria

Este trabajo analiza como se han establecido prioridades de salud en el contexto sanitario español. Este proceso, que en su grado de desarrollo es desigual a nivel del territorio y presenta todavía algunas lagunas importantes, ha tenido un impacto considerable en los enunciados de la política sanitaria española de la última década.

Desde la creación del Servicio Nacional de Salud bajo la Ley General de Sanidad, pero, sobre todo, a raíz de los crecientes problemas de financiación del sistema, la necesidad de establecer prioridades entre las intervenciones posibles ha sido un tema de interés. No obstante, este debate ha tenido dos caras fuertemente diferenciadas y sin relación aparente entre ellas. Por una parte la vertiente económica, uno de cuyos máximos exponentes es el documento redactado por la comisión Abril Martorell¹² y por otra, el discurso más centrado en la salud relacionado con la implantación de la estrategia SPT de la OMS en nuestro entorno¹⁹.

España, que se adhirió al programa de la OMS en 1990¹⁹, asumió sus principios y se comprometió con sus objetivos. Los planes de salud de las CCAA establecidos por la Ley General de Sanidad y concebidos desde su inicio como una herramienta de política sanitaria y planificación, se han inspirado ampliamente en la propuesta de la OMS incorporando muchos de sus objetivos. Paralelamente, y durante este mismo período, en el plano económico las cuestiones se centran en los temas de financiación del sistema, de cobertura y de prestación de servicios, inspirados en valores de la eficiencia, la efectividad y la calidad¹³⁻¹⁸, dejando de lado los aspectos de salud pública más relacionados con los objetivos de salud de la población⁶⁹. Aunque parezca sorprendente, no es hasta fechas más recientes cuando se produce una aproximación entre ambas perspectivas y se plantea de forma explícita la necesidad de convergencia entre la racionalización de los servicios y los objetivos de salud⁷⁰⁻⁷².

En nuestra opinión, uno de los principales beneficios que deberían desprenderse del establecimiento

de planes de salud es, precisamente, la incorporación de la perspectiva de salud pública en la agenda política. Los objetivos de salud tendrían que ser el hilo conductor de todas las actividades del sistema sanitario incluyendo, como no, las decisiones económicas. En política sanitaria esta definición es esencial por diversas razones, algunas tan importantes como el mantenimiento de la legitimidad y la posibilidad de rendir cuentas⁷¹. Sin embargo, al analizar los PS desde la perspectiva de vehículo de estos objetivos políticos, se observan ciertas paradojas. Por ejemplo, algunos de los objetivos formulados van más allá de las competencias de las instituciones que los proponen. El proceso seguido y el número de objetivos seleccionados contradicen en sí mismos el establecimiento de prioridades, reflejando —probablemente— la fragilidad de la aceptación entre políticos y la propia sociedad de la idea de primar unos objetivos a cambio de renunciar a otros⁷³. Tampoco resulta difícil vislumbrar la incertidumbre, percibida desde un punto de vista político, de asumir determinados objetivos de salud que conlleven posibles conflictos económicos o de intereses entre departamentos (alcohol, tabaco, etc.) y otras instancias de gobierno, tal como ya ha sido señalado en el entorno europeo⁷⁴.

Así pues, la ausencia de verdaderas priorizaciones entre tantos objetivos y la poca concreción de medidas de intervención y económicas plantea una seria duda de si —a pesar del aparente refrendo político— los objetivos formulados suponen algún tipo de verdadero compromiso. La falta de una propuesta marco de política sanitaria basada en objetivos de salud (se llame Plan Integrado o lo que sea), así como el carácter eminentemente económico y organizativo de las nuevas propuestas del actual gobierno del estado⁶⁸ hacen temer que la distanciamiento entre ambas perspectivas vuelva a acrecentarse.

Los planes de salud y la planificación

Las políticas de salud, para hacerse efectivas, deben concretarse en decisiones de planificación y gestión. Analizando los PS como posibles herramientas de planificación, observamos importantes deficiencias. Este análisis se ha realizado comparando con el marco teórico que ofrece el decreto sobre el Plan Integrado de Salud, aproximación ya utilizada con anterioridad⁵⁶. El decreto contiene numerosos elementos técnicos que permiten valorar en qué medida los PS son útiles para orientar los programas de salud pública y la planificación de servicios de salud.

De esta comparación emerge una imagen menos homogénea de las características de los PS de lo que cabría esperar (teniendo en cuenta el marco legislativo y que se han inspirado unos en otros), aunque con

algunos puntos en común. La confección de PS ha aportado una serie de beneficios al ámbito de la planificación sanitaria, entre los que destaca el establecimiento de un horizonte de salud como meta y punto de referencia para la actuación de los servicios sanitarios. Sin embargo, hay una serie de problemas (exceso de objetivos, falta de criterios epidemiológicos en su formulación, ausencia de verdadera priorización, intervenciones poco concretas, insuficiencias en los indicadores para la evaluación) que deberían ser resueltos para que los PS sean una herramienta efectiva para la planificación⁷². Otros elementos, como la ausencia de estimación de los costes de implantación de los PS y la falta de atribución de las tareas a realizar, ayudan a cuestionar las posibilidades reales de ejecución de estos planes.

Los objetivos elegidos en los PS deben suponer un reto para la mejora de la salud de la población, pero han de ser realistas⁷⁰, de manera que las áreas priorizadas deberían ser pocas pero muy relevantes y las intervenciones propuestas practicables y efectivas. Escoger un número pequeño de objetivos supone otras ventajas además de facilitar su ejecución y evaluación, como, por ejemplo, la posibilidad de introducir algunos objetivos suplementarios que reflejen prioridades en el ámbito local, experiencia practicada en otros países^{76,77}. Así mismo, los PS (en ausencia de Planes de Servicios que incluyan acciones más detalladas), deberían establecer un marco de recomendaciones de aquellas intervenciones más efectivas —según criterios científicos— para lograr los objetivos propuestos⁷⁷. Una extensa revisión sobre el papel de los PS en la planificación de los servicios de salud propone algunos elementos clave para su elaboración⁷².

El impacto de los Planes de Salud

No todos los PS han sido evaluados por el momento, en parte porque el horizonte de muchos de ellos se sitúa en el año 2000 o incluso más allá. Pero, en los ejemplos de evaluación existentes^{46,50,64,66} se constata la dificultad de llegar a una conclusión sobre el resultado de muchas de las acciones emprendidas, de la pertinencia de los objetivos seleccionados y de la efectividad del proceso de implantación. En el caso en que se ha analizado la tendencia de los indicadores, la consecución de los objetivos generales de la OMS para el año 2000, parece muy improbable o difícil de saber para buena parte de ellos⁵⁰. Por otra parte, aunque un beneficio directamente ligado al desarrollo de los PS ha sido la potenciación de los sistemas de información sanitaria en todo el territorio^{52,54,55,60,61}, por desgracia, quedan aún importantes limitaciones como la falta de datos o de comparabilidad de la información.

Análisis parecidos sobre el desarrollo y evaluación

de los objetivos de salud han sido realizados en otros países^{3,78} y la conclusión es semejante a la nuestra, abogando por un replanteamiento global de la estrategia. Las razones argumentadas coinciden en algunos puntos con los resultados de la presente revisión: demasiados objetivos y poca priorización, base epidemiológica insuficiente e indicadores no relevantes o poco útiles para evaluar determinados objetivos. También, los problemas relativos a la poca comparabilidad y a la falta de información han sido reseñados en el entorno general de la estrategia de la OMS⁷⁹.

Las pocas pruebas obtenidas del impacto real de las intervenciones desarrolladas como consecuencia de los PS, sobre la distribución de los recursos y sobre la práctica sanitaria, nos parece significativo en sí mismo. Una de las razones justificativas podría ser, como en el caso de la evaluación, el horizonte algo alejado de algunos de estos PS. No obstante, creemos que por la forma en que se ha planteado la ejecución y su evaluación es muy difícil de poder llegar a identificar su impacto real sobre la práctica sanitaria.

En los territorios donde se están desarrollando los objetivos a través de programas poblacionales^{46,50,64,66}, la evaluación del PS debería permitir conocer el resultado de estas intervenciones, como mínimo, en términos de actividad y de indicadores intermedios. Sin embargo, muchas veces la falta de información, bien sobre la situación de partida, bien sobre el estado después de la intervención, dificultan establecer alguna conclusión. La implementación de los objetivos de los PS a través de los contratos con los proveedores^{58,59,67}, a pesar de ser considerada ventajosa^{70,80}, choca con fuertes limitaciones: el número reducido de intervenciones a incluir (proporción muy pequeña de los objetivos planteados), la poca utilidad de los indicadores de registro para evaluar la consecución real de los objetivos, así como la inexistencia, en la mayoría de casos, de mecanismos de incentivación o penalización favorecedores del cumplimiento de los objetivos^{80,81}. Tampoco hay que olvidar que los objetivos de salud se refieren a toda la población, no solo a aquella que es atendida por el sistema, de manera que las intervenciones a través del dispositivo asistencial no alcanzan más que a una parte de la población susceptible. A esto hay que añadir la falta de sensibilidad de muchos indicadores de salud a las acciones sanitarias⁷², al menos a corto plazo. Este hecho, unido a la dificultad (imposibilidad en algunos casos) de establecer límites cuantificables a los objetivos e indicadores de salud, de forma científica, suscitó en su momento críticas a la estrategia de la OMS y propició que en algunos países se adoptaran objetivos de salud genéricos y no cuantitativos¹¹.

En cuanto a la repercusión de las prioridades de salud sobre la asignación de los recursos sanitarios, la ausencia total de estimación de costes observada en los PS es, como mínimo, llamativa. Como se señala en

alguno de estos documentos⁴⁹ una parte importante de las intervenciones probablemente no implica financiación añadida pues comportan actividades a realizar en las consultas de profesionales ya en activo. Sin embargo pueden suponer cargas complementarias de trabajo, que sí tienen un coste, al detraerse de otras actividades. Tampoco es desdeñable el coste económico que supone la extensión de algunas actividades de prevención como son los cribados o los programas de nueva creación (por ejemplo los de salud mental o laboral) y el que representa la modificación de la práctica, formación continuada, difusión, coordinación y evaluación de las actividades emprendidas.

Involucrar a los profesionales sanitarios en todo el proceso de desarrollo de los planes de salud es probablemente una de las garantías de éxito. En este sentido, el modelo participativo seguido para su elaboración en la mayoría de casos ha comportado un grado de conocimiento y aceptación muy importante⁵⁰. Sin embargo, no sabemos cuál es la situación en lo que respecta a su ejecución. Experiencias en este campo demuestran que la materialización de las acciones no se produce automáticamente a partir del conocimiento de los objetivos y la estrategia de salud por parte de los profesionales⁸². Fijar objetivos de salud implica elegir no solo prioridades, sino también «ulterioridades», lo que obliga a diseñar un plan dinámico y muy concreto para garantizar la obtención de resultados³. Esta previsión además de incluir una definición clara de las acciones a emprender, de los agentes implicados, de los costes y las partidas presupuestarias, debería incluir una concienzuda evaluación.

La escena internacional

La situación española en el contexto de los países del entorno (concretamente de los 18 países europeos objeto del análisis más general al que pertenece la fase inicial de este estudio)¹¹ está en una de las posiciones de desarrollo más avanzada. Por detrás de los países considerados el paradigma en la formulación explícita de políticas de salud de la región europea, como el Reino Unido —principalmente Inglaterra—^{75,76,83} pero similar a Finlandia, Noruega, Suecia, Holanda o Francia y por delante de los que se están incorporando más recientemente como Alemania, Portugal, Italia y algunos países del Este¹¹. En la mayoría de los países europeos, la influencia de la estrategia de la OMS es patente en el estímulo y formulación de políticas basadas en objetivos de salud, sin embargo, su grado de desarrollo y de implementación varía considerablemente. A diferencia de España, muchos países han planteado un número relativamente pequeño de objetivos (muy inferior al recomendado por la OMS) y de carácter muy genérico, lo que refleja probablemente que se

consideran estos objetivos más como fuente de inspiración de principios que como herramientas de planificación o gestión¹¹. Así mismo, también en el contexto internacional se constata la dificultad de encontrar publicaciones que den razón más explícita de cómo se está haciendo la aplicación concreta de estos objetivos, entre los que Inglaterra y España ofrecen una de las situaciones más avanzadas^{11,84}.

Se podría decir de forma resumida que, también en el contexto europeo, la utilización práctica de objetivos de salud como herramienta de política sanitaria se encuentra aún en su etapa de desarrollo inicial. Además, aunque en bastantes documentos se hace énfasis en la perspectiva de Salud Pública, el debate en el establecimiento de prioridades continúa teniendo en muchos lugares un marcado carácter económico basado en la necesidad de racionalizar (y racionar) la provisión de servicios, implicando a veces la participación de la sociedad^{11,85}. La paradoja es que, en algunos casos, parece que existan dos mundos separados, el de salud pública y el de los servicios sanitarios (con objetivos diferenciados y documentos distintos), a pesar de que la política sanitaria debería incorporarlos a los dos¹¹.

Limitaciones

En esta revisión se ha tratado de recoger todo el material relevante publicado o no sobre los objetivos de salud en la política sanitaria española de los últimos diez años. Aunque la búsqueda de información se ha hecho por distintos métodos complementarios y el esfuerzo para su puesta al día ha sido importante, no podemos garantizar que no se haya omitido algún documento que pudiera ser relevante, tanto antiguo como de reciente aparición. Por otra parte, a pesar de que se ha establecido un procedimiento estructurado para el análisis y la interpretación de la información, tanto el resumen de los resultados como su discusión ha debido de presentarse de forma más genérica, de manera que no siempre todas las afirmaciones son aplicables a cada situación en particular. A pesar de estas limitaciones y la inevitable subjetividad de la interpretación, creemos que los resultados del presente trabajo reflejan bastante fielmente la situación de nuestro país.

Conclusiones

Establecer políticas sanitarias basadas en objetivos de salud, en lugar de que estas sean consecuencia (no siempre deseada) de la estructura y organización del sistema, es de por sí un gran avance. Al definir objeti-

vos de salud se expresa explícitamente qué cambios deben realizarse y en qué dirección se quiere ir, ello significa un punto de partida para la discusión y un medio que permite evaluar lo conseguido. Es, en definitiva, un procedimiento importante para el mantenimiento de la legitimidad política gracias a la posibilidad de rendir cuentas.

La campaña que lanzó la OMS hace ya casi un cuarto de siglo, estableciendo objetivos de salud explícitos y cuantificados ha tenido una significativa influencia en la definición de las políticas sanitarias de estos años en España. No obstante, no ha sido suficiente para situar la salud en el centro de la agenda de la política sanitaria. Y este, seguramente, es un objetivo difícil, sobre todo en un período de restricciones económicas en el sistema sanitario. Para afrontar los retos del siglo que comienza, en el que cada vez será más difícil hacer frente a los riesgos y a la enfermedad desde una y única posición sanitaria, se necesita un amplio debate político, social y profesional que permita definir una nueva estrategia que conduzca hasta la salud de la población. En ella, los argumentos económicos y los sanitarios, de salud, deberían converger en lugar de distanciarse o ignorarse. Esta tarea, además, debería ser liderada por criterios (y profesionales) de salud pública que verían así finalmente legitimada su posición dentro del sistema.

Esta no es más que la primera parte de un proceso mucho más largo que tiene que llevar hasta la concreción de los objetivos en realidades y para ello los PS deberían ser la herramienta de elección. Sin em-

bargo, los PS han sido —hasta ahora— más un modo ordenado de expresar los deseos y las buenas intenciones respecto a la salud de la población de aquellos que han participado en su elaboración que instrumentos de planificación. Gestores sanitarios, técnicos de SP y clínicos tenemos una responsabilidad compartida para lograr que los Salud Pública sean un instrumento efectivo para la mejora de la salud de la población y evitar que, como alguien ha pronosticado, acaben siendo meros ejercicios académicos.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a los colegas de la lista electrónica de Salud Pública de la Universidad de Santiago que respondieron a nuestros mensajes y a las personas e instituciones (Direcciones de Salud o de Planificación y Servicios de Publicaciones) de las distintas Comunidades Autónomas que nos facilitaron información y material. Agradecemos también a los doctores Enric Duran, Antoni Sans y Andreu Segura, así como a los revisores anónimos, la información, los comentarios y las ideas aportados para mejorar el manuscrito. También agradecemos a MSD de España la ayuda prestada para la difusión de los resultados de la primera versión de este trabajo en el congreso SESPAS de 1997.

Conflicto de intereses: ninguno.

Soporte económico: la primera parte de esta revisión contó con el soporte de Merck Company Foundation (New Jersey, USA).

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the year 2000. Health for All series nº 3. Ginebra: WHO; 1981.
2. Ritsatakis A. Conception, evaluation and experiences with the implementation of the WHO HFA 2000 targets. En: European Public Health Centre, NRW. International Workshop on Target Setting. Bielefeld: Institute of Public Health; 1996.
3. Water HPA van de, Herten LM van. Bull's eye or Achilles' Heel. WHO's European Health for All Targets Evaluated in the Netherlands. Leiden: TNO Prevention and Health; 1996.
4. McKee M. Does the WHO have a role in Europe? (Editorial). *BMJ* 1998;316:1402-3.
5. The «new WHO» commits to making a difference. *BMJ* 1998;317:302.
6. WHO Regional Office for Europe. Health21. The Health for All Policy framework for the WHO European Region. URL: <http://www.who.dk/cpa/h21/H21long.htm>
7. WHO Regional Office for Europe. Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996-1997). URL:<http://www.who.dk/policy/HiE97/HiE97.htm>
8. Unicef. Central and Eastern Europe in transition. Public Policy and social conditions: Crisis in mortality, health and nutrition. Florence: UNICEF; 1994.
9. Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform: Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO; 1997.
10. Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establece el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud. Boletín Oficial del Estado 28-VII-1989.
11. Water HPA van de, Herten LM van. Health Policies on Target? Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries. Leiden: TNO Prevention and Health; 1998.
12. Abril Martorell F (Presidente). Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, julio de 1991.
13. Freire JM. Reforma de la atención sanitaria en España. In: Arteondo I, Sakellarides G, Vuori H. Eds. Reforma de los sistemas sanitarios en Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
14. Abel Smith B, Mossialos E. Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy* 1994; 28: 89-132.
15. Cabasés Hita JM. Jornada técnica sobre ordenación y catálogo de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 1995;9 (46 Supl):1-68.
16. Institut Borja de Bioética. Distribución de recursos escasos y opciones sanitarias. Barcelona: SG Editores; 1996.
17. Bengoa R, Echebarría K, Fernández J, Vía JM, Camprubí J

- (coordinadores). Sanidad: la reforma posible. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, SA; 1997.
18. Figueras J, Saltman R. Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa. *Administrac Sanit* 1997;1(2):39-68.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud en el año 2000 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
20. Silvestre-García A, Peiro R, Tuells J, Colomer Revuelta C, Alvarez-Dardet Diaz C. Utilización de un método de consenso para la determinación de las necesidades de salud en Elche. *Gac Sanit* 1990;4:170-1.
21. Vicente D, Martínez Segarra S. Estudio de prioridades sanitarias por el método Delphi. *Aten Primaria* 1991;8:260-4.
22. Carbonell C, Gascón E, Nolasco A, Alvarez-Dardet C. Estudio de opinión sobre prioridades en Salud en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit* 1991;5:135-8.
23. Gonzalez-Quintana J. El tabaquismo en España ante «Salud para todos en el año 2000». *Rev Enferm* 1992;161:31-8.
24. Martín Zurro A. Planes de salud y prevención en atención primaria. *Aten Primaria* 1993;11:1.
25. Banegas JR, Villar F. Políticas de promoción de la Salud. *Rev San Hig Pub* 1993;67:125-8.
26. Trias i Vidal de Llobatera X. Prioridad para la prevención en Catalunya. *Med Clíin (Barc)* 1994;102 Sup 1:3-4.
27. Salleras L, Rius E, Tresserras R, Vicente R. Working together for health gain at regional level. The experience of Catalonia. Implementing Policies for Health. European Health Policy Conference «Opportunities for the future». Copenhagen, 5-9 December, 1994.
28. Polledo FJ. Integración de las políticas de nutrición en los planes de Salud. *Rev Esp Salud Publica* 1995;69:359-60.
29. Roca Berrasan M (Coordinador). Pla de Salut Mental. Illes Balears. Col.lecció Serie Grogga. Palma de Mallorca: Conselleria de Sanitat, Seguretat Social; 1990.
30. Via JM, Salleras L. (coordinadores) et al. Document Marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1991.
31. Calero Carretero R (coordinador). Plan de Salud y Consumo de Extremadura. Desarrollo 1987-90. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo; 1991.
32. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Plan de Salud de Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1991.
33. Gaminde Inda I (coordinador). Plan de Salud de Navarra. Nafarroako Osasun Plana. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 1991.
34. Servicio de Salud de la Región de Murcia. Plan de Salud de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad, Servicio de Salud de la Región de Murcia; 1992.
35. Plan municipal de salud. Documento 1: Contenido, objetivos y metodología del Plan Municipal de Salud. Salamanca: Ayuntamiento de Salamanca; 1993.
36. López Rois F (coordinador). Plan de Saúde de Galicia 1993-1997. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade. Secretaria Xeral Técnica; 1993.
37. Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación. Plan andaluz de salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 1993.
38. Salleras LI (Coordinador). Llibre Blanc. Bases per a la integració de la prevenció en la pràctica assistencial. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Edicions DOYMA; 1993.
39. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1993.
40. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ampliació del Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1994.
41. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Plan de Salud (Osasuna Zainduz). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1994.
42. Subdirección General de Planificación Sanitaria. Dirección General de Aseguramiento y Planificación. Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 1995.
43. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Plan de Salud. Madrid: Consejería de Salud, Comunidad de Madrid; 1995.
44. Consejería de Sanidad. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 1995-2000. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 1995.
45. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Salud para Asturias. Mejorando la Salud: Estrategias de Salud para Asturias. Versión: 4.2. Febrero 1995. Principado de Asturias: Servicio de publicaciones; 1995.
46. Gaztelu FJ (coordinador). Diagnóstico de Salud de Navarra, 1993. Seguimiento de los objetivos del Plan de Salud de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 1995.
47. Barona C, Amado A (Coordinadores). Plan de Salud de la Comunidad Valenciana. Documento Base. Serie: Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, n.º 9. València: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum; 1995.
48. Consejería de Sanidad, consumo y bienestar social. Plan de Salud de Cantabria 1996-2000. Santander: Gobierno de Cantabria; 1996.
49. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Plan de Salud de Extremadura 1997-2000. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Bienestar Social; 1997.
50. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1997.
51. Servicio Canario de Salud. Plan de Salud de Canarias 1997-2001. En URL: <http://www.gobcan.es/psc/>
52. Regidor E. Sistema de información sanitaria en la planificación. *Rev Sanid Hig Pub* 1991;65 (1):9-16.
53. Area Sanitaria. Què és el Pla de Salut?. Pla de Salut. Quadern n.º 1. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut; 1992.
54. Segura A, Benavides FG, Alvarez-Dardet C, Spagnolo E, eds. Informe SESPAS 1993: La Salud y el Sistema Sanitario en España. Barcelona: SG Editores; 1993.
55. Equipo coordinador de la encuesta. Encuesta nacional de salud 1993. *Rev Sanid Hig Pub* 1994;68:121-78.
56. Oñorbe JA, Mata M. Los planes de Salud de las CCAA y las intervenciones. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ, eds. La Salud y el Sistema Sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG editores SA; 1995.
57. Regió Sanitària Centre. Contracte de serveis d'atenció primària de l'SCS 1993-1995. Objectius 1995. Sant Cugat del Vallés: Servei Català de la Salut; 1995.
58. Unitat Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut i contracte de serveis d'atenció primària 1995. Xarxa reformada (mimeo). Barcelona: Servei Català de la Salut; 1995.
59. Regió Sanitària Centre. Contracte de compra de serveis d'atenció primària 1993-95. Avaluació 1995. Sant Cugat del Vallés: Servei Català de la Salut; 1996.
60. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
61. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei

Català de la Salut; 1996.

62. López-Pardo, ME (Coordinador). Plano de Saúde de Galicia. 1998-2001 retos para o século XXI. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Secretaría Xeral, 1998.

63. Comisión para la elaboración del Plan de Salud. Plan de Salud de la Rioja. Gobierno de la Rioja. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social; 1998.

64. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social (Ed). Plan de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1998.

65. Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 1998.

66. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. II Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Participación; 1999.

67. Berraondo I (coordinador). Guía para la contratación territorial de servicios de salud. Vitoria: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 1998.

68. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSC; 1998.

69. Segura A. ¿Problemas de salud (de la población) o problemas de sanidad (de la organización)? JANO 1991;41:115-20.

70. Martínez Aguayo C. Los Planes de Salud: la perspectiva de la gestión. En: La gestión de servicios sanitarios orientada a la mejora de la salud. Curso Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander, 8-12 de julio de 1996. MSD de España, SA, 1997.

71. Vía i Redons JM. Los Planes de Salud: instrumentos de cambio estratégico o ejercicio académico. En: La gestión de servicios sanitarios orientada a la mejora de la salud. Curso Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander, 8-12 de julio de 1996. MSD de España, SA, 1997.

72. Durán A. Los servicios sanitarios y los planes de salud. Revisión Salud Pública 1995;4:171-190.

73. Lindholm LA, Emmelin MA, Rosén ME. Health maximization rejected: the view of Swedish politicians. Eur J Pub Health 1997;

7:405-10.

74. Rayner M. European Union policy and health. BMJ 1995;311:1180-1.

75. Secretary of State for Health. The health of the Nation: A strategy for health in England. London: The Stationery Office, 1992.

76. Department of Health. Our Healthier Nation: a Contract for Health (Green Paper). London: The Stationery Office, 1998. URL: <http://www.oficialdocuments.co.uk/documents/doh/ohnation/ohn-cont.htm>

77. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Como tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Communications Europe España, s.l.; 1997.

78. McGinnis MJ, Lee PR. Healthy people at mid decade. JAMA 1995;273:1123-9.

79. Evers SM. Health for all indicators in health interview surveys. Health Policy 1993;23:205-18.

80. Beguiristain Aranzasti JM. Contartos programa en atención primaria: Evaluación de los compromisos establecidos referentes al plan de salud en el área sanitaria de Guipuzcoa durante el año 1996. En: La salud y el futuro del estado del bienestar. VII Congreso SESPAS. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, 19-21 noviembre de 1997.

81. Gispert R. Health reports: some critical considerations from the users point of view. Workshop on Health Reporting in the European Union. Bilthoven: National Institute of Public Health and the Environment (RIVM), 19-20 Febrero 1998.

82. Sihto M. Process evaluation study. The Finnish Health for All policy as example. EUPHA meeting. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, 20-21 november 1997.

83. Working Together for a Healthier Scotland. A consultation document. Scottish Office Department of Health. URL: <http://www.oficialdocuments.co.uk/document/scotoff/hscot/wthscot.htm>

84. National Audit Office. Report by the Controller and Auditor General. London: HMO Publications Centre, 1996.

85. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. BMJ 1999;318:916-9.