

## **Los Planes de Salud Pública: alcances, limitaciones y perspectivas**

En general, las políticas de salud se concretan de forma explícita en un documento público, que en algunos países, son los planes de salud. Estos planes, en general, contemplan, para un período determinado, los principios y valores que los rigen, los objetivos a conseguir y las estrategias e intervenciones que se van a llevar a cabo para conseguirlo. El plan de salud es el resultado de la denominada “construcción de una política” y describe los problemas de salud y las propuestas de intervención que han entrado en la agenda política como resultado del juego de intereses y poder de los diferentes actores<sup>1</sup>.

### **¿Qué son las políticas públicas en salud?**

Antes de referirnos a los planes de salud pública como una herramienta de planificación en salud pública, es necesario que discutamos acerca de aspectos más generales acerca de cómo construimos políticas públicas en salud pública.

Comúnmente, cuando hablamos de políticas de salud nos referimos a las políticas que definen el financiamiento y aspectos operativos de los servicios de salud curativos. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, es más apropiado adoptar términos que hagan referencia al objeto de trabajo de la salud pública, es decir, a la salud de la población. En esta lógica, para la OMS (2008), las políticas públicas saludables se caracterizan por una orientación explícita por la salud y la equidad en todas las políticas, y por la responsabilidad por su impacto en salud. El principal objetivo de las políticas públicas saludables es crear un entorno propicio para que las personas puedan llevar una vida sana.

Las políticas públicas en salud deben reconocer, por un lado, los complejos factores que afectan la salud y la enfermedad, y las complejas relaciones entre los distintos sectores de la sociedad. Drapper (1991)<sup>1</sup> define seis características de las políticas públicas saludables:

- Los temas de salud pública son multidimensionales y multisectoriales e involucran un amplio y diverso rango de grupos de interés. Por ejemplo, para intentar reducir el impacto en salud de los accidentes automovilísticos asociados al consumo de alcohol, es necesario involucrar a la policía, servicios de urgencia de hospitales, la producción, distribución y venta de alcohol, establecimientos y lugares de trabajo, etc.
- Deberían considerar distintos grupos de interés como: comercio y la industria, organizaciones de la sociedad civil y los distintos poderes del estado.
- Crecientemente, los riesgos para la salud de la población son internacionales y no permanecen restringidos dentro de las fronteras de

---

<sup>1</sup> Draper, P.ed. (1991). *Health thought public police*. London, Green Print.

los países. Esto es especialmente válido para los problemas medioambientales.

- El objetivo principal de las políticas debiese ser “educacional y persuasivo más que dictatorial y punitivo” y debiese generar las condiciones estructurales para que las “decisiones saludables sean las más fáciles de tomar”. Sin embargo, la legislación puede ser necesaria en algunas circunstancias.
- Las políticas públicas saludables son acciones intrínsecamente políticas.

En general, las políticas de salud las realiza el poder ejecutivo o gobiernos, a través de sus autoridades de salud o ministerios de salud. Sin embargo, los gobiernos no son los únicos que concentran el poder de gobernar, no es el único tomador de decisiones. Este hecho también afecta lo que podemos hacer en políticas de salud.

Una política de salud es un mecanismo sensible y cambiante de la sociedad, su formulación y desarrollo representa como han interactuado, por un lado, las demandas de la población con respecto a su salud y bienestar, y por otro, un componente político que denota el grado de modulación y de procesamiento que realiza el sistema de salud, con respecto a dichas demandas. En este modelamiento intervienen distintas fuerzas sociales, técnicas y políticas; las cuales se ven movilizadas por el manejo de los recursos humanos, físicos y financieros para lograr el objetivo de mejor salud, objetivo muy poco tangible y parcialmente visible.

En un sentido amplio del concepto, todos los gobiernos tienen alguna política de salud, la que puede no estar formalizada. Sin embargo, a la hora de tomar una decisión (o de decidir no decidir), todos los gobiernos muestra en qué dirección se orienta su acción u omisión; en qué ámbito se concentran sus opciones; qué considera prioritario; a quienes favorecerá, que tipo de relaciones dentro del sector y fuera del sector le entregará más dedicación, etc.<sup>2</sup>. En esta dirección algunos autores conciben a las políticas de una manera muy general como narraciones que proveen guías para la coordinación de acciones<sup>3</sup>, para la distribución de recursos y para el establecimiento de prioridades por parte de los llamados a tomar decisiones.

## **Formulación de políticas de salud y planificación**

La planificación en salud es un proceso que llevan a cabo las administraciones de salud, en conjunto con distintos sectores de la población, y que está destinado a conseguir en ciertas áreas (principalmente definidas en términos territoriales) y plazos determinados los mejores niveles de salud de la población respectiva, usando del modo más racional y eficaz posible los recursos a su disposición. Por lo tanto, para planificar es preciso conocer la situación sobre la

---

<sup>2</sup> Durán H. Aspectos conceptuales y operacionales del proceso de planificación de la salud. Cuadernos del ILPES N° 35, 1989, Santiago.

<sup>3</sup> Legge, D., Butler, P. et al. (1995). *Policies for a health Australia*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health.

cual se actuará. En primer lugar, las necesidades de salud de la población y los determinantes y condicionantes de la salud y la enfermedad. En segundo lugar, la oferta de servicios y tratamientos que están disponibles para satisfacer dichas necesidades. Con respecto a este último elemento, para la construcción de políticas de salud y la planificación sanitaria necesitamos contar con estrategias que sean efectivas, es decir, que alcancen los objetivos de salud en la población en las cuales se aplican. A partir de la década de 1960, América Latina y Chile han desarrollado procesos de planificación en el sector salud, de la mano de procesos más generales que involucraron la concepción general del Estado. Más recientemente, la planificación por objetivos tuvo su momento de gloria en un período en que el crecimiento de las necesidades y las expectativas sociales con relación a la capacidad de los sistemas de salud obligaban a adoptar políticas sanitarias compatibles con la racionalización y el desarrollo del sector.

### ***Aproximaciones para el desarrollo de las políticas***

Aunque académicamente podamos desagregar el proceso de construcción de políticas públicas en salud en fases consecutivas y siguiendo una lógica racional y técnica; en la realidad, estos procesos no son totalmente lineales ni secuenciales ni están solamente motivados por una racionalidad técnica. El proceso, en general, es iterativo, subjetivo, y se ve afectado por el contexto social.

En cuanto a las principales aproximaciones a la forma en que se elaboran las políticas, encontramos los siguientes modelos:

- Racional – deductivo: se trata de una aproximación de planificación que se sustenta en un modelo racional y lineal, es decir, en la búsqueda de los medios más apropiados para alcanzar los fines deseados. Se logrará una buena política si se siguen estos pasos secuenciales: a) identificar y definir los problemas, establecer los criterios de evaluación, identificar políticas que puedan ser alternativas, evaluar cada una de ellas, seleccionar la o las mejores, implantarlas, tutelarlas y verificar su impacto. Teóricamente, este modelo es muy consistente, coherente y deductivo, basado en el modelo del método científico tradicional. Este enfoque tuvo su origen a principios del siglo XXI en momentos del apogeo del uso de la racionalidad técnica en los procesos de construcción de políticas públicas. Los críticos a este modelo, señalan que el proceso de generación de políticas no es un proceso ajeno a consideraciones políticas, y la búsqueda y valoración de las soluciones, y hasta la definición de problemas no es neutral y aislado e influencia sociales, culturales, económicas y políticas. En el mundo sanitario, ha habido diversos fracasos en la implementación de diversas políticas, planes y programas. Bajo este modelo los problemas estarían asociados a la gran dificultad que existe para detallar y desentrañar los complejos parámetros que componen el hecho ecológico y social, y que determinan la salud y enfermedad de una población. Esto tradicionalmente se ha tratado de paliar a través de *diagnósticos de salud*, basados en

indicadores que ayudan a identificar y definir los problemas, con el fin de que los objetivos a establecer puedan formularse como resultado de la valoración del estado de salud de la población. Sin embargo, en la consecución de tales objetivos, muchas veces, estos quedan supeditados a la lógica biomédica (propias del grupo profesional encargado de llevarlos a cabo).

- **Incrementalista:** se trata de un enfoque oportunista, que reconoce que nunca conocemos todas las consecuencias de las acciones y políticas, por lo que existe una necesidad constante de reflexión y de ajustes a la planificación. En esta perspectiva, las decisiones de políticas no son nunca la última decisión sino que tienen sentido en un momento particular en el tiempo. Este modelo descansa fuertemente en el rol de distintos grupos y agentes, reflejando una sociedad plural en la cual existen múltiples influencias. Ziglio (1987) destaca que este modelo tiende a ser muy conservador y a reforzar el status quo más que a dirigir innovaciones y cambios. Este modelo se ha aplicado, en la práctica, como medio de controlar el gasto excesivo, supeditando los objetivos de salud a otras lógicas de eficiencia del sistema.
- **Modelos de exploración mixta:** este modelo rescata elementos positivos de los dos enfoques previos. Se basa en el reconocimiento de que el modelo racional – deductivo no presta la suficiente atención a los aspectos políticos y los valores que operan cuando se construyen y diseñan políticas, mientras que el modelo incrementalista puede convertirse en demasiado reactivo y poco innovador. En este enfoque lo que se busca es que quienes participan en la toma de decisiones y en la construcción de políticas combinen una visión de largo plazo para orientar metas de salud generales con una capacidad de responder a temas que requieren ajustes de corto plazo.

Con respecto a la forma en que se implementan las políticas de salud, podemos reconocer dos direcciones: modelos arriba/abaj (*top-down strategy*) y abajo/arriba. La primera estrategia supone que la definición de políticas y la planificación surge del nivel más alto de jerarquía de la organización, quienes posteriormente difunden la información y las acciones y responsabilidades que emanan del plan, a través de la cadena de mando. Para que esto sea efectivo como mecanismo para implementar políticas públicas y planificación en salud requiere del cumplimiento de una serie de exigencias: a) una organización con línea de autoridad clara, tareas y objetivos bien definidos, b) acatamiento de las órdenes e instrucciones por parte de los subordinados, c) alto grado de coordinación, d) pocas restricciones de tiempo para el desarrollo de las acciones, e) un contexto estable en el tiempo donde no existan muchos cambios entre que se decide qué hacer y se pone en marcha la política y f) los tomadores de decisión deben tener disponible toda la información para poder seleccionar prioridades y definir planes de acción. En conjunto, para que este tipo de estrategias dé resultados satisfactorios es imprescindible que el cambio esté aceptado en la organización, existiendo pocas resistencias a éste.

Por el contrario, en la estrategia de abajo hacia arriba (*bottom-up strategy*) la planificación sanitaria responde a un proceso de negociación y consulta entre quienes enuncian las políticas o los tomadores de decisiones y quienes están encargados de ejecutarlas e implementarlas.

### ***Los objetivos de salud como herramientas para las políticas de salud y la planificación sanitaria***

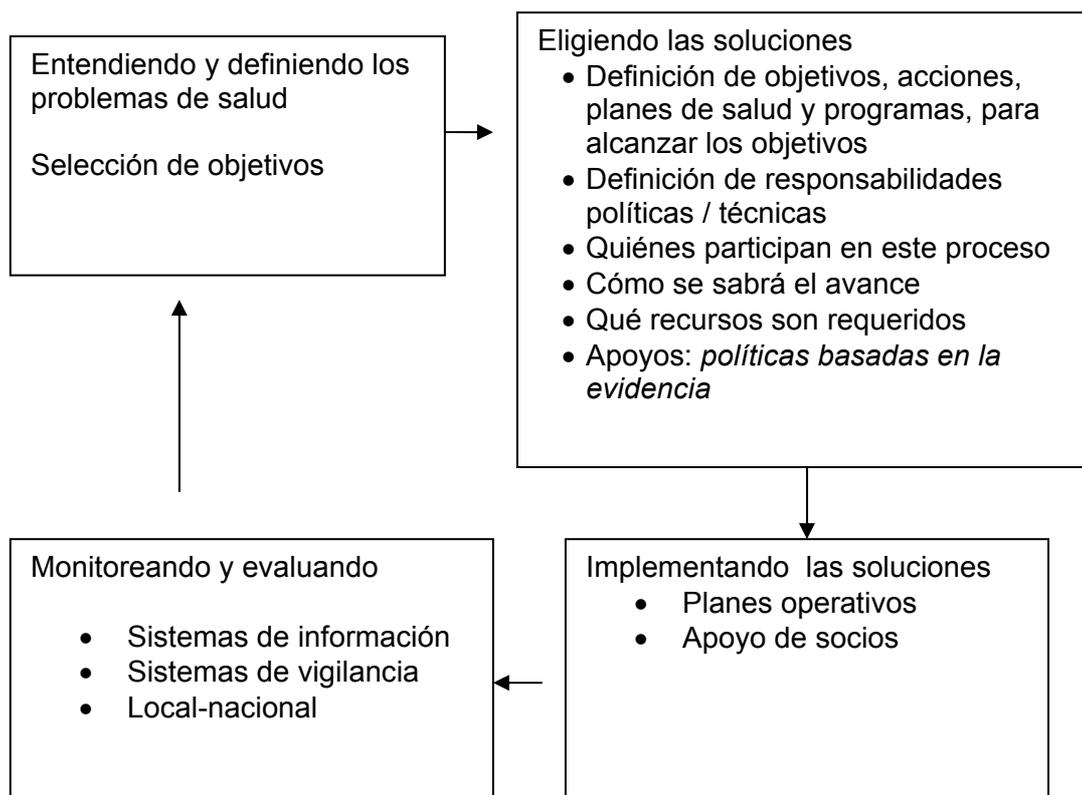
A partir de la década de los 80, se impulsó a desarrollar política y planificación sanitaria en torno a objetivos de salud. Desde el ámbito de la administración, esta lógica se inscribe en el desarrollo de la *administración por objetivos* que fue introducido originalmente por Drucker en 1954<sup>2</sup>. Para el sistema de salud, los objetivos sanitarios estarían más centrados en obtener resultados en términos de salud de la población que en aspectos relacionados con la estructura y organización del propio sistema<sup>4</sup>. En esta lógica ha sido muy relevante la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” iniciada a principios de la década de los ‘80 por la OMS y seguida con mayor o menor fidelidad por numerosos países occidentales: España, Estados Unidos, Reino Unido y Australia. En nuestro país, también se definieron objetivos sanitarios para la década 2000-2010.

El uso de objetivos de salud, si bien ha tenido diferentes desarrollos, ha mostrado ser útil para racionalizar la política sanitaria y aumentar su transparencia, y se transforma en un modelo con que el gobierno puede proveer liderazgo, orientación y dirección estratégica para el sector. El uso que se le ha dado a los objetivos sanitarios por los diferentes países ha sido distinto, en función de las diferencias culturales, del contexto político administrativo y del rol y empoderamiento de la comunidad<sup>1</sup>. En algunos países, han partido de las orientaciones de la OMS y han hecho uso más inspiracional y motivador de los objetivos sanitarios, mientras que en otros países, como en Estados Unidos, los objetivos sanitarios han tenido un uso más práctico y técnico.

Las experiencias de formulación de objetivos de salud y de política sanitaria, han seguido un movimiento circular: a) definir y entender el problema, b) búsqueda y elección de soluciones, c) implementar soluciones, d) monitorización y evaluación para redefinir el problema y reevaluar las soluciones aplicadas.

---

<sup>4</sup> Mc Ginnis JM. Setting objectives for public health in the 1990s: experience and prospects. *Ann Rev Public Health* 1990; 11:231-249



En cuanto al **contenido y características de los objetivos sanitarios**, estos debiesen ser: específicos, medibles, alcanzables, realistas y con plazos determinados; y ser comprensibles para distintos públicos. En cuanto a su contenido debiesen basarse en **determinantes de salud de las poblaciones**, los cuales afectan múltiples aspectos de la salud y de la enfermedad. Además, la evidencia indica que debiesen estar orientados a **intervenciones estructurales**<sup>3</sup> más que en intervenciones que busquen directamente cambiar los comportamientos individuales. Finalmente, un aspecto necesario es contar con la voluntad y valentía política para desarrollar la política sanitaria orientada a resultados de salud.

Los **beneficios** que se reconocen de esta herramienta para la planificación sanitaria son los siguientes:

Fase del desarrollo de la política sanitaria basada en objetivos de salud

1. Formulación de objetivos:

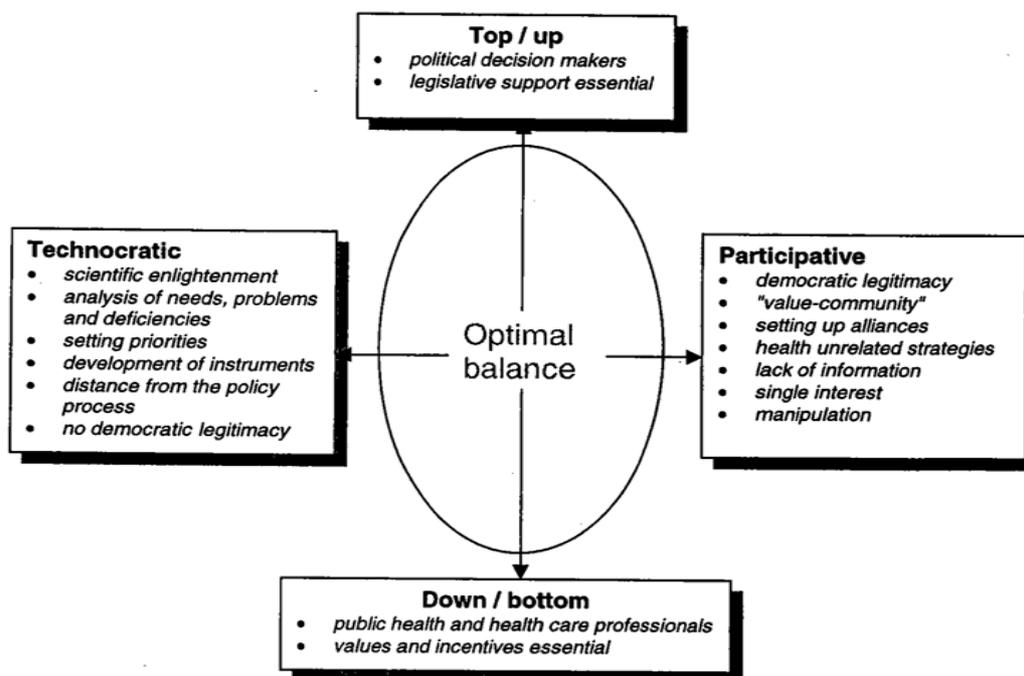
- Aumenta la transparencia de la política sanitaria
- Vuelca la mirada a la salud de la población
- Revela brechas de conocimiento
- Muestra consecuencias de estrategias y soluciones diferentes
- Aumenta la consistencia entre distintos programas, los cuales pueden buscar y orientarse a objetivos comunes.

- Apoyan el proceso de priorización de intervenciones y grupos
  - Estimula el debate y establece lenguajes comunes
2. Implementación de los objetivos
- Inspira y motiva a los socios a tomar acciones
  - Mejora compromiso
  - Fomenta la rendición de cuentas
  - Orienta la asignación de recursos
3. Monitorización y evaluación de los objetivos
- Define hitos de evaluación y de ajuste de la política sanitaria
  - Da oportunidades para testear la viabilidad de los objetivos
  - Da oportunidades para tomar acciones para corregir desviaciones
  - Revela las necesidades y discrepancia en los datos y fuentes de información

Estos beneficios tienen su contrapartida en los siguientes aspectos que podrían reducir el éxito de la política sanitaria:

- La transparencia no siempre es deseada por quienes formulan las políticas sanitarias si de los objetivos no alcanzados se desprende el fracaso de la propia gestión. Esto motiva que se definan metas y planes fácilmente alcanzable y que no suponen un desafío para el sistema, o bien donde se sabe que el sistema tiene éxito.
- El patrón epidemiológico actual radica principalmente en enfermedades crónicas, con tiempos de latencia largos y donde no hay una correspondencia clara entre las intervenciones y los resultados en términos de salud, al menos en el corto plazo. Esto dificulta el proceso, ya que los tiempos necesarios para esperar impactos y resultados no coinciden con los tiempos administrativos y políticos.
- Existe una contradicción importante en que la salud de la población depende de una serie de determinantes multifactoriales, cuya responsabilidad depende de otros sectores e institucionalidad, los cuales pueden tener intereses y lógicas encontrados con el sector salud. En esta lógica, el concepto de intersectorialidad se vuelve relevante, así como estrategias como Salud en todas las políticas.

La siguiente figura presenta una propuesta de balance para el desarrollo de políticas de salud basadas en objetivos, poniendo como eje central que este proceso requiere de compromisos y acuerdos. En el eje vertical se presenta la relación y balance entre quienes son los tomadores de decisiones y quienes son los responsables de implementarlas. En la estrategia de arriba hacia abajo, desde la cúpula es imprescindible contar con la voluntad y decisión política de quienes toman decisiones y con el debido soporte normativo y legal; mientras que desde quienes implementan las políticas es necesario contar con acuerdos entre distintos niveles jerárquicos y alinear valores e incentivos en torno al proceso de planificación. En el eje horizontal, vemos el equilibrio en la definición de los objetivos y prioridades, desde un polo *tecnocrático* y otro *participativo*. La selección de metas y objetivos de manera totalmente tecnocrática tiene el valor de tener alta rigurosidad científica y transparencia; pero carece de legitimidad política y social. El polo participativo, por el contrario, puede tener legitimidad democrática, reflejar los valores presentes en la comunidad y tener el sustento de alianzas políticas y sociales. Sin embargo, los resultados de los procesos participativos dependen de las personas seleccionadas para participar en dicho proceso, y está sujeto a problemas como la falta de interés, la captura por intereses particularistas, la manipulación, entre otros. Los autores



(Source: 9)

Fig. 4. (Source: 9) Political co-ordinates of defining and implementing health target policies.

Fuente: Van Herten L, et al. Target as a tool in health policy. Part II: guideline for application. Health Policy 2000;53:13-23

## ¿Cómo se insertan los Planes de Salud en las políticas públicas de salud?

Los planes de salud son herramientas de planificación que, la mayoría de las veces, forman parte de una serie de instrumentos de planificación. En las políticas sanitarias que se basan en la definición de objetivos de salud, como hemos descrito en apartados anteriores, estos planes de salud se insertan en la segunda fase: en la selección de soluciones para responder a los objetivos definidos.

Comúnmente, los planes de salud se componen de los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de salud y de sus determinantes (sociales, ambientales, económicos, culturales)
- Contexto de la población: territorio y población
- Pronóstico de la situación de salud
- Identificación de problemas y posibles soluciones
- Disponibilidad de intervenciones efectivas, soluciones y de capacidad del sistema
- Responsables, recursos comprometidos para la implementación del plan.
- Evaluación y monitoreo: indicadores y fuentes de información (registros rutinarios, sistemas de vigilancia, encuestas, estudios ad-hoc, etc)
- Objetivos asociadas al desarrollo de los apoyos para el desarrollo y evaluación del plan:
  - Sistemas de información
  - Investigación operativa
  - Formación y capacitación
  - Políticas basadas en la evidencia

En general, antes de diseñar un plan de salud o de revisar alguno que ya esté construido, tendríamos que hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Existen directrices, principios u objetivos de salud generales, que orienten el plan? ¿Existe un mandato político y qué alcance tiene?
- ¿Desde qué nivel se realiza el plan: local, regional, nacional?
- ¿Cómo se inserta el plan de salud dentro de la política de salud?
- ¿Quiénes participan en el proceso?
- ¿Quiénes son los responsables del plan?
- ¿Quién y cómo se financia el plan?
- ¿A quiénes se les rinde cuenta del contenido y de los avances en el plan? ¿Quiénes son los socios del plan?
- ¿Qué alcance tiene el plan? ¿Qué proporción de las tareas, funciones y actividades incluye del total del quehacer de los equipos?

- ¿Cómo se inserta el plan con otros planes de sectores relevantes para la consecución de los resultados de salud?
- ¿Existe alguna evaluación del plan? ¿se ha revisado la coherencia del plan?
- ¿Qué tan sensible es el plan a los distintos principios de la política sanitaria? Por ejemplo: a determinantes sociales (género, trabajo, posición socioeconómica), a la equidad, a una perspectiva poblacional de la salud pública, a intervenciones estructurales y al trabajo intersectorial.

Estas preguntas dan cuenta de las características del plan, lo que es distinto de la evaluación acerca del grado en que se ha implementado el plan, que se asocia a las actividades realizadas.

Algunos desafíos planteados para la política sanitaria y para los planes de salud son:

- Dejar de concebir PS con fronteras para riesgos sin fronteras
- Transformar ejercicios enciclopédicos en marcos de compromisos para la acción
- Pasar de un enfoque reduccionista, de objetivos como indicadores de posición, a un enfoque con mayor perspectiva, en que los objetivos no son el puerto de llegada sino una herramienta para llevar el timón y mantener el rumbo.
- Vincular los PS a compromisos intersectoriales
- Extender el debate a la comunidad con el fin de propiciar la participación ciudadana y mejorar la legitimidad.
- Generar planes con claridad acerca de los costes de oportunidad, de los gastos (presupuestos) y de la financiación (quién paga).
- La necesidad de incluir como eje transversal el trabajo intersectorial, supone diferenciar presupuestos inter e intrasectorial, y constituir un ente que sea capaz de negociar entre sectores y, a su vez, con el responsable del financiamiento.
- Entender el rol político de la salud pública, y sin dejar de reconocer las distintas funciones de los profesionales, técnicos y tomadores de decisiones, incorporar en los niveles profesionales y en los servicios de salud pública habilidades de negociación y abogacía para el desarrollo de intervenciones comunitarias e intersectoriales.

### **Experiencias internacionales: el caso de España**

En España se han desarrollado planes de salud pública por comunidades autónomas, a partir de la estrategia de Salud para todos en el año 2000 de la OMS y de leyes de carácter nacional que determinaban la realización de planes de salud por comunidades. Estas comunidades son descentralizadas con planes y presupuestos propios.

Diversas evaluaciones<sup>4</sup> de dichos planes han mostrado que en algunas áreas se ha avanzado adecuadamente como: algunos problemas de salud específicos (intervenciones individuales), estilos de vida y algunos temas medioambientales concretos. Sin embargo, aspectos tan importantes, como la equidad en salud, el control del consumo del tabaco, alcohol y drogas, los accidentes y las políticas sobre el medio ambiente, no avanzan en la dirección adecuada.

Como aspecto positivo, se destaca que los PS en la política sanitaria española han generado una cierta dosis de movilización, y se ha reconocido como una herramienta de participación y un acicate para la discusión, en el plano técnico. Sin embargo, se denota un relativo fracaso, al contarse con planes orientados preferentemente orientados a estrategias individuales, y con falta de diálogo y comunicación entre los diferentes sectores implicados (intersectorialidad).

Algunos estudios de los planes de salud pública de España<sup>5</sup>, que estudian qué tan presentes se encuentran los ejes claves de la política sanitaria: género, desigualdades sociales, entre otras, en los planes de salud. Entiendo estos como documentos en los cuales se plasman los temas, enfoques y metas que han sido reconocidos en la agenda política y que han alcanzado algún grado de formulación. Entendiendo que independiente del grado de implementación del plan, el hecho de que un tema esté presente es un primer paso para abordarlo y trabajarlo, mientras que lo que no esté presente en un plan indica que no ha sido ni siquiera reconocido ni verbalizado. A partir de una pauta de revisión diseñada para estos fines, se estudió el contenido simbólico, es decir, aquel contenido introductorio de los planes que hace referencia a los objetivos generales, principios y valores explicitados en los PS. Y el contenido operativo, es decir, los contenidos asociados a los problemas de salud priorizados, a los entornos, a las intervenciones definidas y a los objetivos de apoyo para el desarrollo del plan. Los resultados muestran una sensibilidad de género muy desigual entre las distintas comunidades autónomas. Algunas comunidades tienen desarrollado el contenido simbólico al explicitar diferencias de género en la descripción de la situación de salud, contando con información desagregada por sexo y con interpretaciones de género, además de incorporar en sus valores, principios y objetivos la reducción de desigualdades asociadas a este determinante. En cuanto a la sensibilidad operativa, no hay coincidencia con la simbólica, excepto para el País Vasco. La mayor sensibilidad se da a nivel de problema de salud, los cuales son analizados considerando las diferencias de género; pocas comunidades han desarrollado el tema de género en intervenciones diferenciadas según género o bien que esta variable sea considerada en las intervenciones seleccionadas. En la descripción del entorno de la salud hay muy poca sensibilidad de género, es decir, este no es un tema de análisis cuando se describen el contexto social bajo el cual se desarrollan las actividades de la vida diaria (trabajo, colegio, organizaciones sociales, etc).

Un estudio similar llevado a cabo por Borrel C. el al (2005)<sup>6</sup> estudió la sensibilidad del enfoque de desigualdades sociales, mostrando una situación más desmejorada comparada con la perspectiva de género. Esto da cuenta de la necesidad de que el impacto de la posición socioeconómica se sitúe más claramente en la agenda política para que se materialice en los planes de salud. Se aprecia que, en los pocos planes en que se hace referencia a esta dimensión, se centran en intervenciones en sectores excluidos lo que denota una mirada muy restringida de la posición socioeconómica como un determinante de la salud, que no incorpora el efecto de las desigualdades sobre toda la población.

#### **Para la discusión**

En Europa<sup>7,8</sup>, se han definido distintas fases en la voluntad de actuar sobre las desigualdades socioeconómicas en salud:

1. Las desigualdades no se miden o se está recién empezando a medirlas
2. Negación o indiferencia frente al tema

3. Preocupación frente al tema
4. Acciones coordinadas y estructuradas para su reducción

¿En Chile, y en mi región o localidad, en qué fase de voluntad de actuar nos encontramos?

### ***Esquema rápido para el análisis de políticas de salud motivadas por la estrategia de Salud Para Todos (OMS)***

Peiró R y colaboradores<sup>9</sup> desarrollaron un esquema para evaluar las políticas de salud en función de los ejes principales de la estrategia de Salud para Todos de la OMS, de manera de responder hasta qué punto las políticas y planes de salud dan cuenta de los principios de esta iniciativa. Las tres dimensiones que se consideran en el modelo propuesto son:

- Tiempo o momento en la historia natural en la que se interviene: asociado a la estrategia de intervención, en un tiempo más temprano, se trata de acciones sobre población sana para mantener un entorno saludable y promoción de la salud. Posteriormente, acciones sobre población sana y con factores de riesgo, luego acciones sobre población que ya presenta un daño y finalmente acciones sobre población con secuelas para su rehabilitación.
- Nivel de acción: desde lo individual a lo social
- Equidad: en base a distintos determinantes sociales de la salud y a su distribución en la población: género, etnia, posición socioeconómica, etc.

Debido a la imposibilidad de analizar todos los aspectos de los planes de salud, los autores proponen seleccionar trazadores, es decir, elegir un grupo de condiciones o problemas de salud que den el máximo de información acerca del funcionamiento de todo el sistema. Los criterios propuestos para la selección son:

- Problemas o condiciones de salud que hayan sido desarrollados a partir de la perspectiva de Salud para Todos
- Problemas o condiciones cuyo abordaje involucre acciones y políticas intersectoriales, orientadas a la prevención y que demanden una reorientación hacia la comunidad por parte de los servicios de salud
- Problemas de relevancia para la salud pública

Una vez seleccionados los problemas a analizar, se construye un **gold estándar**. Este consiste en el desarrollo de un marco amplio con las posibilidades de políticas que se pueden desarrollar para cada uno de los problemas seleccionados. Esta construcción de un gold estándar se basa en torno a la evidencia científica de las intervenciones que son más efectivas para la mejora de la salud de la población en los distintos tiempos, niveles y

para reducir la inequidad. Este gold estándar permite no sólo evaluar lo que está explícito en el plan sino lo que le faltaría en estas dimensiones.

Una vez construido este marco estándar, de referencia, se compara el plan de salud de los problemas seleccionado con dicho marco. Con esta información, se organizan los resultados en función del esquema presentado a continuación:

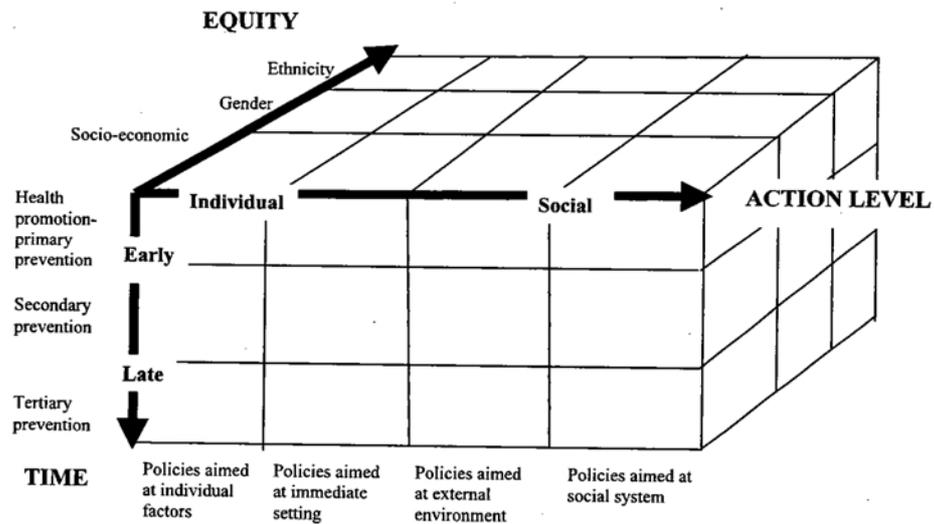


Fig. 2. Three-dimension framework: time-action level-equity and description of health policies classification into four main typologies.

A partir de este esquema, tenemos la siguiente tipología de intervenciones:

- a) Políticas actuando en las fases más tempranas del problema o condición de salud y sobre factores individuales.
- b) Políticas actuando más tarde (alta probabilidad de daño a la salud o bien éste ya está presente) y sobre factores individuales.
- c) Políticas actuando en las fases más tempranas del problema o condición de salud y sobre factores del contexto social (determinantes sociales)
- d) Políticas actuando en las fases más tardías del problema o condición social y sobre el contexto o sistema social.

La dimensión de equidad, por cada determinante priorizado, se incorpora al análisis en cada una de estas tipologías.

## Referencias bibliográficas

- 
- <sup>1</sup> Subirats J. El análisis de las políticas públicas. Gac. Sanit 2001; 15:259-64.
- <sup>2</sup> Van Hersen LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy (Part 1): Lessons learned. Health Policy 2000; 53: 1-11.
- <sup>3</sup> Van Hersen LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy (Part 1): Lessons learned. Health Policy 2000; 53: 1-11.
- <sup>4</sup> De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo. Gac Sanit 2001;15(4):291-293.
- <sup>5</sup> Peiró R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit 2004; 18(Suppl 2):36-46.
- <sup>6</sup> Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarin MI, Colomer C, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. Gac Sanit 2005; 19(4):277-86.
- <sup>7</sup> Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: European perspective. Milbank Quarterly. 1998; 76:469-92.
- <sup>8</sup> Mackenbach JP, Bakker MJ. European Network on interventions and policies to reduce inequalities in health. Tracking socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. Lancet, 2003;362:1049-14.
- <sup>9</sup> Peiró R, Alvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moya C, et al. Rapid appraisal methodology for "Elath for all" policy formulacion analysis. Healt Policy 2002; 62:309-28.