

Análisis de la situación y necesidades de salud de la población

Emilio Lara Valdivielso y Pedro Muñoz Cacho

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Introducción	169
Definición del análisis de la situación de salud	170
Situación en el contexto de la planificación sanitaria	170
Métodos de identificación de necesidades de salud	171
Procedimiento por indicadores	171
Procedimiento por encuesta	172
Procedimiento por búsqueda de consenso	173
Listado de problemas y necesidades de salud	174
Priorización de problemas de salud	176
Objetivos	176
Ámbitos de priorización	176
Criterios de priorización	177
Métodos de priorización	178
Formulación del Plan de Salud	180
Desarrollo del Plan de Salud	181
Planificación estratégica	181
Planificación operativa	181
Evaluación	183
Evaluación operativa	183
Evaluación de resultados	184
Participación de los distintos profesionales en el proceso	185

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- El análisis de la situación y necesidades de salud de la población es la fase inicial del proceso de planificación sanitaria.
- Es muy importante caracterizar desde el punto de vista sociodemográfico la población a la que se refiere el análisis de la situación. Estas poblaciones pueden ser muy dispares en su magnitud y esto condiciona todas las fases de la planificación.

- Existen varias técnicas para materializar el diagnóstico de la situación que no son en modo alguno excluyentes; su objetivo primordial es la detección de necesidades y problemas de salud y su análisis crítico, no la mera acumulación de datos.
- El proceso de priorización es la parte central de la planificación, para su desarrollo se utilizan diversos criterios y métodos.
- El desarrollo de la estructura del sistema de prestación de servicios, la formulación de objetivos y las líneas de actuación se plasman en un Plan de Salud.
- La planificación estratégica se encarga de la ordenación de servicios con criterios demográficos, geográficos y de utilización de servicios.
- La planificación operativa se ocupa del desarrollo de los objetivos mediante la protocolización de actividades y el diseño de programas de salud.
- La evaluación requiere una valoración de la estructura, del desarrollo de las actividades y de la consecución de los objetivos propuestos.
- Para demostrar la utilidad de las intervenciones, justificar su coste y comparar alternativas debe realizarse una valoración económica.

Introducción

El compromiso adquirido por los diferentes países asistentes a la Conferencia de Alma-Ata (1978), donde se propuso por primera vez la meta de «Salud para Todos en el año 2000», ratificada en una nueva declaración en 1998 como «Salud para Todos en el siglo XXI», ha supuesto una serie de cambios importantes en la manera de proveer los servicios de salud, dado el esfuerzo que suponía aumentar el acceso. Como estrategia para alcanzarlo, se propuso que el desarrollo de los sistemas de salud estuviera basado en el concepto de *atención primaria*, entendida como una asistencia sanitaria esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundados, socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pudieran soportar.

Por otra parte, en un contexto económico de recursos limitados, se requieren estrategias que orienten los recursos de la salud de manera que sean lo más eficientes y equitativos posible, para lo cual se han diseñado diversos métodos para planificarlos.

En el presente capítulo se exponen las diversas fases que componen el proceso de planificación que darán lugar a la formulación de un Plan de Salud.

La primera fase de su desarrollo comienza con el análisis de la situación, descrita en la primera parte del capítulo, donde se exponen los indicadores necesarios para determinar los problemas de salud y los procedimientos para su obtención, centrados en tres métodos: procedimientos por indicadores, procedimiento por encuesta y procedimiento por búsqueda de consenso; su resultado es un listado ordenado de problemas y necesidades de salud.

La segunda parte trata de la priorización de los problemas, que representa el núcleo central del proceso de planificación; en ella se exponen criterios, métodos para su realización y las controversias que plantea.

A continuación se describen las características de un Plan de Salud, así como su desarrollo, a través de una planificación estratégica que defina la estructura y organice los servicios, y una planificación operativa que determine las prestaciones y desarrolle protocolos y programas de salud.

En la última parte se presentan los diversos componentes del proceso de evaluación referidos a los resultados en salud y su eficiencia económica.

Definición del análisis de la situación de salud

El análisis de la situación de salud es el proceso sistemático de recogida de información relevante sobre aspectos sanitarios y otros aspectos no sanitarios directamente relacionados con la salud de una población. A este proceso de agrupación ordenada y sistematizada de información se le conoce con otras denominaciones, como: diagnóstico de salud, determinación de necesidades, identificación de problemas de salud, entre otras. Aunque existen matices y diferencias entre los términos «problemas de salud» y «necesidades de salud», para simplificar usaremos estos términos de forma equivalente.

Es muy importante tener siempre presente que la finalidad principal es identificar problemas de salud y caracterizar la población objeto de estudio.

Esta actividad solamente tiene sentido y utilidad si forma parte de un proceso más amplio denominado planificación sanitaria; es decir, que realizado de forma aislada, como fin en sí mismo, carece de sentido y no se justifica. Realizar el análisis de la situación desconectada del resto de las fases de la planificación sanitaria conduce exclusivamente a la edición de un documento que no tiene ninguna repercusión sobre el nivel de salud de la población.

El análisis de la situación de salud está referido a una población concreta. Nos podemos referir a ella empleando diferentes términos como el de comunidad o también territorio, entre otros. Pero esta diferente terminología no implica que el objetivo final sea distinto. La población a la cual van orien-

tadas todas las fases de la planificación sanitaria puede ser muy variada en cuanto a su dimensión, tan pequeña como una Zona Básica de Salud de 10.000 habitantes, un municipio de 100.000, una Comunidad Autónoma de 10 millones, un país, un grupo de países, o toda la población mundial. Es decir, que hay una gran variedad de tipos de comunidades en las que se puede aplicar; esto condiciona los procedimientos que deben emplearse en cada situación, que son diferentes, aunque las fases de la planificación sean comunes en todas estas circunstancias.



No está justificado realizar el análisis de situación de forma aislada y sin emprender ninguna acción para mejorar la situación inicial. El proceso requiere dedicar recursos para poder ejecutar las acciones, planes y programas que se propongan.

Se puede establecer una similitud entre el planteamiento que un sanitario hace ante una persona que puede estar enferma y el planteamiento que un responsable sanitario hace ante una población determinada, como por ejemplo en España, una Comunidad Autónoma, un ayuntamiento o una Zona Básica de Salud. Podemos pensar en la comunidad como si fuera un paciente. El proceso de atención implica conocer datos relevantes como la edad, el sexo, sus antecedentes personales y familiares, realizar pruebas complementarias; con toda esta información se establece uno o varios diagnósticos que se ponderan por su gravedad, se insta un tratamiento, se evalúa su eficacia y se obtiene una nueva situación de salud; de esta forma se cierra el ciclo, y si la situación de salud no se ha solventado, iniciamos nuevamente otro nuevo. Es decir, en términos generales, el diagnóstico aplicado a una persona es equivalente al diagnóstico de la situación en una comunidad, y el mismo paralelismo se puede establecer con las siguientes fases de la atención individual.

Situación en el contexto de la planificación sanitaria

Como se ha mencionado, el diagnóstico de la situación es una fase dentro de un proceso. Este proceso se denomina planificación sanitaria. Aunque hay diferentes formas de representarlo esquemáticamente, en la figura 10.1 se muestra una simplificada, que puede servir como primera aproximación. En este esquema se identifican seis etapas, ordenadas cronológicamente, con una secuencia lógica y racional. Por tanto, no se puede suprimir ninguna fase ni se puede modificar el orden de las mismas. El motivo es que cada fase da como resultado un producto (*output*), que necesita la fase siguiente para generar su propio *output*, que lo traslada a la fase siguiente, y así sucesivamente. Por consiguiente, cada fase tiene que elaborar un producto tangible, que en términos generales se debe concretar en un documento escrito.

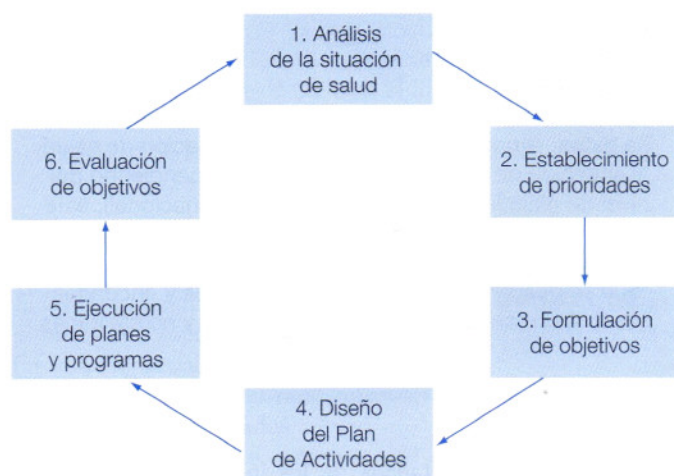


Figura 10.1 • Etapas de la planificación sanitaria.

El proceso se inicia con la fase de «Análisis de la situación de salud», que da como resultado un listado de problemas de salud, que sería su *output*. Este listado de problemas de salud es el punto de partida para la siguiente fase de «Establecimiento de prioridades». Con el listado priorizado se establecen los objetivos y se diseña un plan de actuación para conseguirlos, posteriormente se ejecuta el plan diseñado y, finalmente, se evalúa el cumplimiento de los objetivos marcados. Si el plan ha sido eficaz, la situación de partida habrá cambiado, dando lugar a una situación nueva, que será preciso conocer para continuar con el proceso.



El objetivo final de la fase de análisis de la situación de salud es conseguir un listado de problemas de salud. Dependiendo del procedimiento empleado, este listado puede estar ya organizado por orden de importancia o puede requerir una priorización en una fase posterior.

El esquema general de la planificación sanitaria es el mismo que se sigue en otros ámbitos de la actividad humana; de hecho, la planificación sanitaria es una aplicación de las prácticas empleadas en organizaciones no sanitarias. Se trata de un proceso racional que empleamos habitualmente en nuestra vida privada y cotidiana. Como los recursos son siempre escasos, tenemos que conocer qué necesidades tenemos, priorizarlas, gastar los recursos atendiendo las más importantes, evaluar nuevamente la situación, identificar necesidades que aún persisten, priorizarlas, y así sucesivamente en el seno de un proceso continuo.

Otro aspecto importante es que las organizaciones responsables de la planificación sanitaria, en sus diferentes niveles, deberían ser consecuentes con los problemas que se han considerado prioritarios; es decir, que todas las decisiones que se

tomen deben considerar la priorización establecida. No sería lógico dedicar todos los recursos de investigación a problemas identificados como no relevantes para la comunidad, desatendiendo los que se han decidido que son prioritarios; o no tener recursos económicos para infraestructuras necesarias para un problema prioritario porque se han dedicado a dotaciones destinadas a un problema menor. Esta reflexión conduce a que la peor situación es no tener, de forma explícita y argumentada, un listado de problemas priorizado, ya que puede conducir al uso ineficiente de recursos y a desatender los problemas principales.



Al proceso de identificación de necesidades de salud se le denomina también «diagnóstico de salud». Es la primera fase del proceso de planificación sanitaria; por tanto, todas las acciones de planificación tienen que sustentarse e iniciarse con un análisis de la situación de partida.

Métodos de identificación de necesidades de salud

Existen tres enfoques o procedimientos básicos para detectar problemas y necesidades de salud: por indicadores, por encuesta de salud y de búsqueda de consenso. Estos diferentes procedimientos o técnicas no son excluyentes, más bien es deseable utilizarlos en combinación, ya que aportan información que se complementa.

Procedimiento por indicadores

Es quizá la técnica más comúnmente empleada. Consiste en recopilar información ya existente y fácilmente accesible. No se genera, por tanto, información nueva. Este proceso debe tener un horizonte temporal limitado, ya que la situación va cambiando con el paso del tiempo; en este sentido, es deseable que el proceso de diagnóstico de la situación tenga una duración de menos de un año, de otra forma los datos pueden quedar obsoletos.

La información debe estructurarse en diferentes apartados. En términos generales, podemos identificar tres categorías principales de datos referidos a: situación sociodemográfica, situación de salud y situación de los servicios sanitarios. Aunque de estas tres categorías se deriva la información más relevante para caracterizar una población, conocer los determinantes de la salud y, en definitiva, identificar los problemas de salud más importantes; se puede incluir información relacionada con otros aspectos (históricos, climatológicos, etc.) si son relevantes para la salud de esa población.

En la tabla 10.1 se muestran los datos mínimos recomendados en la guía metodológica elaborada por la Federación Española de Municipios y Provincias. Se aprecia que, además de las

Tabla 10.1 Datos mínimos recomendados en la guía metodológica elaborada por la Federación Española de Municipios y Provincias**Datos generales del municipio:**

Ubicación en la geografía de la provincia
 Superficie del municipio en kilómetros cuadrados
 Datos geográficos relevantes
 Núcleos de población y distancias
 Tipo de comunicaciones y medios de transporte

Datos demográficos y socioeconómicos:

Población total por edad y sexo
 Crecimiento intercensal
 Relación de dependencia global, de 0-15 años y de 65 y más años
 Número total de nacidos vivos anuales
 Número total de fallecimientos anuales por edad y sexo
 Descripción de las riquezas naturales y de los tipos de actividad económica
 Población activa
 Número de analfabetos por sexo
 Variaciones de población de carácter estacional

Datos medioambientales:

Consumo de agua potable
 Viviendas conectadas a red de agua potable
 Alcantarillado
 Viviendas conectadas al alcantarillado
 Tipo de depuración de aguas residuales
 Recogida de basuras y tipo de eliminación
 Existencia de reciclaje de vidrio y papel
 Existencia de problemas de contaminación por formas de energía y descripción
 Existencia de problemas de contaminación por materia y descripción

Datos del estado de salud:

Número total de muertes por edad y sexo. Intentar conocerlas por su causa
 Morbilidad por EDO
 Número registrado de accidentados de todo tipo. Si es posible, recoger los laborales, los de tráfico y los domésticos
 Número de discapacitados
 Situación vacunal

Recursos sanitarios y sociales:

Descripción de la atención sanitaria (primaria, hospitalaria y urgente). Pública y privada
 Número de médicos en el municipio y en la Zona Básica
 Número de enfermeras en el municipio y en la Zona Básica
 Número de consultas de medicina y enfermería en la Zona Básica
 Existencia de actividades de EpS. Descripción
 Número de centros escolares
 Número de asociaciones y tipo
 Número de centros de mayores
 Servicios sociales
 Equipamiento deportivo

tres categorías de datos mencionadas anteriormente, se amplía con datos referidos a: «Datos generales del municipio» y «Datos medioambientales», dado que el ámbito de la planificación en este caso es el municipal, luego es procedente recoger esta información porque está en el área de sus competencias. Si el ámbito de planificación fuera una organización sanitaria, los datos referidos a la salud serían más amplios y detallados porque sobre ellos recaen otras competencias.



Los indicadores se agrupan en tres categorías principales de datos: situación sociodemográfica, situación de salud y situación de los servicios sanitarios. Dependiendo del nivel de planificación (municipal, regional, nacional), este listado de indicadores será diferente. No existe un listado que pueda servir para toda la variedad de situaciones que se pueden dar en los diferentes países y entidades que lo ejecutan, que pueden ser sanitarias y no sanitarias (municipales, etc.).

Una descripción detallada de los indicadores principales que deben incluirse en el diagnóstico de situación de salud, desde una perspectiva sanitaria, aparece especialmente en el capítulo 16 del libro de A. Martín Zurro A y J. F. Cano Pérez (2008).

Procedimiento por encuesta

Con este procedimiento se genera nueva información, a diferencia del método anteriormente mencionado de indicadores. Es más costoso en cuanto a recursos; permite acceder a la población que no utiliza los servicios sanitarios, y recoge la morbilidad sentida por los entrevistados. Asimismo, puede complementarse con otros procedimientos, como tomar muestras de sangre para diferentes pruebas analíticas, o bien otras determinaciones objetivas (peso, talla, presión arterial, etc.) que permiten profundizar en el análisis de la situación de salud. Se emplean habitualmente para detectar necesidades en naciones, Comunidades Autónomas o regiones. Existen experiencias en España y otros países de su empleo, realizadas en diferentes ámbitos territoriales.

A nivel español, el referente más conocido es la Encuesta Nacional de Salud, que se realiza de forma periódica, aunque existen otras a nivel autonómico. Otra encuesta de referencia es la de los Estados Unidos de América, conocida por el acrónimo NANHES (*National Health and Nutrition Examination Survey*). Un modelo de encuesta de salud supranacional es la Encuesta Europea de Salud EES-2009, en la que participa España, con una muestra de 22.000 hogares y representatividad por Comunidades Autónomas.



La encuesta de salud genera información nueva, a diferencia del método por indicadores. Se utiliza frecuentemente cuando se quiere obtener datos referidos a todo un país, dado su coste elevado.

En su contenido, que acostumbra a ser extenso, se incluyen preguntas acerca de la valoración, uso y accesibilidad de los servicios sanitarios, y también hábitos de vida. Requiere

de entrevistadores especialmente adiestrados en el manejo de este tipo de cuestionarios. Las etapas para la elaboración se describen con cierto detalle en el libro de R. Pineault, y C. Daveley (1994). Como en todo estudio poblacional, la representatividad de la muestra es un aspecto esencial.

Procedimiento por búsqueda de consenso

El tercer procedimiento para identificar problemas de salud es el buscar un acuerdo entre un grupo de personas que tienen información cualificada sobre la comunidad. Estas personas pueden tener un perfil muy diferente, y haber sido elegidas por motivos muy variados.

Las dos técnicas de consenso más importantes son la técnica Delphi y la técnica de grupo nominal (TGN). Existen otras, como: los informadores clave, el *brainwriting*, *brainstorming*, el fórum comunitario, etc.

Los *informadores clave* son personas que viven o trabajan en la comunidad y tienen una opinión cualificada de ésta; por este buen conocimiento, es muy recomendable conocer su opinión, que en esta técnica se obtiene por medio de la entrevista individual que se registra con una grabadora; por tanto, no existe interacción entre los participantes ni se pretende un consenso inicial; el número de participantes puede oscilar desde 10 a 15 si se trata de un área pequeña, hasta 100 o más si es un territorio extenso o un país.

El *brainwriting* es una reflexión en silencio, participan de 6 a 8 miembros; hay varias modalidades de ejecución de esta técnica, unas más rápidas que otras; todas tienen de común el que cada participante tiene que escribir de forma independiente una lista de problemas de salud; este listado se va intercambiando con el resto de participantes; de esta forma, al conocer las ideas del resto, se generan nuevas propuestas de cada miembro; dado que escribir es un proceso anónimo, se fomenta la participación en grupos que no se conocen o personas que no son proclives a hablar en público.

En una sesión de *brainstorming*, también denominada «lluvia de ideas» o «tormenta de ideas», se pide a los participantes que enumeren una sola idea (problema de salud en este caso) cada vez que participan; es necesario aplazar el juicio sobre la idoneidad de las ideas enumeradas, para fomentar que se sobrepase el nivel de las ideas convencionales; se busca la cantidad sin pretensiones de calidad y se valora la originalidad; en una sesión posterior se evalúan críticamente los resultados.

En cuanto al *fórum comunitario*, es una asamblea abierta a la participación de todos los miembros de la comunidad, sin limitar de ninguna forma la participación, por este motivo la duración sobrepasa las 3 o 4 horas. Tiene la ventaja de que sensibiliza a diferentes grupos y organizaciones respecto a los problemas de la comunidad, y permite la expresión de una amplia gama de necesidades; sin embargo, tiene algunos inconvenientes, como, por ejemplo, que puede crear falsas expectativas sobre la solución de problemas, servir de plataforma para plantear problemas no relacionados con el tema planteado, o una posible falta de garantías de que lo expuesto en el fórum sea representativo de la realidad en la población.

La *técnica Delphi* es un procedimiento en el que se llega a un consenso sin que exista presencia física de los participantes.

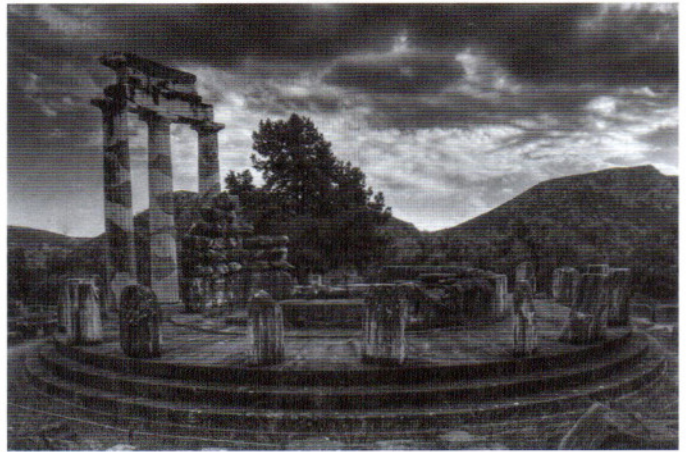


Figura 10.2 • Oráculo de Delphos en Grecia. Allí acudían los griegos para preguntar a los dioses sobre aspectos del futuro que les inquietaban. Tenía una gran reputación por la certeza de sus predicciones. El nombre de la técnica Delphi, empleado originalmente como técnica prospectiva de futuro, proviene de este famoso oráculo.

Se recurre a la comunicación por correo postal o electrónico; es decir, se consigue que la información de cada miembro influya sobre la de los demás, sin que exista una discusión verbal entre ellos, y sin embargo lleguen a un acuerdo. Fue desarrollado inicialmente por organizaciones militares durante la Guerra Fría en la década de los cincuenta. Se aplica en multitud de actividades empresariales, para realizar pronósticos, evaluar características de productos o sistemas, establecer metas y prioridades, aclarar posiciones, etc. Su nombre procede del Oráculo de Delphos (fig. 10.2).

Los componentes esenciales de la técnica son:

- **Moderador:** es la persona responsable de recoger las respuestas del panel y preparar los cuestionarios.
- **Panel:** es el conjunto de expertos que toman parte en el Delphi.
- **Cuestionario:** es el documento que se envía a los expertos. No sólo contiene una lista de preguntas sino que además es el documento con el que se consigue que los expertos interactúen, ya que en él se presentarán los resultados de anteriores circulaciones del mismo.
- **Circulación:** es cada uno de los sucesivos cuestionarios que se envían y presentan al grupo de expertos.

Aunque existen muchas variantes y la técnica puede ser adaptada a las circunstancias especiales en las que se pretenda aplicar, el procedimiento clásico consta de tres circulaciones, tres correos que sucesivamente reciben los miembros del panel y que tienen que contestar dando su opinión. En la primera se les pide que enumeren los problemas de salud más importantes de la comunidad. Las respuestas a este primer cuestionario son procesadas por el moderador, o el equipo moderador, que envía un segundo cuestionario con todas las respuestas, algunas de las cuales serán coincidentes entre los miembros; en este cuestionario se les pide que seleccionen, por ejemplo, las cinco o diez que consideren más importantes en orden decreciente de importancia; puede que los miembros no voten alguno de los problemas que ellos mismos propusieron y, por el contrario,

lo hagan respecto a otros problemas que hayan planteado los demás. Con estas respuestas, el moderador las procesa contabilizando los votos de cada uno de los problemas y elabora un *ranking* ordenando los problemas en orden decreciente de puntuación. Se seleccionan los que logran una puntuación más alta (p. ej., el 25-50% de los problemas más votados) y se envía un tercer y último cuestionario con esta selección de problemas y sus puntuaciones, pidiéndoles que nuevamente seleccionen, por ejemplo, los cinco que consideren más importantes en orden de prioridad. Con estas respuestas, el moderador contabiliza las puntuaciones obtenidas por cada problema de salud, ordena los problemas por su puntuación, y elabora el informe final para remitirlo a los miembros del panel, finalizando así el procedimiento.



La técnica Delphi tiene la ventaja de que no precisa de la presencia física de los integrantes. Se puede ejecutar a través de correo postal o de forma telemática.

La TGN, a pesar de ser un «grupo», sólo es una cuestión nominal, pues no funciona como tal; es decir, no funciona como un grupo de personas que se reúnen e interaccionan de forma libre entre ellas. En este procedimiento, las interacciones y las intervenciones de los miembros están restringidas y sujetas a unas normas que limitan la tendencia natural de intervenir en la reunión que pueden tener sus miembros. Con este procedimiento se limita el posible efecto de los «líderes» que pueda haber en el grupo, dándoles a todos las mismas oportunidades y exigiendo a todos la misma participación en la reunión, que en este caso es presencial, a diferencia de la técnica Delphi.



En la TGN los integrantes tienen limitada su participación. Este procedimiento consigue emplear de forma muy eficiente el tiempo, pero puede causar rechazo o incomodidad en algunos miembros del grupo. La labor del moderador es muy importante para conseguir la aceptación de la técnica.

El procedimiento consta de siete etapas:

1. Generación en silencio e individual de ideas (10-20 min).
2. Enunciado secuencial de ideas por los participantes (20-40 min).
3. Fase de discusión, ronda de intervenciones secuencial sin interpelaciones entre los miembros (20-40 min).
4. Votación preliminar, silenciosa e independiente, sobre la importancia de las propuestas (10 min).
5. Discusión de los resultados de la primera votación (20-40 min).

6. Votación final silenciosa e independiente (10 min).
7. Listado y acuerdo sobre propuestas y sus prioridades.

En esta técnica se pretende separar la tarea de generar ideas, que se efectúa de forma individual, de la de decidir acerca de su importancia relativa, que se realiza interactuando de forma limitada y dirigida entre todos los miembros. Estas restricciones hacen que en un corto período se pueda lograr un consenso. Si, por el contrario, se deja al grupo actuar de forma libre, quizá no logre un acuerdo o precisaría de varias reuniones para conseguirlo. Sin embargo, la TGN puede causar rechazo entre los participantes dado que no se permiten las intervenciones individuales de forma libre, ya que no se autoriza la participación cuando se solicita sino cuando se llega a la fase en la que está establecido que lo hagan.

Con cada uno de estos tres abordajes se pretende conseguir un listado de problemas de salud, que será un resumen del análisis de la situación, núcleo central del diagnóstico de salud. Si el listado no está priorizado, como ocurre con los dos primeros procedimientos, por indicadores y la encuesta de salud, se someterá a su clasificación por orden de importancia, iniciando de esta forma la siguiente fase del proceso de planificación.



Existen tres métodos para identificar los problemas de salud: método por indicadores, método por encuesta de salud y método de búsqueda de consenso. Las técnicas de búsqueda de consenso más frecuentemente empleadas son la técnica Delphi y la TGN.

Listado de problemas y necesidades de salud

De la elaboración de los diferentes indicadores de salud se obtiene un listado demasiado amplio de problemas, que resulta de difícil abordaje. Para que este listado sea operativo, debe realizarse algún tipo de ordenamiento, de forma que permita valorar su importancia y facilite el proceso de priorización: por ejemplo, agrupando las patologías por sistemas (tabla 10.2) junto a los factores de riesgo asociados a su desarrollo y a los determinantes en salud, o bien por otros criterios, por ejemplo, su gravedad y posibilidad de intervención, como en la ordenación por categorías realizada en el *Oregon Health Plan* (1989) (tabla 10.3).

El listado de problemas puede variar en función del entorno en el que se haya realizado la recogida de datos, ya sea nacional, a nivel de una región o Comunidad Autónoma o zona de salud, aunque los problemas más importantes suelen ser comunes a todo el territorio nacional, e incluso la mayoría de ellos presentan una importancia similar en ámbitos de características socioeconómicas parecidas; por ejemplo, la mortalidad por accidentes, las enfermedades cardiovasculares o neoplasia en países desarrollados, o las enfermedades infecciosas y la desnutrición en el Tercer Mundo. Sin embargo, la importancia relativa de cada uno de ellos puede variar, en función de las características de la población; en poblaciones pequeñas

Tabla 10.2 Mortalidad agrupada por sistemas

Año 2006			Porcentaje		
	Varones	Mujeres	Géneros	Varones	Mujeres
IX Sistema circulatorio	1.544	1.881	33	28	39
II Tumores	1.822	1.000	27	33	21
X Sistema respiratorio	651	431	10	12	9
XI Sistema digestivo	311	291	6	6	6
XVIII Hallazgos anormales. No clasificados	207	243	4	4	5
VI-VIII Enfermedades sist. nervioso y órganos sentidos	179	229	4	3	5
IV Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	137	213	3	3	4
XX Causas externas	239	99	3	4	2
XIV Sistema genitourinario	128	147	3	2	3
V Trastornos mentales y de comportamiento	86	127	2	2	3
I Enfermedades infecciosas y parasitarias	106	86	2	2	2
XIII Enfermedades osteomuscular y tejido conectivo	28	66	1	1	1
III Enfermedades sangre y órganos hematopoyéticos	9	29	0	0	1
XVII Malformaciones congénitas	11	14	0	0	0
XII Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	8	16	0	0	0
XVI Afecciones del período perinatal	16	5	0	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	–	0
Total	5.482	4.877	100	100	100

De Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.

Tabla 10.3 Categorías para priorizar servicios sanitarios

1. Proceso agudo fatal, el tratamiento impide la muerte y permite la total recuperación
2. Atención maternal, incluidas las enfermedades de los recién nacidos
3. Proceso agudo fatal, el tratamiento impide la muerte pero no permite la total recuperación
4. Atención preventiva para los niños
5. Enfermedad crónica fatal, el tratamiento alarga y mejora la calidad de vida
6. Servicios de reproducción, se excluyen los servicios de maternidad y de infertilidad
7. Cuidados paliativos
8. Atención dental preventiva para niños y adultos
9. Intervenciones preventivas en adultos
10. Proceso agudo no fatal, el tratamiento permite la recuperación del estado de salud previo
11. Enfermedad crónica no fatal, el tratamiento de una sola vez mejora la calidad de vida
12. Proceso agudo no fatal, el tratamiento acelera la recuperación
13. Servicios de infertilidad
14. Intervenciones preventivas menos eficaces en adultos
15. Procesos fatales o no, el tratamiento produce una mínima mejora en la calidad de vida

De Oregon Health Plan, 1989.

o con características locales especiales (p. ej., poblaciones rurales con pirámides de población envejecida o con un índice de inmigración elevado), la prevalencia de las enfermedades puede presentar un sesgo, lo que debe tenerse en cuenta si el análisis se realiza en una Zona Básica de Salud.

En el ámbito español y de la Comunidad Económica Europea, se encuentra información de indicadores de salud y recursos sanitarios en la página del Ministerio de Sanidad (disponible en: www.msps.es/stadEstudios/estadisticas/sisInfSanSMS/nivelesSalud.htm), y una información comparada referida a los diferentes países de la Comunidad Económica Europea agrupada según el Compendio Internacional de Indicadores en Salud (ICHI.2), recogida en el Programa de Salud Pública (2008-2013) de la Comunidad Económica Europea, disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/indicators/policy/index_eu.htm



Debe realizarse un agrupamiento de los problemas de salud previo a la priorización, ya que un listado demasiado extenso dificulta el proceso.

Priorización de problemas de salud

La determinación de prioridades define la orientación, la eficiencia y la equidad de un sistema de salud, por ello se puede considerar que representa la parte central del proceso de planificación.

Con el cambio en la forma de entender la salud, definida ésta en la Conferencia de Alma-Ata (1978) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho universal, se ha hecho preciso disponer de servicios de salud que cubran las necesidades de la población, con financiación pública limitada y sometida a presiones que empujan hacia arriba el gasto sanitario, en un marco de cambios demográficos (envejecimiento), de costes crecientes de las innovaciones tecnológicas y de medicalización cada vez más intensa de la vida cotidiana, elementos que obligan a priorizar de forma estricta los problemas y velar por la mayor eficiencia posible de las intervenciones sanitarias.

Debe tenerse en cuenta el ámbito en el que se realiza, ya que la capacidad de actuar sobre un problema depende de su grado de competencia.

Aunque su objetivo es mejorar los resultados en salud con los recursos disponibles, no está exenta de controversias, dado que la decisión de intervenir sobre un problema determinado conlleva que se deje de actuar sobre otro; por este motivo, se requiere una definición clara de objetivos y criterios, la elección de un método y el diseño de una estrategia para su desarrollo.



La priorización es la parte central del proceso de planificación, dado que la mejora en el estado de salud va a depender de una valoración adecuada de los problemas.

Objetivos

El establecimiento de prioridades en salud es un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores: clínicos, epidemiológicos, demandas sociales, situación económica y decisiones políticas. Todo esto implica que el proceso de priorización debe tener en cuenta todos estos condicionantes y sea lo más transparente posible para que el orden de prioridades pueda ser asumido tanto por el propio sistema de salud como por la población.

Por tanto, el objetivo de la priorización es la ordenación de las necesidades de salud mediante un método sistematizado, lo más objetivo posible, que tenga en cuenta los recursos y la opinión de los usuarios, de forma que se consigan los mayores beneficios en salud. Debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Garantizar un nivel de salud básico a todos los individuos.
2. Ordenar los problemas con criterios lo más objetivos posible.
3. Tener en cuenta la situación previa de salud.

4. Valorar los recursos disponibles que hagan posible una intervención.
5. Incorporar las expectativas de la comunidad a la que van dirigidas las intervenciones a través de su participación activa en las distintas fases del proceso.



El objetivo de la priorización es la ordenación de los problemas de salud de forma que sea posible su abordaje con los recursos disponibles.

Ámbitos de priorización

La determinación de prioridades se realiza a diferentes niveles, que varían dependiendo del tipo de organización del sistema sanitario. En modelos con un Sistema Nacional de Salud centralizado, tanto la política sanitaria como la priorización de los problemas de salud se deciden en el ámbito estatal/nacional y se planifican las actuaciones para todo el territorio. En modelos descentralizados como el español, el proceso es más complejo dado que la toma de decisiones se produce a tres niveles, cada uno de ellos con diferente grado de competencia en su resolución:

- *Central*, en el que se decide la política de salud, se diseñan los objetivos generales que sirven como directrices para la planificación estratégica realizada por las Comunidades Autónomas y se deciden acciones para la mejora de los determinantes de la salud. Su formulación la realiza el gobierno con ayuda de expertos.
- *Comunidades Autónomas o región*, donde se realiza una priorización específica de los problemas de salud, dado que es a este nivel donde se gestionan los recursos, formando parte del proceso de planificación que se plasma en un Plan de Salud. Por este motivo, el proceso debe estar claramente explicitado y ser riguroso tanto en su diseño como en la composición de los grupos de trabajo que lo realicen; en éstos deben estar representadas todas las partes implicadas en la resolución de los problemas: tanto la Administración como los profesionales de la salud y los agentes sociales a través de asociaciones de usuarios, enfermos, familiares y minorías, asesorados por comités de expertos en planificación, epidemiología y salud pública.
- *Área o Zona de Salud*, donde se determinan las acciones que hay que llevar a cabo para mejorar los problemas que ya han sido priorizados; por tanto, el proceso de priorización consiste en decidir la forma en que van a emplearse los recursos disponibles en función de las características de la población, diseñando programas de salud que expliciten objetivos concretos; su desarrollo debe ser sencillo y en él deben estar implicados tanto los profesionales que prestan la atención como los comités de usuarios habitualmente representados por las asociaciones de vecinos o grupos específicos, o, en los casos en los que exista, el Consejo de Salud.



El ámbito determina la orientación del proceso de priorización dado que éste debe realizarse teniendo en cuenta el grado de competencia en la resolución de los problemas.

Criterios de priorización

Desde los años cincuenta se han ido definiendo diferentes criterios para priorizar los problemas de salud con el propósito de ordenarlos de una manera lo más objetiva posible, teniendo en cuenta no sólo su importancia sino también las posibilidades de abordaje o las necesidades sentidas por la población, de forma que la ordenación de prioridades sea asumida tanto por el sistema de salud como por la propia comunidad.

Los criterios clásicamente utilizados han sido la magnitud del problema, su trascendencia, la eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención, también definida en algunos métodos como vulnerabilidad. Posteriormente, se han añadido otros como la tendencia histórica del problema, las necesidades sentidas por la comunidad, la equidad y la eficiencia.

La *magnitud del problema* se refiere a su extensión; es decir, a cuántos pacientes afecta en relación con la población total. Hanlon (1984) propuso una escala para su cuantificación basada en la incidencia o prevalencia por 100.000 habitantes (tabla 10.4).

La *trascendencia* o *severidad* valora la repercusión que tiene el problema sobre la salud y su impacto económico. La repercusión sobre la salud se determina por las tasas de mortalidad, años de vida perdidos o la discapacidad que produce. El impacto económico puede valorarse desde diversas vertientes, habitualmente se mide por los días de trabajo perdidos, dado que es el parámetro más fácilmente disponible. Estos datos en España están disponibles en la información estadística de los indicadores de salud del Ministerio de Sanidad, cuya dirección web está recogida en la bibliografía.

Tabla 10.4 Estimación de la magnitud del problema a partir del número de personas

Unidades por 100.000 habitantes	Puntuación
50.000 o más	10
5.000 a 49.999	8
500 a 4.999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0,5 a 4,9	0

Modificada de Hanlon, 1984.

La *eficacia de la solución* se refiere a la posibilidad de modificar el problema con los recursos y la tecnología actuales, asignándole un valor mayor o menor dependiendo del grado de dificultad. Su estimación se obtiene de la revisión de la bibliografía.

La *factibilidad* evalúa la posibilidad de intervención sobre el problema; para su determinación, Hanlon propuso una serie de factores que se resumen en las siglas PEARL, donde *P* corresponde a *pertinencia*, referida a la adecuación de la intervención, *E* es la *posibilidad económica*, *A* es la *aceptabilidad*, *R* es la *disponibilidad de recursos* y *L*, la *legalidad*. A cada uno de estos factores se le da un valor de 1 o un 0; un valor de 0 consideraría el abordaje del problema como inviable y, por tanto, no priorizable.

La *vulnerabilidad* es un parámetro que utilizan algunos métodos de priorización y que tiene un significado similar a la factibilidad. Se refiere a la existencia de intervenciones que produzcan resultados apreciables; si no se dispone de ellas, se consideraría el problema como refractario. Por ejemplo, en una intervención directa sobre la mortalidad por cáncer de pulmón, aunque es un problema de una importante magnitud y gran severidad, se considera como no vulnerable, dado que en el momento actual no existen evidencias claras de poder realizar un diagnóstico precoz que disminuya la mortalidad. Esta situación puede cambiar con los progresos técnicos; por otra parte, esto no significa que no se intervenga en otras vertientes del problema que hayan demostrado eficacia, como la prevención del tabaquismo.

Tendencia histórica del problema: para la mayoría de los problemas importantes de salud, en el momento actual se dispone de estadísticas comparadas que muestran la evolución que presentan a lo largo de los años, ya sea como consecuencia de alguna intervención previa o como resultado de la mejora de los determinantes de salud, lo cual ayudará a ponderar su importancia en relación con otros problemas.

La *demanda de servicios de salud* se refiere a las necesidades sentidas por la comunidad. Es un criterio que tiene un carácter menos técnico que los anteriores. Sin embargo, dado que las acciones que se van a proponer en el Plan de Salud van dirigidas a una comunidad concreta, la opinión de ésta resulta determinante a la hora de conseguir resultados en salud.

La *equidad* es un criterio que pondera los problemas desde el punto de vista de la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, teniendo en cuenta las desigualdades en salud y las posibles dificultades geográficas, culturales o socioeconómicas.

La *eficiencia* se refiere a la rentabilidad económica en salud; existen diferentes criterios para su valoración, el más utilizado de los cuales es el de coste-efectividad, que compara las intervenciones en función del coste necesario en recursos para conseguir una mejora en salud, de tal forma que se priorizan primero los problemas que con una importancia similar tengan un menor coste. Para muchos problemas se dispone de indicadores económicos y de resultado que han sido publicados; por ejemplo, los programas de control de riesgo cardiovascular o el diagnóstico precoz del cáncer de mama.



Los criterios de priorización son propiedades que asignamos a los problemas de salud para poder ponderar la preferencia en su abordaje.

Métodos de priorización

Con el objetivo de dar rigor al proceso, se han diseñado distintas metodologías para determinar el orden de prioridad de los problemas, que han sido utilizadas en diferentes ámbitos de salud. La mayoría de los métodos utiliza alguno de los criterios anteriormente expuestos de una forma determinada.

Todos los métodos tienen un grado de subjetividad mayor o menor dado que su desarrollo se basa en técnicas de consenso de grupo y, en consecuencia, la valoración representa en parte la opinión de sus componentes, siendo éste su principal inconveniente. Para hacer el proceso lo más transparente y objetivo posible, se han desarrollado dos estrategias: por un lado, incluir a una representación de todos los estamentos implicados (proveedores de servicios, expertos, profesionales de la salud y representantes de los usuarios de los servicios) y, por otro, utilizar criterios cuantificables.

Desde el punto de vista del grado de subjetividad, podemos clasificar los distintos métodos como: *cualitativos*, cuando se utilizan como criterios las opiniones del grupo, estos métodos son más sencillos de realizar y tienen un menor coste, y *numéricos*, cuando se utilizan criterios cuantificables, son más complejos pero tienen un mayor grado de objetividad. En el siguiente apartado se exponen algunos de los métodos más utilizados.

Métodos cualitativos

El *grupo nominal* es un método de consenso que se utiliza en múltiples ámbitos, su desarrollo se ha descrito en otro apartado de este capítulo. No utiliza de forma explícita criterios formales de priorización, aunque sí de forma implícita. Se trata de un método que se utiliza ampliamente debido a su baja complejidad. Requiere:

- Elegir un grupo representativo.
- Presentar un listado de problemas.
- Establecer un consenso sobre los criterios que se van a utilizar.
- Poner en común el orden de prioridad.

La *parrilla de análisis* es un método que basa la priorización en cuatro criterios: importancia sanitaria referida a la relevancia y/o gravedad del problema, relación entre éste y los factores de riesgo, capacidad técnica de su resolución y factibilidad de la intervención. A cada uno de los criterios se le asigna un valor positivo o negativo según la opinión del grupo; la suma de los signos positivos da el orden de prioridad.

El *método Simplex* utiliza un cuestionario con preguntas elaboradas por un grupo de expertos referidas a aspectos tecnológicos, sanitarios, sociales y administrativos, para las que se ofrecen respuestas estructuradas de manera que el grupo decisor elige entre las diferentes opciones. Se suman las respuestas

de los diferentes cuestionarios y se calcula la media de los criterios; la puntuación dará el orden de prioridad. La principal limitación de este método es que otorga la misma importancia a todos los criterios utilizados, por lo que precisa de una ponderación que asigne un peso a cada uno de ellos.



Los métodos cualitativos son instrumentos de priorización simples con alto grado de subjetividad pero poco costosos de realizar, por lo que tienen una buena utilidad en la toma de decisiones.

Métodos numéricos

El *método DARE* (del inglés *Decision Alternative Rational Evaluation*) utiliza una técnica de clasificación de alternativas basándose en la importancia de criterios previamente definidos y comparándolos por pares. Requiere los siguientes elementos:

- Criterios de evaluación que sean mutuamente excluyentes.
- Puntuación de la importancia de cada criterio por cada uno de los miembros del grupo.
- Ponderación de cada criterio según su peso relativo.
- Valoración total de cada alternativa en relación con los criterios.

Para la puntuación total de cada alternativa se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Alternativa A: } C_1 P_1 + C_2 P_2 + \dots + C_n P_n$$

donde C representa el valor que los miembros del grupo dan a cada criterio para cada una de las alternativas, y P representa el peso relativo que se asigna a cada criterio. Es un método muy laborioso, ya que requiere comparaciones múltiples de cada problema con el resto.

El *método de ponderación de criterios* es similar al anterior, y consiste en asignar un peso relativo a cada uno de los criterios de evaluación seleccionados, que son los mismos que los utilizados en el método Simplex. Posteriormente se le asigna un valor a cada una de las alternativas mediante la siguiente fórmula:

$$NS_1 = \frac{P_a S_{1a} + P_b S_{1b} + P_c S_{1c} + P_d S_{1d}}{n}$$

donde NS_1 es el nivel de significación del problema I ; P_a , el peso relativo del criterio a ; S_{1a} , el valor del criterio a cuando es valorado en el problema I ; P_b , el peso relativo del criterio b ; S_{1b} , el valor del criterio b cuando es valorado en el problema I , y n el número de criterios utilizados.

El *método de Hanlon*, junto con el de la TGN, ha sido el más utilizado en España desde los años ochenta cuando se inicia el desarrollo de la atención primaria y aumenta la preocupación por la gestión de los recursos sanitarios. Este método permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de los siguientes criterios: (A) magnitud, (B) severidad, (C)

efectividad de la intervención y (D) factibilidad de la intervención, aplicando la siguiente fórmula:

$$(A + B) C \times D$$

A cada criterio se le asigna un valor en una escala que se establece por consenso mediante una definición precisa de términos y utilizando criterios estadísticos con el objetivo de darle rigor científico.

El criterio A se puntúa en una escala de 0 a 10 según la escala propuesta por Hanlon. Para la puntuación de criterio B se tienen en cuenta las tasas de morbilidad, mortalidad, incapacidad y el coste que produce la enfermedad. Su estimación la define por consenso el grupo y se puntúa también en una escala de 0 a 10. El criterio C multiplica la suma de los componentes A y B, y se puntúa en una escala de 0,5 a 1,5. Y el criterio D es un criterio de exclusión; se puntúa entre 0 y 1: un valor de 0 considera el problema como no abordable.

En la tabla 10.5 se expone un ejemplo de priorización por este método.

El método OPS-CENDES es un método desarrollado por la Organización Panamericana de Salud. Es de aplicación compleja y requiere un alto grado de experiencia. Los criterios que utiliza son: magnitud (A), trascendencia (B), vulnerabilidad

(C), eficiencia (coste/resultado) (D) y tendencia. Puntúa los problemas según la siguiente fórmula:

$$A \times B \times C/D$$

Los criterios de tendencia del problema y la valoración de la población se utilizan como ponderación.

El método AVISA es uno de los métodos diseñados más recientemente. Se ha utilizado en diferentes países hispanoamericanos. Está basado en el concepto de carga de enfermedad, que es un indicador formulado por el Banco Mundial y la OMS en el Informe sobre Desarrollo Mundial de 1993, que valora el impacto que producen las enfermedades en relación con las muertes prematuras y la discapacidad.

Su cuantificación requiere cuatro parámetros:

- Años de vida perdidos, calculados tomando como referencia una tabla de vida estándar, basada en el modelo West, que define la esperanza de vida al nacer.
- Discapacidad, que mide los años de vida perdidos a consecuencia de la enfermedad y sus secuelas, determinados por su evolución. Se puntúa en seis categorías, considerando la ausencia de enfermedad como valor 0 y la muerte, como el máximo valor.
- Edad de inicio de la enfermedad.

Tabla 10.5 Priorización de problemas de salud por el método de Hanlon

Problema	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Puntos	Priorización
Enf. aparato circulatorio	2,33	6,66	1,22	0,74	8,06	1.º
Enf. infecciosas	4	3,52	1,18	0,76	6,74	2.º
Riesgo obstétrico	4,5	2,03	1,22	0,83	6,61	3.º
Planificación familiar	2,5	1,67	1,40	0,90	5,25	4.º
Caries	5	0,56	1,38	0,5	3,83	5.º
Diabetes	0,83	2,52	1,16	0,79	3,06	6.º
Enf. respiratorias crónicas	1,33	3,10	1,05	0,58	2,69	7.º
Accidentes, lesiones, intoxicaciones, violencia	3,33	4,22	0,93	0,37	2,59	8.º
Enf. perinatales y congénitas	3	1,66	1	0,48	2,23	9.º
Enf. aparato digestivo	2,66	2,29	1	0,42	2,07	10.º
Enf. aparato genitourinario	2,66	1,32	0,91	0,42	1,52	11.º
Enf. respiratorias agudas	3	1,22	0,71	0,5	1,49	12.º
Sist. nervioso	3	1,66	0,86	0,33	1,32	13.º
Neoplasias	2	4,9	0,76	0,25	1,31	14.º
Enf. aparato locomotor	2,33	5,03	0,71	0,2	1,04	15.º
Enf. de piel y tejido subcutáneo	2,66	0,98	0,60	0,23	0,57	16.º
Alcoholismo y drogodependencia	2	2,5	0,85	0,1	0,38	17.º
Enfermedades mentales	1,33	2,26	0,63	0,16	0,36	18.º

De: Diagnóstico de salud Zona Básica de Salud Cazoña (Santander).

Tabla 10.6 Priorización de problemas de salud mediante el método AVISA

Ambos sexos	AVISA	Porcentaje
Condiciones neuropsiquiátricas	871.758	23,2
Enf. digestivas	594.067	15,8
Enf. cardiovasculares	453.940	12,1
Lesiones no intencionales	291.438	7,7
Enf. musculoesqueléticas	291.381	7,7
Enf. órganos de los sentidos	241.709	6,4
Neoplasias malignas	221.529	5,9
Lesiones intencionales	142.836	3,8
Enf. respiratorias crónicas	110.748	2,9
Trast. endocrinos y metabólicos	93.572	2,5
Perinatales	78.249	2,1
Enf. genitourinarias	78.134	2,1
Diabetes mellitus	74.531	2,0
Anomalías congénitas	57.213	1,5
Condiciones orales	52.305	1,4
Infecciosas y parasitarias	38.833	1,0
Deficiencias nutricionales	20.853	0,6
Infecciones respiratorias	20.080	0,5
Otras neoplasias	18.564	0,5
Condiciones maternas	5.303	0,1
Enf. de la piel	4.753	0,1
TOTAL	3.761.796	100,0

De Estudio de Carga de Enfermedad de Chile (2004).

- Valoración del tiempo vivido con y sin enfermedad, teniendo en cuenta el grado de dependencia y la pérdida de productividad que genera.

Este método proporciona una visión preferentemente desde el punto de vista de la trascendencia en salud y el impacto económico de las enfermedades crónicas, que se han convertido en el problema más importante al que se enfrentan los sistemas de salud; además, permite el seguimiento de su evolución con unos registros adecuados. La tabla 10.6 presenta la priorización por este método de los problemas más importantes de salud en Chile durante el año 2004.

El *método ACE* (análisis coste-efectividad) tiene como principal utilidad la valoración de costes de las intervenciones en salud, y permite comparar diferentes alternativas siempre que los efectos en salud sean comparables. Éstos pueden ser resultados intermedios, como el coste por caso detectado en un programa de cribado, o bien resultados finales, como el coste por año de vida ganado. La mayor dificultad a la hora de

su aplicación es la de obtener de la literatura médica datos de calidad y relevancia adecuados.



El proceso de priorización consta de tres etapas: el análisis de la importancia de los problemas según un método de priorización; la valoración del coste-efectividad de las diferentes intervenciones de forma que se elijan las más eficientes, y la selección de un listado de intervenciones que puedan ser asumidas con los recursos disponibles.

Formulación del plan de salud

El crecimiento de las necesidades y expectativas sociales surgidas tras la propuesta «Salud para Todos en el año 2000» en la Conferencia de Alma-Ata (1978) ha supuesto un reto para la capacidad de los sistemas sanitarios. Para darle respuesta, se propuso una asistencia sanitaria basada en el concepto de atención primaria, entendida como una asistencia de cobertura universal, basada en el método científico, que fuera socialmente aceptada, en la que participara la comunidad y fuera económicamente sostenible.

Durante los años ochenta se hizo evidente la necesidad de una racionalización de las prestaciones que hiciera viable su sostenibilidad, para lo cual se aplicó el concepto de *planificación por objetivos* que había demostrado su utilidad en diferentes sectores económicos. Es un procedimiento que se centra en el establecimiento de unos objetivos, el diseño de una estrategia y la valoración de la mejora en los resultados. Su aplicación al campo de la salud ha dado lugar al desarrollo de nuevos modelos de planificación que se han traducido en Planes de Salud como instrumentos que operativizan las políticas sanitarias.

Pinault (1992) define la planificación como un proceso continuo de previsión de recursos y servicios para alcanzar unos objetivos determinados, según un orden de prioridades, teniendo en cuenta el contexto actual y su alteración previsible por la influencia de factores internos y externos.

Diferentes países tanto en Europa como en Latinoamérica han adoptado esta forma de gestionar los recursos. En España, después del proceso de descentralización de competencias en materia de atención sociosanitaria, los responsables del diseño e implantación de los Planes de Salud son las Comunidades Autónomas de acuerdo con criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad y formulados en el Plan Integrado de Salud. Éstas proponen objetivos a conseguir en un período determinado, que puede oscilar entre uno y varios años, dependiendo del tiempo necesario para alcanzar los cambios propuestos, y desarrollan estrategias para su consecución. Este tipo de planificación tiene la ventaja de una mayor cercanía a los problemas de la comunidad y una percepción más clara de los obstáculos para su abordaje, pero el inconveniente de una posible desigualdad en el acceso a las prestaciones. Para garantizar la equidad del Sistema Nacional de Salud, se ha creado un Consejo Interterritorial que actúa como coordinador.

Tabla 10.7 Características de un Plan de Salud

Analiza las necesidades de salud y servicios de la población
Define y diseña el modelo de prestación de servicios
Propone áreas prioritarias de actuación en el ámbito de la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación
Explicita objetivos generales en salud para un período determinado
Propone medidas que garanticen la equidad en el acceso a los recursos sanitarios
Desarrolla estrategias de coordinación entre niveles
Define estándares de calidad en la atención
Diseña planes de actuación para conseguir los objetivos
Propone estrategias para su implantación
Asigna financiación para su desarrollo
Define estrategias para la evaluación de los objetivos

El diseño de un Plan de Salud comienza con la formulación de un marco general que sirva como soporte para el desarrollo del sistema. La tabla 10.7 resume sus fases.



El desarrollo de las políticas de salud presionadas por el aumento de demandas de servicios, ha obligado a desarrollar nuevas formas de gestionar los recursos que se han plasmado en Planes de Salud, que son instrumentos de planificación que desarrollan la estructura y proponen los objetivos en salud.

Desarrollo del plan de salud

La puesta en marcha de un Plan de Salud contempla aspectos de organización, distribución y gestión de recursos, así como el desarrollo de líneas de actuación que determinen tareas y responsabilidades para conseguir los objetivos propuestos, esto implica el diseño de planificación a dos niveles.

Planificación estratégica

La planificación estratégica se encarga de trasladar las políticas de salud a un plan de ordenación de servicios; define el modelo de atención y organiza los servicios partiendo de la realidad asistencial previa; desarrolla la estructura del sistema asignando los recursos en función de criterios demográficos, geográficos, socioeconómicos y de distribución de recursos, teniendo en cuenta las necesidades futuras. Esta ordenación se plasma habitualmente en un *mapa sanitario* que establece la distribución territorial, la cobertura y la estructura de funcionamiento de los diferentes servicios, tanto asistenciales (atención primaria, hospitalaria, urgente, atención domiciliaria y salud mental) como

sociosanitarios (cuidados intermedios, asistencia a pacientes dependientes, equipos de cuidados paliativos) y de salud pública (vigilancia epidemiológica, salud ambiental, alimentaria, control de las vacunaciones, promoción y prevención de la salud).

En un sistema descentralizado como el español, el mapa sanitario, desde el punto de vista administrativo, consiste en una sectorización del territorio que sirve como soporte para el desarrollo y la adecuación de los servicios a las necesidades con criterios de equidad, evitando duplicaciones ineficientes. Tiene como estructura fundamental el Área de Salud, definida como una estructura responsable de la gestión, que centraliza los recursos administrativos y se encarga de la ejecución de las políticas de salud nacionales y autonómicas o territoriales; las funciones esenciales del Área de Salud son las siguientes:

1. Proponer los objetivos de salud.
2. Gestionar los recursos económicos y asistenciales.
3. Desarrollar una Cartera de Servicios que dé respuesta a los objetivos propuestos en el Plan de Salud.
4. Prestar apoyo a la organización de los distintos servicios.
5. Coordinar la relación entre los diferentes niveles y profesionales de la salud de forma que se garantice la continuidad asistencial y la eficiencia.
6. Evaluar los resultados en salud.

Cada Área de Salud dispone de direcciones o gerencias que gestionan los diferentes ámbitos asistenciales. En España, el número de gerencias depende de la organización de cada Comunidad Autónoma; las dos básicas son: las gerencias de atención primaria, que gestionan los equipos de atención primaria y los servicios de urgencias extrahospitalarios, y las direcciones de atención especializada, que gestionan los centros de especialidades, hospitales y urgencias hospitalarias. El principal problema de este tipo de organización lo representa la coordinación entre los diferentes niveles de atención, existiendo problemas en la definición de competencias y dificultades en la continuidad asistencial; en un intento de superar estos problemas, algunas Comunidades Autónomas han instaurado gerencias unificadas que gestionan todos los servicios del Área de salud. Una propuesta basada en el desarrollo de la atención primaria se puede encontrar en el Informe de la OMS sobre la salud en el mundo del año 2008: «La Atención Primaria de salud más necesaria que nunca», disponible en: www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf



La planificación estratégica se encarga del desarrollo de la estructura de los servicios asistenciales, sociosanitarios y de salud pública. Su ordenación se plasma en un mapa sanitario.

Planificación operativa

El desarrollo de la estructura del sistema sanitario requiere una planificación operativa que ordene el funcionamiento de los servicios para dar respuesta a las demandas de salud de forma

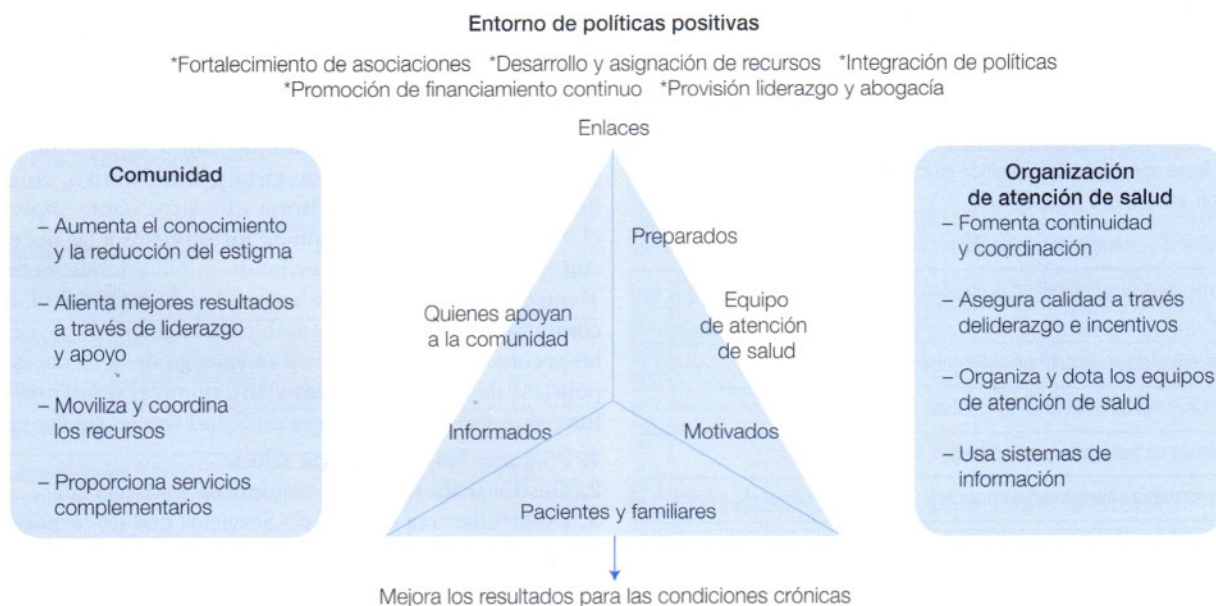


Figura 10.3 • Entorno de políticas positivas. De Organización Mundial de la Salud, 2002.

global, equitativa y eficiente. Precisa de planes de acción que organicen los niveles de atención, la Cartera de Servicios de los diferentes ámbitos o niveles y definan su capacidad de resolución, los distintos profesionales que los componen, su perfil competencial y coordinación.

En las dos últimas décadas se han desarrollado nuevos procedimientos para organizar la atención de los problemas de salud, que intentan adaptarse a las nuevas necesidades surgidas tras el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, lo que ha hecho preciso modificar los modelos preferentemente reactivos diseñados para dar respuesta a la atención de enfermos agudos y poco adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos, a otros que presten una asistencia continuada y pongan énfasis en la prevención, lo que requiere la coordinación de un amplio abanico de profesionales, cuidadores y servicios (fig. 10.3).

Se han desarrollado diversos modelos organizativos para adaptarse a esta situación. El más ampliamente utilizado es el basado en el concepto de integración de servicios, definido como un conjunto de servicios coherentes, coordinados, planificados, gestionados y realizados por un conjunto de organizaciones y profesionales que cooperan con los pacientes y los cuidadores como medio de mejorar la accesibilidad, calidad, satisfacción del usuario y su eficiencia. Sus ejes centrales son: la atención centrada en los pacientes, la coordinación entre proveedores y niveles de atención, de forma que se preste una atención continuada en el tiempo y orientada a los resultados (tabla 10.8).

Otro modelo es el de gestión de enfermedad (*disease management*). Concepto surgido en Estados Unidos en los años noventa, comparte muchos de sus fundamentos con el anterior método; su principal diferencia radica en que su visión está enfocada al conocimiento de la progresión clínica de las enfermedades y de su impacto económico en lugar del concepto más amplio de necesidades de los pacientes.

Tabla 10.8 Características de los servicios de un modelo integrado basado en la atención primaria

Fases	Características
Atención primaria de salud	Entrada al sistema, accesible Basada en el trabajo en equipo Atención al individuo de forma integral y longitudinal Atención comunitaria, familiar, grupal y domiciliaria Orientada al cuidado, promoción y prevención Capacidad de resolución Fomenta la información y el autocuidado Coordinada con el resto de los servicios
Atención especializada	Resolución de problemas complejos Equipos multidisciplinares Trabajo en red de los diferentes niveles Coordinada con la atención primaria y los servicios sociosanitarios
Atención sociosanitaria	Control de patologías subagudas Atención a la discapacidad Atención al final de la vida Atención a la dependencia
Atención a la salud mental y adicciones	Atención en el ámbito comunitario Integración funcional de redes y recursos de salud mental Atención a las adicciones Soporte a la atención primaria
Atención urgente	Atención inmediata a la demanda Capacidad de respuesta a las urgencias vitales Coordinación con los servicios de atención primaria y especializada
Atención a domicilio	Atención al paciente en domicilio Atención al anciano frágil Coordinación con los servicios sociales y sociosanitarios

Algunos de los conceptos de estos modelos adaptados a las diferentes realidades sanitarias están siendo utilizados por la mayoría de los países. La figura 10.3 presenta una visión de atención orientada a las condiciones crónicas.

Para abordar los problemas de salud desde una perspectiva de integración de recursos, se dispone de dos instrumentos: la protocolización de actividades o el desarrollo de programas de salud que respondan a las preguntas de: a quién va dirigido y quién, cómo, cuándo y dónde tiene que realizarlo.

Un protocolo o guía de salud es un conjunto organizado de normas de actuación, definidas en función de la mejor evidencia clínica disponible que organiza y coordina las actuaciones ante un problema de salud determinado.

Un programa es un conjunto organizado e integrado de actividades que se adapta a un diseño definido, y que además de incluir normas de actuación con un nivel de concreción mayor, en el que se especifica el profesional y la forma en que se realiza cada actividad siguiendo un cronograma, define una población diana y propone unos objetivos de mejora en salud a conseguir en un período determinado que sirvan para evaluar los resultados.

Las principales diferencias entre un programa de salud y un protocolo, además de la mayor concreción de las actividades en el primero, radican en que los programas:

- Habitualmente se refieren a un área de salud (p. ej., el programa de atención a la salud de la mujer, dividiéndose, a su vez, en subprogramas que cubren problemas de salud más concretos, como el embarazo o la planificación familiar).
- Especifican la población diana y la cobertura.
- Definen no sólo actividades de curación sino también de prevención y rehabilitación.
- Diseñan las actividades en función de los recursos disponibles.
- Proponen objetivos evaluables.



La consecución de los objetivos en salud requiere una planificación operativa que desarrolle protocolos de actuación y programas de salud.

Evaluación

La evaluación es una parte integral del diseño y desarrollo de un Plan de Salud y de cualquier programa o intervención. Consiste en una valoración sistemática y objetiva tanto de la estructura como del diseño, implementación, resultado y coste, de forma que ayude a identificar problemas, valorar la eficiencia de las intervenciones y sirva de apoyo en la toma de decisiones.

Supone establecer un juicio de valor, para lo cual se requiere disponer de un punto de referencia, lo que implica el conocimiento de la situación previa, la formulación explícita de objetivos de mejora y la disponibilidad de registros que permitan analizar, interpretar y fundamentar conclusiones; debe

realizarse con rigurosidad científica y contestar a las siguientes preguntas:

- ¿La estructura y los recursos son los adecuados?
- ¿El programa responde a una necesidad?
- ¿Está apropiadamente diseñado?
- ¿Se están implementando las actividades de forma adecuada?
- ¿Se están obteniendo los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?
- ¿Es coste-efectivo y sostenible?

La respuesta a estas preguntas requiere una valoración objetiva en tres áreas: estructura, proceso y resultados; cuando además se añaden diferentes estándares y se tiene en cuenta la satisfacción de los usuarios, estaría formando parte de un proceso de valoración de la calidad (Donabedian y Bashsumer, 2003).

La *evaluación de la estructura* se refiere a la disponibilidad, organización y funcionalidad de los servicios, mide parámetros como la adecuación de la estructura física, elementos técnicos, recursos personales o accesibilidad. Es un criterio facilitador que se evalúa mediante una auditoría y su objetivo es detectar problemas que dificulten el desarrollo.

La *evaluación del proceso*, o formativa, se refiere al desempeño del programa, es decir, al grado de cumplimiento de las actividades y su adecuación.

La *evaluación de resultados*, o valoración sumativa, tiene un doble objetivo: valorar el impacto en salud, midiendo el grado de consecución de los objetivos en salud que se han marcado y su eficiencia en relación con el consumo de recursos.

Una pregunta importante y de respuesta controvertida es la de quién debe realizar la evaluación. Puede efectuarse de dos formas: *a)* mediante una valoración interna, llevada a cabo por los responsables que ejecutan los programas; tiene la ventaja de que al conocer mejor su desarrollo, pueden detectar los problemas y realizar propuestas de mejora, y el inconveniente de que al no ser observadores imparciales se pueden producir sesgos; *b)* mediante una valoración externa, cuya principal ventaja es que la llevan a cabo observadores independientes, habitualmente profesionales con experiencia en la evaluación y, por tanto, tienen una mayor objetividad. La respuesta más adecuada parece una combinación de ambas: probablemente una evaluación interna tiene mayor rendimiento en la evaluación del proceso y la externa en la de resultados.



La evaluación es la última fase de la planificación; consta de una valoración de la estructura, del grado de cumplimiento de las actividades, de los resultados obtenidos y de la eficiencia.

Evaluación operativa

Se centra en la valoración del proceso, es decir, en el desarrollo práctico de las actividades. En el diseño de un programa de salud se definen dos tipos de objetivos: unos referidos al

impacto en salud y otros referidos a su funcionamiento. Estos últimos, conocidos como objetivos o indicadores de proceso, se centran en el desarrollo de las actividades. Su finalidad es medir la calidad del desarrollo del programa, no valoran resultados directos en salud, aunque se asume que su cumplimiento ayuda a su consecución.

Los objetivos de proceso se definen como porcentajes de cumplimiento a conseguir en un plazo determinado de tiempo (generalmente un año). Las áreas de valoración son: cobertura, cumplimiento de las actividades, adecuación de éstas y accesibilidad.

La *cobertura* tiene dos componentes: la *detección*, que valora las actividades diseñadas para aumentar el número de pacientes conocidos y se formula como el número de pacientes incluidos o detectados en relación con el número de los esperados, y el *rendimiento*, que se calcula como el total de pacientes incluidos en las actividades del programa en relación con los conocidos.

Los indicadores de *cumplimiento* valoran la calidad del desarrollo de los programas medida a través del registro de las actividades de control, tratamiento, prevención y educación (p. ej., porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado una exploración del fondo de ojo para la detección precoz de retinopatía diabética).

La *adecuación* se refiere a la calidad técnica de las actuaciones desarrolladas, es decir, si cumplen los requisitos con los que han sido diseñadas.

La *accesibilidad* mide el grado de seguimiento de los programas valorado mediante el porcentaje de abandonos.



La evaluación del proceso medida a través de la cobertura, el cumplimiento de actividades, su adecuación y la accesibilidad, valora la calidad de los programas.

Evaluación de resultados

El objetivo de una actividad o programa es la consecución de unos resultados que supongan una mejora en la situación de salud. La evaluación de los resultados es, por tanto, de importancia

capital y tiene dos componentes: por un lado, la *comparación de los objetivos* formulados con los resultados obtenidos y, por otro, la valoración de su eficiencia.

La formulación de un objetivo en salud requiere el conocimiento previo del problema y una propuesta de mejora cuantificable a conseguir en un período de tiempo determinado (p. ej., la disminución de la nefropatía diabética en un 20% en un período de 5 años). La propuesta de objetivos debe ser realista en dos sentidos: tiene que ser alcanzable y evaluable con los registros disponibles.

El principal problema cuando se realiza una evaluación de objetivos en salud, sobre todo a nivel de poblaciones pequeñas como las atendidas por un equipo de atención primaria, es la dificultad y el coste que supone poder apreciar resultados con trascendencia en salud (p. ej., la disminución de complicaciones o de la mortalidad). El tiempo de evaluación y la dificultad de obtener registros adecuados puede ser tan largo y costoso que resulte poco operativa su medida. Por este motivo, muchas veces los objetivos en salud se formulan como *objetivos intermedios* (p. ej., porcentaje de pacientes con presión arterial bien controlada o con un perfil lipídico o una hemoglobina glucosilada dentro de un rango), dado que existen evidencias de que la consecución de objetivos intermedios mejora los resultados en salud. Por otra parte, existen resultados intermedios con trascendencia en salud como, por ejemplo, la disminución de ingresos hospitalarios, que son más fáciles de evaluar.

En las últimas décadas, con el objetivo de demostrar la utilidad de los programas de salud, justificar su coste y poder comparar alternativas, se han introducido diversos análisis económicos para la valoración de la eficiencia del gasto, en respuesta a la presión social para mejorar el uso de los recursos.

M. F. Drummond (2005) define la *evaluación económica* como un análisis comparativo de acciones alternativas en términos de sus actos y consecuencias. Existen diferentes técnicas de evaluación económica y cada una de ellas tiene su utilidad en un tipo de análisis (tabla 10.9).

La aproximación más básica a la valoración económica es un *análisis de costes*, que consiste en cuantificar el gasto en recursos. El principal problema que presenta es la imputación de gastos a un proceso concreto, dado que aunque existen gastos directos de fácil contabilidad, la mayoría son compartidos. Existen cuatro maneras de precisar el gasto: coste por día, coste por día específico por enfermedad, coste por categorías (*case-mix*) y el microcoste, que es el más preciso.

Tabla 10.9 Evaluación económica de la asistencia sanitaria

Evaluación de resultados	Se examinan sólo consecuencias	Se examinan sólo costes	Se comparan costes y resultados
	Descripción de resultados	Descripción de costes	Análisis coste-resultados
Comparación entre las alternativas	Evaluación de la eficacia o de la efectividad	Análisis de costes	Análisis de minimización de costes
			Análisis coste-efectividad
			Análisis coste-utilidad
			Análisis coste-beneficios

Modificada de Drummond et al., 2005.

El análisis de *minimización de costes* se utiliza para buscar alternativas menos onerosas. Compara actuaciones con una eficacia similar pero de coste diferente; un ejemplo típico es la comparación entre dos tratamientos distintos.

Cuando no se puede asegurar si las consecuencias de dos intervenciones alternativas son idénticas porque no tengan un único efecto común, se puede realizar una valoración del conjunto de efectos resultantes y asignarles un valor. Dependiendo del valor asignado, se distinguen tres tipos de análisis diferentes:

- **Análisis coste-beneficio.** Expresa los beneficios en unidades monetarias, proporcionando una estimación del valor de los recursos utilizados por cada programa comparándolos entre sí y permitiendo elegir la opción de menor coste. La principal dificultad reside en traducir los beneficios en unidades monetarias. Los conceptos que habitualmente se valoran son años de vida ganados, complicaciones evitadas o invalidez, aunque existen otros múltiples efectos, por ejemplo, los derivados de los beneficios sociales o familiares que son de muy difícil cuantificación. A este tipo de análisis se le ha achacado una visión excesivamente monetarista, ya que no tiene en cuenta otro tipo de criterios importantes para la salud como la equidad. Sus resultados se expresan como una ratio entre el coste y el beneficio; la comparación de programas se realiza como una diferencia de costes.
- **Análisis de coste-efectividad.** Es una forma de evaluación que analiza el coste por unidad de efecto; éste puede ser un resultado final, como el coste por año de vida ganado o los casos curados, o bien resultados intermedios, como sería el grado de control conseguido, por ejemplo, descenso de la presión arterial, disminución de las complicaciones o de los días de incapacidad. El problema que plantea es que un programa siempre tiene más de un resultado de interés, por lo que su comparación puede resultar difícil.
- **Análisis de coste-utilidad.** Es una evaluación económica centrada en la calidad de los resultados en salud teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes; tiene muchas similitudes con el análisis de coste-efectividad, pero es mucho más exhaustivo, dado que compara el coste con el incremento de mejora de la salud atribuible al mismo, expresado en años de vida ganados ajustados por calidad, que se calcula multiplicando el peso del ajuste por la calidad de cada uno de los estados de salud por el tiempo en ese estado, y se suman para calcular el número de años ajustados por edad. Existen diferentes escalas de clasificación de la calidad; la más usada es la de AVAC (años de vida ajustados por calidad) o QALY (*quality adjusted life years*).

La principal utilidad de este tipo de análisis es la de comparar programas que valoren resultados en patologías crónicas en los que la calidad de vida es uno de los principales resultados o cuando se comparan programas con múltiples efectos.

En el documento del Ministerio de Sanidad «Métodos para la Evaluación Económica de Nuevas Prestaciones» (disponible en: www.msps.es/stadEstudios/estadisticas/docs/metodos_evaluacion.pdf) se encuentra una valoración de los aspectos metodológicos de este tipo de análisis.

La evaluación económica cada vez tiene un peso más importante en la planificación de servicios; sin embargo, presenta aspectos controvertidos, como pueden ser la asignación de un valor económico a un resultado en salud o la visión sesgada de la salud con relación al coste, si no se tienen en cuenta otros parámetros importantes como la equidad, la atención a grupos de riesgo o la exclusión social, lo que podría llevar a la paradoja de que los grupos con mayores necesidades de cuidados serían excluidos por su menor rentabilidad; éste es un problema que ha sido definido como Ley de Cuidados Inversos, enunciado por Tudor Hart en 1971 como: «El acceso a la atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población, y esto se cumple más intensamente donde los esfuerzos del mercado son más fuertes».

La fase final de todo el proceso de evaluación es la difusión de resultados, dado que el objetivo de la evaluación de servicios no es solamente conocer su calidad y eficiencia sino también que sirva como base para un proceso continuo de mejora, que corrija los problemas detectados y proponga nuevos objetivos en salud.



La cuantificación de resultados es la parte central de la evaluación, dado que la finalidad de todo el proceso de planificación es la consecución de objetivos en salud de una manera eficiente.

Participación de los distintos profesionales en el proceso

Tanto el análisis de la situación de salud como el resto de las fases del proceso de planificación deben ser realizados por equipos multidisciplinares. En ellos deben estar representados los expertos, profesionales de la salud, proveedores de servicios, instituciones políticas, organismos implicados en la mejora de los determinantes en salud y los ciudadanos. Todos ellos deben compartir el protagonismo; en este sentido, los profesionales de la salud, aunque puedan realizar aportaciones relevantes, no son los únicos —ni en algunas circunstancias, los profesionales más importantes— para caracterizar o ejecutar las acciones que conduzcan a la solución de un problema de salud. En determinadas circunstancias un ingeniero puede contribuir más a la salud de una población que un sanitario; puede solucionar un problema de abastecimiento o depuración de aguas, e impedir la progresión de una epidemia; puede mejorar el trazado de una carretera o diseñar sistemas de seguridad para los vehículos reduciendo la mortalidad por accidentes. Ejemplos similares podemos tomarlos de la participación de otros expertos no sanitarios en cuyas manos está la solución de un problema sanitario.

Cada grupo contribuye con una visión distinta a las diferentes fases del proceso; los expertos en planificación, epidemiólogos y técnicos en salud pública aportan una visión técnica en

el análisis de la situación de salud, la priorización de los problemas, la planificación del sistema y el desarrollo de servicios. La contribución de los profesionales de la salud es importante en todas las fases de la planificación dada su visión cercana de los problemas, la implicación en la consecución de objetivos y el desarrollo de los programas, así como en el proceso de evaluación de servicios y resultados, como ya se ha comentado en los diferentes apartados. Asimismo, resulta imprescindible la participación de los ciudadanos en la priorización de los problemas y en el desarrollo de intervenciones.

Es importante, por tanto, el concepto de *intersectorialidad*, que podemos definirlo como: la convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales; supone compartir recursos, responsabilidades y acciones. Esta participa-

ción intersectorial es una de las directrices estratégicas de la Agenda 21 propuesta por las Naciones Unidas, o el Programa de Ciudades Saludables de la OMS.



La colaboración de profesionales sanitarios, no sanitarios, expertos y ciudadanos es imprescindible para abordar las diferentes fases del proceso de planificación. La participación intersectorial es uno de los componentes estratégicos propuestos por los organismos internacionales para mejorar la salud y la calidad de vida de las poblaciones.

Bibliografía comentada

Drummond MF, Senphel MJ, Torrance GW, O'Brien BI. *Methods for economic evaluation of health care programmes*. 3.ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Libro de referencia básica en evaluación económica de programas de salud, expone de una manera clara los diferentes métodos de evaluación y su aplicación apoyados en la valoración crítica de estudios publicados.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6.ª ed Madrid: Elsevier; 2008.

Libro de referencia indiscutible para todos los profesionales de atención primaria. En

el capítulo 18 se describe magistralmente la técnica basada en indicadores, se puntualizan las limitaciones y problemas de esta metodología. Propone un interesante listado de criterios útiles para identificar problemas y necesidades. Muy recomendable.

Nutt PC. *Planning methods for health and related organizations*. Nueva York: Wiley & Sons; 1984.

Libro en inglés que trata todos los aspectos de la planificación, con descripciones de las técnicas propias de cada fase del proceso. Interesante si se pretende profundizar en el tema. Trata muchos aspectos relacionados

con la planificación que no se abordan en los libros básicos.

Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1994.

Este libro presenta, desde su primera edición en 1987, un marco de referencia en planificación en salud. Aborda de forma clara y didáctica los diferentes enfoques y perspectivas de la planificación, incluyendo la determinación de necesidades, desarrollo de planes, su eficiencia, evolución, etc.

Bibliografía general

Donabedian A, Bashsumer R. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.

Encuesta Europea de Salud 2009. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/IIForoSiSNS/foro_mesa1_ponencia4_08_es.pdf

Encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos de América (*National Health and Nutrition Examination Survey*. NANHES). Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/nhanes2009-2010/questexam09_10.htm

Fuste J, Argimon JA, de Peray JL. Criterios de planificación según tipo de servicios sociosanitarios y de salud pública: tendencias sobre desarrollo y adecuación de servicios e integración asistencial. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 4):36-41.

Hanlon J, Pickett G. *Public Health administration and practice*. St. Luis: Times Mirror/Mosby; 1984.

Kidig D, Mullahy S. Comparative effectiveness of what? Evaluating strategies to improve population health. *JAMA*. 2010;304:901-2.

Lindsay M, Reidak K. Priority setting in healthy care: sessions from the experiences eighth countries. *Int J Equity Health*. 2008;7:4.

McDonnell A, Wilson R, Gooacse S. Evaluating and implementing new services. *BMJ*. 2006;332:109-12.

Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en: http://msps.es/estadEstudios/estadisticas_encuestaNacional/encuestaindice2006.htm

Ministerio de Sanidad y Consumo: Niveles de Salud y Estilos de Vida. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

Plan de Salud de Cataluña. 1999-2001. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esplae2001.pdf>

Plan de Salud de Navarra 2006-2012.

Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4A48A46B-982A-4039-A9D8-C88738177EC0/158684/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf>

Polanco C, del Llano J, García S. ¿Qué servicios y para quién? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud Español. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2006;8:15-9.

Red Española de Ciudades Saludables (RECS). Disponible en: <http://217.116.8.134/index.php>

Sampietro Colom C, Costa D, Busque A, Lacase C. Planificando por prioridades de ordenación de servicios. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 4):47-54.

Secretaría General de Sanidad, agencia de calidad de sms. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sms/plan calidadSMS/>

- SALUD-EU. El portal de salud pública de la Unión Europea. Indicadores de Salud de la CE. 2010. Disponible en: http://www.ec.europa.eu/healthy-eu/healthy_in_the_eu/ec_healthy_indicators/index_es.htm
- Skinner S, Staiger D. Technology diffusion and productivity growth in health care. Working paper n.º 14865. Cambridge (MA): Matinal Bucean of Economic Reseach; Apr, 2009. Disponible en: <http://www.dartmouth.edu/jskinner/documents/skinnerStaigerw14865.pdt>
- Taylor H, Geene B, Filerman G. A conceptual Model for Transformation Clinical Leadership with Primary Care Group Practice. *J Ambul Care Manage.* 2010;33:97-107.
- Tesserras R. en nombre del Grupo de Trabajos de Planes Directores. Planificación según prioridades de salud. Criterios de planificación relacionados con los Planes Directores. *Med Clin (Barc).* 2008;131(Supl 4):42-6.
- Weinstein MC, Skinner JA. Comparative effectiveness and health care spending. Implications for reform. *M Enfe J Med.* 2010;362:460.
- WHO, European Observatory on Health Systems Policies. Capacity planning in health care. A review of the international experience. Bruselas: WHO; 2007.