



## Sostenibilidad económica, social y medio ambiental en los planes de salud

**Autor:** Miguel Angel Moyano Santiago

**Institución:** Universidad Jaume I de Castelló

**Otros autores:** Juana M. Rivera Lirio (Universidad Jaume I de Castelló)

## Resumen

La realización de programas y creación de planes para impulsar el desarrollo, incluidos los planes y programas de salud están muy extendidos a nivel mundial, orientados a mejorar la sanidad y el bienestar de las poblaciones ( Pluye et al., 2004; Beuregards, 1995 y Nancholas, 1998), sin embargo, las cuestiones relativas a la sostenibilidad de los instrumentos de planificación en salud y la forma de medirla no están del todo resueltas pese a que se suele considerar una prioridad (Altman et al., 1991).

Más allá de los determinantes sociales que a menudo vienen marcados por el lugar en el que las personas nacen y viven, las condiciones socio sanitarias del entorno y el acceso a servicios de salud adecuados, es igualmente necesario analizar las estrategias y las medidas incluidas en los instrumentos de planificación sanitaria respecto de cuestiones que parecen claves como la incidencia del cambio climático en la salud de la población, la adaptación de los servicios sanitarios a las normativas y legislaciones medio ambientales y la sensibilidad asociada a las teorías existentes en materia de ecología social. La teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1977) se centra fundamentalmente en aspectos relacionados con la interacción individuo-ambiente, en una estructura de 'capas de cebolla' que van desde el corazón o núcleo representado por la relación inicial del individuo con la madre a nivel micro sistema, a una relación más extensa o nivel meso sistema con intervención de actores e influencias del entorno más cercano, ambas fases pueden influir en hábitos que determinen los niveles futuros de salud del individuo.

El objetivo del presente estudio es el análisis de sensibilidad en los planes de salud respecto de las dimensiones clásicas y postulados de la teoría de desarrollo sostenible.

**Palabras clave:** salud, calidad ambiental, planes, sistema salud ambiental, salud y medio ambiente

## 1. Introducción

La construcción de programas y alternativas políticas y las decisiones sobre las actuaciones a seguir en aspectos relacionados con programas o planes de provisión de servicios públicos como la sanidad, requiere de una exploración en profundidad del contexto en el que se enmarca dicha acción como señalan Themba et al., (2008) y mencionan en su artículo Minkler et al., (2010). El análisis en materia de coste económico y asignación de recursos es esencial, así como la participación de los agentes sociales y otros grupos de interés en aspectos como los determinantes sociales o la salud ambiental. La realización de programas y creación de planes para impulsar el desarrollo, incluidos los planes y programas de salud están muy extendidos a nivel mundial, orientados a mejorar la sanidad y el bienestar de las poblaciones ( Pluye et al., 2004; Beuregards, 1995 y Nancholas, 1998), sin embargo, las cuestiones relativas a la sostenibilidad de los instrumentos de planificación en salud y la forma de medirla no están del todo resueltas pese a que se suele considerar una prioridad (Altman et al., 1991). Como señalan Pluye et al., (2004) *“Cualquiera que quiera iniciar un plan encontrará recomendaciones contradictorias y no hallará ningún método listo para ser usado en el que se evalúe el grado de sostenibilidad, Poco se conoce acerca del proceso de sostenibilidad, por consiguiente es difícil para los profesionales de salud pública cómo y cuándo influir en la sostenibilidad de sus programas, para los decisores cómo y cuándo evaluar dichos programas y para los investigadores cómo estudiarlos”*. Con frecuencia la pregunta relativa a cuándo podemos decir que un sistema de salud es sostenible encuentra respuestas ambiguas. Hay marcos de trabajo de visión amplia, por ejemplo (Olsen, 1998) lo define de este modo; *“Un servicio de salud es considerado sostenible cuando opera a través de una organización o sistema con la capacidad a largo plazo de conseguir y ubicar los recursos necesarios para las necesidades individuales o de salud pública”*. La definición *a priori* parece aparentar una orientación de corte economicista en relación a las dimensiones sociales o medioambientales así como en materia de inclusión de grupos de interés, dado que sitúa el foco en la eficacia en la captación de medios económicos y la gestión posterior de los mismos. Sin embargo, al investigar el modelo propuesto observamos que los tres *clusters* en los que se basa: capacidad de la organización, perfil de la actividad y factores del contexto dotan el modelo de un perfil más amplio y al menos apunta a una visión más holística. El modelo de Olsen guarda similitudes como señala el autor con los modelos de Chen y Singh (1995) y La Fond

(1995). Los factores del contexto cobran una relevancia evidente, dado que al no ser controlables deberían ser monitorizados y sus efectos sobre la salud de la población considerados a un nivel de estimación adecuados. Entre estos factores del contexto, el autor señala el cambio climático o la situación socio económica y política del país. Las oportunidades de colaboración de los diferentes grupos de interés contribuyen además a desarrollar las capacidades de los gobiernos locales, los líderes comunitarios, la sociedad civil, los proveedores de salud y el gobierno central (Arredondo y Orozco 2008). Parece claro según los autores, que entre los objetivos y las cuestiones clave que podrían ser incluidas en los planes de salud o en aquellos instrumentos políticos de provisión de servicios sanitarios, estarían la equidad, la gobernanza y la eficiencia de los recursos económicos, y que una mejora en la efectividad de la descentralización puede contribuir a una mejora en la asignación de los recursos.

El documento de la Comisión Europea de 2013 “Invertir en salud”, refleja la importancia del dicho factor, la salud, para alcanzar los objetivos fijados en la estrategia general Europa 2020 y conseguir un desarrollo integrador, inteligente y sostenible de la Unión Europea. Dicha inversión implica: i) invertir en sistemas de salud sostenibles, ii) invertir en la salud de las personas mediante programas nacionales y iii) invertir en cobertura sanitaria como medio para reducir las desigualdades e incrementar la cohesión social. La estrategia de la UE “Juntos por la salud”, adoptada en 2007, ya reconocía que la salud de la población no es una cuestión exclusivamente de política sanitaria, y recogía entre sus principios el documento “Salud en todas las políticas” (COM630). Este concepto, publicado por (Stahl et al., 2006) nos remite hacia una aproximación cercana al criterio de elaboración de planes de salud con base en principios de desarrollo sostenible, vinculados a múltiples stakeholders involucrados en cuestiones relativas a la vertiente económica, social y medio ambiental en relación con la salud de las personas.

## **2. Objetivos y metodología del estudio**

El objetivo del presente trabajo es determinar si los planes de salud en nuestro país se orientan en sus propuestas hacia criterios de desarrollo sostenible e incluyen aspectos como inclusión de grupos de interés, atención a los determinantes sociales o medio ambientales. Para ello analizamos una muestra de planes de salud publicados en España en las diferentes comunidades autónomas mediante análisis de contenido y cuestionarios que evidencien las sensibilidades que deben venir mostradas en el ámbito económico,

social y medio ambiental. Mediante el análisis de sensibilidad en los planes de salud de las comunidades autónomas respecto de las dimensiones clásicas y postulados de la teoría de desarrollo sostenible en cada plan de salud contrastaremos la hipótesis fundamental de trabajo; que es posible ahondar en el desarrollo de aspectos, políticas e indicadores económicos, sociales y medio ambientales en estos instrumentos de política sanitaria.

El análisis de contenido ha sido utilizado en multitud de investigaciones sobre documentación, textos, escritos y medios de comunicación. Autores como Piñuel (2002), entienden dicho análisis como procedimiento de interpretación de productos comunicativos, como es un plan de salud, y que procede de procesos singulares de comunicación previamente registrados. La experiencia metodológica comparativa respecto de planes de salud fue utilizada para determinar el nivel de sensibilidad a las desigualdades socioeconómicas (NSE) en los planes de salud de las comunidades autónomas del Estado Español por Borrel et al., (2005), para ello realizaron una revisión sistemática de catorce planes utilizando siempre los más recientes. Emplearon dos niveles de sensibilidad; a los contenidos introductorios se les denominó contenidos simbólicos y a las propuestas de acción contenidos operativos, otorgando rangos de 0-3 para el cálculo de los niveles de desagregación por (NSE) del análisis de cada área de salud o intervención. Esta metodología también fue empleada por Peiró et al. (2004) y Briones et al. (2009) en el análisis de sensibilidad de género en los planes de salud de las comunidades autónomas en el primer caso y en una visión comparativa internacional sobre género en el segundo con una muestra de treinta siete planes de salud.

La selección de los planes de salud para ser analizados se llevó a cabo entre los meses de julio y agosto de 2013, a partir de la información pública disponible en páginas web de las diferentes Consejerías de Salud de las comunidades autónomas, del Portal de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud, y de la realización de llamadas telefónicas a los organismos implicados. Como condición incluyente en la selección de la muestra de planes en el estudio se estableció que el plan de salud debía estar en vigor en el momento de la selección de la muestra o haber estado vigente hasta enero de 2008 como límite temporal anterior.

La estructura y metodología de elaboración de los planes de salud no es homogénea entre los seleccionados para la muestra, toda vez que algunos de los que cumplen los

criterios de inclusión son planes de segunda generación, mientras en otros casos se trata de experiencias muy avanzadas como el sexto plan de salud de Cataluña, o apuestan por metodologías combinadas entre el modelo clásico y otros modelos de gestión, caso de la Comunidad Valenciana. Hemos mantenido, no obstante la heterogeneidad, con base en el número de planes que entraban en las fechas indicadas, lo que ha supuesto un reto adicional en el análisis, aunque sin duda nos ha aportado un enriquecimiento para la investigación al observar el modo en que estos instrumentos estratégicos de la política sanitaria de las comunidades autónomas han ido evolucionando en el tiempo.

**Cuadro 1. Planes de Salud seleccionados**

<u>PLANES DE SALUD EN LA MUESTRA</u>
1.- III Plan de Salud de Andalucía 2004-2008. <a href="http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/iii_plan_andaluz_salud.pdf">http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/iii_plan_andaluz_salud.pdf</a>
2.- Plan de Salud de Canarias 2004-2008. Más Salud y Mejores Servicios <a href="http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/plansalud2004_2008/Plan_de_Salud_de_Canarias_2004_2008.pdf">http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/plansalud2004_2008/Plan_de_Salud_de_Canarias_2004_2008.pdf</a>
3.- Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. <a href="http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf">http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf</a>
4.- Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010. <a href="http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_de_Salud_de_Castilla-La_Mancha.pdf">http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_de_Salud_de_Castilla-La_Mancha.pdf</a>
5.- Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012 <a href="http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon">http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon</a>
6.- Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 <a href="http://www.gobex.es/files/cms/cons007/uploaded_files/plan09_12.pdf">http://www.gobex.es/files/cms/cons007/uploaded_files/plan09_12.pdf</a>
7.- Plan de Salud de Murcia 2010-2015 <a href="http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf">http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf</a>
8.- Plan de Salud de Navarra 2006-2012 <a href="http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/17D59CCB-2854-4284-90C3-FA44CFE0927F/152915/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf">http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/17D59CCB-2854-4284-90C3-FA44CFE0927F/152915/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf</a>
9.- Plan de Salud del País Vasco 2002-2010. <a href="http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/es_ps/indice_plan_salud.html">http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/es_ps/indice_plan_salud.html</a>
10.- Plan de Salud de La Rioja <a href="http://infodrogas.org/ficheros/2_plan_salud_la_rioja_2009-2013.pdf">http://infodrogas.org/ficheros/2_plan_salud_la_rioja_2009-2013.pdf</a>
11.- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013 <a href="http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/III_Plan_de_Salud_10_13.pdf">http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/III_Plan_de_Salud_10_13.pdf</a>

Fuente: elaboración propia.

Se seleccionaron 11 planes de salud de las comunidades autónomas de: Andalucía, Canarias, Cataluña, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Murcia, Navarra, Rioja, País Vasco y Valencia.

Para determinar la sensibilidad simbólica utilizamos un cuestionario *ad hoc* que servirá de guía de lectura a la parte introductoria de los planes de salud en la muestra analizada, dicha guía contiene tres preguntas dicotómicas que se responden con si/no en cada caso, aunque hemos querido recurrir a una codificación mixta adicional cuando encontramos respuesta a la primera parte de la pregunta pero no a la segunda. La primera cuestión es relativa a la existencia de presupuestos específicos para el plan de salud y los resultados que se esperan obtener en materia económica, la segunda cuestión gira entorno a la inclusión de grupos de interés como empleados del sistema sanitario o pacientes en la elaboración del plan, así como a la consideración de los determinantes sociales y, la tercera cuestión, aborda el hecho de si los aspectos medio ambientales son considerados en el plan de salud mediante herramientas o instrumentos reconocibles internacionalmente a modo de guía y uso de indicadores. Para cada plan de salud obtendremos resultados de sensibilidad simbólica separados por dimensión y por lo tanto una visión comparativa. Queda fuera del alcance de este estudio determinar la sensibilidad operativa.

**Tabla 1. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad simbólica en los planes de salud**

¿Se especifican presupuestos dedicados al Plan de Salud de forma concreta y los resultados que se esperan obtener en términos económicos?
¿Se han incluido grupos de interés en el proceso de elaboración del Plan de Salud y considerado los factores relativos a determinantes sociales de la salud?
¿Se han tenido en consideración los factores medio ambientales a través del uso de guías o herramientas reconocidas internacionalmente y el uso de indicadores?

Las respuestas se obtuvieron tras el análisis de contenido de los planes incluidos en la muestra, en base a la lectura comprensiva por parte de los investigadores, el sistema de etiquetados y selección de conceptos relacionados con las materias abordadas en el cuestionario, y la revisión de los mismos para determinar si caben diferentes interpretaciones.

### **3. Resultados**

Un primer resultado del estudio es la ausencia de una respuesta nítida en todos los casos a las preguntas planteadas. Por ello, se ha recurrido al conocimiento experto para extraer conclusiones de los textos analizados.

Los planes de salud seleccionados muestran diferencias y similitudes entre ellos, con introducción de variaciones en los más recientes que nos permiten apreciar la evolución que van incorporando en el diseño y las estrategias.

La semejanza más evidente es la falta de dotación económica específica para el plan de salud, aspecto mencionado explícitamente en algún caso y quizá que todos ellos manifiestan en este nivel de análisis una clara orientación social e inclusiva. La dimensión social es la más señalada en los apartados introductorios donde hemos buscado la sensibilidad simbólica. En varios planes de salud se incorporan de manera adicional apartados específicos relativos a determinantes sociales, entorno y medio ambiente, si bien no es genérica la orientación a incluir cuestiones medio ambientales como factores influyentes en la salud de las personas. Hallamos una ausencia generalizada de herramientas o estándares reconocidos en la materia, aunque con notables excepciones al respecto como veremos a continuación.

#### **3.1. Resultados por plan de salud**

El plan de salud de Andalucía, en el análisis de sensibilidad simbólica, no presenta mención específica de presupuesto asociado al mismo, sin embargo muestra un elevado componente social y fuerte orientación integradora y presenta un balance positivo en la inclusión de grupos de interés. Destacamos un capítulo concreto para las desigualdades y los determinantes sociales, algo que veremos es común en otras comunidades. A nivel medio ambiental no apreciamos referencias que coincidan con los criterios establecidos en la investigación (PAND, 2003).

En el caso del plan de salud de Canarias (PCAN, 2004), a diferencia de otros planes, hallamos una clara preocupación por la dimensión económica y mención de la necesidad de financiación en las áreas previstas además de una evaluación previa de coste eficiencia por cada área de intervención, así como del impacto que suponen las incidencias y prevalencias en términos de PIB para la comunidad. Cuenta con una ficha

técnica económica de cada área y aparece como uno de los planes más enfocados en la dimensión económica. La vertiente social cuenta con la participación de grupos de interés incluidos los pacientes en las diferentes áreas, sin embargo no hay clara alusión a las cuestiones medio ambientales. El caso del plan de salud de Cataluña 2011-2015, presenta una estructura diferente e innovadora, incluyendo las áreas de intervención en un trío de ejes de transformación que derivan en treinta y dos objetivos o proyectos estratégicos (PCAT, 2012). En la parte introductoria apunta a la relevancia de los factores económicos, sin embargo, no existe un presupuesto asignado. La sostenibilidad es el macro objetivo del plan catalán, entendida en dos direcciones: la moderación de la demanda y el uso eficiente de los recursos del sistema e introduce al menos dos estrategias diferenciadoras. Asignación territorial de recursos en función de la necesidad y tamaño de la población y eficiencia como meta irrenunciable. Por otro lado, la incorporación de un modelo de excelencia en calidad certificado como EFQM, ampliamente extendido en el sistema de salud catalán, es una ventaja competitiva respecto de otras propuestas e introduce el concepto de riesgos compartidos y resultados en salud con la industria farmacéutica marcando objetivos de firma de acuerdos. Es un plan socialmente orientado a la participación pero no apreciamos estrategia o foco en cuestiones medio ambientales. La propuesta del plan es de cambio estructural y el objetivo declarado garantizar la sostenibilidad desde las perspectivas descritas en el documento.

Castilla la Mancha (PCLM, 2001) publicó un extenso plan de salud previsto para nueve años de duración, y del cual se desprende una cierta *pulsión de exhaustividad* (Repullo y Otero, 1999). Presenta un extenso análisis socio demográfico descriptivo y con amplia información gráfica con mención específica medio ambiental y acciones relacionadas con el tratamiento de residuos sanitarios y atención a los riesgos contaminantes o calidad del aire. La dimensión social a nivel simbólico queda bien acreditada si bien no podemos decir lo mismo de la económica al no disponer de presupuesto específico.

Castilla y León (PCYL, 2008) presenta un plan de salud bien balanceado en aspectos sociales y económicos, se muestra el presupuesto y desgloses o asignaciones de partidas económicas y es explícito en la inclusión de grupos de interés, como otros planes la dimensión medio ambiental queda en un plano más secundario.

Volvemos a encontrar una cierta pulsión de exhaustividad en el plan de salud de Extremadura (PEXT, 2009), el cual desarrolla a lo largo de más de trescientas páginas una descripción de la sociedad y la demografía extremeñas además de las cuestiones relativas a salud. El plan contempla la participación ciudadana por diferentes vías incluyendo encuestas e intervenciones en grupos desfavorecidos, así mismo hay un apartado específico para medio ambiente, residuos y actividades relacionadas. Capítulos específicos referidos a educación para la salud o zoonosis resultan innovadores o cuando menos singulares. La cuestión económica como en otras ocasiones queda en segundo plano, si bien se especifican los presupuestos transferidos no existe una dotación *ad hoc* asignada al plan, aunque los autores mencionan el hecho de que las intervenciones han sido evaluadas en términos económicos por otras instancias de la administración autonómica (CAE).

**Tabla 2. Resultados de sensibilidad simbólica en los planes de salud analizados.**

ISO	Andalucía	Canarias	Cataluña	C. Mancha	C. León	Extremadura	Murcia	Navarra	P. Vasco	Rioja	Valencia
D. Económica	/	0	/	0/	0	0	/	/	0/	0/	0
D. Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D. Ambiental	0/	/	0/	/	0/	0	0	/	0	/	/

0 = Si  
/ = No  
0/ = Si una de las dos cuestiones

n = 11	Fr	%
D. Económica	5,5	50%
D. Social	11	100%
D. Ambiental	4,5	41%

En el caso de la comunidad autónoma de Murcia, encontramos un plan de salud moderno, transversal y en el que observamos un capítulo específico dedicado a medio ambiente al que hemos prestado especial atención, en dicho capítulo se cita textualmente respecto del menor reparto de recursos en esta dimensión: *“En el extremo opuesto se sitúa el estilo de vida y el medio ambiente a los que se destina una parte minoritaria de los recursos contradiciendo su potencialidad en la contribución a la salud del conjunto de la ciudadanía”* (PMUR, 2010), también se hace eco en este plan de los datos presentados por la OMS (Prus-Ustum y Corvalan, 2006), en el que se establece que el medio ambiente influye en el 80% de las enfermedades estudiadas y estima que, en todo el

mundo, el 24% de la carga de morbilidad medida en APVP (años perdidos de vida prematuramente) y aproximadamente el 23% de las defunciones en términos de mortalidad prematura son atribuibles a factores medio ambientales. Es por lo tanto un plan orientado en el sentido de sensibilidad simbólica a la dimensión medio ambiental e igualmente podemos concluir de la dimensión social, dado que se incluye un amplio capítulo sobre estilos de vida, no obstante la carencia de presupuesto hace que la dimensión económica no quede adecuadamente reflejada desde la perspectiva de esta investigación.

El plan de salud de Navarra (PNAV, 2006) es un plan corto en comparación con la mayoría de planes de salud, sin dotación presupuestaria como indica el mismo documento en su parte final. Destacar la tendencia a establecer en este caso declaraciones de intenciones mediante el uso de términos como: *establecerá, estudiará, fomentará, creará etc.* Estos enfoques de intención en forma de objetivos es la línea general del plan, que menciona la vertiente social y los determinantes sociales como importantes. Las cuestiones medio ambientales no aparecen con un el nivel de relevancia requerido.

El País Vasco diseñó un plan de salud (PSPV, 2002) con clara orientación social, inclusivo y participativo, en el que se presta especial interés a los determinantes sociales y las cuestiones relativas al estilo de vida de las personas. Contiene a nivel simbólico una evaluación previa del contexto medio ambiental y en parte asumimos una asignación económica a las actuaciones. En esta comunidad autónoma el grupo de interés de los pacientes ha sido tradicionalmente el foco de atención, las preocupaciones por la demografía entendida como reto dado el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas asociadas, suponen una línea prioritaria de atención.

La Rioja presenta un plan de salud (PSR, 2009) con alto nivel de sensibilidad simbólica en la dimensión social y baja en términos de medio ambiente. Como en otros planes la dimensión económica es parcialmente mencionada, se percibe la necesidad de dotación presupuestaria pero no se incluye la misma de manera explícita en el documento. La sensibilidad operativa presentada por áreas de intervención muestra niveles altos en respuesta a las preguntas relacionadas con aspectos sociales y baja en relación a la medioambiental y no hay evidencias de dotación de presupuestos en dichas áreas.

El último plan de salud de la muestra es de la Comunidad Valenciana (PVAL, 2010) construido mediante una combinación de metodología clásica y el uso del *Balanced Scorecard* (Kaplan y Norton, 1992), incluye creación de foros de participación ciudadana e identifica las áreas de intervención con el concepto *problemas de salud*. La identificación de las áreas de intervención en este plan, debido a la metodología, se realiza a lo largo de las diferentes propuestas de líneas estratégicas que engloban treinta y cinco objetivos generales, ciento sesenta y tres objetivos específicos, con trescientas sesenta y una líneas de actuación y doscientos treinta y dos indicadores. Encontramos dotación económica a nivel simbólico aunque no es desagregada por áreas a nivel operativo y no apreciamos foco medio ambiental.

#### **4.- Conclusiones**

La tradición sobre los planes de salud en España se ha ido afianzando de forma paulatina, reflejando en distintas etapas de la historia reciente del sistema sanitario español, las directrices maestras de los diferentes gobiernos autonómicos. En treinta años de trayectoria de planes de salud, con épocas de mayor visibilidad seguidas de otras de menor seguimiento por parte de las autoridades, estos instrumentos de planificación de políticas de salud han llegado al momento actual con un elevado grado de relevancia sectorial. Los planes de salud, suponen un compromiso no exclusivo de organización del sistema, sino que tienen la posibilidad de convertirse en instrumento de diálogo social con aquellos a quienes van dirigidas las acciones descritas en los documentos.

Los planes de salud han ido evolucionando de manera desigual por comunidades autónomas, como muestra el hecho de las variaciones que se aprecian en el número de publicaciones, la extensión de los documentos o el período de cobertura que abarcan. Una de las apreciaciones más significativas es la referida a las diferencias de metodología, particularmente en los planes más recientes, donde la transversalidad y la inclusión de modelos procedentes de la gestión de la calidad o el mundo empresarial han tenido una influencia apreciable.

Los planes presentan en general y a nivel introductorio o simbólico una visión bien estructurada de las tres dimensiones de desarrollo sostenible, quizá con la carencia generalizada y reconocida de no introducir el análisis económico salvo de forma

excepcional y poco desagregado. En nuestra opinión son altamente inclusivos por el número de grupos de interés y actores involucrados en la elaboración y muestran un contenido social fuerte, ya sea en relación tanto a determinantes como a desigualdades. Por otro lado, la dimensión medio ambiental es con frecuencia considerada, e incluso en determinados casos es tratada, de forma específica y recogida en capítulo diferenciado. No obstante, existe un recorrido evidente en el uso de estándares internacionales, indicadores y sistemas de medición de la influencia ambiental en la salud de las personas.

En relación a la hipótesis de investigación podemos afirmar que es posible avanzar en el diseño de planes de salud con una mayor orientación hacia los aspectos relativos a desarrollo sostenible y, contribuir de ese modo, a la sostenibilidad de los diferentes sistemas sanitarios del país. Hay espacio para una mejor concreción de los aspectos económicos asociados a la política sanitaria descrita en los documentos, y podría valorarse la inclusión de indicadores basados en estándares internacionales para cuestiones como la relación con los pacientes, empleados del sistema y en general el conjunto de grupos de interés. En materia de medioambiente encontramos una oportunidad de seguir ahondando en la relación directa que tiene sobre la salud y en la forma de medir los efectos sobre la misma. La transversalidad introducida en algunos planes, hace a nuestro entender, que las áreas de intervención queden en ocasiones un punto más difusas, observamos una cierta orientación a dar por bueno para todas las áreas lo que en un capítulo determinado se establece a priori en materia de medio ambiente o en relación a determinantes sociales, y estimamos que pudiera existir un riesgo de generalización que dificulta el establecer objetivos y resultados para cada una de las áreas.

La pluralidad y el hecho de que cada autonomía establezca el modelo que estima más adecuado aporta heterogeneidad, que sin duda suele ser indicativo de riqueza productiva, pero podría dificultar por otro lado el análisis comparativo. En este sentido un modelo de consenso estandarizado en la medida de lo posible y respetando las diferencias y variables endógenas de cada comunidad, quizá aportara valor desde un punto de vista del análisis de sostenibilidad reflejado en los planes de salud.

## Referencias

Altman, D.G. Endres, J. Linzer, J. Lorig, K. Howard-Pitney, B. Rogers, T. 1991. Obstacles to and future goals of ten comprehensive community health promotion Project. *Journal of Community Health*, 16. pp. 299-314.

Arredondo, A. Orozco, E. 2008. Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico. *International Journal of Health Planning and Management*, 23(1), pp.37-49. Beuregard, R.A. 1995. Institutional Constraints and subnational planning: economic Development in the United States. *Evaluation and program planning*, 18. pp. 295-300.

Borrell, C. Peiró, R. Ramón, N. Pasarín, Ml. Colomer, C. Zafra, E. Álvarez-Dardet, C. 2005. Desigualdades socio económicas y planes de salud en las comunidades autónomas del estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), pp 277-86.

Briones, E. Vives, C. Peiró, R. 2009. Sensibilidad de género de los planes nacionales de salud en el contexto internacional. UNIMAR. CEHEGÍN. Universidad de Murcia.

Chen, L. Singh, S. 1995. Sustainability of the children Summit goals: concepts and strategies.

COM630, 2007. Together for Health: A Strategy Approach for the EU 2008-2013. COM (2007) 630 final. Brussels.

Kaplan, R.S. Norton, D.P. 1992. The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, Jan-Feb, 1992, pp. 71-79.

LaFond, A. 1995. Sustaining Primary Health Care. Safe the Children fundation (UK).

Minkler, M. García, A.P. Williams, J. LoPresti, T y Lilly, J. 2010. Sí Se Puede: Using Participatory Research to Promote Environmental Justice in a Latino Community in San Diego, California. *Journal of Urban Health: Bolletin of the New York Academy of Medicine*, 87(5), pp. 796-812.

Nancholas, S. 1998. A logical framework. *Health Policy and Planning*, 13, pp. 189-193.

Olsen, IT. 1998. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning* 13 (3), pp.287-295.

PAND, 2003. Plan de salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2003-2008. Andalucía en salud: construyendo nuestro futuro juntos. Disponible en:

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/\\_QUIE\\_NES\\_SOMOS/C\\_6\\_Alandalucia\\_en\\_salud\\_planes\\_y\\_estrategias/III\\_plan\\_calidad/III\\_Plan](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/_QUIE_NES_SOMOS/C_6_Alandalucia_en_salud_planes_y_estrategias/III_plan_calidad/III_Plan)

[Andaluz de salud?perfil=ciud&desplegar=&idioma=es&tema=/temas es/ QUIENES SOMOS/C 6 Andalucia en salud planes y estrategias/III plan calidad/&contenido=/ch annels/temas/temas es/ QUIENES SOMOS/C 6 Andalucia en salud planes y estrategias/III plan calidad/III Plan Andaluz de salud](http://www.conama2014.org/Andaluz_de_salud?perfil=ciud&desplegar=&idioma=es&tema=/temas_es/ QUIENES SOMOS/C 6 Andalucia en salud planes y estrategias/III plan calidad/&contenido=/ch annels/temas/temas es/ QUIENES SOMOS/C 6 Andalucia en salud planes y estrategias/III plan calidad/III Plan Andaluz de salud)

[Consultado, 15 de agosto, 2013]

PCAN, 2004. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias 2004-2008. Mas salud y mejores servicios. pp. 24 Disponible en: [http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/plansalud2004\\_2008/Plan de Salud de Canarias 2004 2008.pdf](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/plansalud2004_2008/Plan de Salud de Canarias 2004 2008.pdf)

[Consultado, 11 de agosto, 2013]

PCAT, 2012. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña 2011-2015. Disponible en:

<http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla de Salut 2011 2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya es.pdf>

[Consultado, 7 de agosto, 2013]

PCLM, 2001. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha 2001-2010. Disponible en:

<http://sescam.iccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan de Salud de Castilla-La Mancha.pdf>

[Consultado, 17 de agosto, 2103]

PCYL, 2008. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León 2008-2012. Disponible en:

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>

[Consultado, 19 de agosto, 2013]

Peiró, R. Ramón, N. Moyá, C. Borrell, C. 2004. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gaceta Sanitaria, 18 (Supl 2), pp-. 36-46

PEXT, 2009. IV Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura 2009-2012. Disponible en:

[http://www.gobex.es/files/cms/cons007/uploaded\\_files/plan09\\_12.pdf](http://www.gobex.es/files/cms/cons007/uploaded_files/plan09_12.pdf)

[Consultado, 21 de agosto, 2013]

Piñuel, J.L. 2002. Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. Estudios de sociolingüística, 3 (1), pp. 1-42.

Pluye, P. Potvin, L. Denis, J.L. 2004. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Evaluation and program planning. 27. pp. 121-133.

PMUR, 2010. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia 2010-2015. Disponible en: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan\\_salud\\_2010-2015.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf)

[Consultado, 25 de agosto, 2013]

PNAV, 2006. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Navarra 2006-2012. Disponible en:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/17D59CCB-2854-4284-90C3-FA44CFE0927F/152915/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf>

[Consultado, 22 de agosto, 2013]

Pruss-Ustum, A. Corvalán, C. 2006. Preventing disease through healthy environments. Towards and estimate of the environmental burden of disease. WHO. Disponible en:

[http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf)

[Consultado, 27 de agosto, 2013]

PSPV, 2002. Plan de salud del País Vasco 2002-2010.

Disponible en:

[http://www.osasun.eiqv.euskadi.net/r52-20735/es/contenidos/informacion/plan\\_salud/es\\_4043/psalud\\_c.html](http://www.osasun.eiqv.euskadi.net/r52-20735/es/contenidos/informacion/plan_salud/es_4043/psalud_c.html)

[Consultado, 20 de agosto, 2013]

PSR, 2009. Plan de Salud de La Rioja 2009-2013

Disponible en:

<http://www.riojasalud.es/noticias/1557-presentado-el-ii-plan-de-salud-de-la-rioja-2009-2013?showall=1>

[Consultado, 18 de agosto, 2013]

PVAL, 2010. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Valencia 2010-2013. Disponible en:

[http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/III\\_Plan\\_de\\_Salud\\_10\\_13.pdf](http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/III_Plan_de_Salud_10_13.pdf)

[Consultado, 24 de agosto, 2013]

Repullo, J.R. Otero, A. 1999. Planes de salud: sueño, espejismo y némesis. Gaceta Sanitaria, 13 (6), pp. 474-477.

Stahl, T. Wismar, M. Ollila, E. Lahtinen, E y Leppo, K. 2006. Health in all policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. European observatory on Health System and Policies. Disponible en:

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/documents/health\\_in\\_all\\_policies.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf)

[Consultado, 21 mayo de 2014]

Themba Nixon, M. Minkler, M. Freudenberg, M. 2008. The Role of CBPR in policy advocacy. En: Minkler, M. Wallerstein, N, eds. Community-based participatory Research for health: from process to outcomes. 2end ed. pp. 307-320 Jossey-Bass. San Francisco.

WPSALUD. 2013. Web del grupo Planes de Salud. Disponible en: [http://www.planificacionsanitaria.com/estrategias\\_autonomicas.php](http://www.planificacionsanitaria.com/estrategias_autonomicas.php)

[Consultado, 10 febrero 2013]