

Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010

María Dolores Fiuza Pérez^{a,b,*}, Juan Francisco Aguiar Rodríguez^{b,c} y Nayra Monzón Batista^b

^a Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Grupo de Planificación y Política Sanitaria, SESPAS y Sociedad Canaria de Salud Pública, Las Palmas de Gran Canaria, España

^c Centro de Salud Agaete, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, Agaete, Gran Canaria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de abril de 2010

Aceptado el 4 de octubre de 2010

On-line el 12 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Planificación sanitaria

Políticas de salud

Salud pública

RESUMEN

En este trabajo se presenta la experiencia acumulada por el Grupo de Trabajo SESPAS-SCSP (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria-Sociedad Canaria de Salud Pública) sobre Planificación y Política Sanitaria durante la primera década del siglo XXI y su posible repercusión en el diseño de la planificación sanitaria. Repasamos las conclusiones obtenidas del periodo 2000-2008 en las cinco primeras Bienales de Planificación y Política Sanitaria. Las mesas de trabajo se diseñaron con un ponente y un replicante que expusieron los diferentes puntos de vista del tema debatido, un moderador que dirigía el debate hacia las conclusiones y un relator que ejercía de notario y asumía la responsabilidad del texto de síntesis de cada mesa. Para la redacción final de las conclusiones de cada taller o bienal contamos con dos relatores generales. Entre los años 2000 y 2008 se realizaron 25 mesas, con 121 conclusiones y con 160 participantes. Creemos que los grupos de trabajo de SESPAS aportan como valor la multidisciplinariedad profesional dentro de un contexto de debate en una sociedad profesional; crean espacios propicios para la reflexión y contribuyen a aumentar la masa crítica sobre la planificación sanitaria en España.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

A decade of reflection on health plans in Spain. SESPAS report 2010

ABSTRACT

This article reports the experience of the Working Group of the SESPAS-SCSP (Spanish Society of Public Health and Healthcare Administration-Canary Islands Society of Public Health) in health policy and planning during the first decade of the 21st century and its possible impact on the design of health planning. We review the conclusions reached from 2000 to 2008 in the first five Biannual Planning and Health Policy meetings that took place during that period. The workshops were designed with two speakers who presented different views of the subject under discussion, a moderator, who led the debate on the findings, and a narrator who served as a notary and also took responsibility for the text summary of each table. Two general narrators were responsible for the final wording of the conclusions of each workshop or biannual meeting. From 2000 to 2008, there were 25 round tables with 121 conclusions and 160 participants. We believe that the SESPAS working groups provide multidisciplinary professional values within a context of debate in a professional environment, and create spaces for reflection, thus helping to improve the health planning system in Spain.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Health plans

Health policy

Public Health

Antecedentes

La universalización de la salud es una aspiración constante de la salud pública y se viene construyendo poco a poco de acuerdo con las principales declaraciones mundiales de salud¹⁻⁸, pero para ello es preciso globalizar la salud integrando conceptos renovados y avances en las ciencias afines a la salud pública con nuevas estrategias políticas, sociales y organizativas. Desde mediados del siglo pasado, la globalización nos brinda oportunidades para redefinir la gobernabilidad y el desarrollo de movimientos locales basados en la solidaridad y una nueva concepción política que favorezca este objetivo⁹. Las nuevas estrategias políticas

pasan por que se amplíe el marco en que se confinan las políticas de salud¹⁰.

La salud pública en el diseño de políticas sanitarias

Las políticas de salud pública han de avanzar superando los límites de la sanidad, la biología y la conducta humana. Y los profesionales de la salud pública han de participar más activamente, pero con independencia del poder político, acercándose a la población sin intermediarios¹⁰.

Estas políticas se concretan de forma explícita en un documento público que constituye el plan de salud. Este plan es parte del proceso de la denominada «construcción de una política» y describe los problemas de salud y las propuestas de intervención que se han introducido en la agenda política como resultado del juego de intereses y poder de los diferentes actores¹¹.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mfiuper@gobiernodecanarias.org (M.D. Fiuza Pérez).

Puntos clave

- Los planes de salud son una herramienta útil para la construcción de salud en todas las políticas, pero necesitan una adaptación a las nuevas realidades e impregnar todas las decisiones de gobierno.
- La planificación en salud debe estar vinculada a la salud pública, y ésta necesita elevar su rango político para hacer efectiva la inclusión de la salud en todas las políticas.
- Los profesionales de la salud pública deben dedicar más esfuerzo a intentar cambiar las cosas, reforzando más sus competencias en la acción político-estratégica.
- Los grupos de trabajo en el seno de las sociedades profesionales contribuyen a la construcción de políticas, ya que aportan las ideas e impulsan los cambios necesarios para llevarlas a cabo.

En la construcción de políticas son cruciales las ideas, y para ello es necesario que haya comunidades epistémicas, concepto que se refiere a un grupo de personas o entidades que comparten una cierta percepción sobre los problemas públicos y tratan de impulsar una política o un cambio normativo¹¹, pretendiendo introducir innovaciones en las decisiones políticas.

El Grupo SESPAS de Planificación y Política Sanitaria (antiguo Grupo de Plan de Salud)¹² viene contribuyendo, desde su creación en 1998, al debate necesario sobre los planes de salud en España, ofreciendo un foro interterritorial para los técnicos de salud pública, gestores y políticos que ha permitido avanzar, no sin dificultades, en la construcción de los planes de salud de las comunidades autónomas.

El trabajo realizado en los diferentes talleres y bienales (I a V) se desarrolló en un foro restringido de técnicos, gestores y políticos de todas las comunidades autónomas, y con profesionales de reconocido prestigio invitados expresamente para contribuir al debate. Las mesas de trabajo se diseñaron con un ponente y un replicante que expusieron los diferentes puntos de vista del tema debatido, un moderador que dirigía el debate hacia las conclusiones y un relator que ejercía de notario y asumía la responsabilidad del texto de síntesis de cada mesa. Para la redacción final de las conclusiones de cada taller o bienal contamos con dos relatores generales. Entre los años 2000 y 2008 se realizaron 25 mesas, con 121 conclusiones y con 160 participantes¹³.

El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión de las conclusiones¹³ correspondientes a la primera década del siglo XXI, de las cinco bienales, y su posible repercusión en el diseño de la planificación sanitaria.

Los planes de salud 2000-2010

En noviembre de 2000 se celebró el I Taller Nacional sobre Planes de Salud, cuestionándonos si «los planes de salud eran una herramienta de planificación necesaria y útil ante las necesidades de la salud pública moderna». Y la pregunta formulada fue contestada: los planes de salud eran una herramienta útil, pero deberían adaptarse al nuevo siglo¹⁴. De las nueve mesas realizadas nacieron 39 conclusiones y la *Declaración de Las Palmas de Gran Canaria sobre Planes de Salud* (tabla 1). El debate se centró en: a) la formulación de políticas y objetivos; b) el proceso de planificación y c) el desarrollo y la implantación social del plan de salud. Así pues, detectamos la necesidad de construir sistemas

Tabla 1

Declaración de Las Palmas de Gran Canaria sobre planes de salud

1. Los planes de salud hasta ahora desarrollados proporcionan una experiencia que constituye un valor estratégico en las políticas de salud, del que no debemos prescindir. Para ello es necesario aprovechar las sinergias y fomentar las alianzas
2. Se debe desarrollar una estrategia de sistemas de información de base poblacional que tenga capacidad para identificar necesidades de salud que permitan monitorizar y evaluar las intervenciones sanitarias con criterios de eficacia y efectividad, orientadas a resultados
3. Para hacer viables los planes de salud es esencial la investigación. Hay que identificar las preguntas de investigación prioritarias, impulsando estudios multidisciplinares, intersectoriales y multicéntricos. Debe garantizarse que los resultados de la investigación se traduzcan en acciones
4. La definición de políticas de salud no sólo debe ser coherente con estrategias suprarregionales, sino que también ha de estar determinada por las necesidades locales. Para que las políticas de salud respondan a las necesidades de la población, es fundamental dar participación directa a los ciudadanos a nivel local
5. La mejora de los planes de salud en sus elementos de determinación de prioridades y de programación estratégica requiere inversiones importantes en recursos científicos y profesionales de la salud pública, y diversificación de instrumentos de intervención intersectoriales e intrasectoriales
6. Los contrato-programa no son la única estrategia para la implementación de los planes de salud. Se deben desarrollar otras herramientas intersectoriales que permitan hacerlos operativos
7. La experiencia de los planes de «primera generación» ha aportado al sistema un gran valor añadido, pero es preciso avanzar hacia planes de «segunda generación» que incluyan presupuestación por programas
8. Disponemos de instrumentos científico-técnicos que permiten evaluar los planes de salud en lo referente a su formulación y seguimiento. La evaluación debe ser un procedimiento de transparencia social. El reto de cara al futuro es llevarla a cabo
9. Participar es ser parte, ser sujeto de los procesos públicos. La participación ciudadana en los planes de salud debe explicitarse en todas las fases de su elaboración para garantizar su eficacia y efectividad. Para ello son necesarios órganos de participación social, con infraestructura y capacidad suficiente para asegurar su operatividad
10. La aplicabilidad de los planes de salud depende en gran medida de que las organizaciones de salud pública ejerzan el liderazgo político y técnico en la implicación del plan en todos sus sectores

de información capaces de identificar y analizar las necesidades de salud de la población, de generar información sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones, y que permitieran monitorizar y evaluar el coste-efectividad de cada intervención. En cuanto a la investigación en salud, se determinó que los objetivos han de ser clasificados y orientados hacia los determinantes de salud, impulsar la investigación multidisciplinaria e identificar métodos que permitan transformar los resultados de la investigación en elementos de acción, potenciando la investigación estratégica. En relación al proceso de planificación, la definición de las estrategias para los planes de salud ha de ir desde el ámbito suprarregional (coordinación nacional) al de la comunidad autónoma y la administración local (ayuntamientos). Había que entender lo global para actuar localmente de forma correcta. Es preciso favorecer la participación social desde el ámbito local para mejorar la utilidad de los planes de salud, y éstos han de ser asumidos por la población, los políticos y los profesionales de la salud. En cuanto a la financiación, se detectó la necesidad de que hay que presupuestar por objetivos, avanzando hacia los planes de «segunda generación». Se han de establecer presupuestos plurianuales con compromisos previos por cada uno de los departamentos implicados en la consecución del plan de salud. Hay que avanzar hacia una estructura que garantice la transversalidad en la corresponsabilidad y en la toma de

decisiones (políticas sectoriales gubernamentales). Pensábamos que había que establecer un plan estatal de salud, con unos contenidos mínimos, complementados posteriormente con las necesarias variaciones en las comunidades autónomas y en las administraciones locales, que permitiría una evaluación conjunta y, por tanto, la comparación entre los estados de salud de las diferentes comunidades autónomas. La evaluación de los planes de salud debía estar prevista desde los inicios de su formulación, estableciendo mecanismos de seguimiento, lo que sería una garantía de transparencia y compromiso con la sociedad. La participación ciudadana es una condición necesaria para la eficacia de los planes de salud. Había que crear las condiciones necesarias para contribuir a la formación de los sujetos que han de convertirse, fuera y dentro del ámbito sanitario, en agentes del propio plan de salud. Para asegurar y garantizar la aplicabilidad de los planes de salud se necesita el apoyo de organizaciones de salud pública que ejerzan el liderazgo político y técnico.

En el año 2002, en el marco del II Taller sobre Planes de Salud, bajo el lema *Aportando viabilidad a nuestros planes de salud*¹⁵ se organizaron cuatro mesas y se obtuvieron 18 conclusiones. Debatimos sobre: a) los planes de salud en Europa; b) la orientación estratégica del plan de salud, y c) la percepción de los planes de salud dentro y fuera del sistema sanitario. Al analizar la situación de los planes de salud en España y Europa se concluyó que no parecía haber diferencias sustanciales entre los objetivos, los métodos de elaboración e implantación, y los mecanismos de participación social entre los vigentes en España y en el resto de los países europeos. Se recomendó disponer de mecanismos o estructuras de análisis sobre la elaboración y la implantación de los respectivos planes de salud entre los distintos estados europeos, de manera que pudiera tenderse a una coordinación de objetivos a escala continental. La orientación estratégica de los planes de salud ha variado desde la troncaldad hasta la transversalidad. Pasada una primera fase en que los planes parecían enfocarse a la resolución de problemas de salud ligados con los hábitos y estilos de vida, la condición social y de género, la edad, etc., ahora se dirigen hacia el abordaje de la lucha contra determinadas patologías (planes integrales). Analizando la percepción de los planes de salud dentro del sistema sanitario se consideraron como una herramienta de las administraciones sanitarias para la definición de las políticas de salud, entendiéndolos como el elemento inicial de una cadena lógica que debería integrar también los planes de servicios, las carteras de servicios y los elementos de contratación, acreditación, incentivación e investigación. Al mismo tiempo, es necesario avanzar en la corresponsabilización con los gestores y los profesionales asistenciales en lo que se refiere a la implantación real de los objetivos definidos en los planes. En cuanto a la percepción fuera del sistema sanitario de los planes de salud, se constató el escaso o nulo conocimiento que se tenía. Una de las debilidades manifiestas en la elaboración, la implantación y la evaluación de los planes de salud es la nula participación de los ciudadanos, tanto individualmente como de la colectividad. Es necesario analizar e implementar estrategias proactivas de participación de la población y promover la investigación sobre posibles mecanismos para fomentar y asegurar esa participación.

En el año 2004, en el III Taller sobre Planes de Salud con el título *Compartiendo experiencias*¹⁶, reflexionamos sobre las diferentes experiencias que se estaban implementando en el estado, discutimos el papel de los planes integrales («estrategias») de la Ley de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud¹⁷ y los planteamientos de *Madrid Framework*¹⁸ como dimensiones que deberían impregnar las políticas de salud en Europa. Cuatro mesas y 24 conclusiones fueron el resultado de ese encuentro. En lo relativo al análisis y la evaluación de la situación se pone de manifiesto la heterogeneidad en el diseño de los planes de salud

por comunidades autónomas, ya que unas optan por planes orientados a mejorar el nivel de salud individual según procesos prioritarios y otras por planes integrales abordando determinantes de la salud. Para poder comparar los planes de salud se necesitaría disponer de información de calidad, por lo que hace falta mejorar el desarrollo de los sistemas de información. Esto pasaría por la transparencia, la no utilización partidista y el liderazgo institucional para armonizar los sistemas de información de manera que permitan la evaluación comparativa entre comunidades autónomas. Se constató que los objetivos alcanzados tienen relación con las intervenciones de los servicios sanitarios, y los no alcanzados con los objetivos intersectoriales y de salud pública, lo que debería ser una línea de estudio y de avance para el futuro. En referencia a la implementación y la participación, las comisiones de área del plan de salud creadas en algunas comunidades autónomas han permitido realizar un seguimiento correcto del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan. Independientemente de los planes de salud se han desarrollado experiencias en niveles de organización menor funcionando en red, como es la Red de Ciudades Saludables, que constituye un ejemplo de buena práctica en el desarrollo de planes de salud y en la cual aspectos usualmente de difícil materialización, como la participación, se han hecho realidad. Desde el punto de vista de la priorización y la financiación, las intervenciones en los planes de salud han de estar respaldadas por la evidencia científica si no queremos correr el peligro de elaborar planes vacíos de contenido y contemplar las consecuencias de las desigualdades sociales y económicas sobre la salud. Hay instrumentos de ayuda a la priorización que están estandarizados y permiten la comparación entre los diversos programas, tecnologías o acciones. La evaluación económica de los planes de salud es imprescindible para la toma de decisiones. Además, es necesario garantizar que las agencias responsables de ésta gocen de independencia para llevar a cabo su trabajo.

En el año 2006, en la VI Bienal de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud, que llevó por título *Buscando la efectividad en las políticas y los planes de salud*¹⁹, la tarea consistió en reflexionar sobre cómo colocar en la agenda política los planes de salud y la planificación sanitaria. Para ello debatimos los avances y retrocesos en planificación sanitaria en España sobre la teoría de lo público frente a lo privado, nos preguntamos si la evidencia puede conducir la agenda, e intentamos una prospectiva del Sistema Nacional de Salud. Fruto de cuatro mesas de trabajo obtuvimos 21 conclusiones. El análisis de la situación (avances y retrocesos de la planificación sanitaria) determinó que el desarrollo de los planes de salud alcanzaba a todas las comunidades autónomas, que podrían tipificarse ya como planes de «segunda generación», que la evaluación ya está presente y que la orientación es hacia planes más estratégicos, no planes de servicios, pero que constituyen en la mayoría de las comunidades autónomas el paraguas bajo el cual se amparan las intervenciones de los servicios sanitarios. La evaluación del impacto sobre la salud puede ser una herramienta para establecer actuaciones políticas intersectoriales, tanto locales como autonómicas. Al analizar la teoría de lo público frente a lo privado concluimos que las políticas son siempre públicas y, por ello, las instituciones deben asumir su responsabilidad a la hora de formularlas y desarrollarlas de forma explícita y consistente. Las experiencias innovadoras en la provisión pública, privada o mixta, carecen de la necesaria evaluación. Con frecuencia, los debates sobre titularidad o modelos de gestión hacen olvidar otros temas centrales, como son la fragmentación asistencial y la necesidad de introducir organización e incentivos para la integración y la continuidad. Intentamos responder la cuestión de si puede la evidencia conducir la agenda, y se concluyó que para ello sería necesario avanzar hacia una nueva salud pública capaz de responder al

mundo globalizado y a sus vertientes políticas, sociales y económicas. Necesitamos comprender mejor el contexto y la política, ya que los temas clave de salud no son decididos por los profesionales de la salud. La planificación necesita políticas bien definidas, para lo cual es importante que la salud pública tenga una gran capacidad técnica, así como autonomía organizativa; las experiencias de desarrollo de la cartera de servicios de salud pública y de creación de institutos y agencias pueden ser iniciativas interesantes que deben ser estudiadas y evaluadas.

En el año 2008, la V Bienal de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud, esta vez bajo el lema *La necesaria actualización de la planificación sanitaria*¹³, se celebró en Lisboa como taller precongreso de la 16th European Conference on Public Health de la European Public Health Association (EUPHA). Cuatro mesas y 19 conclusiones fueron el resultado de este último encuentro. Debaticimos sobre *Salud en todas las políticas*, y para trabajar con este principio es necesario elevar el rango político de la salud pública y que la planificación en salud esté vinculada a la salud pública. Los nuevos instrumentos son la abogacía, el partenariado y la gobernanza, los instrumentos de acción en salud (territorialización de los planes de salud), los protocolos de colaboración y las comisiones interdepartamentales. Los elementos de éxito son la generosidad, el soporte regulador y el respeto. En lo referente a experiencias innovadoras se recogió la de Cataluña, donde destaca la vinculación de los planes de salud con el mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, y la apuesta por la descentralización de la planificación operativa a nivel de los gobiernos territoriales de salud. Canarias nos mostró, con su programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular, cómo desde un compromiso de la dirección del Servicio Canario de Salud y de los grupos de trabajo multidisciplinarios de profesionales de atención primaria y de la atención hospitalaria, arropados por sociedades científicas, se puede abordar un problema de salud sin necesidad de recurrir a la formulación de un plan específico, mejorando la continuidad asistencial. Desde Portugal se debatieron sus estrategias locales en salud, con sus líneas prioritarias y en combinación con otros departamentos municipales. Pfizer España nos presentó su experiencia *¿Podemos ser socios en salud?*, mostrándonos cómo, desde la industria farmacéutica, se puede avanzar hacia el partenariado en salud mediante compromisos explícitos sobre proyectos concretos. La gestión estratégica de las organizaciones de salud pública pasa por nuevos líderes con algo más que cualificación técnica, pues deben ser profesionales que sepan trabajar en varios sectores, que sepan coordinar y motivar, asumiendo más competencias. Hay que convencer de la necesidad de cambios estructurales, más difíciles de asumir, frente a los coyunturales, más fáciles de asumir por sus beneficios electorales a corto plazo. Debemos avanzar desde la salud pública clásica hacia otra que enfoque los resultados poblacionales («la salud del público»). Desde la salud pública debemos asegurar que «vale más prevenir que curar»; las actividades preventivas no deben ser un factor de riesgo. Debemos facilitar que las opciones más saludables sean las más sencillas de elegir, ensayando nuevas formas inteligentes de modificar o influir en la conducta individual, para promover e incentivar comportamientos saludables sin violentar la autonomía personal. La estrategia europea basada en la Carta de Tallin²⁰ afirma que el sistema sanitario es un sector de inversión, no de gasto. Tenemos que transmitir que la salud es riqueza. Para ello es importante maximizar y capitalizar el conocimiento y la evidencia. Hay que reflexionar sobre el peligro de la migración de profesionales de la salud de unos países a otros. Y debemos colocar la salud en la agenda política europea.

En noviembre de este año 2010 estaba prevista una nueva reunión, pero la crisis económica la ha imposibilitado, en la VI Bienal de Planificación y Políticas de Salud, donde se debatiría *La*

implicación municipal en la salud de los ciudadanos, arropados por el objetivo mundial de la Organización Mundial de la Salud para 2010 (*1.000 ciudades, 1.000 vidas. La salud urbana es importante*), para con este debate cerrar una década de reflexión centrada en los planes de salud. La reunión se hará en el año 2011.

Conclusiones

Hemos expuesto las conclusiones obtenidas en los debates planteados a lo largo de casi una década con la intención de reflejar esta contribución y para aumentar la masa crítica sobre la planificación sanitaria en España, si bien es necesario realizar más proyectos de investigación independiente para evaluar el impacto que estas iniciativas han tenido sobre el desarrollo de los planes de salud y las políticas de salud.

Creemos que los grupos de trabajo de SESPAS, y en concreto el de Planificación y Política Sanitaria, aportan como valor la multidisciplinariedad profesional dentro de un marco de debate en una sociedad profesional, y crean espacios propicios para la reflexión no sólo sin la presión institucional sino con su colaboración.

Financiación

Sin financiación.

Contribuciones de autoría

M.D. Fiuza concibió el estudio y supervisó los aspectos para su realización. J.F. Aguiar y N. Monzón realizaron las revisiones y obtuvieron la información. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos, revisaron los borradores y aprobaron la versión final. M.D. Fiuza es la responsable del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todos los integrantes del Grupo de Planificación y Política Sanitaria, y a todos los participantes en las cinco bienales celebradas, así como a MSD y a Pfizer por haber contribuido a la realización de las bienales y a la publicación de las conclusiones.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de constitución. Ginebra: OMS; 1948.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada; 1974.
3. Oficina Sanitaria Panamericana. Salud para todos en el año 2000: estrategias. Declaración de Alma Ata. Washington: OPS; 1980.
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa (Canadá). Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ontario: OMS; 1986.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide. Políticas Públicas para la Salud. Adelaide, Australia del Sur: OMS; 1988.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Declaración de la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Sundsvall: OMS; 1991.
7. World Health Organization. Health for all in the twenty first century. Document WHA51/5. Geneva: WHO; 1998.

8. The Jakarta Declaration on Leading. Health promotion into the 21st century. *Health Promot Int.* 1997;12:261-4.
9. Franco A. Globalizar la salud. *Gac Sanit.* 2003;17:157-63.
10. González López-Valcárcel B, Hernández Aguado I, Meneu de Guillerna R. Informe SESPAS 2008. Síntesis final y recomendaciones para las políticas. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):244-53.
11. Subirats J. El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit.* 2001;15:259-64.
12. Grupo SESPAS de Planificación y Política Sanitaria. [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com>.
13. Conclusiones de la V Bienal de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud, «La necesaria actualización de la planificación sanitaria». [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com>.
14. Taller sobre Planes de Salud, «Los planes de salud: ¿una herramienta de planificación a la altura de las necesidades de la salud pública?». [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en <http://www.planificacion-sanitaria.com>.
15. II Taller sobre Planes de Salud. «Aportando viabilidad a nuestros planes de salud». [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com>.
16. III Taller sobre Planes de Salud. «Compartiendo experiencias». [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com>.
17. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. L. N.º 16/2003 (28 mayo 2003).
18. The Madrid Framework. «Twelve dimensions of health targeting in Europe». [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: www.ec.europa.eu/health.
19. IV Bienal de Planificación Sanitaria y Políticas de Salud. «Buscando la efectividad en las políticas y los planes de salud». [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: <http://www.planificacionsanitaria.com>.
20. Carta de Tallin. Sistemas sanitarios: salud y riqueza. [Actualizado 10/11/2009; consultado 10/12/2009]. Disponible en: www.who.int.