

De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo

(From theory to practice: creating health plans for the new century)

La planificación estratégica o por objetivos es uno de los métodos utilizados en los últimos decenios que han resultado ser más fructíferos para racionalizar y guiar las políticas, tanto sectoriales como empresariales. Se trata de un procedimiento que se centra en aspectos como el establecimiento de una estrategia, la definición de resultados y la mejora de la productividad. En el campo sanitario, la gestión por objetivos tuvo sus momentos de gloria en un período en que el crecimiento de las necesidades y las expectativas sociales con relación a la capacidad de los sistemas sanitarios obligaban a adoptar políticas sanitarias compatibles con la racionalización y el desarrollo del sector. En ese contexto, los objetivos del sistema sanitario estarían más centrados en obtener resultados en términos de salud de la población que en aspectos relacionados con la estructura y organización del propio sistema¹. Un ejemplo paradigmático en el ámbito sanitario es la estrategia «Salud para Todos en el año 2000» (SPT-2000), iniciada a principios de los ochenta por la OMS y seguida con mayor o menor fidelidad por numerosos países occidentales.

En España, adherida a SPT-2000 a partir de 1990, ha habido una repercusión importante de esta estrategia a lo largo de la última década. La Ley General de Sanidad (1986) había establecido los principios para la formulación de la política sanitaria de las Comunidades Autónomas (CCAA) a través de los Planes de Salud (PS) y reglamentó la elaboración de un Plan Integrado de Salud que definiera el marco de actuación de la política sanitaria española. Como consecuencia, el desarrollo —al menos en sus aspectos más teóricos— de PS en las distintas CCAA ha sido muy amplio, y en su inmensa mayoría se incorporan los objetivos de la estrategia de la OMS².

Sin embargo, la reciente evaluación de los objetivos de salud de la OMS en nuestro país aporta un paisaje lleno de claroscuros respecto al resultado de esta estrategia³. En algunas de las áreas, las relativas a problemas de salud, estilos de vida y temas concretos del medio ambiente, se progresa adecuadamente en una buena proporción de objetivos; sin embargo, aspectos tan importantes, como la equidad en salud, el control del consumo de tabaco, alcohol y drogas, los accidentes

y las políticas sobre medio ambiente, no avanzan en la dirección adecuada. En las áreas de servicios sanitarios y en la de investigación y desarrollo para apoyar la estrategia SPT existe una falta importante de información para su evaluación, o sus correspondientes objetivos se sitúan en posiciones lejanas a su cumplimiento.

Objetivos y política de salud, ¿conceptos distintos o complementarios?

A la vista de los resultados, cabría preguntarse si establecer objetivos de salud es útil para la política sanitaria. La respuesta es, aparentemente, sí. El proceso de formulación y desarrollo de una política de salud describe —en esquema— un movimiento circular⁴: hay que definir y entender el problema, después habrá que buscar una solución estableciendo metas y asumiendo responsabilidades, a continuación se implementan las soluciones, se hace un seguimiento y se evalúa el resultado. En este contexto, los beneficios de utilizar objetivos de salud se centran en: a) facilitar un contexto más racional y transparente para la asunción de las responsabilidades políticas; b) identificar problemas y grupos de población que necesitan mayor atención; c) proporcionar coherencia a las intervenciones y los programas sanitarios dispersos, y d) estimular el debate sobre lo útil y necesario. En teoría, los objetivos también ayudan a gestionar los recursos, poniendo énfasis en las estrategias realistas y realizables, así como en mejorar la posibilidad de evaluar los resultados y los logros alcanzados⁵.

Algunas de estas ventajas tienen, sin embargo, su contrapartida y no son pocas las objeciones y los problemas metodológicos que se han señalado con relación al proceso de establecer objetivos y prioridades^{2,5-7}. Lógicamente, la transparencia no es siempre deseada por aquellos que formulan la política sanitaria si de los objetivos no alcanzados pueden deducirse fracasos de la propia gestión. Este riesgo se acentúa, además, en el contexto actual del patrón epidemiológico dominante de enfermedad crónica, con un tiempo de latencia largo y en el que no hay una

correspondencia clara entre las intervenciones y los resultados en términos de salud, al menos a corto plazo. Tampoco es despreciable la contradicción que supone que las responsabilidades sobre el resultado de los determinantes de la salud multifactoriales (a veces ubicados en sectores con intereses encontrados) sean asumidas en un único campo. Por tanto, habrá que tener en cuenta que ni el proceso de la enfermedad ni la realidad sanitaria y social se rigen por principios matemáticos que permitan deducir, sin un amplio margen de variabilidad, cuál será el resultado de las acciones del sistema, y no otorgar a los objetivos de salud más valor del que pueden tener.

Reseñados los obstáculos, políticos y metodológicos, el balance parece ser positivo⁸⁻⁹, y como mínimo permite avanzar en una línea de aprendizaje. Algunas de las pistas para resolver estos problemas pasan por una definición razonable de los objetivos (que ha sido resumida en el acrónimo SMART: *Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Time-Bound*)⁵, focalizándolos en los determinantes de salud más que en los problemas, y basándose más en intervenciones estructurales que en aquellas dirigidas a cambios de comportamiento^{5,6}. También pasan, evidentemente, por una firme voluntad y valentía política. Aunque las fórmulas mágicas no existen, el análisis del camino recorrido y la experiencia ajena pueden ser de mucha utilidad^{4,9-10}.

Dónde estamos, adónde vamos y qué retos tenemos

Los sistemas de información se han desarrollado bastante en los últimos años, de manera que han permitido un cierto seguimiento de la estrategia SPT, aunque persisten importantes lagunas. Los problemas de desagregación y comparabilidad territorial, la actualización de la información o las nuevas necesidades de datos sobre efectividad y factibilidad de las intervenciones no están resueltos. Además, siguen sin respuesta las preguntas del millón: «¿se han escogido adecuadamente los indicadores?» y, lo que no es lo mismo, «¿existen los indicadores adecuados?». Parecidos interrogantes se plantean al hablar de investigación. Se constata una falta de investigación estratégica y operativa que nos permita responder más al cómo y no tanto al porqué de las situaciones de salud (investigación operativa frente a investigación etiológica). La formulación de objetivos concretos y la explicitación de la información que se necesita podría potenciar la implicación de los investigadores (y de la investigación) en los intereses de los PS.

Si algo han supuesto los PS en la política sanitaria española ha sido una cierta dosis de movilización, un

instrumento de participación y un acicate para la discusión, eminentemente técnica. Sin embargo, también es posible adivinar algunos elementos que conforman un cierto «retrato del fracaso», principalmente en su vertiente de gestión de los servicios sanitarios (no planes sanitarios sino planes de salud, pero planes de salud seguidos de planes de servicios), su vinculación a la realidad (de información a estrategia de intervención) y la falta de diálogo (comunicación) entre los distintos sectores implicados, de forma que han escaseado las políticas intersectoriales efectivas. Los retos que se plantean en la política sanitaria de nuestros días pasan por saber cómo dejar de concebir PS con fronteras para riesgos sin fronteras, cómo transformar ejercicios enciclopédicos en marcos de compromiso para la acción, cómo pasar de un enfoque reduccionista, de objetivos como indicadores de posición, a un enfoque con mayor perspectiva, en el que los objetivos no son el puerto de llegada sino una herramienta para llevar el timón y mantener el rumbo. La sensibilización y la asunción de responsabilidades intersectoriales, así como extender el debate a la sociedad y propiciar la participación ciudadana pueden ser buenos instrumentos para facilitar la comprensión de la priorización de objetivos y la legitimación del plan.

Los PS elaborados hasta ahora en España tendrían poca credibilidad de ser impulsados hoy. La razón fundamental es que ninguno de ellos ha cuantificado los costes que su puesta en marcha supondría, aunque esto también podría haber representado una ventaja para evitar la competencia entre sectores y favorecer su cooperación. Esta oportunidad no ha sido suficientemente aprovechada. Si queremos realmente que los PS sean una herramienta efectiva de política sanitaria, debemos dar paso a una nueva generación de PS que incorporen una estimación de los costes (de oportunidad), del gasto (presupuestos) y de la financiación (quién paga). La intersectorialidad de las intervenciones obligará a diferenciar claramente presupuestos inter e intrasectoriales y a constituir un ente que sea capaz de negociar entre sectores y, a su vez, con el responsable de la financiación.

Parece que después de un período de autocomplacencia, algo empieza a moverse de nuevo en este campo. La OMS ha lanzado su estrategia renovada de política de salud para todos para el siglo XXI, en la que clama por una mayor justicia social a nivel mundial a través de valores, principios, objetivos y metas, de los cuales los 10 objetivos globales de salud son la muestra más evidente¹¹. Por su parte, la Unión Europea ha propuesto su nueva estrategia de salud basada en la mejora de los sistemas de información, la acción coordinada en situaciones urgentes y el impulso de medidas eficaces de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que supone una oportunidad de revalorización de la salud pública¹² y un reto profesio-

nal a la hora de saber integrar esta propuesta en el contexto de una política de salud basada en objetivos.

La creación de una Dirección General de Planificación en el Ministerio de Sanidad, en el contexto del modelo constitucional autonómico consolidado, tiene sentido si responde a la voluntad de asumir las tareas de coordinación entre CCAA. Para ello, es necesario un órgano técnico de coordinación, un plan explícito de trabajo y una financiación. El primer punto ha empezado a concretarse en las subcomisiones del Consejo Interterritorial, el segundo y el tercero hasta ahora no se han planteado. La mejora de los sistemas de información (o la creación de otros nuevos si se considera conveniente) requiere voluntad de tener mejor información y la provisión de un presupuesto específico, además de mantener aquellas fuentes de datos que facilitan series históricas. La formulación de un marco general para los objetivos de salud (llámese plan integrado, o como se quiera) debería ser realista e integradora, y la mejor manera de hacerlo es partir de la experiencia acumulada en las CCAA.

En conclusión, creemos que los planes de salud deberían adaptarse al llamado modelo GLOCAL (pensar globalmente, actuar localmente). Esto significa sistemas de información desarrollados en los niveles territoriales requeridos, objetivos y acciones concretas para al-

canzar principios genéricos, involucrar al tejido social y reclamar responsabilidades intersectoriales y, finalmente, estimar costes y comprometer presupuestos. El papel de las administraciones (no sólo la sanitaria) ha de ser el de garantizar la coordinación y la financiación, en ambos casos al nivel que les corresponda (local, autonómico o estatal).

Agradecimientos

Muchas de las ideas expuestas aquí fueron «cocinadas» y compartidas por los ponentes y participantes en el taller «Los Planes de Salud: ¿una herramienta de planificación a la altura de las necesidades de la salud pública moderna? Un debate necesario», que tuvo lugar en Las Palmas de Gran Canaria el 27-28 de noviembre de 2000. A todos ellos nuestro agradecimiento.

El texto de este editorial refleja las opiniones de sus autores, y no necesariamente la de las instituciones a las que pertenecen.

R. Gispert y R. Tresserras

*Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Generalitat de Catalunya.*

Bibliografía

1. Mc Ginnis JM. Setting objectives for public health in the 1990s: experience and prospects. *Ann Rev Public Health* 1990; 11: 231-249.
 2. Gispert R, Van de Water HPA, Van Herten L. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española. *Gac Sanit* 2000; 14 (Supl 3): 34-44.
 3. Álvarez-Dardet C, Peiró S, editores. Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
 4. Van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy (Part II): guidelines for application. *Health Policy* 2000; 53: 13-23.
 5. Van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy (Part I): Lessons learned. *Health Policy* 2000; 53: 1-11.
 6. Van de Water HPA, Van Herten LM. Bull's eye or Achilles's heel: WHO's European Health for All targets evaluated in The Netherlands. Leiden: TNO Prevention and Health, 1996.
 7. Repullo JR, Otero A. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. *Gac Sanit* 1999; 13: 474-477.
 8. Van de Water HPA, Van Herten LM. Health Policies on targets? Review of health targets and priority setting in 18 European countries. Leiden: TNO Prevention and Health, 1998.
 9. International Policy Conference. Targets for Health: shifting the debate. *Proceedings. Eur J Public Health* 2000; 10.
 10. Van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Health policy and practice (chapt 7). En: Van Herten LM, editor. *Health targets: navigating in health policy*. Thesis University of Amsterdam. Leiden: TNO Prevention and Health, 2000.
 11. World Health Association. *Health for all in the 21st century*. Ginebra: World Health Organisation, 1998.
 12. Plasencia A, Manzanera R. La nueva estrategia europea: una oportunidad para la salud pública española. *Gac Sanit* 2001; 5: 1-3.
-