

OBJETIVO 33

DESARROLLAR LAS POLÍTICAS “SALUD PARA TODOS”

Para el año 2000, todos los Estados Miembros deberían haber desarrollado y estar poniendo en práctica políticas de acuerdo con los conceptos y principios de la política europea de Salud Para Todos, en lo que concierne a estilos de vida equilibrados, medio ambiente y servicios sanitarios.

Rosa Gispert

Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

Hacer efectivo este objetivo supondría, previa consulta con las partes implicadas, que se adopten políticas adaptadas en distintos ámbitos (estatal, regional y local) de acuerdo con la estructura político-administrativa y que los objetivos específicos formulados sean reflejo de las circunstancias económicas, sociales y culturales del país implicado. Los objetivos perseguirían reforzar una mayor equidad en salud, hacer mayor hincapié en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se basarían en acciones intersectoriales efectivas así como en la reorientación de los servicios sanitarios hacia la atención primaria. Se asume además que las políticas y los objetivos mencionados deberían acompañarse de estrategias específicas para su puesta en práctica, incluyendo las legislativas, y gozar de un fuerte compromiso político.

2. DESARROLLO DE LA POLÍTICA SALUD PARA TODOS EN ESPAÑA: APROXIMACIÓN CUANTITATIVA

La adhesión de España a la estrategia SPT promovida para la región europea se materializó en 1990 con la publicación por el Ministerio de Sanidad del documento *Estrategias de salud en el año 2000 en España* (1). Esta era la fecha límite establecida en el texto aprobado en 1984 por el Comité Regional, para que los estados miembros se comprometieran a enunciar sus propias políticas nacionales con relación a la propuesta de SPT.

El documento ministerial establece que su contenido define la orientación y desarrollo de la iniciativa española, dando así cumplimiento al objetivo 33 del programa regional. Además, se afirma que ha de servir como marco de referencia para el diseño y formulación de los diversos planes autonómicos de salud y del Plan Integrado de Salud para todo el territorio español, previstos por la Ley General de Sanidad.

En los años sucesivos, empezó a tomar cuerpo el resultado de los esfuerzos regionales en la elaboración de los distintos planes de salud de las comunidades autónomas, así como en la del Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. En estos momentos casi todas las CCAA disponen de, al menos, un plan de salud elaborado, respaldado políticamente y publicado, aunque en algunos casos ya se han completado o se están elaborando segundas y hasta terceras ediciones de estos documentos. Aunque el desarrollo de PS en el ámbito regional casi ha concluido, está todavía por definir qué aspectos de estos planes regionales conformarán el Plan Integrado de Salud en el ámbito estatal y mediante qué proceso.

En la Tabla 49 se reproducen algunos de los elementos básicos de los planes de salud (PS) publicados hasta este momento. La estructura de los distintos PS es parecida aunque el contenido es bastante diverso. Coinciden generalmente en la forma de identificar los problemas de salud, en los criterios para establecer ciertas prioridades, así como en muchas de las áreas u objetivos seleccionados. Buena parte de los PS tienen un número muy elevado de objetivos y todos establecen estrategias más o menos generales de intervención con relación a los objetivos o a las áreas priorizadas. En algunos casos las propuestas de intervención toman forma de objetivos operativos y en otros las intervenciones complementan uno o varios objetivos generales o de salud. Sólo una parte de los planes incluye propuestas para su evaluación y el apartado de estimación de gastos y/o recursos necesarios es prácticamente inexistente, como tal, en la mayoría de documentos.

3. CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO Y VALIDEZ DEL INDICADOR

El desarrollo y la puesta en marcha de planes de salud fueron concebidos como una herramienta de política sanitaria en la Ley General de Sanidad. La responsabilidad administrativa, el contenido mínimo y su estructura fueron establecidos mediante iniciativas legislativas con anterioridad a la adhesión formal a la estrategia regional de SPT, aunque probablemente ya fueran inspirados por ella. Así mismo, los principales implicados en su elaboración han sido las autoridades sanitarias, estatales o regionales y los PS, una vez elaborados, han recibido el refrendo de los parlamentos regionales. En algunos casos, también han experimentado notable difusión y han obtenido un cierto eco social.

Todos los PS están impregnados —generalmente de forma explícita— de los principios de la estrategia SPT. De acuerdo con los criterios establecidos por la propia OMS para la evaluación de la política SPT, podemos considerar los PS como los instrumentos elegidos para fomentar el desarrollo de la estrategia regional en nuestro país. La existencia generalizada de planes de salud en los distintos niveles del territorio, tomada como indicador del cumplimiento del objetivo 33, nos permite decir que este objetivo, al menos de manera formal, ha sido cubierto.

Sin embargo, después de casi 10 años de andadura, la mera existencia de documentos anunciando objetivos y estableciendo posibles intervenciones no es suficiente como para otorgar plena validez a esta afirmación. Una evaluación crítica de la situación actual, respecto al objetivo inicial, debería clarificar hasta qué punto los objetivos establecidos sobre el papel se han seguido de acciones efectivas para hacerlos realidad. Interesaría saber si los planes de salud han constituido verdaderamente instrumentos capaces de modular la política sanitaria de nuestro país: definiendo prioridades, estableciendo intervenciones adecuadas a lo prioritario, orientando la distribución de los recursos y la prestación de servicios sanitarios y, finalmente, tener algún impacto sobre la salud de la población.

Para ello se ha analizado la forma en que los objetivos de salud se están cumpliendo, así como la posible influencia de los planes de salud sobre aspectos genéricos de la organización o la provisión de los servicios de salud. Se ha procurado utilizar criterios objetivos aunque, como el propio documento de la OMS establece, los indicadores para la evaluación del objetivo 33 son fundamentalmente cualitativos.

Una aproximación la obtenemos de las previsiones que los propios planes de salud hacen de su implantación y evaluación (2) y de los datos de la Tabla 49. A grandes rasgos, podríamos decir que los planes de salud son textos que están a medio camino entre formulaciones de carácter político (declaración de intenciones) y documentos de planificación estratégica. En el primer caso porque incluyen objetivos y algunas propuestas de intervención además de la definición de los principios que los inspiran. En el segundo, porque abarcan de forma insuficiente aspectos concretos referentes a los mecanismos de implantación, recursos necesarios o disponibles y agentes o sectores implicados en su ejecución. Da la impresión de que muchos de estos documentos son el resultado de un ejercicio intelectual más que verdaderos compromisos políticos o herramientas para guiar la planificación y gestión de las intervenciones del sistema.

La revisión del resultado de las evaluaciones de aquellos PS que han llegado a esta fase, así como de documentación relacionada con su implantación, proporciona también información interesante. Se están usando dos grandes líneas de trabajo para la puesta en práctica de los PS: el desarrollo de objetivos a través de programas poblacionales e intersectoriales (educativos o informativos, iniciativas legislativas, actuaciones sobre áreas generales como salud laboral, intervenciones sobre grupos específicos de población, etc.) y la introducción de objetivos (de salud o intermedios) en los contratos con los proveedores. Ambos planteamientos tienen sus indicaciones, ventajas e inconvenientes pero, desgraciadamente, comparten en estos momentos la misma dificultad por la falta de información sobre los resultados de sus acciones. En algunos casos por ausencia material de esta información, en otros —aspecto más difícil de solventar— por la falta de correspondencia entre las medidas emprendidas y los indicadores en términos finalistas de impacto sobre la salud y no de actividad o de objetivos intermedios (3, 4). Colabora en muchos casos a hacer difícil esta evaluación la forma en que se han planteado los mismos planes de salud: gran profusión de objetivos, escasa concreción de las intervenciones, ausencia o —por el contrario— gran número de indicadores de los que obtener información para su evaluación.

Otro aspecto a tener en cuenta para valorar el impacto de los PS (y con ello el grado de cumplimiento del objetivo 33) es la naturaleza de las iniciativas legislativas relacionadas con los objetivos de salud. No se trata de evaluar con detalle el papel de las estrategias legales frente a problemas concretos. Además, aunque la mayoría de normativas estén en consonancia con la estrategia SPT, no siempre son consecuencia directa de ésta, ni de las recomendaciones de los planes de salud. No obstante, analizando globalmente los contenidos de las propuestas legislativas incluidas en los planes de salud y en algunos casos realmente formuladas en la práctica (sustancias adictivas, accidentes de tráfico, etc.), vemos que

establecen medidas de carácter muy general dirigidas principalmente a aumentar el nivel de información y hacer educación sanitaria en la población.

Pocas estrategias van dirigidas a introducir cambios fundamentales, por ejemplo en las actitudes, creencias y comportamientos. El caso del tabaco es en este sentido el paradigma: se promociona el conocimiento del riesgo y se legisla su utilización, pero no se interviene para garantizar el cumplimiento de la legislación ni se favorecen las medidas más efectivas para su prevención y tratamiento individual. Como ya señala el documento de evaluación de la estrategia para Europa (5), la mayoría de estados miembros coinciden en el proceso de establecer políticas sanitarias basadas en los principios de SPT; sin embargo, el tipo de instrumentos utilizados corresponde al ámbito de lo tradicional y no ataca problemas de fondo como las razones culturales o las desigualdades económicas.

4. CONCLUSIÓN

Al igual que en la mayor parte de países europeos, la estrategia de SPT de la región europea de la OMS ha servido de estímulo en España para formular políticas sanitarias basadas en objetivos de salud e inspiradas en los principios promovidos por esta organización. El objetivo 33 de esta estrategia se ha concretado en la definición de políticas regionales a través de los planes de salud, que se encuentran en estos momentos en distintos puntos de desarrollo.

Como conclusión general se podría decir que el objetivo 33 se ha cumplido sólo en parte: se ha iniciado el camino hacia la formulación de políticas sanitarias basadas en objetivos de salud y no solo en criterios económicos o de prestación de servicios. Sin embargo, no parece que, hoy por hoy, se hayan establecido verdaderas prioridades, ni hasta qué punto estos objetivos han influido en la orientación de las prestaciones sanitarias o en la distribución de los recursos. Se han puesto en marcha algunas intervenciones para la consecución de los objetivos establecidos, con algún impacto previsible en los servicios de salud. La importancia de las acciones emprendidas para la mejora de la salud de la población podrá deducirse con mayor claridad de la lectura cuidadosa del resultado global del presente informe.

5. LÍNEAS DE DESARROLLO FUTURO

Existe considerable consenso en que la estrategia de la OMS de establecer objetivos de salud ha sido una importante y productiva iniciativa (4, 5) para las políticas sanitarias nacionales, de manera que parece recomendable mantenerse en la misma línea de actuación siempre que esta sea capaz de adaptarse a las nuevas situaciones y de incorporar las mejoras sugeridas por su evaluación. La formulación del Plan Integrado de Salud para todo el territorio, definiendo prioridades en salud y en servicios, es ya inaplazable.

El desarrollo de los planes de salud ha movilizadado un número importante de personas, seguramente considerables recursos y buena parte de ilusiones de todos aquellos que se han sentido implicados, además de seguir ocupando parte del quehacer de numerosos profesionales del sistema sanitario. El hecho de que hoy por hoy sea aún difícil apreciar cuáles son sus frutos, puede suponer un motivo importante de frustración. Los planes de salud han de ser herramientas para la implantación de las políticas sanitarias basadas en objetivos de salud y para ello deben ser elaborados de forma acorde con su función. En el Cuadro 8 se muestran algunos de los criterios y recomendaciones propuestos para la elaboración de los planes de salud (3). Los PS han de ser realistas y creíbles y, por tanto, han de restringirse a pocos objetivos, con gran impacto sanitario y social, que puedan adaptarse a distintos niveles de concreción y que se evalúen de forma efectiva y transparente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud en el año 2000 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
2. Oñorbe JA, Mata M. Los planes de salud de las CCAA y las intervenciones. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (eds.). La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995.
3. Durán A. Los servicios sanitarios y los planes de salud. Revisiones en Salud Pública 1995;4:171-90.

4. Van de Water HPA, Van Hertem LM. Bull's Eye or Achilles' Heel. WHO's European Health for All Targets Evaluated in the Netherlands. Leiden: TNO Prevention and Health, Public Health Division, 1996.
5. WHO Regional Office for Europe. Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996-1997). URL: <http://www.who.dk/policy/HiE97/HiE97.htm>.

Tabla 49

Contenidos estructurales de los planes de salud publicados por comunidades autónomas y España

| CCAA | PERÍODO | OBJETIVOS | INTERVENCIONES | EVALUACIÓN | RECURSOS |
|--------------------|-----------|-----------|------------------------------|------------------------|----------|
| Andalucía | 1993 | 161 | O.específicos/Intervenciones | No | No |
| | 1999-2002 | 92 OG | Estrategias/I.intervención | (1) - No | No |
| Aragón (2) | — | — | — | — | — |
| Asturias | 1995-2015 | 35 | 102 estrategias | General | No |
| Baleares (2, 3) | — | — | — | — | — |
| Canarias | 1997-2001 | 400 | Objetivos/Intervenciones | No | No |
| Cantabria | 1996-2000 | 15 áreas | Intervenciones por áreas | No | No |
| Castilla-La Mancha | 1995-2000 | 24 áreas | Objetivos/Intervenciones | General | No |
| Castilla-León | 1991-2000 | 20 áreas | Objetivos/Programas | No | General |
| | 1998-2007 | 29 OG | O.específicos/Intervenciones | (1) - General | General |
| Catalunya | 1993-1995 | 346 | Estrategias/Intervenciones | General | No |
| | 1996-1998 | 100 | Objetivos/Intervenciones | (1) - General | No |
| Valencia | 1995-2000 | 86 | Intervenciones | No | No |
| Extremadura | 1997-2000 | 333 | Intervenciones | Criterios por Objetivo | General |
| Galicia | 1993-1997 | 173 | Objetivos/Intervenciones | No | No |
| | 1998-2001 | 63 | Líneas de actuación | No | No |
| Madrid | 1995-2004 | 15 áreas | Objetivos/Intervenciones | General | No |
| Murcia | 1993-1996 | 104 | Objetivos/Intervenciones | No | No |
| | 1998-2000 | 33 OG | Objetivos específicos | Criterios | No |
| Navarra | 1991-2000 | 56 | Intervenciones | Indicadores (4) | No |
| País Vasco | 1994-2000 | 35 | Intervenciones | Indicadores | No |
| La Rioja | 1996 | 54 | Estrategias | No | No |
| España | 1990-2000 | 14 áreas | Estrategias | No | No |

OG= *Objetivos generales* (1) *Incluye evaluación plan anterior* (2) *Existe borrador* (3) *Existe Plan de Salud Mental* (4) *Evaluación publicada.*

Cuadro 8

Criterios y recomendaciones para la elaboración de planes de salud

1. *Viabilidad de lo que se propone.* Valorar los puntos fuertes y débiles, oportunidades y amenazas de cada propuesta. Sopesar lo considerado prioritario frente a lo que no lo es, los beneficios frente a los perjuicios.
2. *Debate abierto.* Intercambio abierto de puntos de vista (profesionales y sociedad) para contrastar la idoneidad, la aceptabilidad y difundir el plan.
3. *Pocos objetivos y bien definidos.* El número de objetivos propuestos ha de ser pequeño, estos han de ser alcanzables y mensurables y poder adaptar su nivel de concreción a cada ámbito de actuación.
4. *Delimitación en el tiempo.* Poner horizonte a los objetivos, acotar la duración del plan y establecer calendario de actuaciones.

5. *Asignación de responsabilidades.* Todos los sectores han de ser involucrados (privado, público, asistencial, preventivo, etc.) y todos han de poder identificar en los PS sus funciones. Favorecer y estimular la gestión descentralizada y fomentar las iniciativas a nivel micro.
6. *Establecer presupuestos y política de incentivos.* Establecer presupuestos para el desarrollo de objetivos concretos, asignar incentivos a la consecución de objetivos, orientar objetivos para los presupuestos asignados.
7. *Estrategias: Avanzar innovando, Búsqueda de la calidad a través de la formación, Información ágil para una evaluación continuada.*

Fuente: Adaptado de la referencia 3.