

## OBJETIVO 34

**GESTIONAR LA ESTRATEGIA “SALUD PARA TODOS”**

*Para el año 2000, deberían existir en todos los Estados Miembros estructuras de gestión y procesos que inspiren, guíen y coordinen el desarrollo de la salud, de acuerdo con los principios de la estrategia europea.*

**Juan Manuel Cabasés Hita**

*Catedrático de Economía Aplicada. Universidad Pública de Navarra*

**Idoia Gaminde**

*Sección de Planificación y Evaluación. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios.  
Departamento de Salud. Gobierno de Navarra*

**1. INTRODUCCIÓN**

En su versión revisada de 1991, el objetivo 34 de la estrategia SPT-2000 es complementario del objetivo 33, referido a la formulación de la estrategia, y se centra en la gestión de ésta. En la revisión de la estrategia SPT recientemente aprobada, la Agenda 21 (WHO, 1998), el objetivo 21 referido a políticas y estrategias para la SPT —que viene a integrar los objetivos 33 y 34 de la estrategia original— establece que para hacer realidad las intenciones señaladas en los otros 20 objetivos, es necesario crear un movimiento social amplio para la salud que implique a la sociedad en su conjunto, en sus esferas civil, administrativa, comercial y política. Esto sólo puede lograrse, se dice, si todos los agentes participan en los procesos de conocimiento de los problemas de salud y de la forma de lograr mejoras en la salud, procesos cuya efectividad depende crucialmente de la existencia de una visión inspiradora de adónde ir, una política basada en la estructura SPT, transparente y diseñada conjuntamente.

La evolución temporal en la definición del objetivo en las sucesivas agendas, que han ido retrasando su horizonte temporal desde 1990 al año 2000 —y posteriormente al 2010—, tan sólo añade matices a la idea original: la política de salud exige un marco explícito para su diseño y puesta en práctica, integral, coherente y participativo de todos los agentes, con sentido de dirección y metas y acciones bien definidas a diferentes plazos, e instituciones adecuadas en los distintos niveles de organización social. Los matices se refieren al hincapié más reciente en el proceso frente al contenido, base de los primeros documentos de la estrategia en los 80, en la necesidad de la transparencia y la participación en el proceso de planificación, en la necesidad de impulsar la toma de conciencia de que la política de salud forma parte del desarrollo socioeconómico en su conjunto, llegando a un consenso sobre los valores subyacentes en la estrategia y las prioridades, que permita legitimar el proceso de desarrollo de la política.

El único indicador cuantitativo propuesto para el seguimiento del objetivo es el porcentaje del PIB dedicado a la salud. Su interpretación habitual, gasto sanitario en % del PIB, es irrelevante para el seguimiento del objetivo. No existen estimaciones de otros componentes de gasto que pudieran atribuirse a un concepto de gasto en salud. Sus logros han de estimarse en términos cualitativos valorando la existencia de instituciones, procedimientos de establecimiento de prioridades, definición de objetivos de salud y evaluación, y mecanismos de gestión adecuados a la estrategia SPT. Este es un objetivo contingente al anterior, el número 33, de existencia de una estrategia de SPT, y su valoración depende crucialmente de aquél.

**2. AUSENCIA DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD EN ESPAÑA**

La adopción por España de la estrategia SPT y el grado de satisfacción de este objetivo ha sido analizada recientemente (Gispert 1999 a y b). El punto de arranque lo constituyó el documento *Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 en España* (Ministerio de Sanidad y Consumo 1989), que supuso la asunción explícita por parte de España de la doctrina del programa de SPT en el año 2000. Las perspectivas de finales de los 80 no se vieron correspondidas por la realidad en la década de los 90, que ha visto una evolución errática del objetivo, con algunos intentos aislados de asumir la coordinación de la estrategia

por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo que, sin embargo, no han cuajado una política de salud en línea con la estrategia aprobada.

También han podido contribuir los frecuentes cambios ministeriales, que han impedido la continuidad de los trabajos de equipos de planificación, el traspaso precoz de las competencias de planificación a las comunidades autónomas, la juventud del Ministerio en el momento de la definición de la estrategia y el cambio de énfasis operado en las prioridades de los políticos, más centrados en esta década en la reforma del sistema sanitario, en la búsqueda de mejoras en la cuenta de resultados, presionados por la amenaza de la inviabilidad financiera, siguiendo las recomendaciones del Informe Abril, de 1991, que en los objetivos de salud a los que aquél sirve.

La ausencia de una estrategia de salud de ámbito estatal que integre los esfuerzos de planificación central y regional según lo establecido en la normativa sobre el Plan Integrado de Salud, unida a la ausencia de un debate social amplio sobre la salud en España con implicación de los agentes y, especialmente, la falta de liderazgo de los temas de salud en los debates sociales, explican la inexistencia de una política intersectorial explícita para la salud y de un consenso sobre prioridades en salud y entre salud y otros objetivos de la política económica.

La política de salud sigue siendo una responsabilidad de los departamentos de salud, a los que se les supone la sensibilidad sobre estas cuestiones, sin haber logrado pasar a ser responsabilidad de los gobiernos en su conjunto, único ámbito en el que puede definirse la política intersectorial de salud. En definitiva, estamos muy lejos de la consecución de los que fueron los objetivos 33 y 34, hoy objetivo 21.

Lo reseñable en la definición y puesta en marcha de la planificación de la salud en España se limita a los esfuerzos de las comunidades autónomas por elaborar sus planes de salud que han de nutrir el Plan Integrado de Salud. Éste, pese a encontrarse regulado su procedimiento y plazos desde 1989, nunca ha visto la luz y no se encuentra actualmente en la agenda de los responsables políticos. Cabe destacar el esfuerzo de coordinación desde el Consejo Interterritorial y la elaboración y desarrollo de algunos planes especiales de ámbito nacional, junto con la evolución de las nuevas formas de financiación de centros sanitarios mediante los contratos-programa o los más actuales contratos de gestión, que tratan de vincular en su redacción la actividad y, por ende, la financiación, con objetivos de salud, sentando las bases para insertar el ciclo contractual en el ciclo más amplio de la planificación, algo necesario en el marco actual de descentralización creciente de la gestión. A ello nos referimos en lo que sigue, finalizando con algunas sugerencias para el futuro.

### **3. PLANES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Elaborados por imperativo legal, los planes de salud de las comunidades autónomas representan un importante esfuerzo de desarrollo de la estrategia de SPT. En resumen, a los 10 años del Real Decreto sobre planes de salud, 14 de las 17 CCAA han redactado y publicado su plan de salud; ocho CCAA han elaborado un segundo documento; y tres CCAA no han publicado una estrategia de salud, pero han realizado algún esfuerzo en esa dirección (Cabasés, Gaminde y Gabilondo 1999; Oñorbe y Mata 1995).

En 11 CCAA hay leyes con referencia a la elaboración y relevancia de los planes de salud. En general, su contenido se ajusta a lo establecido en el Decreto mencionado. En ocho CCAA se establece que el plan de salud sea aprobado por el Gobierno y enviado al Parlamento.

En su contenido, aún con notables diferencias en las perspectivas adoptadas, pueden encontrarse características comunes a todos. Todos se refieren a la estrategia de la OMS, se plantean como estrategias de salud, ofrecen un diagnóstico de salud siguiendo el modelo tradicional de Lalonde e incluyen un análisis del sector sanitario.

Entre los criterios de priorización utilizados, pueden encontrarse: magnitud y severidad de los problemas de salud, sensibilidad social, impacto económico, existencia de intervención de efectividad probada y factibilidad de la aplicación de la intervención.

En todos los casos, excepto en uno, se contienen objetivos de salud dentro de una amplia gama de problemas de salud. Más que de ejercicios de priorización, se trata de catálogos de áreas de intervención. Algunos planes ofrecen objetivos cuantificados con horizonte temporal definido. Los objetivos de proceso, generalmente orientados a la intervención sobre estilos de vida, medio ambiente y servicios sanitarios, siguen a los objetivos de salud. Las estrategias se centran, sin embargo, en la mayoría de los casos, en los servicios sanitarios y en las actividades y programas a poner en práctica en el sector sanitario.

Nuestra valoración es que, en general, se trata de buenos documentos técnicos que incorporan excelentes ejercicios epidemiológicos, que han sufrido un proceso lento de elaboración, generalmente no inferior a 3 años. Ningún plan exhibe una estrategia de gobierno; la responsabilidad de cada uno es del departamento de salud correspondiente.

#### **4. COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA, PLANES ESPECIALES Y PAPEL DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL**

La Ley General de Sanidad reserva al Estado la competencia de la coordinación general sanitaria del Sistema Nacional de Salud, una de cuyas actividades ha de ser el desarrollo de la estrategia de salud en España que, por norma, debe ser la suma de todos los planes de salud de las CCAA más los planes conjuntos. La tendencia centrífuga impulsada por el proceso de transferencias a las CCAA iniciado en la sanidad en 1981, unido al escaso desarrollo del articulado de la Ley en esta materia, está planteando problemas para el ejercicio efectivo de esta coordinación.

Son excepciones a esta norma los planes especiales que han mantenido su dimensión estatal: trasplantes, hemoterapia, sida, drogas y, en el ámbito de los servicios sanitarios, el plan de salud mental, en este caso más nominal que realmente.

Completa el cuadro el catálogo de prestaciones del SNS establecido por Real Decreto en enero de 1995, referido a los derechos sustantivos de los ciudadanos respecto a los servicios exigibles al SNS y, en consecuencia, a la garantía de acceso a los servicios sanitarios, uno de los elementos clave de la estrategia SPT, si bien su carácter genérico no permite concluir que se trate de un ejercicio de coordinación efectiva, careciendo de efectos prácticos (Cabasés 1997).

El órgano encargado de la coordinación de los principios básicos de la política sanitaria, el Consejo Interterritorial del SNS, fue dotado de carácter exclusivamente consultivo, con una composición paritaria de representantes autonómicos (los consejeros de salud) y estatales. Llamado a jugar un papel mucho más relevante en el futuro, actualmente se está tratando de redefinir sus funciones y de ampliar sus competencias, incorporando algunas de carácter decisorio. En sus más de 10 años de historia no ha abordado el objetivo central de coordinación mencionado.

En un contexto descentralizado en el que las competencias de planificación sanitaria corresponden a las CCAA, lo relevante es conocer los contenidos reservados a la actuación estatal. Desde nuestro punto de vista, el cometido principal de la Administración Central en materia de salud es garantizar los principios de la Ley General de Sanidad y, concretamente, ser garante de la equidad del sistema en su interpretación del derecho constitucional a la protección de la salud. La agenda para este cometido alcanza a los mecanismos de financiación territorial sanitaria, tarea asumida por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, que ha obviado hasta ahora la incorporación explícita de criterios de salud en las fórmulas de reparto\*, a los sistemas de información sanitaria y a todas aquellas intervenciones, como los planes especiales, cuyas características requieran un tratamiento a nivel del Estado. Entre estas últimas, es de especial relevancia el establecimiento de los principios básicos de la política de salud, en línea con el objetivo 21 de la nueva agenda europea.

#### **5. TRANSMISIÓN DE LAS POLÍTICAS EN UN CONTEXTO DESCENTRALIZADO: PLANES DE SALUD Y CONTRATOS DE SERVICIOS SANITARIOS**

La transición hacia una descentralización de la atención sanitaria manifestada en la separación de compradores y proveedores en contextos de financiador único como el de España, plantea el problema de la transmisión de la política de salud hacia los agentes proveedores. Los contratos, nexo de unión entre el planificador y los proveedores a través de los compradores, están llamados a ser el vehículo de canalización de la estrategia de salud que haya de desarrollarse en el marco sanitario. En otros términos, es preciso insertar el ciclo contractual en el ciclo más amplio de la planificación.

La experiencia española reciente de los contratos-programa y de los actuales contratos de gestión muestra un escaso grado de coherencia entre contratos y planes de salud. En nuestra opinión, se requieren cambios

---

\* Ello no debe interpretarse, en principio, como una crítica, pues el criterio hasta ahora elegido —el de la población protegida—, aparte de haber logrado un difícil consenso, puede estar incorporando implícitamente las diferencias en la necesidad relativa entre las CCAA. (Un debate más amplio sobre esta cuestión puede verse en López Casanovas 1998; y Cabasés 1998).

en la estructura de ambos instrumentos y cambios de mayor calado en el contexto en que se desenvuelven. Entre éstos: garantizar que el flujo financiero —decidido en los parlamentos y orientado hoy directamente hacia los proveedores en el contexto público— sea el correcto, reorientándose hacia el comprador, quien detenta la estrategia de salud; garantizar la autonomía de los agentes, frente a la estructura jerárquica tradicional que imposibilita el ejercicio de la función de compra; reformular los planes de salud, incorporando también objetivos de proceso referidos a derechos procedimentales, elevar la estrategia de salud al nivel gubernamental; readaptar los contratos a la estrategia de salud, incorporándoles objetivos ligados a la misma, estableciendo un carácter relacional, permanente y no esporádico a la contratación, e incorporando objetivos cualitativos cuya consecución afecte a la financiación y a la estructura de incentivos asociada a la misma.

## 6. CONCLUSIÓN

La revisión del objetivo 34, más tarde el objetivo 21 en la nueva Agenda 21 para la región europea, y su aplicación en España, nos dice que, no obstante haberse creado un marco normativo que posibilitaba su consecución —La Ley General de Sanidad—, no ha encontrado un grado de desarrollo suficiente al no haberse hecho realidad la aprobación de una estrategia de salud de ámbito estatal integradora de las estrategias regionales, prevista en el Plan Integrado de Salud ni, en consecuencia, las estructuras adecuadas para su implantación.

No ha existido todavía un debate sobre el estado de salud y estrategias de salud en el futuro, con participación de todos los agentes, aunque es reconocible un cierto debate en el sector sanitario.

El órgano encargado de la coordinación de las bases de la política de salud —el Consejo Interterritorial—, de carácter consultivo, parece en su configuración actual insuficiente para ejercer esta tarea. La descentralización del Estado hace más complicada la tarea de definir una única estrategia nacional, aunque ha posibilitado el desarrollo de estrategias de ámbito autonómico.

Los instrumentos actuales de planificación (los planes de salud) y de gestión sanitaria (los contratos) carecen de coherencia entre ellos para que estos últimos ejerzan el papel de vehículos de transmisión de la estrategia de salud de aquéllos. Para ello se requieren cambios en la estructura de ambos instrumentos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cabasés JM. La financiación autonómica de los servicios de sanidad en el período 1998-2001 y en el futuro. Reflexiones en torno a un acuerdo. *Administración Sanitaria* 1998;II(6):35-45.
2. Cabasés JM. The Guaranteed health Care Entitlement in Spain. En: Lenaghan J (ed.). *Hard choices in health care*. London: British Medical Journal Monographs, 1997.
3. Cabasés J, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. Ponencia presentada a la Conferencia Targets for Health, París, 23-24 Septiembre 1999. (Mimeo).
4. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid, 1991.
5. Gispert R. Spain. En: Van de Water H, Van Herten L. *Health Policies on Target? TNO Prevention and Health*. Amsterdam, 1999.
6. Gispert R. Objetivo 33: Desarrollo de las políticas Salud Para Todos. En: Álvarez-Dardet C, Peiró V (eds.). Informe SESPAS 2000 (mimeo).
7. López Casanovas G. El nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad. *Administración Sanitaria* 1998;II, Abril-Junio:621-33.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios Generales de Coordinación Sanitaria: Conjunto mínimo de objetivos e indicadores nacionales. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
9. Oñorbe J, Mata M. Los planes de salud de las comunidades autónomas y las intervenciones. En: Navarro C, Cabasés J, Tormo MJ (eds.). *La salud y el sistema sanitario en España*. Informe SESPAS. Barcelona: SG Editores, 1995.

10. Real Decreto 938/1989, de 21 de Julio, por el que se establecen el Procedimiento y Plazos para la Formación de los Planes Integrados de Salud. 1989.
11. World Health Organisation Regional Office for Europe: Targets for Health for All. Summary of the updated edition, September. Copenhagen: WHO, 1991.
12. World Health Organisation Regional Office for Europe. Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1998.