



Planes de salud: sueño, espejismo o némesis

J.R. Repullo / A. Otero

Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad; Instituto de Salud Carlos III. Centro Universitario de Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

(Health plans: dream, mirage or nemesis)

Introducción: Los planes

Los Planes de Salud nacen en España con la Ley General de Sanidad, y en la cresta de la ola racionalista y comunitaria del discurso renovador de los 70 (que llegó a nuestro país con retraso). La idea era atractiva, en parte por su lógica y su sencillez cartesiana: la Administración Central elabora unos criterios generales (de coordinación sanitaria), y unas reglas del juego (lo que sería el Real Decreto de 1989); las Administraciones Autonómicas (que recibieron en el primer paquete de transferencias las competencias de planificación), elaboran unos Planes de Salud acordes a los criterios, que remiten al Ministerio, el cual elabora el Plan Integrado de Salud; los Planes se basan en el análisis de problemas de salud y necesidades de la población, y sobre esta base establecen prioridades, elaboran objetivos e indicadores, desarrollan líneas y estrategias de actuación, determinan responsabilidades y tareas, asignan recursos, aplican el Plan para conseguir los objetivos marcados, y evalúan los avances de acuerdo a los indicadores diseñados.

Nada especialmente nuevo, si miramos los objetivos de Salud para Todos, y las experiencias del Sistema de Planificación del NHS británico (guías que bajan, planes que suben)¹. El resultado previsto de este esfuerzo radicaba en romper una doble barrera que impedía la racionalización de la acción sanitaria: la intersectorial, persiguiendo a los determinantes «aguas arriba» del problema de salud que escapaban del marco de actuación sectorial; y la barrera intrasectorial, planteándose la reorientación de las intervenciones de atención sanitaria de acuerdo a su impacto en ganancia de salud, con una clara idea de potenciar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y el reforzamiento de la atención primaria.

Racionalismo vs incrementalismo

La filosofía que alimentaba a los Planes de Salud estaba fuertemente anclada en el racionalismo cons-

tructivista, típico del modernismo de la primera mitad de siglo, y que profesaba una gran fe en el diseño racional, consciente y deliberado de los sistemas sociales. El mundo, sin embargo, parecía ir en otra dirección; el post-modernismo se instala como una actitud donde los fines se relajan, y se entroniza el incrementalismo adaptativo como manera de avanzar en la resolución de problemas; de la reforma social consciente y deliberada se pasa al «mantenimiento de sistemas» (de corte inevitablemente más conservador). Políticos y gestores, en general se desenvuelven confortablemente en el incrementalismo post-modernista, aunque no suelen querer reconocer que su praxis se basa en modelos de racionalidad limitada y relajada.

Los Planes de Salud nacen por tanto en un contexto paradójico; fruto de un racionalismo que nadie quiere impugnar, pero huérfanos de implementabilidad en un mundo que les ha vuelto la espalda para las decisiones cotidianas; las presiones económicas, tecnológicas, etarias y de expectativas sociales sobre los servicios asistenciales, exigen cambios en el sistema sanitario, el cual busca instrumentos para orientar su re-ingeniería. Nacen las Reformas y los Planes Estratégicos, que aunque mantienen como cortesía la invocación a los Planes de Salud (como liturgia retórica), consolidan una dicotomía estratégica entre Planes de Salud y Planes de Servicio².

¿Cómo son nuestros planes de salud?

A lo largo de los años 90, se han inventariado hasta 26 iniciativas catalogables como Planes de Salud (incluyendo algunas CCAA que han editado más de uno, y otras que han aportado documentos a modo de borrador o avance); puede decirse que salvo Ceuta y Melilla, en el mapa autonómico cada Comunidad ha aportado su granito de arena para completar la apuesta establecida en 1986. Incluso en 1995 el Ministerio de Sanidad y Consumo hizo el suyo (que no debe confundirse con el Plan Integrado de Salud, que no se ha desarrollado). Todos han hecho un gran esfuerzo a lo largo de los años 90, parejo a la progresiva pérdida de actualidad e interés político por el tema.

No ha habido demasiados estudios sobre los Planes; una línea de investigación desarrollada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, daba cuenta de la heterogeneidad de los Planes, y del escaso cumplimiento del Real Decreto, especialmente en los aspectos operativos y de implicación de recursos³; la idea de un «Plan Integrado de Salud» a nivel nacional se torna técnicamente imposible dada la diversidad de formatos, orientaciones y abordajes a los problemas de salud (en el límite lo único viable sería un «*Plan Encuadrado de Salud*»).

En la investigación de 14 Planes de Salud que se ha desarrollado en los pasados 3 años, se confirma la idea anterior, y se profundiza la crítica a los mismos en tanto que instrumentos estratégicos para el cambio organizativo⁴; presentamos a continuación algunas conclusiones de dicho estudio.

Los Planes de Salud son documentos donde domina la pulsión de exhaustividad; para describir los problemas de salud hay que emplear más de 80 códigos temáticos (pareciera existir una gran prevención ante el posible «olvido» de algún tema); al hablar de todo, las prioridades se disuelven, y el texto se hace retórico; en vez de acciones específicas para gestionar, se recopila un elenco de recetas de acción, que apelan ambiguamente a agentes para su implementación; en otros casos (uno de cada cuatro programas analizados) se apela a la programación diferida (para 199x se pondrá en marcha un plan de acciones sobre...); no se quieren reconocer (y menos cuestionar) las barreras intersectoriales ni el escaso poder de las administraciones sanitarias sobre acciones de otros sectores, lo cual alimenta un discurso declarativo y vacío de compromiso de acción (... se creará una comisión con... se actuará conjuntamente con...), y en muchos casos ni se identifica apropiadamente qué institución o agente extra-sectorial está implicado (al cual puede muy bien no importarle pues no lee los Planes de Salud).

Los programas se dirigen fundamentalmente a agentes sanitarios (intrasectoriales), pretendiendo modificar su comportamiento a través de modos de influencia organizativo; el modelo de programación es blanda, especifica defectuosamente tiempos, eventos y asignación de tareas; menos de un 10% de los programas tienen una buena manufactura científica (expresada en el manejo comparativo de la información sobre el problema, y en la aportación de evidencia sobre los cursos de acción recomendados); en al menos un 58% de los programas, las acciones que proponen exigen recursos incrementales para ser viables, pero de ellos sólo se hace alguna mención o compromiso de dicha circunstancia en un 16%.

¿Problemas de aplicación o de concepción?

La dimensión estratégica de los Planes brilla por su ausencia; un único libro, un único instrumento, para di-

versos escenarios y modos de influencia; un libro que habla de casi todo, y que parece concebir su implementación como un proceso de contagio-cultural-cognitivo, atomizado y autogobernado. El grupo que laboriosamente ha editado el Plan, en general se disuelve tras su publicación, y confía en la difusión editorial; desde las estanterías de muchos sitios, y casi sin necesidad de abrirlos, se espera que ejerzan una benéfica influencia en el comportamiento de todos los agentes; con algunas excepciones, realmente no se considera que los Planes haya que «gestionarlos».

Algunas iniciativa apuestan por mejorar la manufactura científica, o incluso (al hilo de la interesante experiencia británica), utilizar los contratos programa o contratos de gestión para permeabilizar las barreras intrasectoriales y tomar el timón de mando de la función contractual^{5,6}; sin embargo, no se relaja la pulsión de exhaustividad, ni se arbitran instrumentos de gestión del cambio.

Los problemas no son de aplicación sino de concepción; en el mundo de la empresa ha habido un fuerte debate sobre los efectos negativos de la planificación racionalista (brillantemente compendiados por Mintzberg⁷); en el mundo de las decisiones públicas también se ha cuestionado ese enfoque; en ambos se plantea dejar de mirar al documento, y trabajar en términos de los procesos de cambio y transformación de las organizaciones, intentando actuar como estrategias que catalizan cambios a partir de la influencia inteligente en los diversos agentes, y la gestión de la innovación. Porque los Planes sólo son útiles si se aplican, y los problemas de implementación no son artefactos o inconvenientes de gestores mediocres o desorientados que no saben interpretar nuestro ilustrado mensaje: son problemas de los propios planificadores que no han entendido el mundo real, ni han interpretado su compromiso en términos de cambio o impacto de las acciones.

¿Hay alternativas?

Hoy en día, más aún quizás que en los años 70, es importante reorientar el sistema sanitario y las políticas públicas hacia objetivos de salud (propósito último de los Planes de Salud); no se puede dar la batalla por pérdida, especialmente cuando el Sistema Sanitario afronta dilemas de priorización cada vez más complejos; y también, cuando el impacto en salud de otras políticas sectoriales sigue siendo la llave para altas cotas ganancias de salud y calidad de vida, lo cual actualiza la exigencia de una clara vocación de acción intersectorial pero para exprimir las posibilidades de actuación, debemos partir de reconocer nuestras limitaciones (y no simplemente ignorarlas).

Se trataría de diversificar los instrumentos de acción estratégica, de acuerdo a los escenarios, agentes

y modos de influencia; habría una racionalidad subyacente a dicho elenco de líneas de acción, a modo de una **Meta-estrategia** de salud comunitaria, la cual no tendría porqué ser un libro (Plan de Salud), o si lo es, no sería el instrumento sobre el cual construir directamente la acción; la acción planificadora se estructuraría en cuatro líneas de diversificación que reseñamos brevemente.

En la dimensión social, es necesario un nuevo instrumento —*estrategias gubernamentales de salud*— que estimule la voluntad política en el compromiso de objetivos de salud; los actuales Planes están concebidos desde una lógica técnica y analítica que dificulta la comprensión y debilita el compromiso; se trataría de ensayar nuevos instrumentos, con gran capacidad de síntesis, fuertemente anclados en el mundo de los valores, que generen interés y compromisos (y exigibilidad social), y que abran canales para la cooperación intersectorial (sobre los cuales fundamentar redes formales e informales de trabajo con otras agencias e instituciones).

La segunda línea habla de aprovechar el *potencial de influencia cognitivo indicativo*; es decir, usar inteligentemente medios de influencia indirecta, en aquellos casos donde la naturaleza del cambio que pretendemos no permite una gestión cercana. Esta línea a su vez se diversificaría hacia agentes sociales (fuera del sector) y a agentes sanitarios (fundamentalmente nuestros profesionales).

La influencia sobre los *profesionales* debe estar basada en el conocimiento, y debe obtener su legitimidad de la evidencia científica; en Estados Unidos el CDC⁸ o la US Preventive Task Force⁹, han elaborado documentos de revisión sistemática de literatura en prevención y promoción, cuya difusión en medios profesionales contribuye a crear un estándar de referencia que influye de forma no directamente gestionada en multitud de decisiones administrativas y profesionales (un documento similar se elaboró en Cataluña¹⁰); curiosamente, esta línea de influencia soporta (e incluso exige) la pulsión de exhaustividad, y podría muy bien servir para recanalizar dicha vocación de nuestros Planes de Salud, a través de documentos como guías o revisiones, que gracias a una excelente manufactura científica acabarán siendo de obligada consulta y referencia.

La tercera línea se refiere a *objetivos de salud orientados a través del sector sanitario*, y se plantea una profunda revisión del instrumento Plan de Salud; se trata de seguir un proceso de cambio organizativo aceptando la dificultad para descodificar los objetivos de salud en objetivos de servicios e intentando superarla a través de un modelo de pocos objetivos, impulsados centralmente, pero aplicados inteligentemente en la periferia. La experiencia británica puede ser particularmente relevante a dichos efectos^{11,12}.

Una agencia central (o autonómica) asume el reto de dinamizar un conjunto limitado a objetivos; los documenta, los populariza, recoge evidencia de las acciones para mejorar los problemas, invierte en investigar, anima la innovación, difunde experiencias, y mantiene el tema vivo en la agencia de compromisos activos de la organización sanitaria; por su parte, las autoridades sanitarias periféricas (áreas de salud con cierta función contractual o de compra), intentan aplicar la perspectiva central a las condiciones, problemas y particularidades de su población; la periferia, los gestores locales, recogen el reto de la descodificación de los objetivos, y la carga de la prueba se invierte: no son cumplidores de órdenes, sino implementadores inteligentes que deben demostrar periódicamente en qué medida y con qué iniciativas han planteado el avance en la perspectiva estratégica marcada.

Pero, para desarrollar lo anterior (y esa es la cuarta línea) se precisa una *organización inteligente*, cuya base operativa esté en condiciones de asumir un papel activo en generar y aplicar cambios; necesitamos una función planificadora local en las áreas de salud (autoridad sanitaria, función de compra...?), capaz de enlazar las necesidades de salud de su población con los procesos de contrato e influencia gestora sobre los diversos recursos asistenciales. Necesitamos servicios de salud pública, influir en los procesos contractuales, consolidar la alianza con la atención primaria a través de su dimensión preventiva y comunitaria, y buscar un nivel local de alianzas intersectoriales.

Epílogo

Los Planes de Salud, como herramientas para el cambio estratégico, están en crisis. En su formato actual, podrían considerarse un grito desesperado que lo más racionalista de la Salud Pública extiende a los cuatro vientos, para que los que le rodean (políticos, responsables institucionales, gestores y profesionales) recojan la buena nueva. Pero un grito en la montaña que devuelve con el eco un sentimiento de soledad y vacío estratégico. No vale con quejarse o echar las culpas a los demás; hay que ser autocríticos y buscar otros caminos. En caso contrario la diosa Némesis vengará la vanidad y autosuficiencia de los planificadores con el castigo de la irrelevancia y el ostracismo de los Planes.

Si la planificación sanitaria quiere hacer efectivo en el mundo actual lo mejor de su compromiso racionalista, debe ser capaz de emprender una profunda renovación de sus concepciones e instrumentos; en un ámbito más amplio, este es también el reto del pensamiento moderno en Salud Pública.

Bibliografía

1. DHHS. The NHS Planning System. Londres: HMSO; 1976.
 2. Durán A. Los servicios sanitarios y los planes de salud. *Revisiones en Salud Pública* 1995;4:171-90.
 3. Dirección General de Salud Pública. Estado de Salud de los Españoles (borrador de 6 de abril de 1998). Madrid: MSC DGSP; 1988;334. Mimeo.
 4. Repullo JR. Planes de Salud y Planificación en España durante la década de los 90; caracterización y perspectivas. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1999. Mimeo.
 5. Fernández Gamarra JM. De la Planificación a los contratos. En: Bengoa (ed.). *La gestión de servicios sanitarios orientada a la mejora de la salud*. Navarra: MSD-UIMP; 1966;113-30.
 6. Vía JM. Los Planes de Salud: ¿instrumento de cambio estratégico o ejercicio académico? En: *Opus Cit.* n.º 42:31-43.
 7. Mintzberg H. *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York: The Free Press; 1994.
 8. Friede A, O'Carroll PW, Nicola RM, Oberle MW, Teusch SM. *CDC Prevention Guidelines. A Guide to Action*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997.
 9. US Prevention Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services* 2.ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
 10. Salleras L (editor). *Llibre Blanc: Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial*. Barcelona: Generalitat de Catalunya-Doyma; 1993.
 11. Secretary of State for Health. *The Health of the Nation. A strategy for Health in England*. Londres: HMSO; 1986, July 1992.
 12. Secretary of State for Health. *Our Healthier Nation. A Contract for Health. A consultation paper*. London: HMSO; 1998.
-
-