



# Planes de salud

J. M. Cabasés<sup>1</sup> / I. Gaminde<sup>2</sup> / L. Gabilondo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de economía. Universidad Pública de Navarra. <sup>2</sup>Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.

(Health plans)

## La estrategia de salud y los contratos de servicios sanitarios

La política de salud exige un marco explícito para su diseño e implementación, integral, coherente y participativo de todos los agentes, con sentido de dirección y metas y acciones bien definidas a diferentes plazos y para los distintos niveles de organización social.

Con la adopción por España de la estrategia SPT en 1989, se trataba de proveer al Sistema Nacional de Salud y a su Consejo Interterritorial de una referencia internacional homologada para fundamentar la determinación de las prioridades y los planes de salud. Estas excelentes perspectivas de finales de los 80 no se vieron correspondidas por la realidad en los 90, que ha ofrecido una evolución errática, 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. A ello 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 la 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 sirve.

La ausencia de una estrategia de salud a nivel del Estado 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 cues-

iones, 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.

Lo reseñable en 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, Plan que, pese a encontrarse regulado su procedimiento y plazos desde 1989, nunca ha visto la luz y no se encuentra en la agenda de los responsables políticos. El trabajo de coordinación del 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 la financiación a la actividad y, sólo en su redacción, con objetivos de salud.

La 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. En España, 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.

Una revisión y análisis de la estrategia de salud definida a través de los planes de salud en las regiones en España y de los contratos-programa, contratos de gestión, y conciertos con entidades sanitarias, permite concluir la práctica inexistencia de relación entre ambos. Sin embargo, en el marco de las reformas sanitarias recientes, caracterizado por una descentralización creciente de las decisiones, es muy probable que el contrato se convierta en el nexo de unión entre la planificación y la gestión sanitaria, entre el comprador y el proveedor. De ahí la importancia de analizar la factibilidad de insertar el ciclo contractual en el marco más amplio del ciclo de

planificación, así como de realizar propuestas de adaptación de los contratos y los planes de salud para garantizar su coherencia. Ello requerirá cambios en la estructura de ambas figuras y, probablemente, modificaciones estructurales de mayor calado en el contexto en que ambos instrumentos se desarrollan.

En relación con los cambios necesarios en el marco estructural, es preciso, en primer lugar, garantizar que las dotaciones presupuestarias se asignen efectivamente al comprador, sea éste la autoridad sanitaria, los médicos de atención primaria, las compañías aseguradoras u otros. Ello supone un cambio en los sistemas actuales de financiación en el marco del sector público, que asignan los presupuestos a veces muy detallados directamente a los proveedores, dificultando la función del comprador, que se convierte en un mero transmisor de fondos, previamente asignados a cada centro, a medida que éste va realizando actividad.

En segundo término, la relación entre los agentes financiadores, compradores y proveedores debe establecerse en un contexto de autonomía suficiente entre ellos para posibilitar el ejercicio de sus funciones. El esquema jerárquico resta autonomía a las partes contratantes a la hora de la negociación. La autonomía jurídica de los centros sanitarios en España puede contribuir a ensanchar la capacidad de negociación, aunque queda pendiente determinar el grado de riesgo que puede ser transferido a los proveedores públicos. No debe olvidarse que tanto su existencia como su mantenimiento corresponden a decisiones de planificación pasadas y presentes. La introducción de mayores niveles de competencia con el fin de mejorar la eficiencia puede representar una amenaza para algunos proveedores cuya existencia pudiera estar fundada en criterios de equidad (para garantizar, por ejemplo, el acceso en determinadas áreas geográficas, como en el caso de algunos hospitales comarcales).

Es preciso, en tercer lugar, garantizar la integración entre la planificación estratégica y la función central de compra. El diseño y la formulación de los contratos ha de hacerse por la agencia de planificación, rompiendo con la tradición de separar la actividad planificadora de la de gestión. El contrato-programa marco debería adecuarse a los plazos de la estrategia de salud y tener carácter plurianual para poder incorporar los objetivos de salud de manera coherente.

Un segundo bloque de cambios necesarios hace referencia a la reformulación de los planes de salud tradicionales. En primer lugar, la estrategia de salud debe ser una estrategia a nivel de gobierno y no sólo de los departamentos de salud. Formalmente, habría que garantizar un respaldo amplio al plan de salud de, al menos, los departamentos correspondientes de salud, medio ambiente, educación y bienestar social y un apoyo global del gobierno para que cada departamento integre las estrategias de salud en su debate interno sobre prioridades.

Debería, en segundo término, ampliarse el ámbito de determinación de prioridades a objetivos diferentes a los de salud. Reconociendo que la estrategia de salud abarca no sólo a objetivos de salud sino también a objetivos de procedimiento, como la satisfacción con los servicios recibidos, los tiempos de espera y los derechos procedimentales (segunda opinión, libre elección, información sobre el estado de salud, aspectos hosteleros y otros), y que alcanzar cualquiera de ellos tiene un coste de oportunidad, los planes de salud han de ensanchar su marco tradicional y establecer prioridades combinando los dos tipos de objetivos.

Por último, el Plan debería definir las estrategias de compra más adecuadas para los objetivos estratégicos perseguidos. La estrategia de salud debe dejar de ser una declaración de objetivos y prioridades (intenciones) y pasar a tener una vocación asignativa precisando las prestaciones que corresponden al sistema sanitario y a otras instancias y los requisitos para la viabilidad financiera de las propuestas.

Con respecto a la readaptación de los contratos de gestión a la estrategia de salud, en primer lugar, el contrato debería integrar objetivos explícitos vinculados a la estrategia de salud. La diferencia con los contratos actuales, en los que se hacen menciones a los objetivos en salud, la explicitación de la relación entre éstos y la actividad contratada debe ser tal que permita la evaluación de resultados y comporte beneficios o penalizaciones. Además, el contrato debe ser de tipo relacional, no esporádico. Los contratos han de establecerse atendiendo al horizonte temporal que la estrategia de salud señale. Para ello, es necesario que la relación contractual sea estable. También deberían concretarse los objetivos en términos de objetivos cualitativos y objetivos en servicios. El contrato puede incorporar la garantía de determinados servicios de prevención y promoción de la salud a los ciudadanos, por ejemplo, convirtiendo la prevención en prestación sanitaria en pie de igualdad con los servicios asistenciales. Por último, el mecanismo de financiación debe contemplar no sólo los objetivos cuantificables sino también los logros en variables cualitativas. Los objetivos cualitativos deben servir también para la determinación de los precios, debiendo establecer financiación específica finalista para intervenciones prioritarias.

En conclusión, nuestra visión es que es posible establecer mecanismos contractuales que incorporen la estrategia de salud en el ciclo contractual y que integren éste en el ciclo más amplio de la planificación. Sin embargo, las estructuras de financiación, organización y gestión actuales existentes en España no facilitan la tarea, a excepción de las experiencias recientes de la C. A. Vasca y Cataluña. Por tanto, es preciso adaptar el marco institucional y rediseñar tanto la estrategia de los planes de salud como la estructura de los contratos para lograr la integración efectiva de ambos.

---

---

**Bibliografía**

1. Cabasés, J., I. Gaminde y L. Gabilondo: «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.)
2. Oñorbe, J. y M. Mata: «Los planes de salud de las Comuni-

dades Autónomas y las intervenciones». En: Navarro, C., J. Cabasés y M. J. Tormo, eds. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona, SG Editores; 1995.

3. World Health Organisation Regional Office for Europe (1998): «Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region». Copenhagen; 1998.

---

---