

EL PLAN ANDALUZ DE SALUD

El sector sanitario es un sector complejo y en continua punta de lanza en los programas económicos, sociales y políticos que rigen las distintas sociedades. No en balde la salud está considerada como una de las premisas básicas del bienestar. Sin embargo, consume cada vez más renta —especialmente en las áreas desarrolladas— sin que exista un aumento paralelo del nivel de la salud de la población. Desde un punto de vista social, la salud está considerada como uno de los valores fundamentales del individuo, llegándose incluso a argumentar que “la salud no tiene precio”. Pero sí que lo tiene y, como se ha señalado, cada vez mayor, suscitándose polémicas acerca de su gestión y funcionamiento. El último de los grandes debates al respecto en España es el suscitado por el polémico Informe de la “Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud”, comúnmente conocido con el nombre de “Informe Abril”. En éste se contempla la posibilidad de “liberalizar” (privatizar) en parte el sector, siendo fuertemente contestado, especialmente, por diversos agentes sociales.

Es por lo anterior, entre otras cuestiones, por lo que la planificación sanitaria está adquiriendo cada vez mayor relevancia, en el sentido de que a través de esta se pueden minimizar costes, maximizar rendimientos y prever el funcionamiento del sistema a corto-medio y largo plazo. La planificación sanitaria entendida “como un proceso metódico consistente en definir un problema por análisis, para satisfacer las demandas y necesidades no satisfechas que constituyen el problema, fijar unos fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventar los recursos necesarios, conseguir y proyectar las acciones administrativas, considerando las diversas estrategias de intervención posibles para resolver los problemas” (SHAEFER, 1985) es un útil instrumento administrativo.

Cierto es que este proceso de planificación está directamente condicionado por el concepto y la praxis de *salud* que se quiera institucionalizar. En este sentido, parece adecuada la nueva visión que se ha tomado en España sobre ese sector a raíz de la promulgación en 1986 de la “Ley General de Sanidad” (L.G.S.), que aparte de aciertos y errores, ha de valorarse positivamente en tanto en cuanto considera que la salud es un bien común y no individual que debe ser guardado y promocionado institucionalmente.

La salud, pues, en España, tras la L.G.S., se ha institucionalizado como bien común (derecho y deber de todos y cada uno de los ciudadanos), con una concepción global y comunitaria. Es un hecho evidente que hasta la fecha las prestaciones sanitarias se han presentado inadecuadas para con las necesidades de cada época, sufriendo un continuo proceso de acumulación de disfuncionalidades (económicas, jurídicas, administrativas, sociales y territoriales), que han ido lacrando negativamente el nivel de salud de la sociedad (presentándose diferencial en el tiempo y en el espacio). En suma, el sistema normativo existente y su práctica dejaron como herencia una clara inadecuación de las estructuras sanitarias a las necesidades de la época actual.

En este encuadre hay que situar la salud andaluza, una de las víctimas propiciatorias de los desfases y declives de la práctica sanitaria (asimétrica en cuanto su distribución) de la España contemporánea.

Siguiendo el mandato normativo que aparece en el art. 54 de la *Ley General de Sanidad* (Abril de 1986), la CC. AA. de Andalucía, con traspaso de competencias plenas en materia sanitaria, acomete la confección de un *Plan de Salud*. Tal y como reza en el artículo aludido, éste comprenderá todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de los diversos servicios sanitarios.

Su elaboración surge de una serie de necesidades, entre las que destacan: la voluntad política de considerar que la planificación es un instrumento eficaz para corregir desequilibrios territoriales y desigualdades sociales propias de una economía de mercado; la necesidad de coordinación intersectorial para conseguir un nivel de salud adecuado; la necesidad de reordenación del sector sanitario, etc... aparte de la aludida obligatoriedad normativa. Todos estos aspectos quedan explícitamente recogidos en el *Plan Andaluz de Desarrollo Económico (1991-94)* (PADE).

La confección del *Plan Andaluz de Salud* (PAS) se ha planteado de forma gradual (por fases), ya de forma secuencial, ya desarrollando trabajos paralelos en cada una de las fases, que son:

- Análisis de la situación.
- Establecimiento de problemas y necesidades.
- Determinación de objetivos, agrupables en cuatro bloques estratégicos:
 1. Promoción de hábitos de vida saludables;
 2. Eliminación o reducción de situaciones evitables;
 3. Mejora del Sistema de cuidados de salud;
 4. Apoyos necesarios para el desarrollo del Plan Andaluz de Salud (Investigación, docencia y Sistemas de Información).
- Planes específicos de actuación:
 1. Planes de actuación en el marco de la Red de Servicios Sanitarios de Andalucía.
 2. Planes de actuación de carácter intersectorial, cuyo desarrollo compromete diferentes sectores o estamentos de la Administración Pública.
- Financiación.
- Modelos de evaluación.

El *Plan Andaluz de Salud* se implantará definitivamente tras la previa realización de tres avances:

1. *Primer Avance*: recopilación, explotación, tabulación e interpretación de datos estadísticos procedentes de distintas fuentes disponibles.
2. *Segundo Avance*: identificación de problemas, en cuatro grupos:
 - salud y mujer,
 - salud y envejecimiento,
 - salud e infancia,
 - salud en grupos marginales.
3. *Tercer Avance*: elaboración y redacción definitiva.

En mayo de 1991, la Dirección General de Ordenación Sanitaria dio luz al *Primer Avance* del *Plan Andaluz de Salud*. Como se apuntó anteriormente, consiste fundamentalmente en la recopilación, explotación, tabulación e interpretación de datos estadísticos procedentes de distintas fuentes disponibles. Explícitamente se argumenta que la finalidad es describir los problemas de una manera general... “no contiene un verdadero análisis en la medida que no llega a una caracterización pormenorizada de los problemas ni a establecer una relación entre problemas y recursos con el fin de determinar necesidades”.

Esta declaración explícita no encubre, antes al contrario, desvela algo indisimulable: la carencia de un análisis mínimamente operativo. Consiste sólo en una recopilación de datos estadísticos, por lo demás, a un nivel de desagregación mínimo: el escalón provincial (al igual que en épocas anteriores en que los servicios sanitarios, entre otros, distaban de estar transferidos). Por mucho que se argumente que la información debe de ser entendida por personas no expertas (políticos, sectores sociales o institucionales...), que debe ser la precisa (para no hacer farragoso el documento), que “en la provincia está el nivel de relación intersectorial” (?) y que algunas fuentes estadísticas (las que se basan en muestreos) aumentan su grado de error al descender de nivel, el informe es altamente insuficiente, parco, nada reflexivo y, en la medida de ello, mínimamente útil y escasamente funcional.

Es un error de consideración pensar que el escalón provincial es el que de manera más general ayuda a presentar los problemas (y las estadísticas). Huele más a pereza y a rapidez administrativa esta argumentación que a “un mayor grado de comprensión general”.

La presentación de los datos se esquematiza de manera convencional, estableciendo los siguientes apartados:

- La población andaluza (evolución, distribución por edad y sexo, distribución territorial y factores que explican lo anterior).
- El estado de la salud (valoración de los andaluces, salud infantil, accidentes, enfermedades sometidas a vigilancia sanitaria, enfermedades que originan ingreso en los hospitales, secuelas / incapacidades, la mortalidad).
- Los factores sociales y económicos relacionados con la salud (economía, nivel de instrucción, factores asociados con el medio ambiente, hábitos).

- Los recursos sanitarios (la red sanitaria de titularidad pública y la privada, los recursos humanos, la alta tecnología sanitaria, nivel de utilización de los servicios, etc...)
- Los recursos económicos destinados al sector sanitario (volumen, financiación y distribución del gasto y tendencias).

Todo lo anterior consume un volumen de 129 páginas, quedando un segundo, sin numerar, como anexo de cuadros y gráficos y cuadros referentes a la información del primero. Este segundo presenta graves carencias, tanto de contenido, como de forma. La desagregación de datos estadísticos y espaciales es mínima (por no decir que nula) y la presentación gráfica muy deficiente, pese a la utilización de técnicas informáticas. Es de esperar que las siguientes fases (avances) mejoren estos aspectos apuntados.

Finalmente, para cerrar esta nota sobre el P.A.S, hemos de hacer referencia a dos aspectos que, si bien se apuntan marginalmente, se eluden al no dárseles peso en el conjunto: la cuestión medioambiental, de una parte, y los sistemas de seguimiento-control y evaluación que todo plan debe llevar para su correcto funcionamiento.

El Plan Andaluz de Salud obvia y se olvida de uno de los aspectos que, si bien hasta la fecha ha sido escasamente tratado, por no decir marginado, es de vital importancia a la hora de la consecución de un nivel de salud óptimo de la población. Se trata, indudablemente, de la interrelación salud/medio-ambiente. Tal y como se recoge en la *Carta Europea de Salud y Medio Ambiente*, los factores ambientales son de vital importancia en la determinación de los niveles de salud, bajo la estrategia “prevenir mejor que curar”.

Las actuaciones que se recogen en la citada *Carta Europea de Salud y Medio Ambiente*, a diferentes niveles (local, regional, nacional e internacional) suponen un indudable campo de acción para el proceso de planificación sanitaria, que debiera atender, entre otros, a aspectos tales como:

- al desarrollo, la planificación y la renovación de las ciudades;
- a los suministros de agua potable seguros y adecuados, conjuntamente con una eliminación higiénica de los residuos para todas las comunidades urbanas y rurales;
- al impacto en el medio ambiente y en la salud de:
 - a. las diferentes opciones de energía,
 - b. el transporte, especialmente el transporte por carretera,
 - c. las prácticas agrícolas, incluyendo el uso de los fertilizantes y los pesticidas, y la eliminación de los residuos, etc...

El impacto ambiental en la salud (epidemiología ambiental, toxicología laboral y ambiental, control y vigilancia de la calidad ambiental, control de puntos críticos, gestión de Espacios Naturales, etc...) puede y debe contemplarse en la estrategia del *Plan Andaluz de Salud*.

La necesidad de referencias estadísticas solventes está en la base de todos los análisis y actuaciones apuntados. Debe de hacerse inflexión en la necesidad de adecuar la demanda real (no sólo la sentida) con la oferta (gastos) disponible, cada vez más escasa en las economías periféricas y desarticuladas, como es la andaluza. La variable renta aparece hoy día como la premisa fundamental en el funcionamiento del sistema sanitario. De ahí que la planificación sanitaria haya de adecuarse a unos cuadros y programas económicos muy definidos que comportan un racionamiento de los gastos, así como a una maximización de sus beneficios. Sin olvidar que los objetivos sociales –que suelen ser atacables y conseguibles a medio y largo plazo– están a la cabeza y son el Talón de Aquiles de los males que aquejan a la sanidad española, en general, y a la andaluza, en particular.

En este sentido, se ha de hacer un mayor esfuerzo en los programas que promocionan la mejora del medio ambiente, cuestión de indudable repercusión en la salud de la población, y que echamos en falta en esta primera elaboración del *Plan Andaluz de Salud*, cuando, de otra parte, la preocupación por los problemas medioambientales ocupa un destacado lugar en la presentación programática del PADE (1991-94)... “formando parte de un proceso integral que compatibiliza el crecimiento económico con el respeto al medio físico, en una orientación general que no atañe solamente a la Administración autonómica sino a todos los agentes y colectivos económicos y sociales de la región”. Es el momento de pedir, según incluso se apunta en el PAS, una mayor relación intersectorial, a la vez que una mayor concienciación social acerca de la salud y el medio ambiente.

En cuanto al seguimiento, control y evaluación del Plan, nada se dice en el *Primer Avance*, salvo la referencia puntual a “modelos de evaluación”. Es de esperar que en los sucesivos avances se establezcan los canales para que las determinaciones que se crean convenientes sean operativas. Un plan estratégico, como el que nos ocupa, (que establece las grandes líneas de actuación, en función de los problemas y de las prioridades) debe estar sometido a un sistema de seguimiento y control que evalúe las realizaciones que las siguientes fases de la planificación –táctica (actividades y previsión de recursos) y operativa (objetivos operativos y puesta en marcha de los programas)– vayan generando. De lo contrario, se corre el riesgo de que el Plan no cumpla sus objetivos o que, más grave y desgraciadamente más corriente, se quede en los papeles.

ENRIQUE LÓPEZ LARA

Profesor Asociado de Análisis Geográfico
Regional
Universidad de Sevilla