
Intervenciones de apoyo al Plan de Salud

Support of the Health Plan 2001-2005

J.J. Viñes

INTERVENCIONES DE APOYO AL PLAN DE SALUD

Apoyo normativo

El Plan de Salud de Navarra 2001-2005 orientado a los cuidados de salud/enfermedad de las personas, requiere una implantación en la red asistencial, no sólo en cuanto a criterios o aspiraciones sino también los instrumentos jurídicos en cuanto afecte a los derechos de los ciuda-

danos, a la modificación organizativa y estructural, o a la ordenación de la implantación del Plan de Salud y sus Programas. La implantación y seguimiento eficaz requiere la creación de direcciones técnicas o de gestión y en su caso, adscripción de competencias y asignación de autoridad para las aplicaciones que las requieran.

A tal efecto deben preverse como recursos jurídicos los siguientes:

Toma de decisión	Rango normativo
Aprobación Plan 2001-2005. Trámite Parlamentario.	Acuerdo de Gobierno o Decreto Foral Toma de conocimiento (Ley Foral 10/1990 de Salud)
Asignación de Dirección al Plan y a los Programas Prioritarios. Estas direcciones requieren rango de Servicio, para su implantación y seguimiento.	Decreto Foral
Asignación de Proyectos a las actuales estructuras.	Decreto Foral, Orden Foral o Convenios
Asignación de funciones y responsabilidades a las personas o a las unidades implicadas.	Orden Foral
Modificación organizativa.	Decreto Foral

Apoyo presupuestario

La implantación eficaz del Plan de Salud 2001-2005 requiere las necesarias aportaciones presupuestarias para su apli-

cación, no pudiendo ser cumplidos los objetivos con el presupuesto habitual de los servicios, ni con su crecimiento previsible.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 3): 167-173.

Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

Correspondencia:
José Javier Viñes
Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios
Pabellón de Docencia
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona

Del análisis de la evolución del gasto sanitario en Navarra a lo largo de los años 90, se desprende que si bien el gasto "per cápita" se considera uno de los más elevados de España (equivalente en el año 1999 a 148.923 pts. por ciudadano), ello se debe a que corresponde a una comunidad de sólo 520.574 habitantes (censo de 1996); con una distribución territorial relativamente dispersa; así como unos niveles salariales y una capacidad dispositiva elevada, por lo que el coste "per cápita" elevado, no significa necesariamente que equivalga a un exceso de servicios o a una mejor calidad técnica o efectividad.

Por el contrario, el análisis económico nos indica que de acuerdo con el nivel de riqueza y productividad de Navarra, el esfuerzo económico que se aplica a la sanidad es limitado, está estabilizado y por debajo del esfuerzo económico promedio de los países de la Unión Europea. En efecto, el gasto sanitario representa el 5,2% del PIB de Navarra mientras que el promedio de gasto Sanitario Público en la Unión Europea es del 6,7%. En España el esfuerzo económico de la Sanidad es similar al de Navarra. Esto llama la atención, máxime si se tiene en cuenta el alto incremento económico que se ha experimentado en Navarra en los últimos años, sin que eso haya ido paralelo a un incremento de aportación a la Sanidad.

El análisis presupuestario nos ofrece un crecimiento económico del gasto sanitario en torno al 7,5% anual, que es absorbido en un 50% por la inflación y el resto por el aumento de la demanda de las prestaciones derivadas fundamentalmente de la universalización, el envejecimiento y el coste farmacéutico, sin que ello suponga una

mejora real de las condiciones ni de las dotaciones asistenciales. En sentido contrario, este crecimiento del gasto (que representa en buena medida una respuesta al incremento cuantitativo de la demanda), se constata con independencia de que el crecimiento del presupuesto inicial está limitado en torno al 5% desde el año 98. Ello origina un decalage entre el presupuesto inicial (con crecimientos del 5%) y el presupuesto liquidado (con crecimientos del 7,5%). Esta situación desencadena un desfase desde 1998 que conduce necesariamente a una descapitalización (Fig. 1).

Este desequilibrio presupuestario corresponde ser resuelto por los gestores del sistema asistencial y por el Departamento de Hacienda, y ante esta situación es impensable que el gasto que supone la consecución de los objetivos planteados en el Plan de Salud puedan ser cubiertos o absorbidos por los Presupuestos de funcionamiento normal del Sistema, que se halla en un proceso de progresiva descapitalización.

El Plan de Salud 2001-2005 plantea fundamentalmente la mejora de la calidad técnica para contribuir a la mejora de la efectividad, y a la mejora de las atenciones y cuidados asistenciales extensivos a lo largo del proceso. Estos objetivos pueden alcanzarse en parte con la modificación de las actuaciones ante el proceso asistencial, (guías de práctica clínica, redistribución de tareas, regulación organizativa), pero los objetivos de salud generan desarrollos de estructuras y de equipamientos, incorporación de nuevas técnicas y prestaciones, que no pueden ser absorbidos por el crecimiento normal presupuestario y menos aún por la exigencia del Departamento de Hacienda.

Tabla 1. Crecimiento anual del gasto del Servicio Navarro de Salud, en pesetas corrientes del gasto real y repercusión en el PIB de Navarra. Gasto real del SNS-O. Crecimiento anual 1991 a 1999 (pesetas corrientes).

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto SNS-O	43.107	47.864	53.246	54.484	57.188	60.842	65.546	70.550	75.426	81.079
% PIB	4,80	5,09	5,52	5,31	5,09	5,13	5,23	5,02	5,02	5,19

Fuente: PIB (cf) FUNCAS y Contabilidad del Servicio Navarro de Salud-O.

	92/91	93/92	94/93	95/94	96/95	97/96	98/97	99/98	00/99
Crecimiento anual	11,0	11,2	2,3	5,0	6,4	7,7	7,6	6,9	7,5

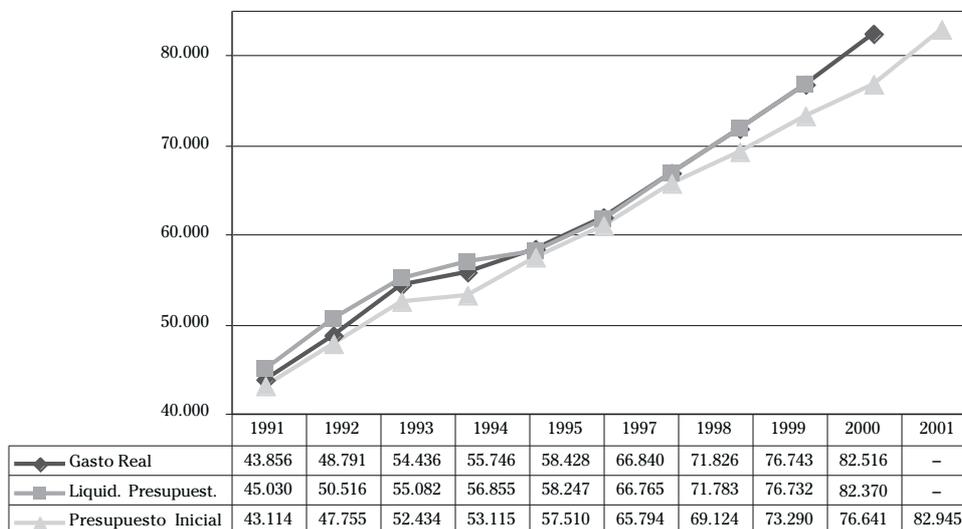


Figura 1. Evolución del gasto en el Departamento de Salud desde 1991. Comparación entre presupuesto inicial, liquidado y gasto real.

mento de Hacienda centrada a medio y corto plazo en crecimientos inferiores a la demanda real del 7,5%. Tal demanda se debe, entre otras, a que las prestaciones sanitarias no son graciabiles, como lo son las sociales, culturales o de infraestructuras, sino que corresponde a una obligación ineludible del Sistema de Bienestar contratado por Navarra y reconocido como derechos individuales.

Por tanto el Plan requiere en sí mismo la disposición de un programa presupuestario propio y específico adscrito a la Dirección General del Departamento, con asignaciones para los diferentes capítulos, que conceda seguridad, viabilidad. De este modo, el programa o proyecto aprobados con su dotación presupuestaria, es como podrá ser exigible en su cumplimiento.

Estructura presupuestaria del Plan

En el presupuesto requerido para el Plan de Salud 2001-2005 de Navarra y de acuerdo a los objetivos formulados deben considerarse: por un lado, lo que son las necesidades propias de la implementación del Plan, esto es los costes generados por el abordaje de las cinco patologías seleccionadas, y por otro lo que son las necesi-

dades sobrevenidas que se derivan de la realización o cumplimiento de objetivos en el propio Sistema Sanitario. Tanto las necesidades económicas propias como las necesidades sobrevenidas, deberán ser ordenadas por capítulos presupuestarios, bien sea personal, gastos corrientes, o de inversiones, cuantificado para cada uno de los programas propios del Plan de Salud, esto es, de las cinco áreas temáticas y prioritarias seleccionadas (Fig. 2).

Por otro lado el Plan de Salud incorpora de forma sinérgica programas sanitarios ya existentes, de los cuales algunos tienen dotación económica apropiada, como es el caso de la detección precoz de cáncer de mama, y otros que si bien han sido formulados, no disponen de dotación presupuestaria suficiente para atender los objetivos del Plan de Salud 2001-2005, como es el caso del Plan de Acción contra el Tabaco o el Plan Foral de Atención Sociosanitaria.

Finalmente, de los objetivos planteados en los programas propios, derivan programas para la necesaria modificación y potenciación de estructuras organizativas como es la Atención Primaria o los Servicios de Rehabilitación (Programas o Proyectos derivados).

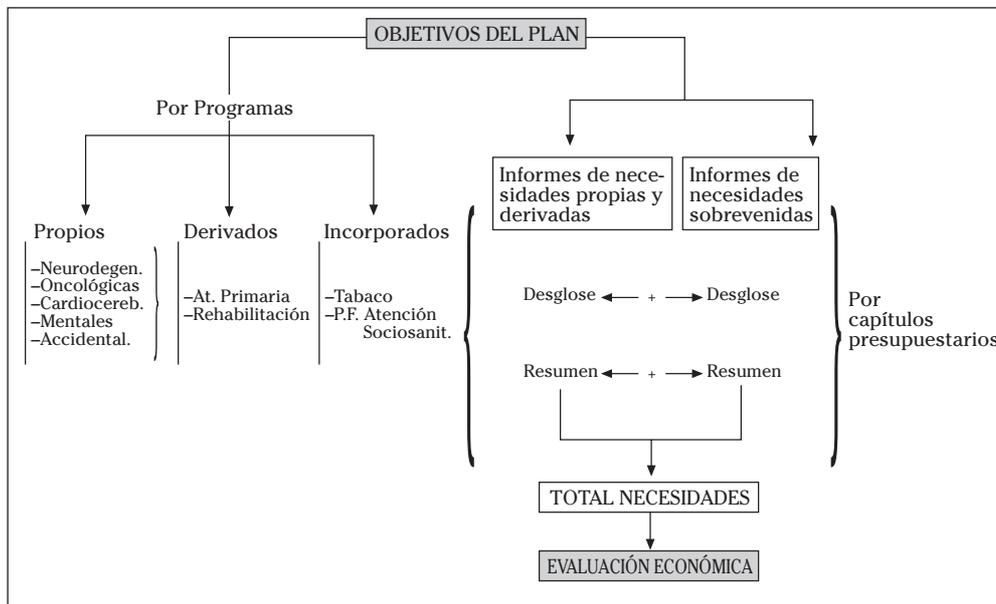


Figura 2. Desglose de los objetivos del Plan de Salud 2001-2005.

En consecuencia, el Plan de Salud 2001-2005 de Navarra no puede ser atendido económicamente a través de los Presupuestos habituales del Sistema Sanitario, sino que requiere presupuesto propio y específico para alcanzar los objetivos for-

mulados. De aquí que deba concretarse en un Programa presupuestario incorporado como Programa Nuevo a los Presupuestos del Departamento de Salud durante el periodo, y cuyo presupuesto debe desglosarse la tabla 2.

Tabla 2. Programa presupuestario: Plan de Salud 2001-2005.

Proyectos propios

- Plan de Salud: dirección, evaluación y seguimiento
- Trastornos mentales
- Enfermedades neurodegenerativas
- Enfermedades cerebro-cardiovasculares
- Enfermedades oncológicas
- Accidentalidad

Proyectos incorporados

- Acciones contra el tabaco del Plan de Acción sobre el Tabaco, aprobado por el Gobierno con fecha 15 de mayo de 2000
- Acciones sociosanitarias del Plan de Atención Sociosanitaria, aprobado por el Gobierno con fecha 27 de junio de 2000

Proyectos derivados

- Desarrollo estructura Atención Primaria
- Desarrollo Servicios de Rehabilitación

Este apoyo presupuestario se estima en el presupuesto que se adjunta, que representa un montante global para el periodo 2001-2005 de 11.023 millones de pesetas, fraccionados a lo largo del quinquenio, lo que representa un incremento promedio de gasto anual de 2.200 millones de pesetas.

A la vista de la evolución del gasto sanitario en los últimos 4 años, los requerimientos financieros del Plan de Salud en el periodo 2001-2005 representarán un incremento global del gasto del 2,1%: 1,8% de los gastos corrientes y 6,9% de los gastos de capital (Tabla 3).

Otras intervenciones de apoyo

El análisis de situación realizado en cada una de las 5 patologías vertebradoras del Plan de Salud 2001-2005, así como el desarrollo de los objetivos en cada una de las áreas temáticas, han identificado numerosas necesidades de análisis o de intervención que escapan del escenario de objetivos de intervención planteados en este Plan. La consecución de los resultados esperados requiere actuar en ámbitos de responsabilidad próximos a los determinantes de situaciones cuyas consecuencias son atendidas en el sistema sanitario, por lo que se señalan a continuación las intervenciones que este Plan formula como estrategias complementarias a las descritas hasta ahora y que surgen de las mismas.

Actuación interdepartamental

La necesidad de actuación interdepartamental en el Plan de Salud surge desde la propia norma recogida en la Ley Foral de

Salud en la que se reconoce la naturaleza multifactorial del proceso salud enfermedad. Acorde con ello y en línea con las recientes formulaciones de la oficina Europea de la OMS, expresadas en la propuesta Salud XXI, resulta necesario identificar y establecer en el ámbito de nuestra Comunidad las estrategias de salud oportunas para la consecución de las metas allí planteadas y avanzar en la mejora del estado de salud de la comunidad.

Por ello y habiéndose identificado diferentes necesidades de intervención en el desarrollo del presente Plan que interesan principalmente la prevención primaria, se considera indispensable afrontar la colaboración interdepartamental, por lo que se propone:

- Presentar al gobierno en el plazo de un año desde la aprobación del presente Plan, un programa de actuación que establezca objetivos y responsabilidades a las diferentes administraciones implicadas en la gestión de riesgos o en el desarrollo de políticas que inciden en la salud de la comunidad.

Mejora de la asistencia no programada

Coincidiendo con estudios realizados en los últimos años en los que se identificaban problemas específicos a afrontar en diferentes ámbitos de gestión en relación con la atención no programada, los trabajos preparatorios del Plan de Salud constatan la importancia de contar con dispositivos de intervención eficaces para resolver situaciones de emergencia, especialmente en relación con la asistencia a los enfermos coronarios y a los accidentados. Pero

Tabla 3. Coste del programa Plan de Salud 2001-2005.

	Crecimiento anual últimos 4 años	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total 2001-2005	Incremento Plan de Salud	
Capítulo I	5,9	40.540	42.932	45.465	48.148	50.988	53.997	57.182	255.780	4.875	1,9%
Capítulo II	7,3	17.337	18.602	19.960	21.417	22.981	24.658	26.458	115.474	3.578	3,1%
Capítulo IV	9,7	15.228	16.705	18.326	20.103	22.053	24.192	26.539	111.213		
Gasto corriente	7	73.105	78.222	83.698	89.557	95.825	102.533	109.711	481.324	8.453	1,8%
Gasto de capital	18,8	3.637	4.321	5.133	6.099	7.245	8.607	10.225	37.310	2.570	6,9%
Total	7,4	76.742	82.421	88.520	95.071	102.106	109.662	117.777	513.135	11.023	2,1%

los profesionales y servicios que atienden la emergencia compaginan estas funciones con otras labores asistenciales por lo que se considera oportuno avanzar en la toma de decisiones que abarcando diferentes áreas problemáticas reduzcan las necesidades de asistencia extraordinaria (no programada) y contribuyan a la mejora de la calidad en la asistencia urgente de Navarra. Por lo que se propone:

- Adecuar el funcionamiento y organización de los servicios asistenciales de atención primaria y especializada con el propósito de eliminar o reducir las barreras para la atención no programada de los pacientes, y reducir su presencia en los servicios de urgencia.

- Evaluar la cobertura territorial de los dispositivos generales y específicos de atención urgente a fin de garantizar la equidad en las prestaciones.

- Decidir la dependencia del conjunto de recursos que trabajan exclusivamente en la atención urgente con el propósito de avanzar en la gestión integral del subsistema urgente y facilitar así una asistencia de más calidad.

Complementariedad y cooperación de los recursos de utilización pública

El Plan de Salud de Navarra 2001-2005 plantea, entre otros, como fines prioritarios la mejora de las atenciones sanitarias a los ciudadanos de los procesos asistenciales a través de los cuidados continuos; y el mejorar la efectividad, sin pérdida de los valores en el Sistema Sanitario de: eficiencia en la utilización y aprovechamiento de los recursos; equidad en atender las necesidades individuales; y libertad en la utilización de los recursos.

El Plan de Salud de Navarra orientado así a los ciudadanos, debe poner a disposición de éstos la mejor utilización de los recursos sanitarios disponibles en Navarra, lo que hace extender el cumplimiento de los objetivos y las acciones del referido Plan no solo al Sistema Sanitario Público, sino también a a todos los recursos de la Red Asistencial de Utilización Pública en los términos definidos por la Ley Foral 10/1990 de Salud, haciendo partícipe las operaciones y desarrollo de objetivos que

hayan de intervenir, tanto a los recursos públicos como a los privados asociados por Concierto.

En este sentido el Sistema Sanitario de Navarra en el momento de aplicar un nuevo plan de salud debe considerar y salvaguardar la complementariedad y la cooperación que los Centros, Instituciones y los recursos de todo tipo que los centros privados asociados por concierto han venido aportando al Sistema Sanitario en beneficio de la asistencia a los ciudadanos.

Muchos de los objetivos operativos que plantea el Plan de Salud implican desarrollo y responsabilidades asistenciales que instituciones o entidades colaboradoras de gestión privada vienen realizando, y que se encuentran con capacidades para contribuir en nuevas fórmulas de complementariedad y cooperación a través de los Conciertos previstos en la legislación vigente.

Se constata así mismo la disponibilidad y deseo de colaboración en los proyectos del Plan de Salud 2001-2005 por parte de tales entidades colaboradoras de carácter privado, e incluso lo saludan de forma favorable en la medida que el Plan de Salud les permite definir sus propios objetivos estratégicos de acuerdo con las responsabilidades que hayan de asumir a medio y largo plazo; siendo necesario a tal efecto, la definición de tales contribuciones tanto en la materialización de las nuevas necesidades que plantea el Plan desde el punto de vista asistencial, como en la participación en el diseño de fórmulas de colaboración técnica que permitan una homologación asistencial en los diferentes centros públicos y privados, contribuyendo con ello a la equidad.

Considerando las instituciones que en la actualidad forman parte de la Red Asistencial de Utilización Pública, se requiere la formulación de nuevas colaboraciones: con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales en la consecución de los objetivos sobre accidentalidad laboral; con las Fundaciones que contribuyen a la asistencia de los enfermos mentales como son la Fundación Argibide, la Fundación del P. Menni y la Fundación Josefina

Arregui, máxime teniendo en cuenta la extensión de los cuidados paliativos.

Así mismo, en el terreno asistencial de los enfermos oncológicos y de los cerebrovasculares debe contemplarse la complementariedad y cooperación de los recursos disponibles de la Clínica Universitaria, y del Hospital San Juan de Dios cada uno en el ámbito de los recursos y nivel tecnológico, asistencial y de cuidados.

Este análisis de la complementariedad y de la cooperación debe de estar presente en cualquier planteamiento de desarrollo asistencial y de los retos que el Plan de Salud señala, con el fin de que la obligada eficiencia de los recursos sanitarios no sea retórica sino una realidad en el entorno sanitario y social de Navarra.

La complementariedad y cooperación no debe limitarse a los recursos asistenciales sino también han de trascender al terreno científico y de colaboración por cuanto que, los conocimientos basados en la evidencia en beneficio de los ciudadanos, parten de poner a disposición el mejor resultado posible que surja de las intervenciones basadas en el consenso y la colaboración.

En consecuencia, los principios de equidad y eficiencia y los instrumentos de complementariedad y cooperación requieren la formulación de Conciertos dentro de la Red Asistencial de Utilización Pública que contemplen la consecución de objetivos y no simplemente la asistencia coyuntural a los enfermos.

Cooperación institucional

El sistema sanitario, esto es, el conjunto de piezas que se interrelacionan aportando recursos, intereses y conocimientos, generan una dinámica que con el fin de que sea sinérgica ha de tener en cuenta la génesis de un espacio en el que los principales actores en la responsabilidad de la salud de los ciudadanos puedan contrastar sus lógicas, sus intereses, sus perspectivas y sus aspiraciones. Los actores llamados a intervenir en la consecución de los fines del plan son: los responsables de la política sanitaria; los planificadores y gestores del sistema; y los profesionales entre los que se requiere una cooperación institucional que garantice desde el punto de vista técnico la aplicación y el seguimiento del plan, en base a la colaboración y cooperación entre la Administración sanitaria, las entidades proveedoras y las organizaciones profesionales sanitarias.