

Región de Murcia Consejería de Sanidad y Consumo

Fase I. Análisis de Situación

2 de octubre de 2002

ÍNDICE

1.	<u>Objetivo del estudio</u>	1
2.	<u>Metodología</u>	2
3.	<u>Políticas emanadas de organismos supranacionales</u>	4
4.	<u>Tendencias detectadas en los Planes de Salud de algunos países de la OCDE</u>	10
5.	<u>Descripción de los Planes de Salud actualmente en vigor en España</u>	24
6.	<u>Principales conclusiones y factores clave de éxito</u>	74
7.	<u>Avance tentativo de la estructura del Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007</u>	79
8.	<u>Bibliografía consultada</u>	80

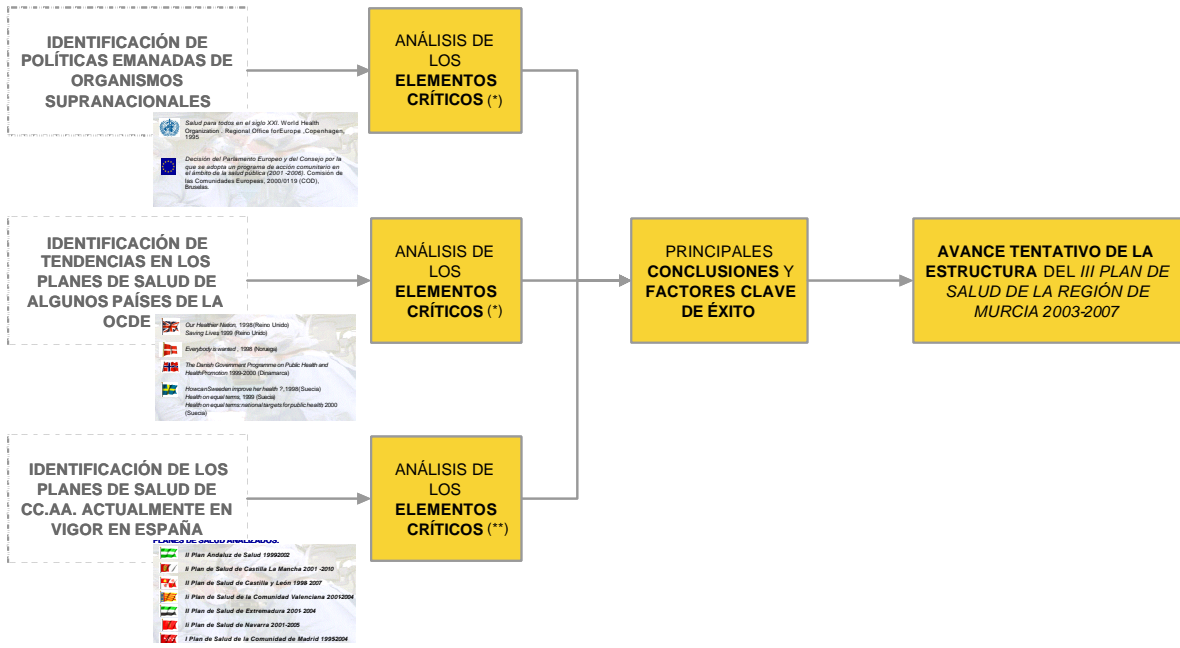
1. Objetivo del estudio

Este estudio tiene por objeto analizar los principales elementos de los Planes de Salud actualmente en vigor en las distintas CC.AA. españolas, así como otros documentos similares en algunos países del entorno OCDE y las políticas emanadas de organismos supranacionales (fundamentalmente la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea), con el fin de **identificar los elementos estratégicos más relevantes** y las **principales ventajas e inconvenientes de los distintos enfoques** planteados en cada uno de ellos.

El fin último del estudio es extraer una serie de **conclusiones y factores clave de éxito, que nos permitan definir el enfoque estratégico óptimo para el *Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007***.

2. Metodología

A continuación se detalla la metodología seguida en la elaboración de este estudio:



(*) Ver Pág. 3

(**) Ver Pág. 3

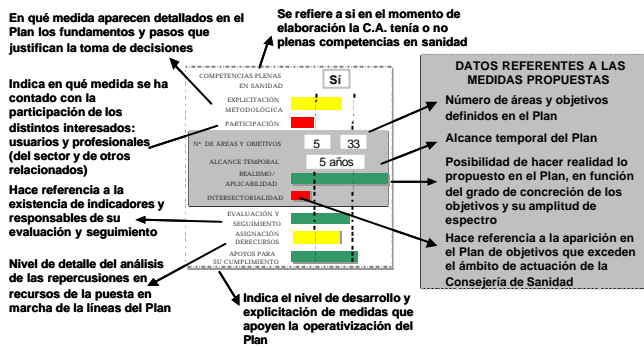
ELEMENTOS CRÍTICOS ANALIZADOS EN LOS PLANES DE SALUD DE ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE Y ORGANISMOS SUPRANACIONALES

- **Elaboración del Plan:** responsables de la priorización de áreas, definición de objetivos, identificación de líneas de intervención, asignación de recursos...
- **Principios inspiradores:** Pilares básicos de los Planes de Salud
- **Justificación de la elaboración de una política de salud**
- **Identificación de los problemas de salud de la población**
- **Factores que condicionan la salud**
- **Líneas de intervención**

ELEMENTOS CRÍTICOS ANALIZADOS EN LOS PLANES DE SALUD ACTUALMENTE EN VIGOR EN CC.AA.

- I. Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan
- II. Esquema Metodológico
- III. Análisis de situación
- IV. Identificación de áreas prioritarias de actuación:
 - Criterios y mecanismos de priorización
 - Establecimiento de áreas de actuación (número, tipología, metodología utilizada, responsables...)
 - Validación de las áreas de actuación establecidas (metodología utilizada, responsables)
- V. Definición de objetivos: número, tipología de objetivos, responsables de la definición de los mismos
- VI. Medidas/Planes de intervención: tipología, asignación de recursos, calendario de ejecución
- VII. Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento: mecanismos de evaluación, responsables de la definición de los mismos y de su seguimiento
- VIII. Aspectos críticos identificados

Como complemento visual se adjunta una **representación gráfica de los aspectos críticos identificados**, en la que se han valorado los elementos que se recogen en el gráfico adjunto:



3. Políticas emanadas de organismos supranacionales

En la definición estratégica del *Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007* es preciso considerar las políticas emanadas de dos organismos supranacionales, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea. Ambos han elaborado en los últimos años directrices sobre las cuales se han diseñado los programas de salud pública de la mayoría de los países de la Unión Europea y de algunos otros del entorno OCDE.

Documentos analizados:



Salud para todos en el siglo XXI. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995



Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2001-2006). Comisión de las Comunidades Europeas, 2000/0119 (COD), Bruselas

Salud para todos en el siglo XXI (Organización Mundial de la Salud)

La política “Salud para Todos” data de 1977. En la Conferencia de Alma Ata de 1978 se subraya el hecho de que, a pesar de las ambiciosas proclamaciones que engloba la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, numerosas personas, e incluso países enteros, no disfrutaban de un estándar óptimo de salud. A finales de los años 70, cerca de mil millones de personas vivían en la miseria.

El **proceso de renovación de “Salud para Todos”** comenzó en 1995 con el objetivo de acelerar el cambio global y asegurar que los individuos, países y organizaciones estuvieran preparados para enfrentarse a los retos del siglo XXI.

“**Salud para todos en el siglo XXI**” nace con el ánimo de actualizar la visión de la anterior política “Salud para todos”. Propone, para las primeras dos décadas del siglo XXI, prioridades globales y objetivos que creen las condiciones adecuadas para que toda la población alcance y mantenga los estándares más altos de salud a lo largo de su vida.

NUEVAS TENDENCIAS Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DEL S. XXI

- ✓ Extensión de la pobreza absoluta y relativa
- ✓ Cambios demográficos: envejecimiento de la población y crecimiento de las ciudades
- ✓ Cambios epidemiológicos: alta incidencia de enfermedades infecciosas, incremento de la incidencia de enfermedades no transmisibles, lesiones y violencia
- ✓ Amenazas medioambientales
- ✓ Nuevas tecnologías: telemedicina y tecnologías de la información y comunicación
- ✓ Avances en biotecnología
- ✓ Desarrollo de alianzas para la salud que incluyen los sectores público y privado y los ciudadanos
- ✓ Globalización del comercio, viajes y extensión de ideologías

*Principales retos de Salud
para todos en el siglo XXI*



- ✓ Incremento de la esperanza de vida y mejora de la calidad de vida de toda la población
- ✓ Mejora de la equidad entre países y dentro de ellos
- ✓ Acceso para todos a sistemas y servicios de salud sostenibles

La Organización Mundial de la Salud presenta una nueva generación de objetivos en su política *Salud para Todos en el siglo XXI*. Son 10 en total e incluye objetivos relacionados con diferentes aspectos:

- Resultados en salud
- Determinantes de salud
- Acceso a servicios de salud esenciales
- Apoyo al desarrollo tanto de políticas de salud como de nuevas prestaciones de servicios En este proceso de renovación, se han revisado los valores tradicionales de “Salud para Todos” y **se han incorporado elementos adicionales que no se consideraban en la Constitución de la OMS**, tales como:
 - La importancia de una perspectiva que tenga en cuenta el **género** de las personas
 - La necesidad de considerar **la salud como elemento central para el desarrollo humano sostenible**
 - La creciente importancia de la **participación de los ciudadanos** en la política sanitaria incorpora oportunidades para la sociedad no previstas ni consideradas hace 20 años
 - La relevancia de fortalecer la **participación simultánea a nivel local y nacional**

La **51ª Asamblea Mundial de la Salud** (mayo de 1998) reconoció el informe *Salud para Todos en el siglo XXI* como el marco de trabajo para el desarrollo de la política futura en materia de salud. Los elementos más importantes de su declaración fueron los siguientes:

- Uno de los principales derechos humanos es disfrutar de los más altos estándares de salud que se puedan alcanzar
- La mejora de la salud y el bienestar de las personas es el fin último del desarrollo social y económico
- El compromiso de los conceptos éticos de equidad, solidaridad y justicia social y la incorporación de estrategias que tengan en cuenta el género de las personas - La importancia de la reducción de las desigualdades sociales y económicas para la mejora de la salud de la población
- Prestar mayor atención a los que más lo necesitan, reciben servicios inadecuados o viven en la pobreza
- El compromiso de fortalecer, adaptar y reformar los sistemas sanitarios para asegurar un acceso universal a los servicios de salud y desarrollar sistemas de salud que respondan a las condiciones de salud, circunstancias socioeconómicas y necesidades de la población, comunidades y países

Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-2006 (CE)

En mayo de 2000, la Comisión Europea presentó una Comunicación sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea, junto con una propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un **Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006**. Está previsto que este programa sustituya a los ocho programas de acción existentes actualmente en el ámbito de la salud pública. El programa adopta un planteamiento general y orientado a las políticas de acuerdo con una visión amplia de la salud pública; el objetivo es que sirva de base y apoyo al desarrollo de las políticas comunitarias.

Líneas de actuación del Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006



- ✓ Mejorar la información y los conocimientos sobre la salud
- ✓ Responder con rapidez a las amenazas para la salud
- ✓ Hacer frente a los factores determinantes de la salud

El *Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006*, que sirve de complemento a las políticas nacionales, aspira a contribuir a la consecución de un **nivel elevado de salud física y mental y de bienestar**, así como a una **mayor igualdad** en lo que se refiere a la salud en toda la Comunidad, a través de medidas dirigidas a la mejora de la salud pública, la lucha contra la morbilidad y la mortalidad prematura, la prevención de las enfermedades y los trastornos humanos y la eliminación de las fuentes de peligro para la salud, **tomando en consideración el sexo y la edad de las personas**. El programa apoya el desarrollo de una **estrategia sanitaria integrada** para asegurarse de que las políticas y actividades comunitarias contribuyen a la protección y el fomento de la salud.

El programa contribuye a:

- Fomentar una estrategia integrada en el ámbito de la salud pública, desarrollando una **política intersectorial** al definir y aplicar todas las políticas y actividades comunitarias, con el fin de garantizar un nivel elevado de protección y promoción de la salud humana
- **Combatir las desigualdades** relacionadas con la salud que existen entre los estados miembros y dentro de ellos
- Impulsar la **cooperación entre los Estados miembros**

Objetivo nº 1: Mejora de la información y los conocimientos sanitario

Acciones	Objetivos Especificos	Ejemplo de Medidas Concretas
<p>1.1. Desarrollo y explotación de un sistema de vigilancia de la salud</p> <p>1.2. Desarrollo y utilización de mecanismos de análisis, asesoramiento, notificación, información y consulta sobre las cuestiones sanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer indicadores comunitarios cuantitativos y cualitativos sobre la situación sanitaria, las enfermedades y los factores determinantes de la salud, así como métodos de recopilación de datos para la vigilancia y el análisis y crear bases de datos correspondientes teniendo en cuenta específicamente la edad y el género de las personas. - Mejorar el sistema de transferencia e intercambio de datos sanitarios - Desarrollar mecanismos de análisis y asesoramiento sobre cuestiones sanitarias - Informar sobre cuestiones sanitarias - Consulta, información y difusión de informes, dictámenes y recomendaciones - Contribuir a la consecución de una estrategia sanitaria integrada 	<ul style="list-style-type: none"> - Completar y aplicar el marco para el establecimiento progresivo de indicadores sobre la salud que tengan específicamente en cuenta el sexo de las personas y que abarquen todos los aspectos de la situación sanitaria, las enfermedades y los recursos y las intervenciones sanitarias, así como los factores determinantes de la salud. Realización de bases de datos - Revisar y mejorar el sistema de conexión, vía Internet y otros medios interoperativos de la Comisión y las administraciones sanitarias de los Estados miembros - Desarrollar y utilizar una red comunitaria - Desarrollar y utilizar un mecanismo de evaluación comparativa de las estrategias comunitarias - Poner en funcionamiento una acción conjunta de acuerdo con los planes elaborados en el marco de "eEurope" - Presentar estudios y orientaciones sobre las tecnologías y las intervenciones sanitarias, así como sobre la calidad y las mejores prácticas - Acciones conjuntas a fin de concebir planteamientos intersectoriales

Objetivo nº2: Reaccionar rápidamente ante las amenazas para la salud

Acciones	Objetivos Especificos	Ejemplo de Medidas Concretas
<p>2.1. Aumentar la capacidad de lucha contra las enfermedades transmisibles</p> <p>2.2. Refuerzo de la capacidad para atajar otras amenazas sanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la prosecución de la aplicación de la Decisión 2119/98/CE por la que se crea una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad, con el fin de combatir las enfermedades y en especial, las que pueden prevenirse - Mejorar la seguridad y la calidad de la sangre humana - Aumentar la seguridad y la calidad de los órganos y sustancias de origen humano - Diseñar una estrategia comunitaria de vacunación - Elaborar estrategias y mecanismos de lucha contra las amenazas que plantean las enfermedades no transmisibles - Fomentar la formulación de directrices y medidas sobre campos electromagnéticos y otros agentes físicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Directrices sobre las medidas de protección a adoptar, en particular en las fronteras exteriores y en las situaciones de emergencia - Apoyar el funcionamiento de la red, en particular por lo que respecta a las investigaciones comunes, la formación, la evaluación continua y la garantía de calidad - Crear y utilizar una red de hemovigilancia y preparar orientaciones sobre la utilización óptima de la sangre

Objetivo nº 3: Abordar los factores determinantes para la salud

Acciones	Objetivos Especificos	Ejemplo de Medidas Concretas
3.1. Desarrollar estrategias y medidas referidas a los factores determinantes de la salud vinculados al modo de vida	- Desarrollar y aplicar, en estrecha cooperación con los Estados miembros, estrategias y medidas referidas a los factores determinantes de la salud vinculados al modo de vida, fomentando en particular, su integración en las políticas generales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades	- Evaluación comparativa y análisis de políticas y medidas, preparación de informes y directrices, establecimiento de redes, determinación del alcance y los objetivos de la labor de la Comunidad y preparación de instrumentos comunitarios sobre los factores determinantes de la salud vinculados al modo de vida
3.2. Desarrollo de estrategias y medidas sobre los determinantes sociales y económicos de la salud	- Contribuir a la formulación y aplicación de estrategias y medidas referidas a los determinantes sociales y económicos de la salud	- Elaborar una metodología de evaluación comparativa - Analizar y determinar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios sanitarios al cruzar las fronteras interiores - Evaluar la influencia de los factores sociales y económicos sobre la salud
3.3. Desarrollo de estrategias y medidas relativas a los factores determinantes de la salud relacionados con el medio ambiente	- Contribuir a la formulación y aplicación de estrategias y medidas referidas a los factores determinantes de la salud relacionados con el medio ambiente	- Fomentar la elaboración de directrices y la adopción de medidas relacionadas con los diversos tipos de contaminación medioambiental que repercuten sobre la salud - Desarrollar estrategias para reducir la resistencia a los antibióticos

4. Tendencias detectadas en los Planes de Salud de algunos países de la OCDE

Documentos analizados:



The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2000
(Dinamarca)



Everybody is wanted, 1998 (Noruega)



Our Healthier Nation, 1998 (Reino Unido)
Saving Lives, 1999 (Reino Unido)



How can Sweden improve her health?, 1998 (Suecia)
Health on equal terms, 1999 (Suecia)
Health on equal terms: national targets for public health, 2000 (Suecia)

Consideraciones metodológicas

En la aplicabilidad de los aspectos críticos identificados en el análisis de las tendencias de los Planes de Salud de algunos países de la OCDE que se recoge a continuación, es preciso considerar algunos aspectos:

- En primer lugar, **el concepto de salud pública difiere** en gran medida de unos países a otros;-
Por otra parte, se trata de estrategias que exceden el ámbito autonómico, tratándose de **Programas de alcance nacional**;
- Los Programas fueron elaborados **entre 1998-2000**; y,
- Todos ellos están **enmarcados en el documento de la OMS *Salud para todos en el siglo XXI***.

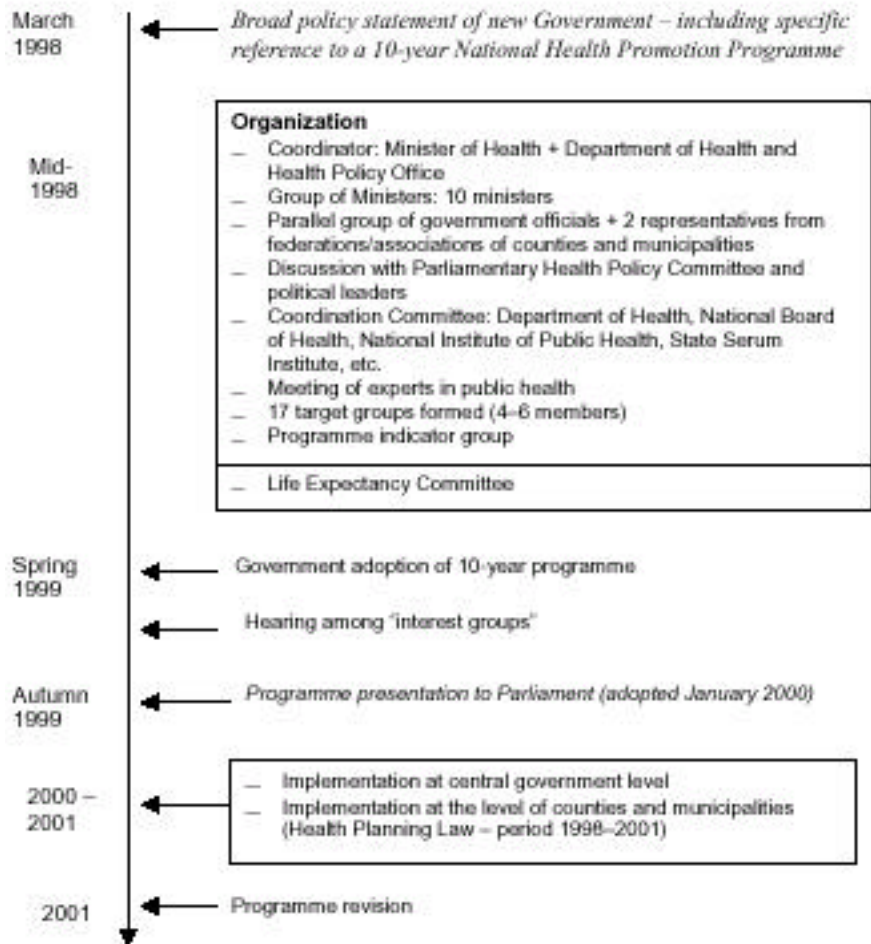
Dinamarca

En la figura se recoge el proceso seguido por el Gobierno danés para la puesta en marcha de su **Programa en salud pública y promoción de la salud 1999-2008**. Como se puede observar, la elaboración del programa danés comenzó con una breve declaración de intenciones política. El proceso, que duró 4 años, ha estado caracterizado por una gran participación intersectorial: se estableció un grupo de Ministros, soportado por un grupo de responsables de menor nivel de cada uno de los Ministerios implicados. La creación de este grupo paralelo aseguró una coordinación horizontal (intersectorial), así como vertical (entre niveles políticos a través de federaciones/asociaciones que representaban a las regiones y a los municipios).

Los principios generales del Programa se establecieron relativamente pronto en el proceso, fruto del trabajo entre el Comité de coordinación y expertos en salud pública. De este modo, e inspirándose en la política de la OMS *Salud para todos en el siglo XXI*, se definieron 17 áreas prioritarias de actuación. Se crearon grupos de trabajo para el desarrollo de cada una de ellas, integrados por 4-6 miembros representantes de los Ministerios implicados, algunos expertos y representantes del Gobierno local.

Como principios inspiradores del *Programa de salud pública y promoción de la salud* danés cabe destacar la gran importancia que concede a las acciones intersectoriales, así como a las actividades desarrolladas para mejorar la salud de la población. En la página siguiente se recoge su estructura global que, como se puede observar, contiene los 17 grandes objetivos mencionados, agrupados en 3 capas de actuación.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROGRAMA



**Programa de salud pública y promoción de la Salud 1999-2008-
Estructura general**

Objetivos generales		
1. Una vida más larga con una mayor calidad de vida		
2. Equidad social en la salud		

Objetivos para una mayor acción		
Factores de riesgo	Grupos etáreos	Lugares para la promoción de la salud
4. Tabaco	8. Niños	11. Colegios de primaria
5. Alcohol	9. Jóvenes	12. Lugares de trabajo
6. Nutrición y ejercicio	10. Ancianos	13. Comunidades locales
7. Obesidad		14. Servicios de salud
8. Accidentes de tráfico		

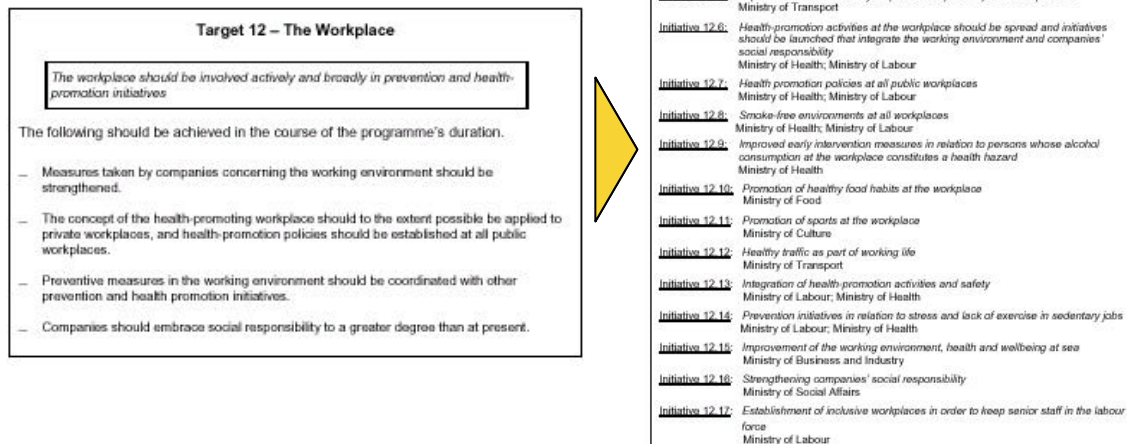
Objetivos de gestión
15. Cooperación entre estado/región/municipio
16. Investigación
17. Educación

En la **primera capa** del programa se recogen los objetivos generales: **incrementar la esperanza de vida** (que, durante décadas, ha sido uno de los principales problemas de salud en Dinamarca) y la **equidad en salud**. Este último objetivo ha sido adoptado recientemente por los programas de salud de numerosos países del entorno europeo y OCDE.

La estructura de la **segunda capa** del programa se centra en reforzar los esfuerzos, tomando para ello 3 perspectivas diferentes: los **factores de riesgo**, los **grupos de edad** y los **lugares para la promoción de la salud**. Como se puede observar, los factores de riesgo tradicionales (tabaco, alcohol, nutrición y ejercicio) se complementan con otros más novedosos, como la obesidad y los accidentes de tráfico. Por otra parte, los *lugares para la promoción de la salud (arenas)* ponen de manifiesto la idea de que el colegio, el sitio de trabajo y la comunidad local son lugares importantes para la promoción de la salud.

En una **tercera capa**, el Programa incluye como elementos esenciales la cooperación entre los distintos niveles, la investigación y la formación.

Para cada una de las 17 áreas de actuación priorizadas se define un objetivo genérico, una serie de objetivos específicos y se identifican un conjunto de medidas/planes de intervención, como se puede observar en el ejemplo que se recoge. Cabe señalar que en la elaboración de las medidas de intervención participa el Ministerio responsable de su puesta en marcha que, como se puede observar, no siempre es el de Sanidad.



Junto con los objetivos e iniciativas descritas se elabora un **Plan de implantación del Programa**, con el fin de facilitar su implantación en los niveles regionales y locales. Asimismo, se contempla una financiación específica para llevar a cabo las distintas medidas identificadas. Esto último disolvió gran parte del escepticismo que había en la sociedad danesa frente al Programa.

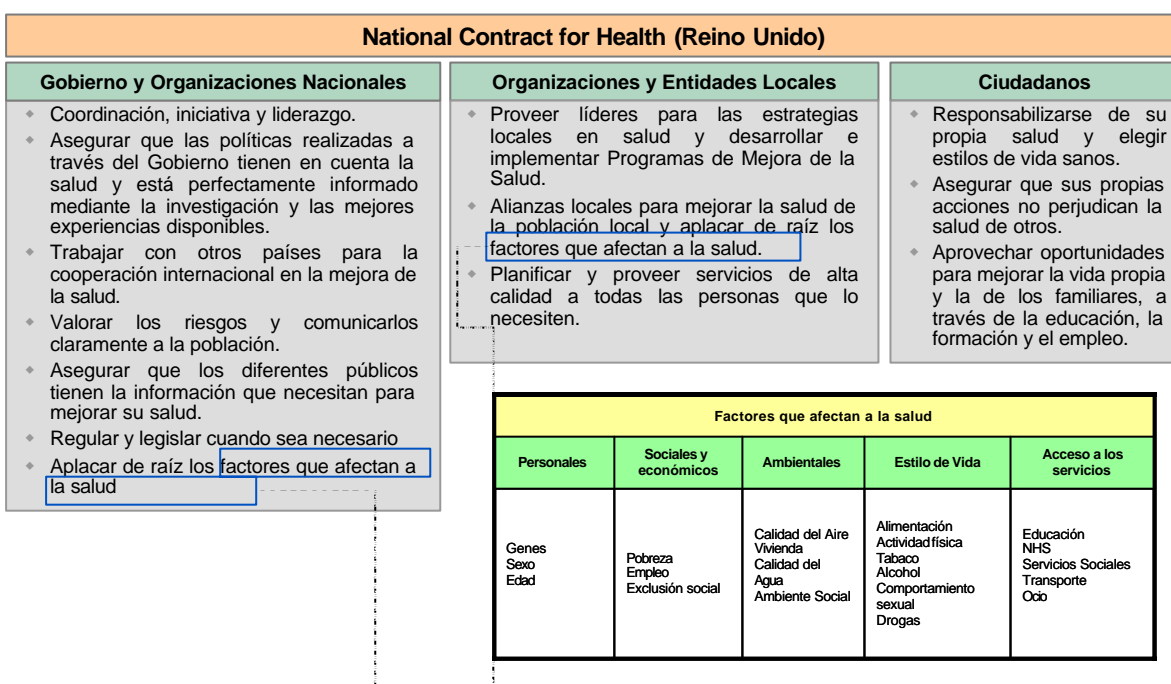
En lo que se refiere a monitorización y evaluación de resultados, cabe señalar que durante el proceso de elaboración el Instituto Nacional de Salud Pública llevó a cabo una **encuesta de salud nacional**, con el fin de asegurar la existencia de una base suficiente para su implantación a nivel regional. Asimismo, se planea una revisión general en el año 2005, que estará basada en nuevos datos de la encuesta relativa a los indicadores de salud. Como parte del proceso de revisión, se espera que las regiones proporcionen de forma regular sus datos de nivel y determinantes de salud. **Reino Unido**

El informe *Our Healthier Nation. A contract for health* (1998) establece las directrices estratégicas del Reino Unido en materia de salud pública, con dos objetivos clave:

- **Mejorar la salud de la población en su conjunto**, incrementando la esperanza de vida y los años de vida libres de incapacidad; y
- **Mejorar la salud de los colectivos más desfavorecidos**, disminuyendo las diferencias en salud.

Además de definir cuatro áreas prioritarias (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes y enfermedades mentales), el Reino Unido establece como elemento novedoso para conseguir los objetivos de salud identificados en cada una de las áreas, la creación de un contrato nacional para mejorar la salud (*National contract for better health*), bajo el cual Gobierno, organizaciones nacionales, servicios locales, comunidades, entidades locales, familias y ciudadanos trabajen de forma conjunta en la mejora de la salud

- **Un nuevo enfoque:** alianzas entre Gobierno, entidades locales y ciudadanos
- **Cuatro áreas prioritarias:** cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, enfermedades mentales
- **Amplio espectro de acciones:** tabaco, salud sexual, alcohol, seguridad alimentaria, salud bucodental, minorías étnicas, etc.
- **Implantación. Acción local:** establecimiento de objetivos locales adicionales, basados en valoraciones locales de las necesidades, incluyendo objetivos sobre la desigualdad
- **Medidas de soporte:** estándares, educación y formación, información para la salud, investigación, inversiones



Nivel local: Health Action Zones

En el nivel local, con el fin de dar prioridad a aquellas áreas que presentan mayores necesidades, el Gobierno del Reino Unido creó 10 Zonas de Acción para la Salud (*Health Action Zones*), como esquemas organizativos piloto. Su función principal es la de proporcionar el marco adecuado para el abordaje de los problemas de salud y la reducción de inequidades en salud en el nivel local.

Health Action Zones (HAZ)
<ul style="list-style-type: none"> ◊ Objetivo: reunir a todos los actores que contribuyen en la salud de la población a nivel local, con el fin de desarrollar e implantar una estrategia local consensuada para mejorar la salud de la población en la zona. ◊ Financiación: 4 Millones £ (1998/99) y 30 Millones £ (1999). ◊ Número de HAZ: 10 en una primera etapa y está prevista la creación de más en 1999. ◊ Estrategia: actuación a largo plazo (5-7 años), si bien se plantea que han de conseguirse los objetivos propuestos desde el principio.

COLEGIOS SALUDABLES

El Gobierno puede:

- Establecer los estándares educativos
- Garantizar la calidad de la educación
- Financiar edificios saludables y seguros para los centros educativos
- Crear un Comité Asesor para la Educación de la Salud, Social y Personal (National Advisory Group on Personal, Social and Health Education)
- Establecer un esquema de premios para las escuelas saludables

La escuelas pueden:

- Dar a los niños la capacidad para desarrollarse al máximo
- Asegurarse que los niños aprenden las influencias clave sobre su salud
- Proporcionar elecciones saludables y establecer estándares nutritivos apropiados en las comidas
- Asegurarse que los niños realizan ejercicio regular
- Crear un entorno que promueve el bienestar emocional de los niños

Los niños y padres pueden:

- Trabajar juntos para compartir la responsabilidad de los logros académicos, los hábitos nutritivos, el ejercicio físico, y una actitud responsable hacia el tabaco, las drogas, el alcohol, el sexo y las relaciones en general
- Minimizar el uso del coche para ir al colegio

Marcos saludables

1. El Gobierno identificó 3 escenarios iniciales para el desarrollo de iniciativas dirigidas a la mejora general de la salud y a la disminución de inequidades en salud:
 - Colegios saludables: centrándose en los niños
 - Sitios de trabajo saludables: centrándose en los adultos
 - Vecindarios saludables: centrándose en los ancianos
2. Para cada uno de estos marcos saludables, el *National Contract for Health* identifica una serie de actuaciones que pueden ser llevadas a cabo por los distintos actores implicados. A modo de ejemplo, en la figura se recogen las acciones identificadas en el marco de los Colegios saludables.

Contratos Nacionales de Salud

Para cada una de las cuatro áreas establecidas como prioritarias, el *National Health Contract* define un contrato en el que identifica las principales acciones a desarrollar por cada uno de los sectores implicados.

Áreas prioritarias y objetivos

- **Cáncer:** reducir, al menos en más de un quinto, el número de muertes por cáncer entre la población menor de 65 años.
- **Enfermedades cardiovasculares:** reducir, al menos en más de un tercio la muerte por enfermedades cardiovasculares entre la población menor de 65 años.
- **Accidentes:** reducirlos al menos en más de un quinto.
- **Enfermedades mentales:** reducir, al menos en más de un sexto, el número de muertes por suicidio y lesiones.

A continuación se recoge, a modo de ejemplo, el contrato nacional para la salud en el área de Enfermedades Cardiovasculares:

Contrato Nacional para la Salud: Enfermedades Cardiovasculares	El Gobierno y las Organizaciones Nacionales pueden:	Las Organizaciones Locales y la Comunidad pueden:	Los Ciudadanos pueden:
Social y Económico	Incrementar precios del tabaco. Impuestos. Aplacar el desempleo, la exclusión social, los estándares bajos de educación y otros factores que hacen más duro llevar una vida saludable.	Aplacar la exclusión social. Incentivar a los empleados a ir al trabajo en bicicleta o caminando, o dejar el coche en casa.	Aprovechar oportunidades para mejorar la vida propia y la de los familiares, a través de la educación, la formación y el empleo.
Ambiental	Animar a los empresarios y otros actores implicados a proporcionar un ambiente libre de tabaco para los no fumadores.	Animar a los empresarios locales a proporcionar un ambiente libre de tabaco para los no fumadores. A través de los empresarios y empleados, trabajar conjuntamente para reducir el estrés en el trabajo. Proveer rutas seguras para ir en bicicleta y andando.	Evitar perjudicar con el humo a los fumadores pasivos.
Estilo de Vida	Terminar con la publicidad y promoción de tabaco. Prohibir la venta de tabaco a menores. Desarrollar <i>Centros de Vida Sana</i> . Asegurar el acceso y la disponibilidad de una gran variedad de alimentos y dietas sanas. Dar información sobre los riesgos para la salud que tiene el tabaco, la mala alimentación y no hacer ejercicio.	Estimular el desarrollo de escuelas y lugares de trabajo sanos. Implantar una política de transporte integrada, incluyendo una estrategia nacional sobre el transporte en bicicleta y medidas para que el transporte a pie sea una opción más. Informar sobre vida sana a grupos de riesgo.	Dejar de fumar o reducir en número de cigarrillos, vigilar la dieta y hacer ejercicio.
Servicios	Animar a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a dar consejos sobre una vida más sana. Asegurar que los profesionales de los sectores de la alimentación y el ocio están formados en dieta sana y actividad física.	Proporcionar ayuda a las personas que quieren dejar de fumar. Mejorar el acceso a una alimentación asequible en áreas deprimidas. Proporcionar facilidades para la actividad física y la relajación y mejorar el transporte para acceder a ellas. Identificar a la población de riesgo y proporcionarle servicios de alta calidad.	Aprender cómo reconocer un infarto y qué hacer, incluyendo técnicas de resucitación. Controlar la tensión regularmente. Tomar la medicación siguiendo la prescripción hecha.

Suecia

Para su elaboración se crea una [Comisión Pública Nacional de Salud](#) en el año 1997, integrada por miembros de todos los partidos políticos, expertos y representantes de autoridades nacionales, universidades y organizaciones no gubernamentales.



Esta Comisión trabajó durante tres años, reuniéndose con una periodicidad de al menos una vez al mes, para elaborar un Plan de Salud con los siguientes contenidos:

- Compromiso y metodología de trabajo
- Desarrollo de salud en Suecia
- Factores determinantes sociales y de salud
- Puntos de partida para establecer prioridades
- Visión y principales guías de acción para la equidad en salud

Desarrollado en base a los siguiente **principios inspiradores**:

- **Visión holística** del término salud
- Especialmente **enfocada** a:
 - **Atacar a las patologías crónicas**, por causar un perjuicio en la calidad de vida de los ciudadanos y por tanto un perjuicio al conjunto de la sociedad.
 - **Reducir las inequidades** entre:
 - Las diferentes clases socioeconómicas
 - Hombres y mujeres
 - Grupos étnicos
 - Áreas geográficas
- **Muy participativo**: ampliamente discutido y consensuado
- **Riguroso**: científicamente soportado

El **esquema metodológico** consistió en promover, con la supervisión y dirección de la *Comisión Pública Nacional de Salud*, un debate abierto entre los diferentes implicados: políticos, profesionales y ciudadanos de las principales áreas de interés. Este trabajo se realizó en tres fases:

1. **Desarrollo de un marco e inicio de una discusión pública**, con la elaboración y amplia distribución entre políticos, profesionales y ciudadanos de documentos realizados sobre el estado de salud.
2. **Valores éticos, hechos científicos y criterios de priorización** en las siguientes dimensiones: Incidencia y prevalencia, consecuencia en términos de morbi-mortalidad, distribución de las consecuencias y efectividad vs. Equidad, centradas en las enfermedades no mortales que afectan a la calidad de la vida de los individuos y por consiguiente a la prosperidad de la sociedad en su conjunto.

Objective	Indicators of fulfilment
Strengthen social cohesion and solidarity in society	
1. Counteraction of the wider disparities in income	Gini coefficient under 0.25 (in 1998, 0.25)
2. Reduction of relative poverty	Proportion of people living in poverty according to EU norms under 4% (at present 4.8%) Proportion of people with income below the social welfare poverty line under 7% (at present 8.9%) Proportion of households with children with long-term dependency on social assistance reduced to half
3. Elimination of long-term homelessness and dependency on social welfare benefits	Proportion of people with long-term dependency on social welfare reduced to less than 1% (at present 2.4%)
4. Reduction of political marginalization	Proportion of voters in general elections increased by 5% in districts where fewer than 60% voted in 1998; voter participation among people with foreign citizenship increased by 10%
5. Reduction in the frequency of suicide	Number of suicides reduced by 25% by 2010 (at present 21.1 per 100 000)
Increase opportunities for integration into the labour market and reduce social exclusion	
6. Increase in employment and reduction in long-term unemployment	Increase in employment from 78% to 85%; long-term unemployment reduced from 1.4% to 0.5%
7. Favourable opportunities for continuing education, retraining and adult education	40% of the labour force over the age of 25 with access to at least five working days of education every year (at present 26%)

Como consecuencia de este trabajo se publica en 1999 un documento (el **Green Paper**) que recoge los ocho principales objetivos para conseguir una sociedad más saludable, desglosados en objetivos específicos, como se aprecia en la tabla adjunta:

- Fortalecer la cohesión social y la solidaridad
- Aumentar las oportunidades en el mercado laboral y reducir la exclusión social
- Aumentar la seguridad en el espacio de trabajo
- Priorizar el apoyo de las familias con hijos, tanto con la disponibilidad de más tiempo, como de forma económica
- Ofrecer a niños y jóvenes las mismas oportunidades

- Ofrecer la oportunidad a ancianos y enfermos crónicos la oportunidad de modelar su vida en función de sus necesidades
- Crear las condiciones para una mejora de la salud sostenible
- Aumentar la solidaridad con aquellos con unos estilos de vida de mayor riesgo

3. **Actualización del *Green Paper***: esta última fase consistió en comunicar y consensuar dicho documento con los principales stakeholders para incorporar aquellos aspectos no tratados y hacer mayor énfasis en otros tratados sin la suficiente profundidad.

Para ello se identificaron hasta 32 agencias nacionales de sectores relacionados con la salud: medioambiente, trabajo, educación... para estudiar en qué medida sus acciones podían contribuir a mejorar la salud de la población.

Como consecuencia de todo ello se obtiene un **documento final** que marca las pautas de actuación **para conseguir una buena salud en igualdad de condiciones para todos**. Se centra en acciones sobre **3 grandes campos**: determinantes de salud, estilos de vida e infraestructura de salud pública y se estructura en **6 grandes objetivos generales**:

Propósito general		
Conseguir una buena salud en condiciones de equidad para todos		
Objetivos		
Fortalecer el capital social Mejorar las condiciones de trabajo Creer en un entorno medioambiental satisfactorio	Crear un entorno físico satisfactorio Estimular los estilos de vida saludables Desarrollar una infraestructura satisfactoria para la salud	
Que se desglosan en 18 objetivos específicos para los que se definen las líneas de actuación necesarias para alcanzarlos y los indicadores de desempeño para medir cada una de dichas líneas		
Áreas de acción		
Determinantes de salud	Estilos de vida	Infraestructura de salud pública
8 líneas	6 líneas	4 líneas

Así pues, los **6 objetivos generales** se desglosan a su vez en **18 objetivos específicos** y para cada uno de ellos hay definidas líneas de acción en el **plazo de los próximos 10 años** y el **indicador** que permita su seguimiento:

Health policy objectives	Specific targets	Indicators of achievement ^a
Strengthening the social capital		
1. A strong sense of solidarity and feeling of community in society	Reduced poverty	For example: distribution of material and economic resources (gini coefficient); proportion of households with disposable income below 50% of the median; proportion of people with long-term dependence on social assistance (dependence for 10 months per year); possibility of obtaining SEK 14 000 for unexpected expenses within one week; proportion of people with illness and those unemployed with the lowest level of economic compensation from the health insurance and occupational injury insurance system
	Reduced segregation in housing	For example: ratio of people with high and low income in residential areas (segregation index); ratio of people born in Sweden and elsewhere at parish level; number of homeless; number of municipalities with action plans to counteract homelessness
	Compensatory resources for children and young people in socially disadvantaged housing areas	For example: number of children in socially disadvantaged housing areas; allocation of resources to nursery schools, schools, primary care, police and recreation sectors in relation to need
2. A supportive social environment for the individual	Reduced isolation, loneliness and insecurity	For example: proportion of people with regular contact with relatives and/or close friends; proportion of people with fear of or being subject to violence; proportion of adults reporting psychological problems and psychosomatic symptoms
	Increased participation in leisure and cultural activities	For example: number of visits per 1000 inhabitants to library and sports establishments; number of boards/committees in municipalities per 1000 inhabitants, where inhabitants have a direct influence on activities, such as schools, care for the elderly; proportion of voters in general elections by district and citizenship

Objetivo general

Objetivo específico





Línea de acción





Indicador

Por último, en el documento final se incluyen:

- Las responsabilidades del *Instituto Nacional de Salud Pública* para la puesta en marcha del **Plan**.
- Un cálculo del coste anual de implantación de las medidas propuestas.
- La **recomendación de elaborar una nueva ley de salud** que defina el papel de los municipios en la propuesta y puesta en marcha de los planes relativos a la salud de la población a su cargo.

Tablas comparativas de los aspectos críticos identificados








	DINAMARCA 	NORUEGA 	REINO UNIDO 	SUECIA 
Elaboración del documento	Publicado por el Gobierno como su política de Salud pública	Escrito por un Comité establecido por el Gobierno (no tiene por qué representar totalmente las ideas del Gobierno)	Publicado por el Gobierno como su política de salud pública	Elaborado por un Comité, integrado por representantes de todos los partidos políticos del Parlamento
Principios inspiradores	<ul style="list-style-type: none"> Se centra en la mortalidad Pretende que la población viva y se comporte de un modo más saludable: cambiar el comportamiento de la población es la clave, incluso con la ayuda de profesionales de la salud Ataca las inequidades en gran medida 	<ul style="list-style-type: none"> Da una mayor prioridad a las enfermedades no mortales Establece el <i>fortalecimiento (empowerment)</i> de los ciudadanos como estrategia central: si la población tiene más poder sobre su propia vida, se comportará de forma más saludable y tendrá más salud El plan ataca las inequidades en salud en gran medida y está muy soportado en la investigación científica 	<ul style="list-style-type: none"> Muy centrado en la mortalidad Establece un contrato nacional donde los individuos y las autoridades trabajan juntos para cambiar el comportamiento de la gente y sus condiciones de vida Se centra en un muy alto grado en atacar las inequidades en salud 	<ul style="list-style-type: none"> Concede mayor prioridad a las enfermedades no mortales Énfasis en cambiar las conductas de vida y menos énfasis en el individuo Se centra en un muy alto grado en atacar las inequidades en salud Documento soportado en elementos de investigación científica
Justificación de la elaboración de una política de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> Apenas se hace ninguna declaración sobre por qué el Gobierno considera que la salud de la población, sobre todo la esperanza de vida media, es un problema sobre el que actuar. Se considera algo evidente en sí mismo. Tampoco se argumenta de forma explícita acerca de las razones de una política sanitaria pública. Tan sólo se comentan frases del estilo del deseo del Gobierno de dar a los daneses <i>"una vida más larga y mejor"</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Se pone de manifiesto un conflicto entre un discurso idealista o ético y uno económico. De este modo, se expone que los políticos han de promover la salud <i>"porque tienen una responsabilidad sobre el bienestar de la población y la economía de la sociedad"</i>, pero, por otra parte, se mantiene que los posibles beneficios económicos para la sociedad son irrelevantes ya que es un derecho en sí mismo conservar la salud de la población tanto como sea posible. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa inglés pretende crear "un país moderno y exitoso, para lo cual necesita más gente con mejor salud". De este modo, presenta 3 argumentos para mejorar la salud de la población: el <i>personal</i> (crear una mejor vida para los ciudadanos); el <i>social</i> (lograr una sociedad moderna unida por los valores de la justicia y la equidad, con menos desigualdades); y el <i>económico</i> (ahorrar dinero en el sector público y privado y mejorar la prosperidad). Se argumentan de forma explícita las razones de la política sanitaria pública. 	<ul style="list-style-type: none"> Se plantean una serie de objetivos éticos y al mismo tiempo se pone de manifiesto que se está <i>invirtiendo en salud</i>, ya que las ganancias derivadas de la política sanitaria son duales (los individuos viven más y la sociedad consigue una mayor prosperidad). Los suecos combinan, en su discurso, la racionalidad científica y el estado ético de bienestar. Los textos se basan ampliamente en la investigación y continua discusión y argumentación sobre prosy contras Se argumentan de forma explícita las razones de una política sanitaria pública.

	DINAMARCA 	NORUEGA 	REINO UNIDO 	SUECIA 
Identificación de los problemas de salud de la población	<ul style="list-style-type: none"> El programa Danés parte con un antecedente de escaso progreso en el indicador de esperanza de vida, en comparación con el resto de países europeos. De este modo, el programa da prioridad y está dirigido a aquellos problemas que influyen de forma especial en la esperanza de vida media en Dinamarca (se trata de un claro ejemplo donde es posible hablar del "poder de un solo indicador", ya que éste condiciona toda la agenda en Salud pública). El principal problema identificado es, por tanto, la comparativamente elevada mortalidad. Basándose en la mortalidad, las <i>enfermedades cardiovasculares</i>, el <i>cáncer</i>, los <i>accidentes</i> y las <i>enfermedades respiratorias</i> son considerados los principales problemas. Otro problema es el de las <i>inequidades en salud</i> para el que se centra en la salud de los colectivos marginados. Las enfermedades no mortales apenas se mencionan. Hacen numerosas comparaciones con otros países europeos y éstas parecen condicionar sus decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Los noruegos entienden la salud en su concepto más amplio, que no sólo incluye la ausencia de enfermedad sino también la calidad de vida. Las principales áreas de acción son 4: <i>lesiones de aparato locomotor</i>, <i>accidentes</i> y <i>lesiones</i>, <i>problemas psicosociales</i> y <i>asma</i> y <i>alergia</i> 	<ul style="list-style-type: none"> El programa inglés se centra en las 4 principales causas de enfermedad: <i>cáncer</i>, <i>enfermedades cardiovasculares e infarto</i>, <i>accidentes</i> y <i>suicidio</i>. La razón por la que se centran en la mortalidad no es porque se considere el único problema importante, sino porque "los datos de mortalidad ofrecen actualmente el soporte más sólido sobre el que establecer objetivos numéricos". Se describe en detalle las inequidades sociales, étnicas y geográficas en salud y se pone el énfasis en las muertes antes de los 65 o 70 años. 	<ul style="list-style-type: none"> El informe sueco refleja autocomplacencia en cuanto al éxito obtenido en la creación y mantenimiento de condiciones para la prosperidad y desarrollo de una buena salud. Se pone de manifiesto que salud de los suecos es buena y que está mejorando, pero que existen algunos grupos sociales que están quedándose atrás, siendo éste (las inequidades en salud) uno de sus principales problemas de salud. Identifican lo que ellos llaman "<i>carga de enfermedad</i>", mediante el cálculo de las consecuencias mortales y no mortales, la salud percibida por las personas y el coste de la enfermedad. Se da especial prioridad a las enfermedades psiquiátricas.
Factores que condicionan la salud	<ul style="list-style-type: none"> Al tratarse de un programa muy centrado en la mortalidad, no se da apenas importancia a los factores asociados con las enfermedades no mortales. En el programa danés el comportamiento de la gente se considera la principal causa de mala salud. Si bien el programa menciona otras áreas de la sociedad que tienen influencia en la mala salud y se refiere escuetamente a políticas en ellas, se centra de forma principal en 5 factores de riesgo del individuo: <i>tábaco</i>, <i>alcohol</i>, <i>accidentes</i>, <i>hábitos alimentarios no saludables</i> y <i>falta de ejercicio</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Del mismo modo que el Comité noruego responsable de la elaboración de la estrategia de salud utiliza una definición de salud amplia, pone de manifiesto una amplia definición de sus causas. De este modo, define grupos de enfermedades según 3 tipos de causas: (i) <i>enfermedades infecciosas</i> (ii) <i>enfermedades derivadas de los estilos de vida</i> (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares...) (iii) <i>nuevas enfermedades causadas por deficiencias en la sociedad y falta de solidaridad</i> (problemas psicosociales desórdenes mentales leves, enfermedades del aparato locomotor). Se pone de manifiesto el hecho de que hay factores desconocidos que influyen en la salud de los individuos, de modo que es un error culpar al individuo enfermo de que lo esté. De este modo, se pretende evitar la trampa de culpar a la víctima y de esta forma, responsabilizarla. Por ello, cada vez que hablan de enfermedades derivadas de "<i>estilos de vida</i>", entrecorren esto último. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa inglés pone de manifiesto que las causas de la mala salud son diversas y que se trata de una compleja interacción entre factores personales, sociales, económicos y medioambientales. <i>Our Healthier Nation</i> reconoce la existencia de determinantes de la salud, que influyen ampliamente en la misma. Mientras que las decisiones individuales sobre los estilos de vida tienen una gran importancia, también hay otros factores que quedan fuera del control del propio individuo. A menudo se menciona la pobreza y la exclusión social como causas de mala salud y de las crecientes desigualdades sociales y étnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> El informe sueco presenta una visión compleja de las causas de la mortalidad y la morbilidad y habla de una etiología multifactorial y una "<i>red de causas</i>". Se enfatiza que la mayoría de los problemas de salud tienen una combinación de causas asociadas con factores estructurales en la sociedad y factores relacionados con el comportamiento individual. El grado de integración social, la confianza entre las personas y hacia las instituciones es tan importante como la riqueza económica para la salud pública. Se asume que Suecia tienen un enorme "<i>capital social</i>" por tener un buen desarrollo en salud.

	DINAMARCA 	NORUEGA 	REINO UNIDO 	SUECIA 
Líneas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> El programa danés se centra en motivar el comportamiento saludable en cuatro áreas (<i>tabaco, alcohol, dieta y ejercicio</i>), en cada una de las cuales se definen sus propios objetivos y que constituyen el eje central en el diseño de actividades. Se pone de manifiesto que las autoridades tienen la obligación de informar a la población sobre los comportamientos saludables y aquellos de riesgo, así como darles los mensajes apropiados y las soluciones. La motivación de la población es un elemento crucial para cambiar su comportamiento. En el programa danés apenas se presta atención a las condiciones de vida. El papel de los servicios de salud y el sector social tiene gran importancia; se considera que juega un papel central en el programa de salud pública. En cuanto a los profesionales, su papel es actuar como modelos de comportamiento y llevar a cabo "<i>diálogos de salud</i>" con sus pacientes. Se espera que los profesionales identifiquen las personas con problemas e intervengan, considerándose ésta la acción más importante para reducir las inequidades en salud. Las actividades para reducir las inequidades sociales se centran casi en exclusividad en grupos marginados como mujeres embarazadas con problemas de abuso de drogas, jóvenes marginados del mercado laboral o ancianos aislados. Entre los profesionales, el médico de primaria es una pieza clave en la reducción de inequidades en salud. El comportamiento en salud de los individuos es considerado una responsabilidad tanto de los individuos como de las autoridades. Los profesionales sanitarios deben ayudar a la población a dirigir su comportamiento en la dirección apropiada, lo cual se puede considerar una aproximación muy paternalista. En el programa danés se hacen muchas afirmaciones en un lenguaje autoritario, así como no se recoge el soporte científico de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> El documento noruego, con su amplia definición de salud, tiende a hacer una política de salud que abarca todo. Como ya se ha comentado, un elemento central en la estrategia de salud noruega es el término "<i>fortalecimiento</i>" (<i>empowerment</i>): fortalecer los valores que dan al individuo o a los grupos la posibilidad de responsabilidad, participación, solidaridad y el control, no reduce la prevalencia de las enfermedades relacionadas con los estilos de vida, así como las inequidades sociales. En el informe noruego, la "debilidad de los individuos es vista como una parte de la mala salud y como una causa de la misma, de modo que el "fortalecimiento" se considera parte de la buena salud y el medio de obtenerla. Se pone de manifiesto que trabajar por una buena salud es responsabilidad tanto del sector público como del individuo. La tarea del sector público es organizar todo de modo que los individuos puedan hacerse responsables de su propia salud. Esta función del estado se puede caracterizar como "de Estadofacilitador", que ayuda a los individuos a asumir su responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> En concordancia con la forma en que se justifican las causas de la enfermedad, su mejora se promueve de dos formas: tanto a través de cambios en el comportamiento, como en las condiciones de vida. Muchos de los factores que influyen en la salud (vivienda, empleo...) son parte de otras iniciativas del Gobierno. De este modo, se detalla cómo el programa de salud pública se alinea con otros programas de la Administración. Los ingleses lanzan un contrato nacional, en el que tanto la población, como las autoridades locales y las nacionales han de trabajar de forma conjunta para conseguir el objetivo de mejorar la salud. Los documentos de salud pública ingleses (especialmente <i>Saving lives</i>) se caracterizan por el deseo de demostrar un gran espíritu y fuerza por crear una nueva, más moderna y saludable Inglaterra. Entre las actividades sugeridas en el programa de salud pública inglés muchas se centran en el cambio del comportamiento de los individuos. De esta forma, para conseguir que la población cambie sus hábitos de vida, el Gobierno pretende establecer los <i>Centros de Vida Saludable (Healthy Living Centres)</i>, donde la población puede solicitar ayuda para dejar de fumar, adquirir hábitos alimenticios saludables, formación para el empleo... La co-responsabilidad es un tema central en los documentos de salud pública ingleses: se pretende buscar un punto intermedio ente el victimismo individual y la culpabilización al Gobierno. Al diferencia del Gobierno danés que quiere decir a sus ciudadanos qué hacer y darles soluciones, los ingleses creen que eso podría ser contraproducente y por tanto, tratan a los individuos como socios autónomos y no como entes que han de ser dirigidos. Reconoce la importancia del "fortalecimiento" de los pacientes, pero dice que hay pasos que un Gobierno ha de dar para ayudar a su población a mantenerse sana. 	<ul style="list-style-type: none"> En el informe sueco se caracterizan dos métodos para mejorar la salud pública: (i) persuadir o forzar a la población a mantenerse sano, o (ii) crear las condiciones apropiadas y dar a las personas opciones para mantenerse sano. De este modo, se aboga por una combinación de estrategias orientadas hacia las estructuras y hacia los individuos, haciendo un especial esfuerzo en poner de manifiesto las áreas sobre las que el individuo apenas tiene (o no tiene) influencia. Los suecos se resisten a imponer ninguna responsabilidad sobre la población. Las principales intervenciones se dirigen a cambiar las condiciones de vida de una forma que se podría describir como complaciente pero también ejerciendo la autoridad. En los documentos suecos se critican algunos de los objetivos centrados en los riesgos, las enfermedades o la edad, ya que se dice que dejan a un lado las causas estructurales de la falta de salud.

5. Descripción de los Planes de Salud actualmente en vigor en España

Planes de salud analizados:

-  *II Plan Andaluz de Salud 1999-2002*
-  *II Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010*
-  *II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007*
-  *II Plan de Salud de la Comunidad de Valencia 2001-2004*
-  *II Plan de Salud de Extremadura 2001-2004*
-  *II Plan de Salud de Navarra 2001-2005*
-  *I Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 1995-2002*

II Plan Andaluz de Salud 1999-2002

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan

En el momento de elaboración del II Plan Andaluz de Salud (II PAS), la Comunidad Autónoma de Andalucía ya disponía de competencias plenas en materia sanitaria.

PRINCIPIOS INSPIRADORES DEL II PAS

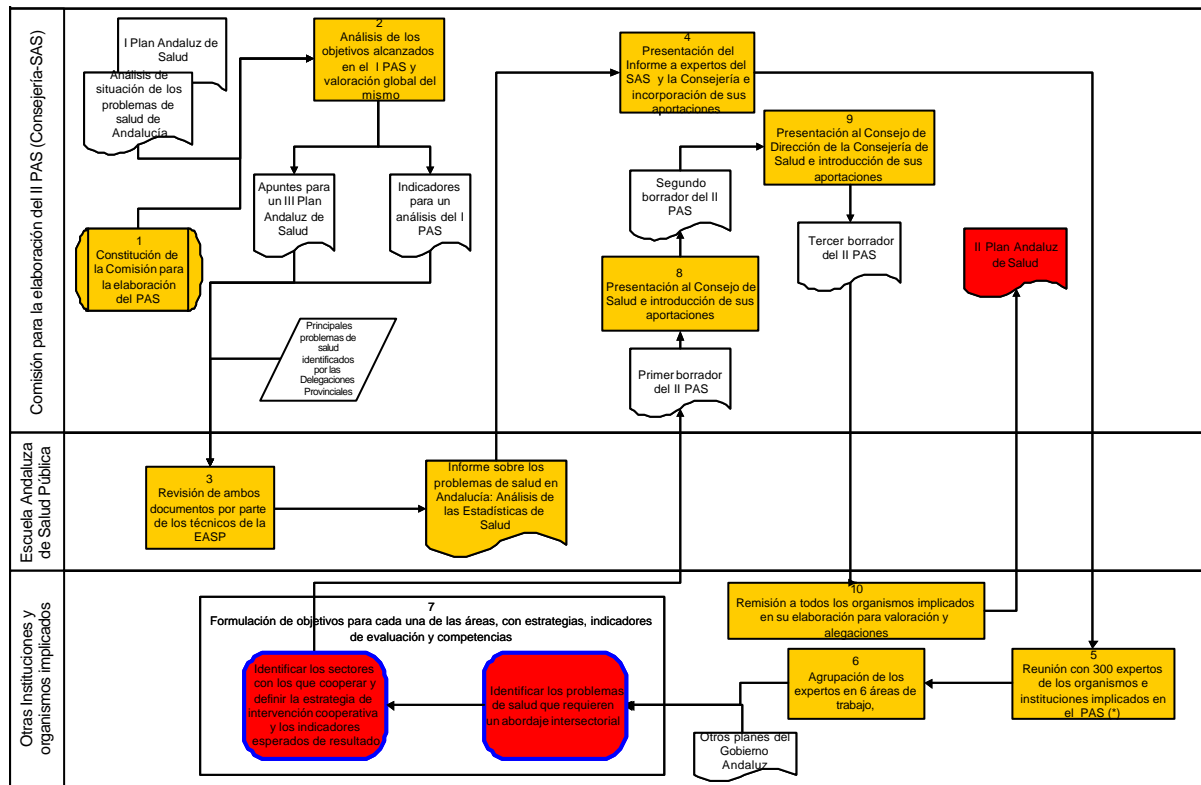
- ⚙ Conciliar voluntades políticas, institucionales, profesionales y sociales, en torno a la salud en Andalucía
- ⚙ Articularse en torno a tres ejes que se consideran esenciales en la política social andaluza:
 - ⚙ Mejorar la Salud
 - ⚙ Incrementar la solidaridad con los que más necesidades tienen
 - ⚙ Mejorar los cuidados sanitarios que reciben los ciudadanos
- ⚙ El convencimiento de los ciudadanos es imprescindible para que cualquier Gobierno pueda mejorar su salud
- ⚙ Necesidad de reequilibrar mejor las actuaciones en el sistema sanitario

APARTADOS EN QUE SE ESTRUCTURA

- Presentación
- Metodología
- Análisis de la situación actual de salud en Andalucía
- Propuestas de actuación
- Anexos
 - Glosario de objetivos, estrategias y competencias
 - Convergencia del PAS con otros planes del Gobierno Andaluz
 - Bibliografía
 - Colaboradores

Esquema metodológico

A continuación se recoge la metodología utilizada para la elaboración del II PAS:



ÁREAS DE TRABAJO EN TORNO A LAS QUE SE AGRUPAN LOS EXPERTOS:

- Niños y adolescentes
- Juventud
- Mujeres
- Personas Mayores
- Salud laboral
- Colectivos con necesidades especiales
- Medio ambiente e higiene alimentaria

(*) Participan:

- Representantes de **todas las Consejerías implicadas** en la solución de los problemas de salud detectados: Trabajo e Industria, Medio Ambiente, Asuntos Sociales, Agricultura y Pesca, Economía y Hacienda, y Educación y Cultura.
- Representantes delegados por las distintas **asociaciones científicas**.
- Representantes del **Ministerio de Interior y de Justicia**.
- Delegados de la **Federación Andaluza de Municipios y Provincias**.
- Representantes de **FAISEM**.
- **Jefes de Salud provinciales**.
- **Técnicos de distintos servicios de la Dir. Gral. Salud Pública y Participación** (Consejería de Salud).

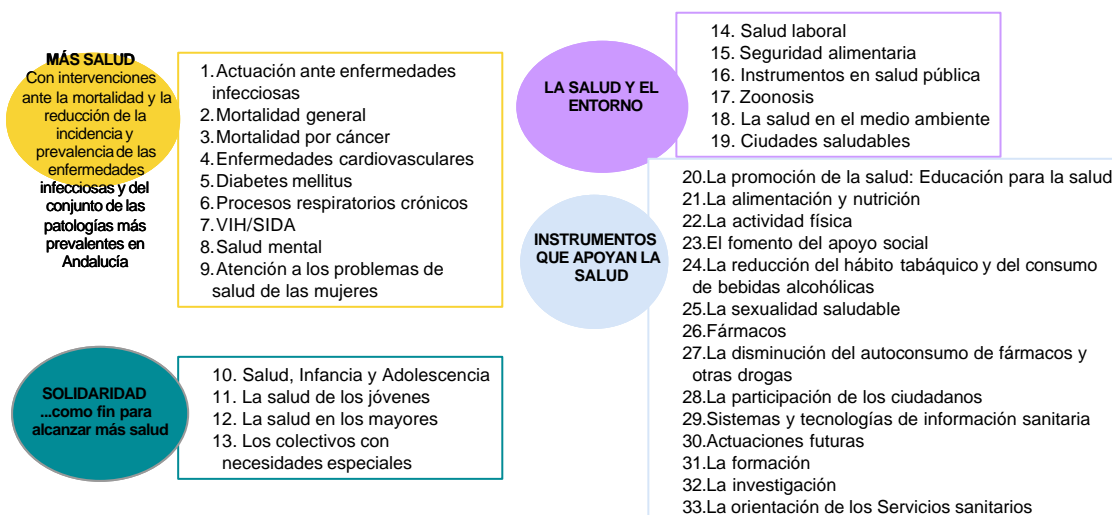
Análisis de la situación

El análisis de situación del Plan lo integran los siguientes apartados:

- 1. Análisis demográfico: evolución de la población Andaluza**
 - Principales características de la evolución demográfica de la población de Andalucía y conclusiones
- 2. Análisis de factores sociales, biológicos y ambientales determinantes de la salud**
 - Población ocupada por sectores económicos, evolución de la renta disponible, crecimiento del valor añadido bruto, tasa de empleo y paro, industrias, intoxicaciones agudas por plaguicidas
- 3. Análisis de mortalidad**
 - Mortalidad general, infantil, perinatal y neonatal, por causas, en población mayor de 65 años, nº de años potenciales de vida perdidos, por SIDA.
- 4. Análisis de morbilidad**
 - Distribución de la población según tipo de enfermedad crónica que padecen, prevalencia de HTA, SIDA y Diabetes, accidentes por sexo y edad, coberturas de planificación familiar, nº de casos de IVE, discapacidad, estancias hospitalarias en mayores de 65 años
- 5. Análisis de los recursos disponibles**
 - Camas (públicas y privadas), alta tecnología, evolución del gasto sanitario
- 6. Conclusiones del análisis de la situación de salud**

Identificación de áreas prioritarias de actuación

Las Propuestas de actuación del II PAS se articulan en torno a **4 grandes áreas**: Más salud, Solidaridad, La salud y el entorno e Instrumentos que apoyan la salud. Destacando el principio de equidad como eje cohesionante de todas ellas, se identifican un total de **33 propuestas de actuación**, de carácter general:



Definición de objetivos y medidas/planes de intervención

Para cada una de las áreas prioritarias de actuación definidas se identifican una serie de objetivos, **92 en total** y para cada uno de ellos diversas medidas/planes de intervención. Cabe señalar, no obstante, que para algunas de las áreas prioritarias (Instrumentos en salud pública, Fármacos, La disminución del autoconsumo de fármacos y otras drogas, Sistemas y tecnologías de información sanitaria, Actuaciones futuras, La formación, La investigación y La orientación de los Servicios sanitarios) de actuación identificadas no se definen objetivos, sino tan sólo medidas de intervención.

Como paso previo a la definición de los distintos objetivos, para cada área prioritaria de actuación se realiza una pequeña introducción de la situación actual en Andalucía, así como del nivel de cumplimiento de los objetivos relacionados con éste, definidos en el Plan de Salud anterior.

Para la mayoría de los objetivos, así como para las distintas medidas/planes de intervención definidos, se identifican los **responsables de su cumplimiento**. En este sentido, cabe destacar que del total de 92 objetivos, 64 tienen un carácter intersectorial, es decir, las competencias corresponden (de forma exclusiva o compartida) a unidades de la Administración de fuera del sector salud.

En cuanto a la **tipología de los objetivos**:

1. El alcance temporal coincide, en su mayoría, con todo el período de implantación del II PAS.
2. Se trata, en general, de objetivos de carácter amplio, en algunos casos cuantitativos pero también existen numerosos objetivos de carácter cualitativo. No se pone de manifiesto la justificación científica de los mismos.

En cuanto a la tipología de las medidas/planes de intervención:

1. Se trata de medidas de carácter genérico.
2. Se identifica el responsable de su cumplimiento en la mayoría de ellas.

No se realiza una estimación de los costes de implantación de las distintas estrategias.

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

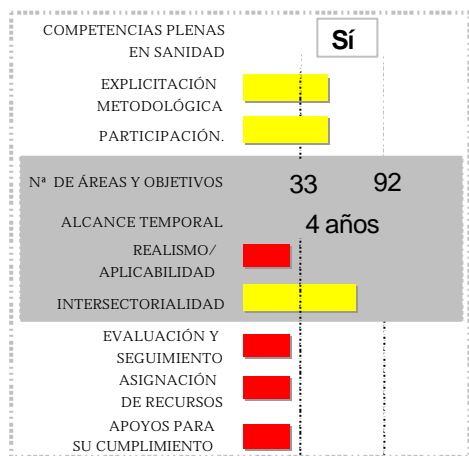
No se definen de forma específica mecanismos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de cada uno de los objetivos establecidos en el II PAS (ausencia, por tanto, de indicadores). No obstante, en algunos objetivos, sí se explicita que se han de incluir en los **Contrato Programa**, donde se definen anualmente los objetivos que tienen que alcanzar las organizaciones de prestación de servicios sanitarios y su escenario financiero.

En este sentido, la **Comisión Interdepartamental de Salud**, regulada por el Decreto 247/1997 (e integrada por representantes de la Consejería de Salud (Consejero, Viceconsejero, Dir. Gral. Salud Pública y Participación), del SAS (Dir. Gral. Asistencia Sanitaria), de las restantes Consejerías que constituyen la Administración de la Comunidad Autónoma, y un Alcalde o Concejäl designado por la Federación Andaluza de Municipios y Provincias), tiene como **funciones** las siguientes:

- Coordinar y concretar las líneas de trabajo de cada uno de los Departamentos implicados en la ejecución del PAS y supervisar su cumplimiento.
- Elaborar la memoria anual de evaluación de todos los objetivos del PAS.
- Proponer al Consejo de Gobierno las adaptaciones necesarias para la formulación de los objetivos propuestos.

No obstante, hasta la fecha, la Comisión Interdepartamental de Salud no se ha constituido. **Aspectos críticos identificados**

Atendiendo a los principios inspiradores, el II PAS otorga una gran importancia al **reequilibrio de las actuaciones en el sistema** sanitario y a la solidaridad social. De este modo, todas las propuestas de actuación identificadas pretenden estar impregnadas con el concepto de **equidad**.



El nivel de **participación** se puede **considerar medio**, así como el grado de **intersectorialidad en la participación**:

- La elaboración del II PAS fue liderada desde la Dirección General de Salud Pública y Participación, en estrecha colaboración (sobre todo en la fase de análisis de situación) con los técnicos de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

- En relación a la participación intersectorial, además de la de carácter formal (presentación al Consejo de Salud de un 1^{er} borrador para su revisión y presentación a todos los organismos implicados de un 3^{er} borrador para su revisión), cabe destacar una reunión (de 3 días de duración), en una primera etapa, con más de 300 expertos de todos los organismos e instituciones implicadas en la salud de los andaluces donde, sobre la base del análisis de situación realizado, se crearon Grupos de trabajo con el fin de formular objetivos, medidas de intervención, indicadores de evaluación y fijar las competencias. No obstante, a pesar de la constitución de estos grupos de trabajo, se trató más bien de una reunión de validación a nivel macro, que de una reunión de trabajo conjunto. Cabe destacar que las áreas en torno a las que se crearon los grupos de trabajo (*Niños y adolescentes; Juventud; Mujeres; Personas Mayores; Salud laboral; Colectivos con necesidades especiales; Medio ambiente e higiene alimentaria*) difieren en gran medida de las 4 áreas en las que finalmente se articuló el Plan (*Más salud; Solidaridad; Salud y entorno; e Instrumentos que apoyan la salud*).
- Además de la participación de los ciudadanos a través del Consejo de Salud, no se desarrolla ningún mecanismo adicional de participación ciudadana,

Se identifican **33 áreas prioritarias de actuación** (de carácter bastante específico), si bien no se explicitan en el documento los mecanismos de priorización utilizados.

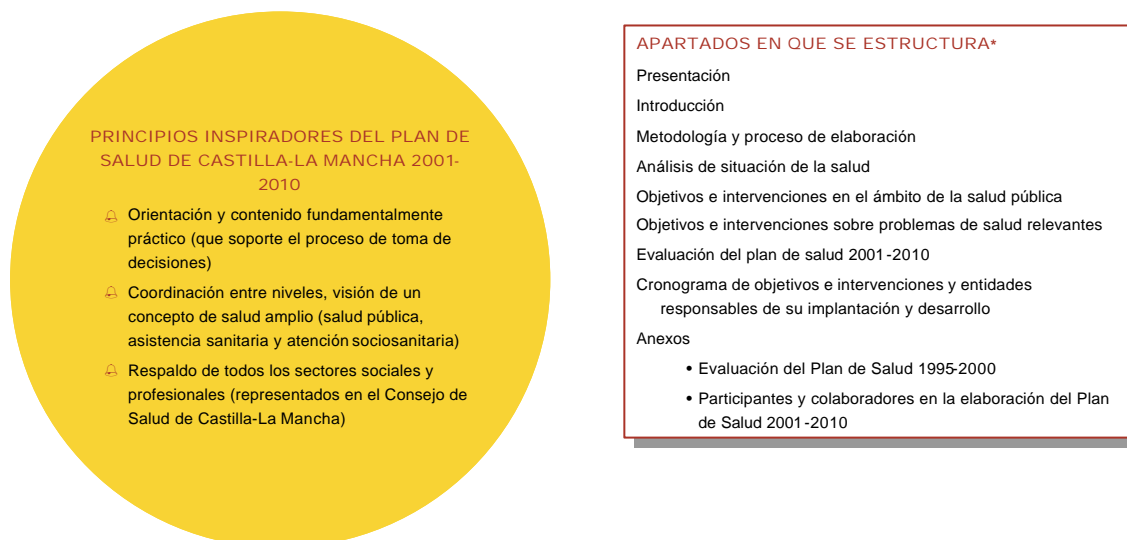
En el II PAS se definen un total de **92 Objetivos** (tanto cualitativos como cuantitativos):

- Para cada uno de ellos, se recogen diversas medidas/planes de intervención (en su mayoría de carácter genérico, para las que no se identifican indicadores, si bien se detalla a quién correspondería su ejecución). Asimismo, cabe señalar que en algunas de las áreas prioritarias de actuación no se identifican Objetivos (fundamentalmente en aquéllas del bloque de *Instrumentos que apoyan la salud*), sino tan sólo medidas/planes de intervención.
- Para cada uno de los objetivos coincidentes con los del anterior Plan de Salud se evalúa, de forma cualitativa, el nivel de cumplimiento.
- El alcance temporal de la mayoría de los objetivos coincide con el alcance temporal del Plan (4 años). Del total de 92 objetivos, 64 tienen un carácter intersectorial.

No se definen de forma específica mecanismos de evaluación y seguimiento del Plan, si bien en algunos casos se recomienda dentro de las medidas/planes de intervención, la inclusión del objetivo correspondiente en los Contratos Programas, aunque esto no siempre se ha llegado a materializar. Por otra parte, la Comisión Interdepartamental de Salud, responsable por Ley del seguimiento y evaluación del cumplimiento de objetivos del II PAS, nunca se llegó a constituir.

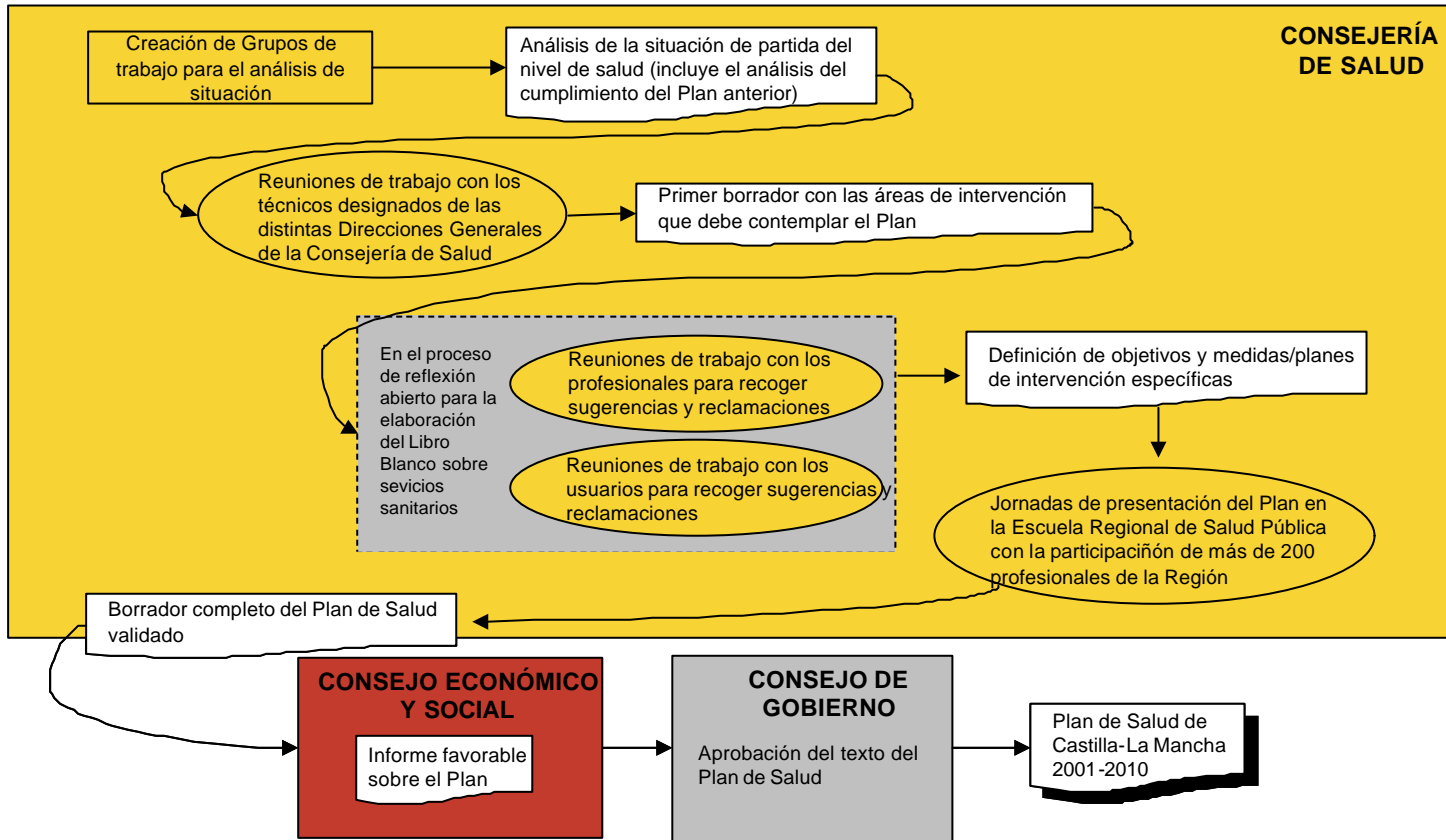
II Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2002

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan



(*) Índice que recoge lo dispuesto en la Ley 8/2000, de 30 de Noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha en su título IV.

Esquema metodológico



Análisis de situación

El análisis propuesto para realizar el diagnóstico del estado de salud incluye: los **condicionantes** más influyentes en la salud de una población, los **indicadores** más relevantes acerca de mortalidad y morbilidad para medir **el estado de salud**, el **análisis de los servicios y prestaciones sanitarias** y la **evaluación del plan de salud anterior***.

La evaluación del Plan de Salud previo **no incluye el grado de cumplimiento de cada uno de los planes de intervención**, sino que se hace a partir del análisis de la evolución de los indicadores propuestos para los objetivos generales de salud.

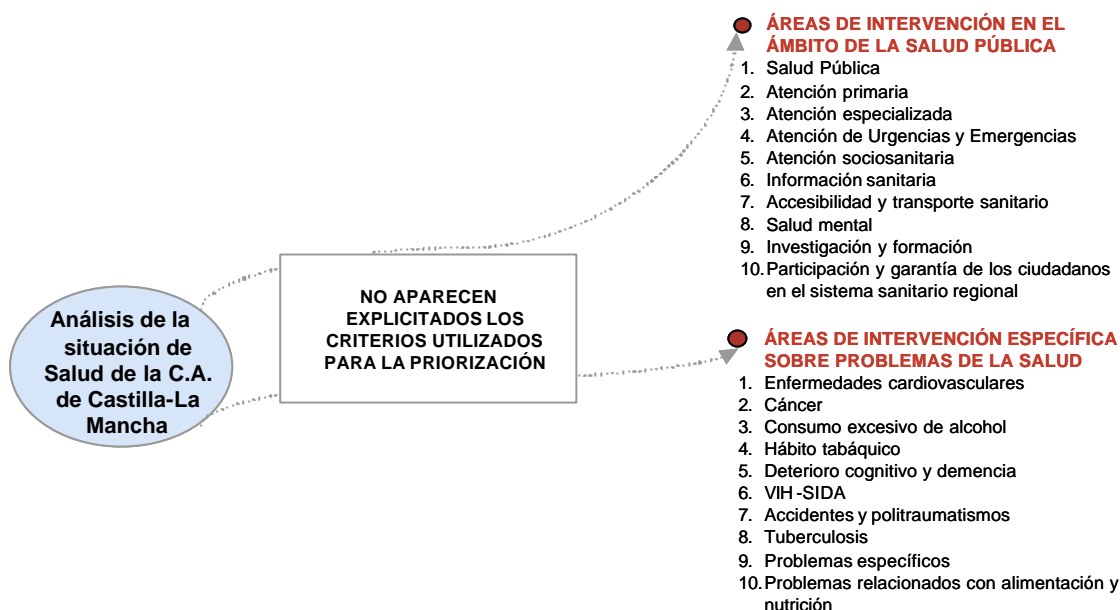
<p>1. Condicionantes del estado de salud</p> <ul style="list-style-type: none">• Medio físico• Demografía• Condicionantes socioeconómicos• Medioambiente e higiene de los alimentos• Estilos de vida <p>2. Estado de Salud</p> <ul style="list-style-type: none">• Mortalidad<ul style="list-style-type: none">Comparación de los principales indicadoresEstudio de causas por grupo de edadMortalidad por tumores• Morbilidad<ul style="list-style-type: none">AccidentesEnfermedades crónicasSalud mentalDrogodependenciaTransplante de órganosHospitalaria	<p>Enfermedades de declaración obligatoria</p> <p>Zoonosis</p> <p>Enfermedades prevenibles con vacunación</p> <p>Enfermedades alimentarias</p> <p>Tuberculosis</p> <p>SIDA</p> <p>Gripe</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Discapacidad</p> <p>3. Análisis de los servicios y prestaciones sanitarias</p> <ul style="list-style-type: none">• Problemas de salud• Estilos de vida• Servicios sanitarios• Formación e investigación <p>4. Evaluación del Plan de Salud de Castilla la Mancha 1995-200.*</p>
---	---

Proporciona un resumen de la información más relevante al final de cada uno de los apartados.

Identificación de áreas prioritarias de actuación

Tras el análisis de la situación de Salud de la C.A. de Castilla-La Mancha **se plantean dos áreas de intervención, sin que aparezcan explicitados los criterios** por los que se efectúa esta separación:

- **Área de Salud Pública**, donde se recogen cada uno de los niveles involucrados: salud pública, Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Emergencias, Salud mental, Investigación y formación....- **Principales problemas de salud**, desglosados en apartados que se corresponden con las principales causas de los problemas de salud detectados, ya sean patologías (como el cáncer, la demencia, el SIDA, la tuberculosis) o los factores de riesgo que los desencadenan (tabaco, alcohol, alimentación...)



Definición de objetivos

La presentación de los objetivos del área de intervención en el ámbito de la salud pública y los de intervención específica sobre problemas de salud se hace por separado (en capítulos diferentes) y con una estructura y tipología distinta. Como consecuencia de esta separación **existe solapamiento entre algunos de los objetivos** sin que se hagan referencias cruzadas entre ellos. Esto, unido al **elevado número de objetivos** (88 en total) **dificulta la identificación de los puntos críticos** sobre los que se pretende influir mediante el Plan de Salud.

En cualquier caso, **el alcance temporal del Plan (diez años) dificulta la definición de las pautas de actuación** requeridas para lograr los objetivos más allá de cinco años.

A continuación se describen las principales características de los objetivos de cada una de las áreas:

Áreas de intervención en el ámbito de la salud pública	Áreas de intervención sobre problemas de salud
<p>No se especifica la metodología seguida a la hora de definir los objetivos. Sólo en algunos objetivos se hace referencia al área del análisis de situación que los justifican. Se definen 49 objetivos que cubren casi la totalidad de aspectos de las áreas seleccionadas.</p>	<p>Cada apartado comienza con un breve análisis de los datos y su tendencia, con referencias a la situación de cada uno de los niveles implicados en cada problema de salud (salud pública, AP, AE, Urgencias y Emergencias y atención sociosanitaria), si bien no se explicita la metodología seguida para llegar a fijar los objetivos.</p> <p>Se definen un total de 39 objetivos, desglosados en función de los niveles asistenciales responsables de su consecución.</p>

Medidas/Planes de intervención

La naturaleza, definición de responsables y desarrollo del cronograma no es homogénea, como consecuencia del distinto planteamiento del Plan según se refiera al área de salud pública o de problemas de salud, como se aprecia en el siguiente cuadro resumen:

Áreas de intervención en el ámbito de la salud pública	PLANES DE ACCIÓN	Áreas de intervención sobre problemas de salud
<p>No se explicita la metodología seguida para establecer las líneas de acción Directamente se definen los planes de acción propuestos para alcanzar cada objetivo</p> <p>El cronograma y responsables de los mismos se detalla en un capítulo aparte en el que:</p> <ul style="list-style-type: none">- Todos los planes de acción tienen asignado un responsable (incluyendo aquellos que por su naturaleza intersectorial exceden el ámbito de la Consejería de Salud)- Se detalla un cronograma con el alcance temporal (expresado en años) de cada uno de los planes de acción propuestos		<p>No se explicita la metodología seguida para establecer las líneas de acción Para este área el formato del documento dispone de tablas con los distintos niveles de asistencia sanitaria involucrados (salud pública, AP, AE, Urgencias y Emergencias y Atención Sociosanitaria) y los objetivos y planes de intervención asignados a cada uno Así pues, en la definición de la propuesta viene marcado el plazo de consecución de la misma y el responsable de su cumplimiento, sin que sea necesario un capítulo específico que lo detalle</p>

La asignación de recursos constituye un capítulo aparte en el que **no se detalla el desglose de recursos por objetivos**, sino que se hace una estimación del gasto extra derivado de la implantación del Plan.

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

Para la evaluación y seguimiento del Plan de Salud se propone:

1. La definición de **indicadores**, únicamente para los **objetivos del área de intervención en el ámbito de salud pública**.
2. La **creación de una estructura** (unidad administrativa) **responsable del seguimiento y evaluación del Plan de Salud** que garantice su función como un verdadero instrumento de gestión, entre cuyas responsabilidades se encuentran:
 - Diseñar las bases de datos que han de recoger la información generada en los distintos niveles del sistema sanitario regional.
 - Recogida, tratamiento y análisis de información.
 - Seguimiento de los indicadores propuestos.
 - Realización de documentos de carácter periódico*, donde se recoja la evolución y evaluación de los objetivos del Plan.
 - Remisión periódica de indicadores y su evolución a los servicios y niveles responsables de la implantación y/o desarrollo de las líneas de acción.

Áreas de intervención en el ámbito de la salud pública:

Los indicadores definidos concuerdan con las líneas de actuación (**un indicador por línea**)

En cuanto al tipo (cuali o cuantitativo) **se ajusta a la naturaleza del objetivo**

Áreas de intervención específica sobre problemas de salud:

No existe una definición de indicadores para las líneas de actuación propuestas en esta área

Se propone la realización de Encuestas de Salud, Registros específicos e investigación de resultados para conocer el impacto de las intervenciones sobre el estado inicial



ESTRUCTURA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

***INFORMES A REALIZAR POR LA ESTRUCTURA RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD**

- ✓ Informe anual de seguimiento del plan (nivel de desarrollo, principales desviaciones)
- ✓ Informes bianuales que incluyan el análisis del estado de salud de la población, así como el del sistema de atención sanitaria
- ✓ Otros informes que puedan ser solicitados

Aspectos críticos identificados

La **elaboración** del Plan de salud es **previa a la transferencia** de competencias a nivel autonómico en materia de sanidad.

El plan **incluye la participación de usuarios y profesionales** en el proceso de definición de objetivos y líneas de actuación. En el **análisis de la situación** de salud de Castilla-La Mancha destaca:

- **Incluye el análisis del plan de salud anterior**, aunque no se evalúan los indicadores del grado de realización de las líneas de actuación propuestas.
- **Se hace un resumen de lo más significativo** al final de cada apartado.

No se explicitan los criterios metodológicos que justifican la elección de los objetivos y planes de **acción propuestos** en lugar de otros.



Se definen dos áreas: salud pública y problemas de salud, que son desarrolladas de manera independiente.

Se definen un total de 88 objetivos para cuya consecución se proponen un gran número de **líneas de intervención** de naturaleza **heterogénea** y muy **amplio espectro**. El interés por cubrir todos los problemas detectados, la separación propuesta en áreas independientes y el **elevado alcance temporal** (diez años) hace de éste un Plan muy ambicioso pero **poco realista** por la dificultad que entraña su aplicación.

Muchos de los objetivos requieren un planteamiento intersectorial, aunque no se explicita si en su definición se ha contado con representantes de otros sectores.

Se define la necesidad de **crear una estructura responsable del seguimiento y evaluación del Plan de Salud** y se proponen indicadores para el seguimiento, aunque únicamente para los planes de área de salud pública. La asignación de recursos constituye un capítulo aparte en el que **no se detalla el desglose por objetivos**, sino que se hace una estimación del gasto de la implantación del Plan repartido por niveles asistenciales.

No se explicitan las herramientas o apoyos para hacer operativo el Plan.

II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan

El Plan se elabora en un momento en que la Junta de Castilla y León no dispone de competencias plenas en materia sanitaria, sino que **la asistencia sanitaria sobre la población beneficiaria de la Seguridad Social es competencia de la Administración Central a través del extinto INSALUD.**

PRINCIPIOS INSPIRADORES DEL II PLAN DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

- ⚠ Continuidad al Plan Estratégico de Salud de Castilla y León de 1991 (I Plan de Salud de Castilla y León)
- ⚠ Abierto a la participación de todas las Administraciones con competencias en salud, profesionales y sectores sociales implicados
- ⚠ Objetivos realmente alcanzables
- ⚠ Carácter marcadamente descentralizado (participación de representantes de las Áreas de Salud)
- ⚠ Incorporación mecanismos de evaluación continua

APARTADOS EN QUE SE ESTRUCTURA

Introducción

Objetivos

1. Problemas de Salud
2. Intervenciones relacionadas con los estilos de vida, el Medio Ambiente y los Servicios Sanitarios
3. Intervenciones sobre grupos de edad prioritarios
4. Intervenciones de apoyo al Sistema Sanitario

Planes sectoriales y programas

Financiación

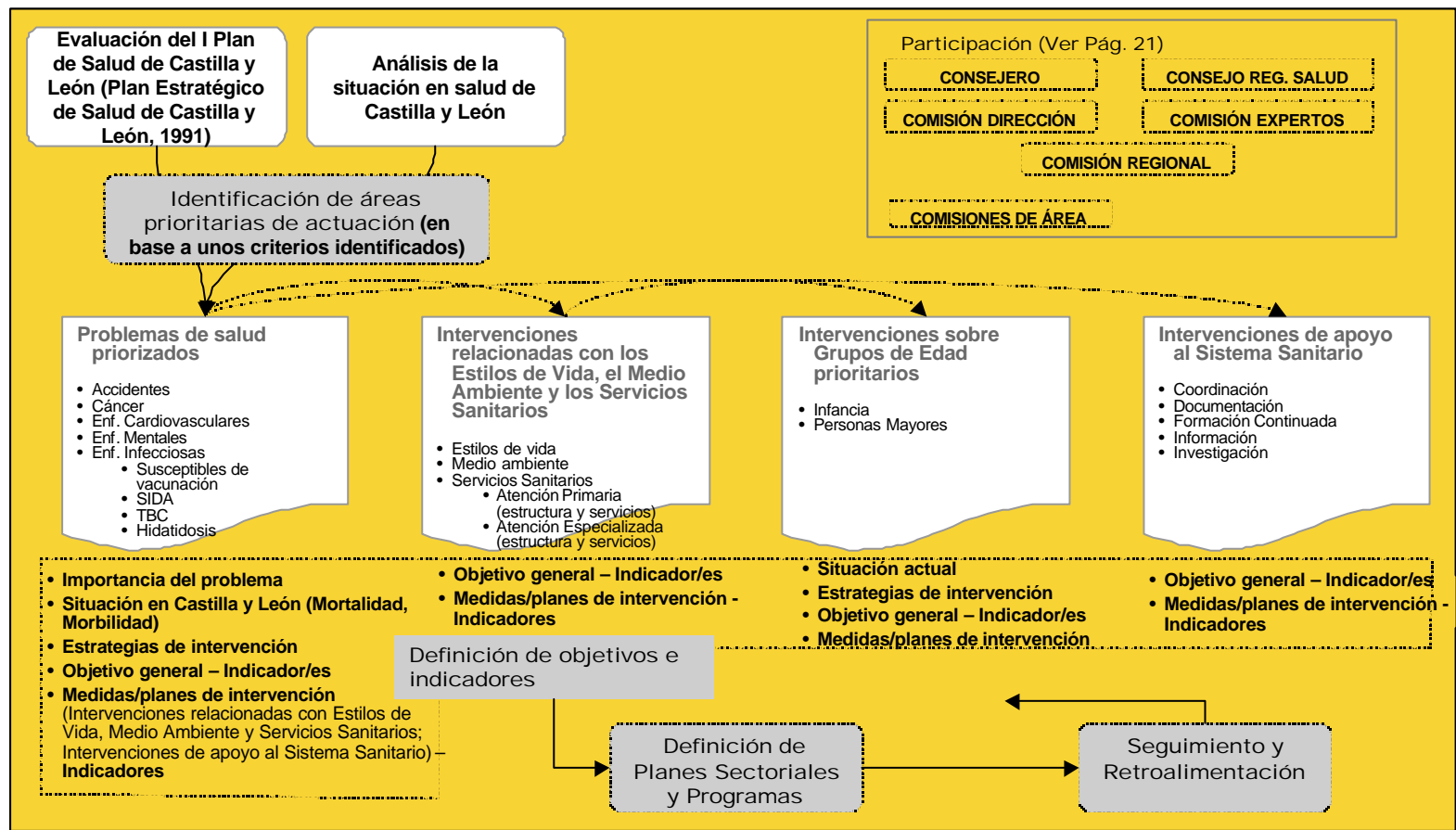
Evaluación

Participación

- Comisiones
- Instituciones y Organizaciones
- Consejo Regional de Salud
- Otros Colaboradores

Bibliografía

Esquema metodológico



ÓRGANOS DE DIRECCIÓN, APOYO Y PARTICIPACIÓN

- **COMISIÓN DE DIRECCIÓN:** Con la función de coordinar la elaboración del Plan, estableciendo los criterios generales.

- **COMISIÓN REGIONAL:** Con la función de asesorar a la Comisión de Dirección para el intercambio de información procedente de los distintos organismos y departamentos, integrando perspectivas interdisciplinarias, intersectoriales e interdepartamentales en la elaboración del II Plan de Salud

- **CONSEJO REGIONAL DE SALUD:** Órgano colegiado de carácter consultivo, del que forman parte representantes de los diferentes sectores de la administración y de la sociedad: Junta de Castilla y León, Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Centrales Sindicales, Organizaciones Empresariales, Colegios Profesionales Sanitarios, Universidades Públicas de Castilla y León y Organizaciones de Consumidores y Usuarios.

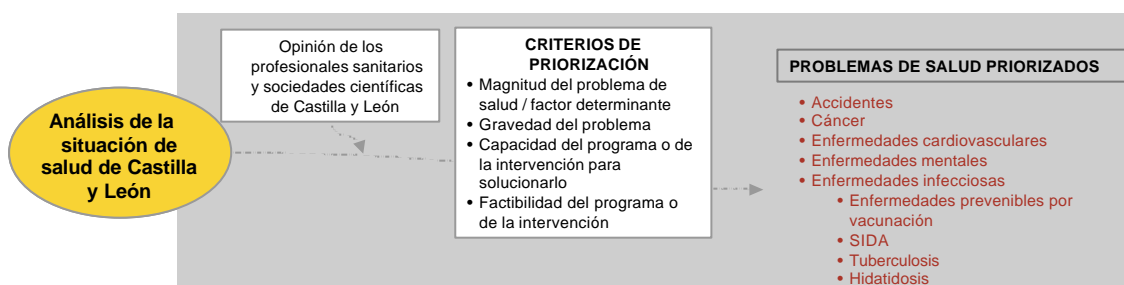
- **COMISIÓN DE EXPERTOS:** Tiene la función de aportar asesoramiento técnico a la Comisión de Dirección para la elaboración del II Plan de Salud.

- **COMISIONES DE ÁREA:** En cada Área de Salud se creó una Comisión de Área encargada de elaborar propuestas en todas las fases de su elaboración, recogiendo así las necesidades específicas de grupos de población concretos o zonas geográficas con problemas especiales.

Análisis de la situación

A diferencia de otros Planes de Salud analizados, si bien en la metodología sí se recoge la elaboración de un documento de *Análisis de la situación en salud de Castilla y León* (correspondiente al año 1996, en que se elabora el Plan), en el texto definitivo del II Plan de Salud de Castilla y León no se incluye un apartado específico de Análisis de situación, sino que para cada una de las áreas prioritarias de actuación se describe su importancia y la situación en Castilla y León. **Identificación de áreas prioritarias de actuación**

1. Problemas de salud prioritarios:



2. Intervenciones relacionadas con los Estilos de Vida, el Medio Ambiente y los Servicios Sanitarios: se clasifican siguiendo el modelo de determinantes de salud

3. Intervenciones sobre Grupos de Edad prioritarios

Se priorizan dos grupos (Infancia y Mayores). La justificación que se recoge en el Plan de Salud es que la existencia de actuaciones específicas para cada uno de estos grupos ha hecho recomendable agrupar los objetivos que atienden aspectos relacionados con estos grupos de edad.

4. Intervenciones de apoyo al Sistema Sanitario

Se priorizan las intervenciones de apoyo al Sistema Sanitario recogidas en la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León: Coordinación, Documentación, Formación Continuada, Información e Investigación

Definición de objetivos

En el II Plan de Salud de Castilla y León se identifican dos tipos de objetivos, de carácter marcadamente diferenciado: objetivos generales y objetivos específicos. No obstante, atendiendo a la metodología seguida en este informe para el análisis comparativo de los Planes de Salud de CC.AA., los objetivos específicos merecen más bien la calificación de medidas/planes de intervención, por lo que se describirán en el siguiente apartado (*VI. Medidas/planes de intervención*).

De este modo, los **objetivos generales** (un total de 28) establecen en su formulación un horizonte temporal de 9 años, emplazando su consecución para el año 2007. Se trata de objetivos definidos de forma amplia.

1. Para cada *Problema de salud priorizado* se define un único objetivo general de disminución del problema, de carácter cuantitativo, si bien en ocasiones no se especifica claramente cuál es el nivel a alcanzar. De este modo, hay 9 grandes objetivos.
2. Para cada área dentro de las Intervenciones relacionadas con los *Estilos de Vida, el Medio Ambiente y los Servicios Sanitarios*, hay un objetivo general, de modo que hay 12 objetivos generales.
3. Hay 2 objetivos generales relacionados con las *Intervenciones sobre grupos de edad prioritarios*, uno por cada una de ellas.
4. Un objetivo general para cada una de las 5 *Intervenciones de apoyo al sistema sanitario*.

Medidas/Planes de intervención

Las medidas/planes de intervención se describen en el II Plan de Salud de Castilla y León como *objetivos específicos*, tal y como se ha comentado en el apartado anterior. De este modo, se establece para su consecución un marco temporal más corto, el **año 2000**.

1. Se recogen un total de **229 medidas/planes de intervención**.
2. Su contenido hace referencia tanto a la estructura (asignación de RR.HH., materiales o servicios), como al proceso (grado de realización de la actividad y su calidad) o al impacto (efectos inmediatos de la actividad realizada).
3. Las medidas/planes de intervención en relación a *Problemas de salud* y aquellos en relación a *Intervenciones sobre grupos de edad prioritarios*, se recogen dentro de las demás áreas prioritarias de actuación:
 - Hay 156 intervenciones relacionadas con los estilos de vida, el medio ambiente y los servicios sanitarios: 19 en Estilos de vida, 20 en Medio Ambiente y 117 en Servicios Sanitarios (48 en Atención Primaria y 69 en Atención Especializada)
 - Se recogen 73 intervenciones de apoyo al sistema sanitario: 25 objetivos de ellos en Coordinación, 2 en Documentación, 5 en Formación Continuada, 30 en Información y 11 en Investigación.

Por otra parte, las medidas/planes de intervención definidos en el II Plan de Salud de Castilla y León se agrupan en diferentes **Programas y Planes Sectoriales** que constituyen la prolongación estructural y operacional de dicho Plan:

1. Los **Programas de Salud** (encuadrados o no en Planes Sectoriales) incluyen el conjunto de actividades, servicios y recursos necesarios cuyo fin es alcanzar los objetivos propuestos en relación a los problemas de salud contemplados, todo ello aplicado a una población definida.
2. Los **Planes Sectoriales** agrupan y organizan aquellos programas dirigidos a la atención de un determinado problema o temática de salud.

De este modo, el II Plan de Salud de Castilla y León se operativiza a través de los Planes Sectoriales y Programas que venía desarrollando el I Plan de Salud (*Plan Estratégico de Salud* de Castilla y León), remodelados para atender los nuevos objetivos del Plan y nuevos Programas, diseñados para dar cumplimiento a los nuevos objetivos.

En la página siguiente se recoge el cuadro en el que, en el apartado específico del Plan de Salud denominado Planes sectoriales y Programas, se detallan los Programas y Planes sectoriales en que se

prolonga el Plan de Salud. Cabe señalar también que en la descripción de cada uno de las áreas prioritarias de actuación se incluye un apartado específico de Estrategias de intervención, en el que se recogen las directrices básicas de las estrategias a desarrollar y una justificación de por dónde se van a definir los Programas y Planes sectoriales de actuación recogidos en el II Plan de Salud de Castilla y León. No se especifican los responsables del cumplimiento.

En lo que se refiere a **financiación**, si bien se pone de manifiesto que los objetivos y programas incluidos en el Plan incluyen un conjunto de acciones e iniciativas cuyo desarrollo corresponde a distintos departamentos de la Administración Autónoma, en la práctica se ha optado por incluir solamente el gasto de los agentes que constituyen el Sistema Sanitario de Castilla y León (Junta de Castilla y León y en ese momento, INSALUD). Para ello, se ha partido de la liquidación presupuestaria correspondiente al ejercicio 1996 (año en que se realiza el Plan) para la Junta de Castilla y León y el INSALUD y a partir de esos datos y aplicando las previsiones existentes sobre incrementos presupuestarios (5% interanual) se ha proyectado el gasto al resto de ejercicios hasta el 2000. De este modo, desde el punto de vista funcional, se determinaron **6 áreas de intervención** para financiación, que permiten una integración de los programas presupuestarios de ambas administraciones y que fueron: (I) Protección de la Salud, (II) Promoción de la salud y prevención, (III) Atención Primaria, (IV) Atención especializada, (V) Formación e Investigación Sanitaria y (VI) Dirección y Servicios Generales de Sanidad. No obstante, tan sólo se recogen algunos de estos datos en el Plan de Salud.

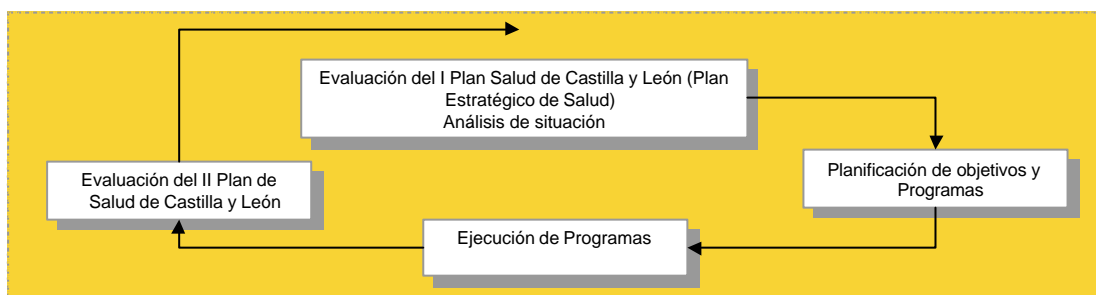
PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	PLANES SECTORIALES Y PROGRAMAS
ACCIDENTES	Prevención Promoción de la Salud Protección de la Salud Asistencia Sanitaria	PLAN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Programa de Prevención de Accidentes Programa "El Niño también viaja seguro"
CÁNCER	Prevención Promoción de la Salud Protección de la Salud Asistencia Sanitaria	PLAN SECTORIAL DE CÁNCER Programa de Prevención del Cáncer de Mama Programa de Prevención de Infecciones y Cánceres Ginecológicos PLAN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Programa de Alimentación III PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS PLAN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Promoción de la Salud Asistencia Sanitaria	PLAN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Programa de Alimentación Programa de Promoción del Ejercicio Físico III PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS
ENFERMEDADES MENTALES	Promoción de la Salud Asistencia Sanitaria	Programa de Mejora Asistencial Programa de Rehabilitación PLAN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
ENFERMEDADES INFECCIOSAS ENF. INMUNOPREVENIBLES HIDATIDOSIS SIDA TUBERCULOSIS	Prevención Promoción de la Salud Protección de la Salud Asistencia Sanitaria	PLAN SECTORIAL DE VACUNACIONES Programa de Vigilancia Sanitaria de Antropozoonosis PLAN SECTORIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis
ESTILOS DE VIDA	Promoción de la Salud	PLAN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Programa de Educación, para la Salud en la Escuela. Programa de Promoción del Ejercicio Físico Programa de Alimentación Programa de Prevención de Accidentes Programa de Educación para la Salud con Personas Mayores III PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS

PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	PLANES SECTORIALES Y PROGRAMAS
MEDIO AMBIENTE AGUA AIRE ALIMENTOS FAUNA PRODUCTOS QUÍMICOS RUIDO SUELO	Protección de la Salud	Programa de Control Oficial de Productos Alimenticios Programa de Vigilancia Sanitaria de la Contaminación Ambiental Programa de Vigilancia Sanitaria de las Aguas Programa de Vigilancia Sanitaria de las Antropozoonosis Programa de Vigilancia Sanitaria de Productos Químicos
SERVICIOS SANITARIOS ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Prevención Promoción de la Salud Asistencia Sanitaria	Programa de Formación Continuada Programa de Mejora Asistencial PLAN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
GRUPOS DE EDAD PRIORITARIOS INFANCIA	Prevención Promoción de la Salud Protección de la Salud Asistencia Sanitaria	PLAN SECTORIAL DE SALUD INFANTIL Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas Programa de Salud Escolar Programa de Salud Bucodental
PERSONAS MAYORES		PLAN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Programa de Educación para la Salud con Personas Mayores PLAN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

La Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León dispone que el Plan de Salud incluya “los mecanismos de evaluación de desarrollo del Plan y en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo”, así como señala “la necesidad de precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, los objetivos, prioridades y estrategias y las responsabilidades de su cumplimiento, de modo que pueda medirse su impacto y evaluación de resultados”. Siguiendo estas disposiciones, el Plan de Salud define, como ya se ha comentado, **objetivos generales y medidas/planes de intervención**, acompañando cada uno de ellos de su respectivo criterio evaluativo (indicador), que permite un seguimiento continuo del desarrollo de las actuaciones y logros conseguidos tanto a corto como a largo plazo.

De este modo, se pretende que la **retroalimentación constante** que genera la evaluación a lo largo del proceso de ejecución del Plan permita, en función de los resultados conseguidos, formular nuevas hipótesis y sobre todo poner en marcha actividades que permitan mejorar las intervenciones y adaptarlas a situaciones cambiantes.



En resumen, el proceso definido para la evaluación del II Plan de Salud se basa en los siguientes elementos:

- Establecimiento de uno o varios indicadores para cada uno de los objetivos y medidas/planes de intervención planteados.
- Fijación de un criterio temporal de consecución de cada uno de los objetivos.
- Utilización de indicadores de salud ampliamente reconocidos, estandarizables y cuantificables. Asimismo, se ha partido previamente de una referencia de base en la elaboración de cada uno de estos indicadores, utilizando los distintos sistemas de información sanitaria existentes.

El sistema de evaluación de los dos tipos de objetivos tiene un carácter marcadamente diferenciado:

OBJETIVOS GENERALES

Establecen en su formulación un **horizonte temporal de 9 años**, emplazando su consecución para el año 2007.

Los resultados son evaluables a largo plazo a través de:

- Indicadores de mortalidad
- Indicadores de morbilidad
- Indicadores sobre la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios
- Indicadores de creación de nuevas estructuras y servicios

MEDIDAS/PLANES DE INTERVENCIÓN

Establecen para su consecución un marco temporal más corto, el **año 2000**, operativizándose en una serie de actividades, programas y acciones a corto plazo.

Su evaluación se trata de dar seguimiento y control del conjunto de actividades que componen un determinado problema de salud o intervención, de medir la calidad y los efectos que éstos han tenido en un determinado grupo de población.

Aspectos críticos detectados

Se trata de un plan muy participativo, en el que se crean numerosas Comisiones y Grupos de trabajo y para el que existe incluso un Decreto en el que se regula la participación. Cabe destacar que a pesar de no estar realizadas las transferencias, hay un alto grado de participación del INSALUD.

La participación también se refleja a nivel intersectorial, a través de la Comisión Regional participan representantes de todos los sectores relacionados.

Se priorizan 4 grandes áreas de actuación y dentro de cada una de ellas se definen una serie de sub-áreas prioritarias, en total 15. Los criterios utilizados en la priorización sí se explicitan en el documento del Plan.



El análisis de situación se integra dentro de la formulación de objetivos en la estructura del Plan. Asimismo, se definen:

- **Objetivos generales:** que como su nombre indica, tienen carácter general, con un alcance temporal hasta el año 2007 y cuyos indicadores de seguimiento son indicadores de resultados en su mayoría.
- **Medidas/planes de intervención:** con un alcance temporal hasta el año 2000 y cuyo contenido se refiere a la estructura, el proceso en sí o el impacto.

Un buen número de los objetivos y las medidas/planes de intervención definidos tienen **carácter intersectorial** (es decir, para su cumplimiento será necesario realizar actividades de forma conjunta con otros sectores), pero no se explicita en el documento a quién compete el cumplimiento de cada objetivo.

El Plan se operativiza a través de **Programas y Planes Sectoriales** (estos últimos integrados por diversos Planes dirigidos a la atención de un determinado problema o temática de Salud), algunos de los cuales se diseñan de nuevo y otros se remodelan a partir de los ya existentes. Asimismo, se recoge un apartado específico de *Estrategias de intervención* dentro de cada problema de salud, donde se identifican las directrices generales que van a emanar las medidas/planes de intervención.

Se hace un esfuerzo por plantear la **financiación** a dedicar al Plan de Salud, a grandes líneas. Se consensuan 6 grandes apartados (Protección de la Salud, Promoción de la salud y prevención, Atención

Primaria, Atención Especializada, Formación e Investigación Sanitaria y Dirección y Servicios Generales de Sanidad), realizándose proyecciones para los años siguientes.

El **proceso de evaluación y seguimiento se plantea de forma dinámica**, de modo que realimente los objetivos definidos constantemente durante todo el alcance temporal del Plan.

II Plan de Salud de la Comunidad de Valencia 2001-2004

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan

El Plan se ha elaborado una vez completo el traspaso de competencias en materia de salud al Gobierno Autónomo de la Comunidad de Valencia, de manera que **tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones sobre salud pública eran competencia de la Administración Regional**.

PRINCIPIOS INSPIRADORES DEL PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE VALENCIA 2001-2004

- 🔔 Dinámico: sometido a la revisión y redefinición de sus objetivos
- 🔔 Participativo y de consenso: con la participación de profesionales y sectores sociales interesados
- 🔔 Intersectorial: con la participación activa de otras Consejerías en su elaboración y con objetivos específicos en este campo
- 🔔 Integrador: visión conjunta de la actuación de todos los niveles de los servicios sanitarios
- 🔔 Capaz de transformar los objetivos en salud en servicios de salud

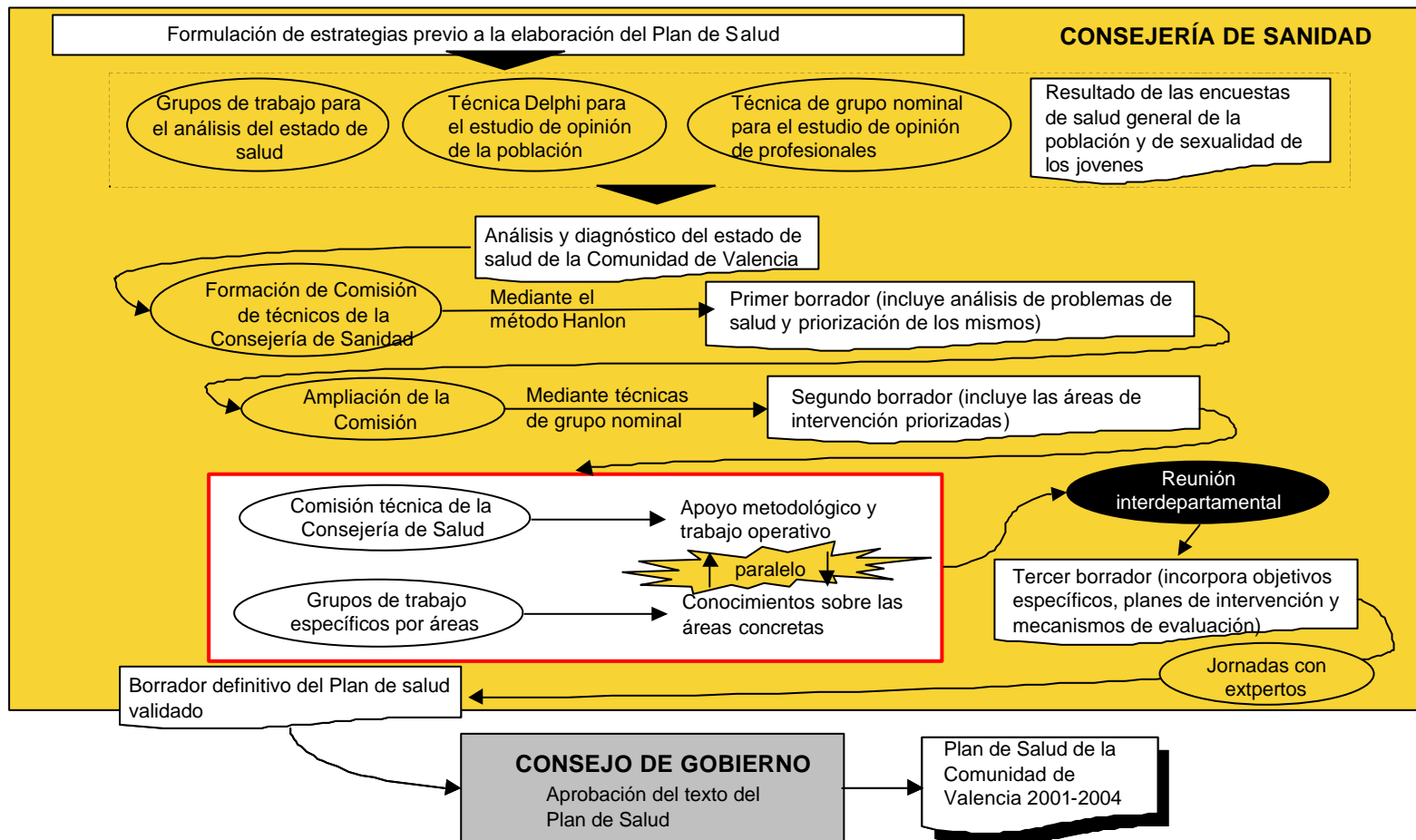
APARTADOS EN QUE SE ESTRUCTURA

Presentación
Introducción
Marco normativo
Proceso de elaboración del Plan de Salud de la Comunidad de Valencia
Metodología y estructura

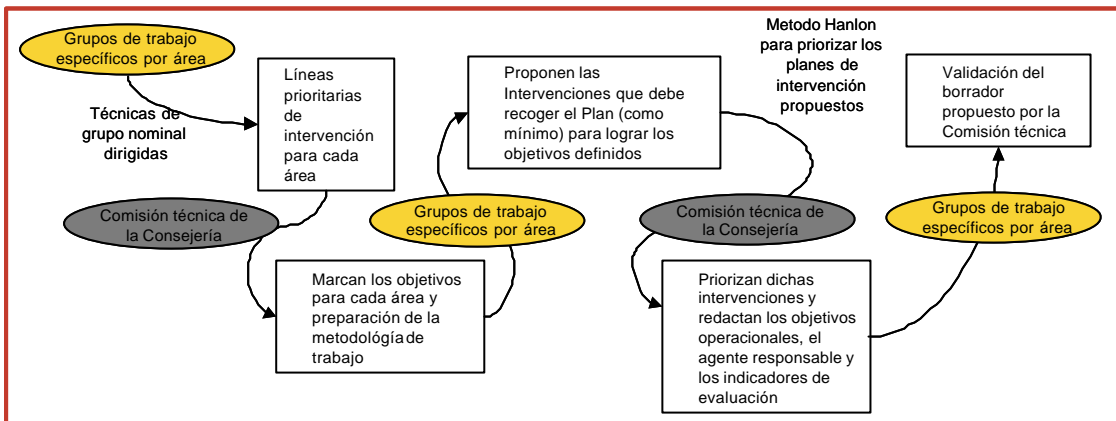
- Diagnóstico y análisis del estado de Salud de la Comunidad Valenciana
- Establecimiento de prioridades
- Definición de los objetivos del Plan de salud

La cooperación intersectorial "Plan generador de salud en nuestro entorno"
Herramientas para el desarrollo del Plan de Salud
Criterios de evaluación del Plan de Salud
Líneas propuestas/financiación
Anexos
Bibliografía

Esquema metodológico



A continuación se detalle el esquema metodológico seguido para la **definición de los objetivos y planes de actuación** y para la **identificación de indicadores y responsables** de cada uno de ellos, mediante el trabajo simultaneado en el tiempo que muestra la coordinación de las actividades de los distintos **grupos de trabajo** por la **Comisión de técnicos** de la Consejería de Sanidad:



Análisis de situación

El análisis parte de la base de que los condicionantes del estado de salud de una población son: **biológicos**, relacionados con el **entorno**, con los **estilos de vida** y con los **sistemas sanitarios**. A continuación se recoge el desglose por áreas propuesto en este Plan:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Evolución de la población de la Comunidad Valenciana 2. La mortalidad <ul style="list-style-type: none"> •Mortalidad general •Esperanza de vida al nacer •Primeras causas de mortalidad •Mortalidad por causas •Mortalidad en adulto joven 3. La morbilidad <ul style="list-style-type: none"> •Enfermedades inmunoprevisibles •Enfermedades no transmisibles •Principales causas de altas hospitalarias atendiendo a la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) •Accidentes de trabajo •Enfermedades profesionales •Accidentes de tráfico 4. Factores medioambientales 5. Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana 6. Encuesta de salud de los jóvenes de la Comunidad Valenciana 7. Consulta a la población valenciana para identificar los problemas de salud más importantes 8. Consulta con los profesionales sanitarios valencianos para identificar los problemas de salud más importantes | <ol style="list-style-type: none"> 9. Servicios sanitarios. Recursos estructurales 10. Planes estratégicos <ul style="list-style-type: none"> • Cartera de servicios de AP • Contratos de gestión de AP y AE • Atención sociosanitario • Plan de humanización de la atención sanitaria • Plan de armonización de las medidas y objetivos en materia de uso racional del medicamento • Plan de seguridad alimentaria • II Plan de SIDA • Plan de salud mental y asistencia psiquiátrica • Plan para la igualdad entre hombres y mujeres • Plan de Diabetes • Plan de prevención y control de tuberculosis • Plan de formación • Plan sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos • II Plan de racionalización y modernización de la Administración Pública Valenciana • Plan de actuación de la Comisión de tráfico y seguridad vial • Planes valencianos de investigación científica y desarrollo tecnológico • Sistemas de información |
|--|--|

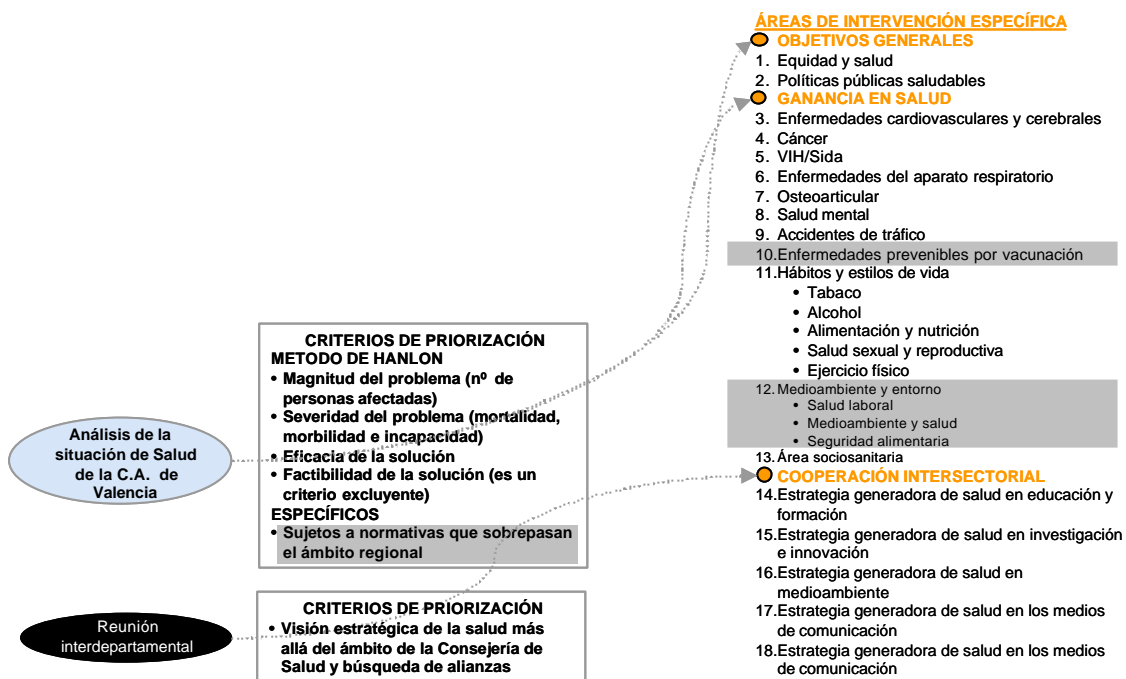
Una vez analizado el estado de salud objetivo, destaca la **importancia que se da al estado de salud percibido** con la incorporación de los puntos 5,6,7 y 8, que recogen la opinión de profesionales y usuarios.

No se incluye la valoración del Plan de Salud anterior, si bien sí que se **tienen en cuenta los diferentes planes estratégicos** en marcha en el momento de realizar el Plan (punto 10) **Identificación de áreas prioritarias de actuación**

Se crea una Comisión Técnica por miembros de la Consejería de Sanidad que es la encargada de **priorizar los problemas de salud detectados utilizando el método de Hanlon** y dando lugar a un primer borrador de principales problemas de salud.

A continuación **se amplia la Comisión y se revisa la priorización**, teniendo en cuenta aquellas normativas que exceden el ámbito regional, **como consecuencia de lo cuál surge el listado definitivo de áreas de actuación.**

Finalmente, **incluye una posterior revisión del borrador en una reunión interdepartamental** en la que se **fija el contenido de la cooperación intersectorial.**

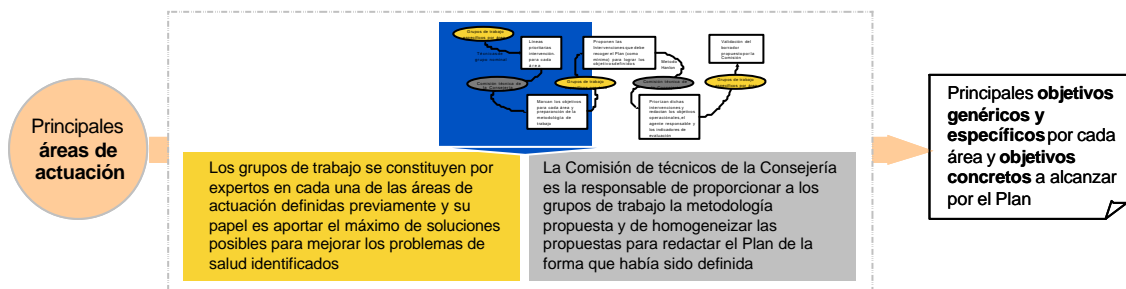


Definición de objetivos

Con el fin de desarrollar los puntos V y VI se crearon **grupos de trabajo específicos para cada una de las áreas** definidas y se procedió a colaborar con ellos, **con el soporte metodológico de la Comisión de técnicos de la Consejería de Sanidad.**

Así pues, los **grupos de trabajo propusieron las líneas prioritarias de actuación** para cada una de las áreas o problemas detectados, a partir de las cuáles la **Comisión técnica** se encargó de **redactarlas en forma de objetivos generales y específicos**, que expresan de forma genérica la voluntad que se persigue en cada una de las áreas.

A continuación se describieron los **objetivos a conseguir por el plan** de forma más detallada y en los que se mencionan algunas de las iniciativas y herramientas.

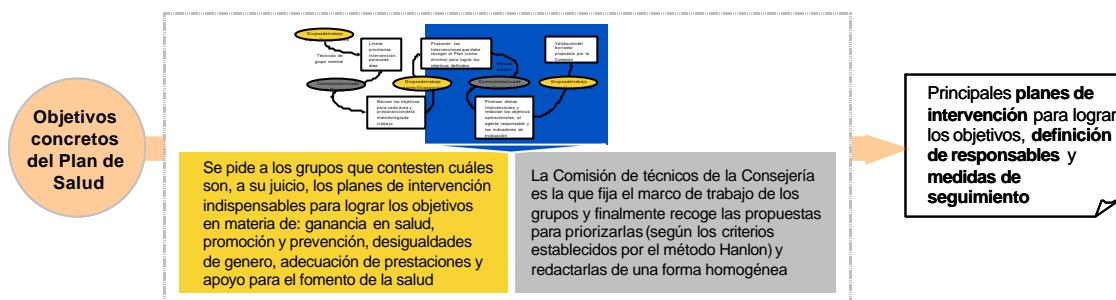


Estos objetivos son **realistas** desde el punto de vista del **alcance temporal** (4 años), si bien lo que más llama la atención es que su **ámbito excede**, en muchos casos, **el de las competencias de la Consejería de Sanidad** dada su marcada vocación intersectorial.

El **número de áreas tratadas**, así como de **objetivos propuestos** (un total de 78) **dificulta la identificación de las principales directrices** establecidas por el Plan.

Medidas/Planes de intervención

En esta fase **se siguió el mismo esquema de trabajo en paralelo de los grupos de expertos y el Consejo de técnicos** para así establecer los planes de intervención que hicieran posible alcanzar los objetivos definidos previamente:

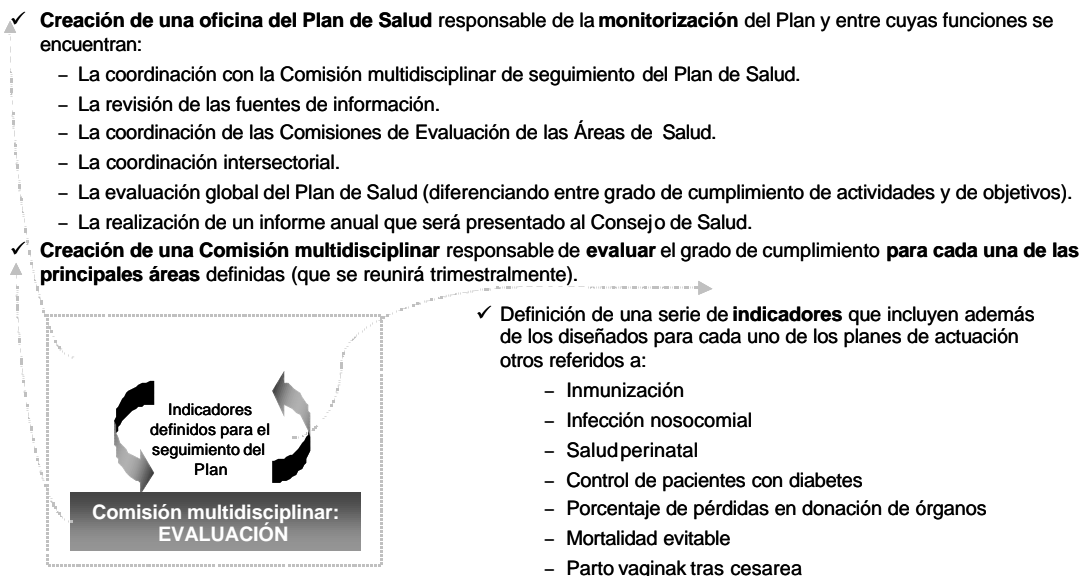


Fruto de este trabajo se obtienen unos **planes de intervención**: soportados en una **metodología explicitada**, con un **alcance temporal bien definido** y unos **responsables claramente identificados** (estas características aparecen algo más diluidas en los planes de intervención del área de cooperación intersectorial).

La **asignación de recursos**, pese a ser considerada un elemento clave, **no explicita la manera de ajustar los planes propuestos al presupuesto del que se dispone**.

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

Para la evaluación y seguimiento de las líneas de actuación proponen:



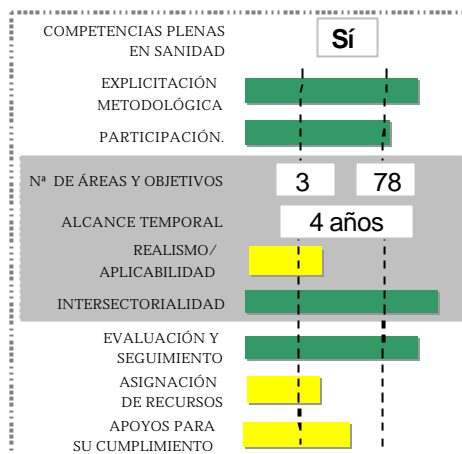
Aspectos críticos identificados

La elaboración del Plan de salud es posterior a la transferencia de competencias a nivel autonómico en materia de sanidad.

Es un Plan con un alto grado de participación de profesionales y usuarios tanto en la fase de análisis como en la de elaboración de propuestas.

Destaca la incorporación en el análisis de la situación del estado de salud de la Comunidad de Valencia de:

- El estado de salud percibido por la población.
- El análisis de los diferentes planes estratégicos en funcionamiento en el momento de elaborar el Plan de Salud.



Sin embargo, no se explicita el resultado de la evaluación del Plan de Salud previo.

En todo momento se detalla el proceso seguido en cada una de las fases, así como la metodología que soporta cada una de las priorizaciones. Este hecho es especialmente relevante en>

- Mecanismos para recoger el estado de salud percibido por usuarios y profesionales (grupo nominal, Delphi y encuestas).
- La priorización y selección de los objetivos y planes de acción propuestos, a partir de la aplicación del método Hanlon en las propuestas efectuadas por los grupos de trabajo.

El interés por cubrir todos los problemas detectados y para todas sus áreas (se proponen un total de 78 objetivos de muy amplio espectro) dificulta la identificación de las prioridades esenciales que emanan del Plan de Salud de Valencia. Este hecho, unido a su carácter intersectorial, hace que sea un Plan de difícil abordaje.

Propone, para cada uno de los planes de intervención, los indicadores necesarios para efectuar su seguimiento y además propone la creación de una oficina del Plan de Salud responsable de la monitorización del Plan y de una Comisión multidisciplinar responsable de la evaluación de cada una de las áreas. La asignación de recursos constituye un capítulo aparte en el que, a pesar de la importancia que se le otorga, no se detalla el desglose de recursos asignados por objetivos, ni por planes de intervención concretos. Tampoco detalla la forma de financiar aquellos planes de intervención de carácter intersectorial.

Adicionalmente, propone una serie de herramientas para la puesta en marcha del plan de salud, que tratan de recoger todos aquellos aspectos que es importante desarrollar pero que no han sido tenidos en cuenta dentro de las áreas definidas previamente.

II Plan de Salud de Extremadura 2001-2004

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan

El Plan se elabora en un momento en que las competencias en materia sanitaria en Extremadura dependen de las distintas Administraciones: Central, Autonómica y Local, de manera que la asistencia sanitaria sobre la población beneficiaria de la Seguridad Social es competencia de la Administración Central a través del extinto INSALUD, mientras que la salud pública lo es, en gran parte, de la Comunidad Autónoma.

PRINCIPIOS INSPIRADORES DEL II PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

- 🔔 Dinamismo (Plan revisable)
- 🔔 Participación en la elaboración
- 🔔 Planteamiento multisectorial
- 🔔 Acción coordinada de todos los agentes en Extremadura
- 🔔 Los usuarios como protagonistas: Acciones de salud centradas en el ciudadano y sus problemas (es decir, más centradas en la atención en sí que en el nivel competencial al que corresponde)
- 🔔 Los profesionales como pilares básicos
- 🔔 Coordinación entre niveles

APARTADOS EN QUE SE ESTRUCTURA

Presentación

Introducción

Capítulo I. Metodología

Capítulo II. Análisis de situación

Capítulo III. Objetivos y líneas de actuación

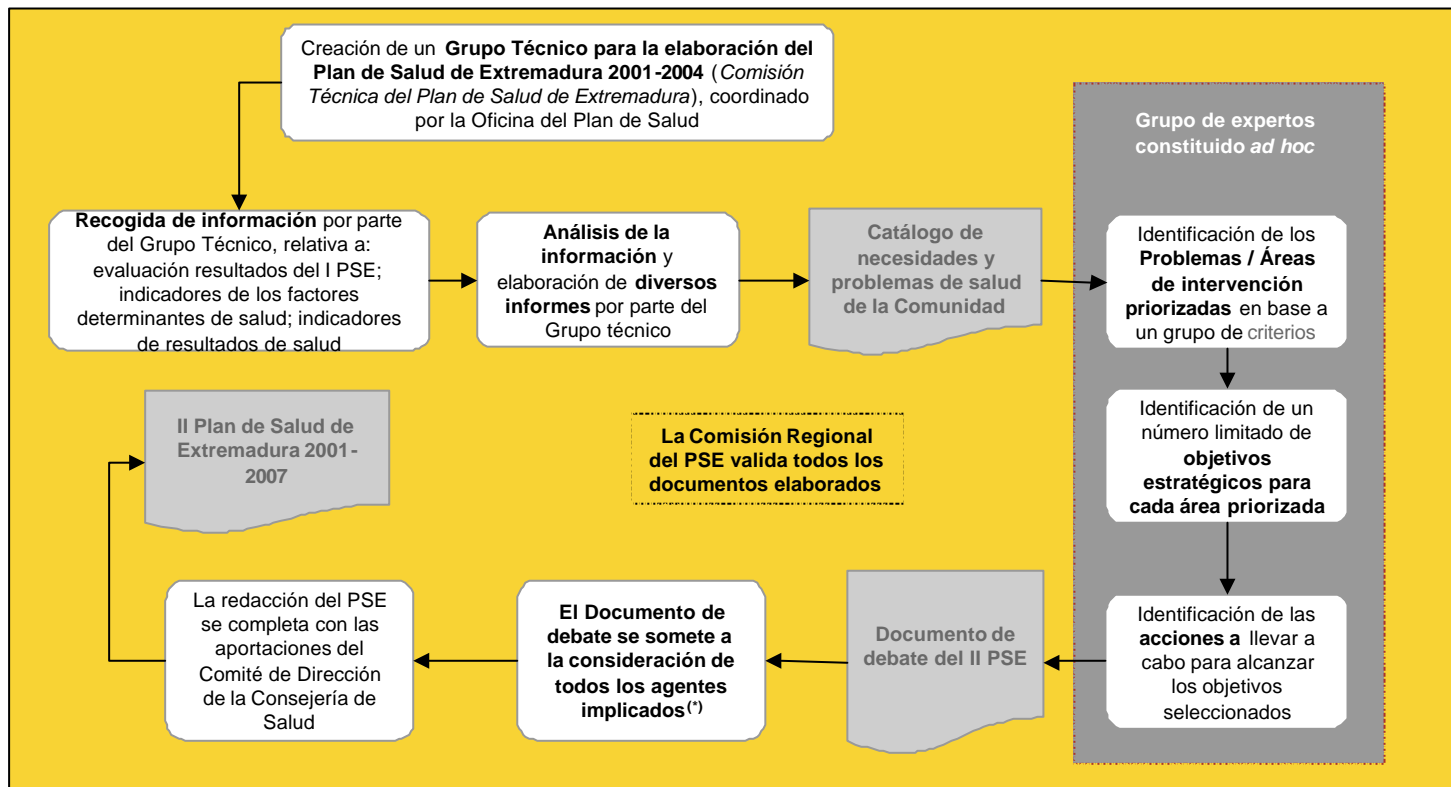
Capítulo IV. Evaluación

Capítulo V. Financiación

Anexos

- Convergencia del Plan de Salud con otros Planes de la Junta de Extremadura
- Objetivos de Salud de la Oficina Regional para Europa de la OMS Salud 21
- Referencias Bibliográficas
- Abreviaturas utilizadas
- Colaboradores

Esquema metodológico



(*) Sociedades científicas, expertos, todos los organismos implicados, representantes sociales y órganos de participación formal de los ciudadanos

COLABORADORES

- **COMISIÓN TÉCNICA DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA**

- Presidente: Dir. Gral. Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria
- Vocales: Dir. Gral. Salud Pública, Dir. Gral. Juventud, Dir. Gral. Medio Ambiente, Dir. Gral. Trabajo, Dir. Gral. Transportes, Dir. Gral. Servicios Sociales, Dir. Gral. Infancia y Familia, Dir. Gral. Mujer, Sec. Gral. Educación, Dir. Territorial INSALUD, Dir. Prov. INSALUD, Dir. Gerentes de Atención Primaria (4), Dir. Gerente de Hospitales (8), representante de la Universidad, Presidente de la FEMPEX (Federación Extremeña de Municipios y Provincias), Jefe del Serv. Asistencia Sanitaria y Planificación
- Secretaría: 1 técnico de salud de la Oficina del Plan de Salud de Extremadura

- **GRUPOS DE EXPERTOS**

- Para elaboración del **Análisis de situación**: 22 expertos
- Para cada una de las **Áreas de intervención específica** (salvo algunas áreas que comparten grupo de trabajo): integrados por una media de 7 expertos, salvo algunos en que se amplió la participación (Ej. El Grupo de Orientación de los Servicios Sanitarios estuvo integrado por 26 personas)

- **OFICINA DEL PLAN DE SALUD**

- Integrada por 3 técnicos

- **APOYO ADMINISTRATIVO**

- **OTROS PARTICIPANTES**

- Todos los Agentes del Cluster de salud de Extremadura

Análisis de situación

El análisis de situación del Plan lo integran los siguientes apartados:

1. Características demográficas

- Análisis de la estructura por sexo y edad
- Envejecimiento y dependencia demográfica
- Evolución de la fecundidad
- Migraciones

2. Esperanza de vida al nacer

3. Mortalidad

- Mortalidad por edad y sexo
- Mortalidad por causas
- Años potenciales de vida perdidos

4. Morbilidad

- Morbilidad atendida en atención primaria
- Hospitalización de agudos
- Patología de salud mental
- Enfermedades de declaración obligatoria
- Infección por VIH/SIDA
- Discapacidades
- Registro de metabolopatías
- Registro de IVEs
- Siniestralidad
- Enfermedades profesionales

5. Estilos de vida

- Hábito tabáquico
- Consumo de alcohol
- Consumo de otras drogas
- Alimentación y nutrición
- Actividad física
- Exceso de peso
- Malos tratos
- Osteoporosis

6. Medio ambiente

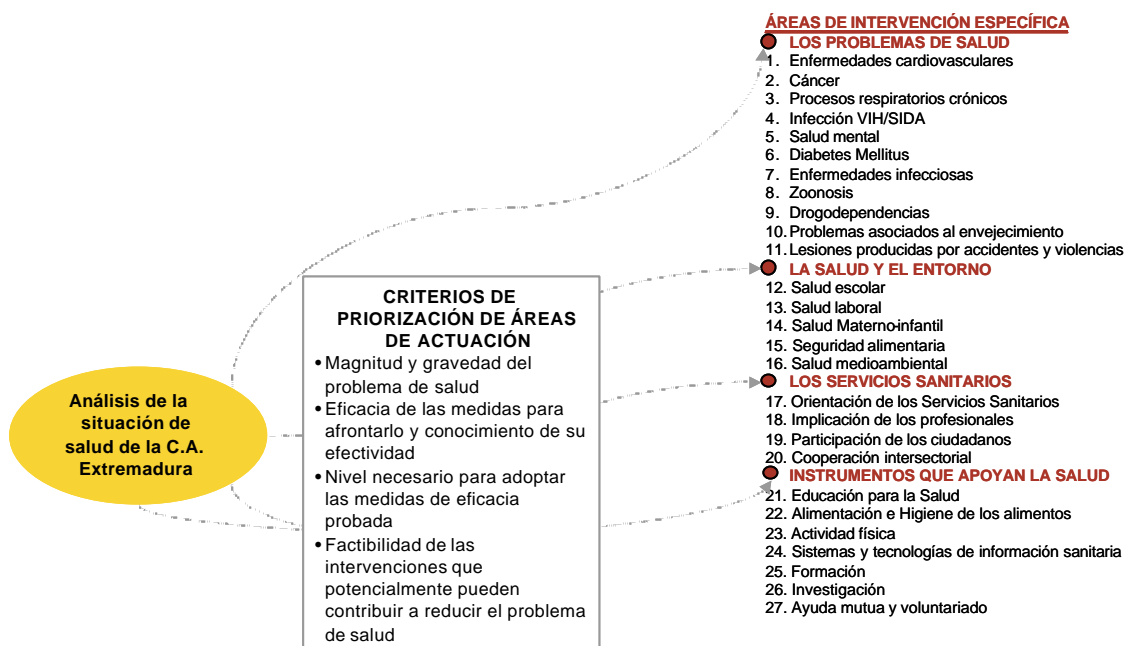
7. Aspectos socioeconómicos

8. Servicios sanitarios y sociosanitarios

- Introducción
- Ordenación sanitaria
- Atención Primaria de Salud
- Atención Especializada
- Urgencias y emergencias sanitarias
- Satisfacción de los usuarios
- Medidas de apoyo: Sistemas de información y registro; Participación comunitaria; Formación; Investigación; Ayuda Mutua y Voluntariado;

Identificación de áreas prioritarias de actuación

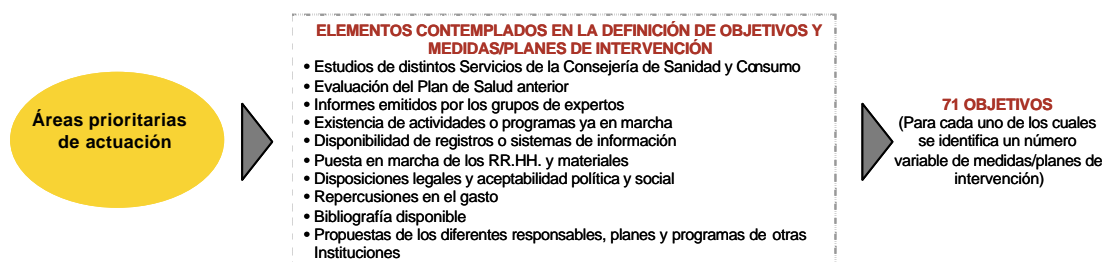
A continuación se recogen los principales criterios utilizados en la priorización de las áreas de actuación en el Plan de Salud de Extremadura, que como se puede observar, se han estructurado en cuatro grupos: **Los problemas de salud** (donde se recogen los principales problemas de salud de la población de Extremadura); **La salud y el entorno** (donde se identifican las áreas de intervención encaminadas a mejorar la salud de la comunidad, centrándose principalmente en los lugares donde las personas viven, estudian o trabajan); **Los servicios sanitarios**; y, **Los instrumentos que apoyan la salud** (donde se identifican áreas de intervención complementarias para conseguir los cambios identificados).



Definición de objetivos y medidas/planes de intervención

La definición de objetivos y medidas/planes de intervención se realiza atendiendo a cada una de las áreas prioritarias de actuación identificadas (*Problemas de salud, Salud y entorno, Servicios sanitarios, e Instrumentos que apoyan la salud*). Para cada una de ellas se recoge un breve resumen de la situación actual en Extremadura (e incluso en el entorno europeo o internacional) y en su caso, del nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en el anterior Plan de Salud, un extracto de las principales evidencias científicas y/o recomendaciones de organismos internacionales y un resumen de las áreas de intervención relacionadas, cuyos objetivos será necesario tener en cuenta.

La **identificación de objetivos y definición de medidas/planes de intervención** dentro de cada una de las áreas de prioritarias de actuación definidas se ha realizado teniendo en cuenta los siguientes elementos:



En el Plan se recogen un total de **71 objetivos**:

Su tipología varía desde objetivos específicos hasta aquellos de carácter muy global.

- En algunos casos se trata de objetivos de carácter cuantitativo, pero se identifican bastantes objetivos cualitativos.
- En todos los casos se identifican los organismos responsables, tanto dentro como fuera del sector salud. En este sentido, cabe destacar que el 63% de los objetivos identificados tienen una carácter intersectorial.

- El calendario de ejecución de la práctica totalidad de los objetivos coincide con el alcance temporal total del Plan.

El número de **medidas/planes de intervención** varía mucho para los distintos objetivos, desde una sola línea hasta superar incluso la decena. No obstante, como media se identifican unas 5 medidas/planes de intervención, para cada uno de los objetivos.

- En ningún caso se recogen los responsables de su puesta en marcha de las distintas líneas de actuación.
- Asimismo, la tipología de éstas varía ampliamente, desde definiciones muy difusas, hasta medidas/planes de intervención ampliamente detallados.

En lo que se refiere a la **financiación** del PSE, si bien en la metodología se especifica que se ha tenido en cuenta la viabilidad económica de cada una de las actuaciones propuestas, no se especifica la financiación necesaria para la puesta en marcha de cada una de ellas. Sí se comenta, no obstante, que se ha realizado una aproximación al coste global del Plan, con el fin de orientar las acciones presupuestarias a llevar a cabo en los distintos ejercicios, pero ésta no se incluye en el texto del PSE.

En la aproximación global al coste del Plan se tienen en cuenta los gastos correspondientes a Planes y Programas de otras Consejerías de la Junta de Extremadura. Asimismo, **los objetivos se clasifican según su generación de gasto** en:

Objetivos no generadores de gasto	Objetivos cuyo enunciado precisa del desarrollo de contenidos más específicos	Objetivos generadores de gasto adicional
Se pueden llevar a cabo con la financiación actual existente o aunque supongan un aumento de recursos, el ahorro potencial generado por su consecución equilibraría la inversión requerida.	Por tanto, su valoración económica está en función de las actuaciones que se definan y aprueben por las distintas Administraciones y el Parlamento.	Su consecución va unida a la aprobación de partidas presupuestarias específicas.

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

En lo que se refiere a mecanismos de evaluación, para cada uno de los objetivos definidos en el PSE se identifican una serie de **indicadores**, en relación a los cuales merece la pena señalar que:

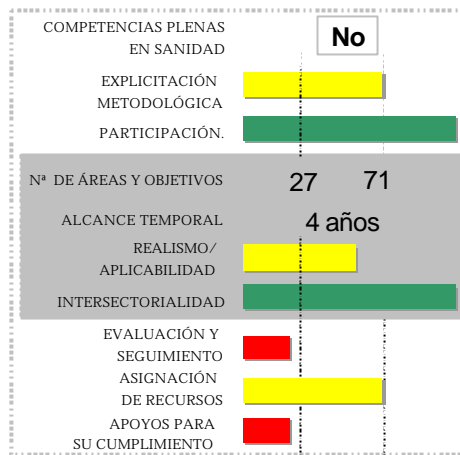
- Los indicadores no están definidos correctamente, pudiendo generarse ambigüedades en la mayoría de los casos.
- No se identifican los responsables de su seguimiento.
- Generalmente, no existe una relación directa entre los indicadores descritos y las líneas de actuación a desarrollar: existen numerosas medidas/planes de intervención para las que no se ha definido ningún indicador, tratándose en su mayoría, de indicadores de cumplimiento del propio objetivo y no de sus líneas de actuación.

Si bien se pone de manifiesto la importancia de la *Comisión Regional del Plan de Salud de Extremadura* para garantizar el normal desarrollo del PSE, los indicadores son el único mecanismo de evaluación y seguimiento explicitado en el PSE.

Aspectos críticos identificados

La **intersectorialidad**, los **usuarios como protagonistas** y la **coordinación entre niveles** son los principios inspiradores del II Plan de Salud de Extremadura.

La metodología de elaboración del Plan se basa, por tanto, en un **alto grado de participación**, con la constitución de numerosos grupos de expertos. En lo que se refiere a **intersectorialidad**, la *Comisión Técnica del Plan de Salud de Extremadura* está integrada por representantes de todos los sectores implicados (Salud, Educación, Medio ambiente, Trabajo...). Asimismo, la *Comisión Regional del Plan de Salud de Extremadura* (integrada por representantes de todos los sectores) es la responsable de validar todos los documentos elaborados. Por otra parte, el documento de debate del II PSE se somete a la consideración de todos los agentes, incluyendo entre ellos los organismos de participación formal de los ciudadanos.



Se evalúa el nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en el anterior Plan de Salud, así como se recoge un extracto de las principales evidencias científicas y/o recomendaciones de organismos internacionales.

Los grupos de expertos constituidos *ad hoc* han sido los responsables de la **priorización de áreas de actuación**, en base a una serie de criterios descritos en detalle en la metodología. Las áreas de actuación priorizadas (un total de 27) se han estructurado en 4 grupos: Problemas de salud, Salud y entorno, Servicios sanitarios e Instrumentos que apoyan la salud.

Estos mismos grupos de expertos han llevado a cabo la identificación de los **71 objetivos** que se recogen en el II Plan de Salud de Extremadura, cuya tipología varía desde objetivos muy específicos hasta aquellos de carácter muy global y cuyo alcance coincide con la extensión total del Plan. Para todos los objetivos se identifican responsables, tanto dentro como fuera del sector salud (de hecho, un **63% de los objetivos son de carácter intersectorial**).

No se identifican los responsables de la puesta en marcha de las distintas **líneas de actuación** y la tipología de éstas varía ampliamente desde definiciones muy difusas hasta medidas/planes de intervención muy detallados.

En el apartado relativo a financiación se pone de manifiesto que **se ha hecho una aproximación al coste global del Plan** (sin detallar la financiación necesaria para cada una de las medidas/planes de intervención propuestos). No obstante, dicha aproximación no se incluye en el documento del Plan.

Los indicadores se corresponden, en general, con los objetivos (y no con las medidas/planes de intervención identificados) y no se especifican los responsables de su seguimiento. Si bien se pone de manifiesto la importancia de la *Comisión Regional del Plan de Salud de Extremadura* para garantizar el normal desarrollo del PSE, los indicadores son el único mecanismo de evaluación y seguimiento explicitado en el PSE.

II Plan de Salud de Navarra 2001-2005

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan

El Plan se ha elaborado una vez completo el traspaso de competencias en materia de salud al Gobierno Autónomo de la Comunidad de Navarra, de manera que **tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones sobre salud pública eran competencia de la Administración Regional.**

PRINCIPIOS INSPIRADORES DEL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2001-2005

- ⚠ Practicidad y realismo para obtener un Plan efectivo en la obtención de mejoras en el actual estado de los servicios sanitarios (contiene objetivos tácticos exigibles)
- ⚠ Concreción (centrado en cinco grandes áreas de actuación)
- ⚠ Orientación al ciudadano
- ⚠ Bajo grado de intersectorialidad
- ⚠ Comprometido con valores sociales como: corresponsabilidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad económica y compromiso en el ámbito de las competencias de la Consejería de Sanidad

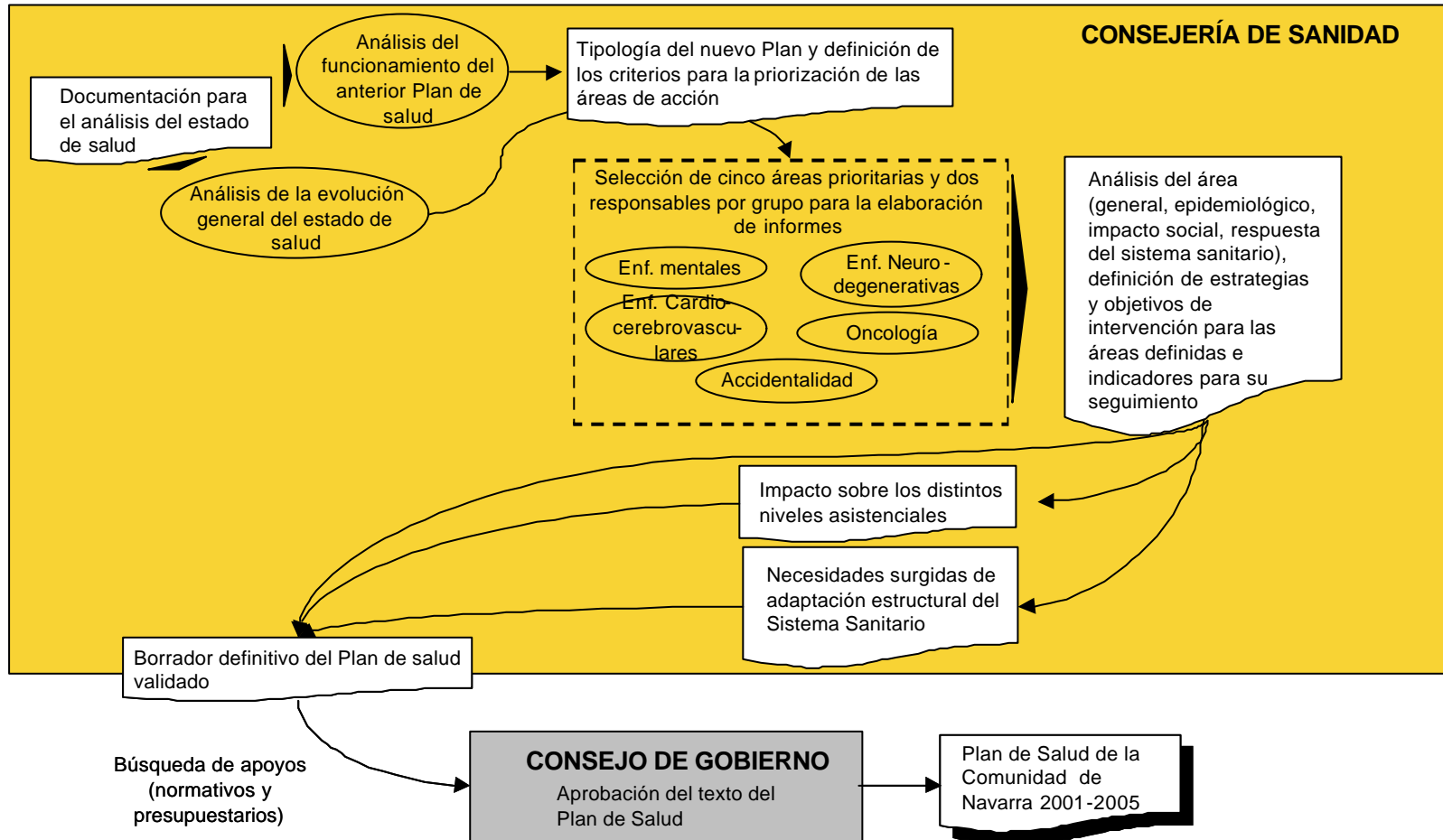
APARTADOS EN QUE SE ESTRUCTURA

Criterios para la elaboración del Plan de Salud de Navarra 2001-2005

- Programa de trastornos mentales
- Programa de enfermedades neurodegenerativas
- Programa de enfermedades cardio-vasculares
- Programa de enfermedades oncológicas
- Programa de accidentalidad
- Programa para áreas de actuación
- Programa sobre adaptación estructural del Sistema Sanitario derivado de los objetivos del Plan de Salud 2001-2005
- Intervenciones de apoyo al Plan de Salud 2001-2005

Acuerdo de 2 de julio de 2001 del Gobierno de Navarra por el que se aprueba el Plan de Salud de Navarra para el periodo del 2001-2005

Esquema metodológico



Análisis de situación

Para el análisis del estado de salud de la Comunidad de Navarra se procedió a la consulta de las siguientes fuentes:

<p>Publicaciones del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra: La salud en cifras de Navarra 1988</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe técnico nº 2 1989, Encuesta de salud 1990-91 Diagnóstico de salud de Navarra 1993 Informe técnico 11 1995 La opinión pública y el sistema sanitario 1999 Monográfico de Salud Pública y Administración Sanitaria nº 3 2000 Encuesta de salud 2000 Encuesta Navarra de Salud y Consumo 1997 	<p>Estadísticas permanentes de vigilancia epidemiológica, de registro de enfermedades, de estadísticas vitales del INE y de propia elaboración.</p> <p>Estadísticas asistenciales: conjunto mínimo de datos (CMBD), de determinación de grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs), y de los indicadores generales del sistema de información sanitaria de Navarra (SISNA)</p>
--	---

A partir de estos datos se elaboró un informe sobre la evolución de la salud de los navarros durante el periodo de validez del anterior Plan (1991-200), cuyas principales conclusiones se presentan en el capítulo de criterios para la elaboración del Plan de salud. En él se reconoce la imposibilidad de atribuir realmente los cambios producidos en el estado de salud al cumplimiento o no del Plan por su falta de programas específicos y se decide la realización del nuevo Plan, de carácter más específico.

La forma de presentación de los datos sobre el estado de salud de la población no constituye un capítulo, como en otros planes analizados, sino que sirve de introducción a los capítulos en los que se desarrollan los programas específicos para cada área de salud seleccionada y trata únicamente los datos de interés de cada una de ellas.

Identificación de áreas prioritarias de actuación

El Plan de Salud de Navarra establece una novedad al plantear un filtro previo a la aplicación de criterios para priorizar las áreas de salud a través de una serie de condiciones de inclusión y exclusión.

Posteriormente y únicamente con aquellas áreas dentro del marco definido, aplica una serie de criterios (explicitados en el documento): incidencia, prevalencia, mortalidad, morbilidad y eficacia y eficiencia de las posibles soluciones, en virtud de las cuales establece que el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 se va a centrar en: trastornos mentales, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades oncológicas y accidentalidad.

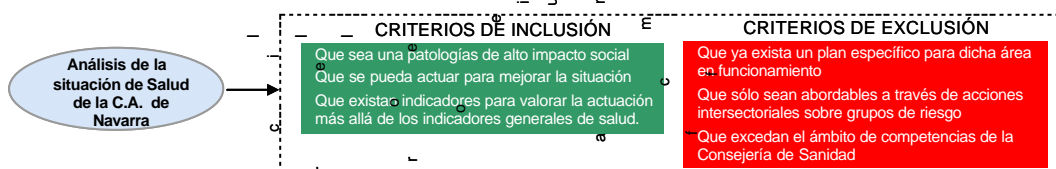


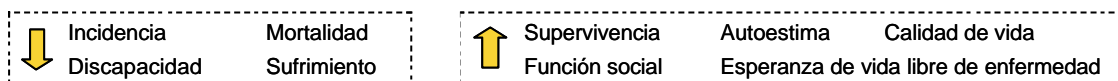
Tabla que representa los principales problemas de salud y los criterios por los que han sido seleccionados

	A	A	A	E	M	A	P	M	S	C	O	I	E
		●						●	●	●	●	●	
	●	●	●	●	●	●	●					●	●
	●	●	●	●	●	●	●					●	●
	●		●	●	●	●						●	●

- PROGRAMA DE TRASTORNOS MENTALES
- PROGRAMA DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
- PROGRAMA DE ENFERMEDADES CARDIO-CEREBROVASCULARES
- PROGRAMA DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS
- PROGRAMA DE ACCIDENTALIDAD

Definición de objetivos

Inicialmente se definen los **fines** (18 en total) para cada una de las cinco áreas y en los que se **expresa de forma genérica la intención en términos de** :

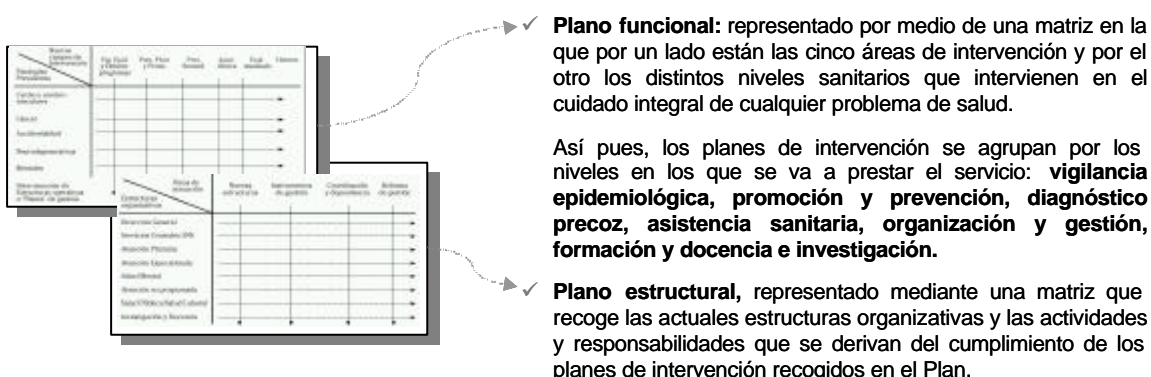


Posteriormente, se definen los **objetivos genéricos** que persigue el Plan en cada una de estas áreas (un total de 33) y que van a servir de eje sobre el que estructurar los planes de intervención.

El **número reducido de objetivos** (33 en total) su **alcance temporal medio** (cinco años) y su **ámbito de actuación limitado** (bajo grado de intersectorial con objetivos abordables desde la mejora de la gestión de los servicios sanitarios), hace que sean unos **objetivos muy realistas, abordables y evaluables** .

Medidas/Planes de intervención

La metodología seguida para desarrollar los planes de intervención establece dos planos para la estructuración y análisis final de las consecuencias derivadas de las líneas de intervención propuestas:



Como consecuencia se obtienen **65 planes de intervención** para las cinco áreas propuestas, asignándoles una **estructura responsable de su cumplimiento** y un **plazo concreto** para ello.

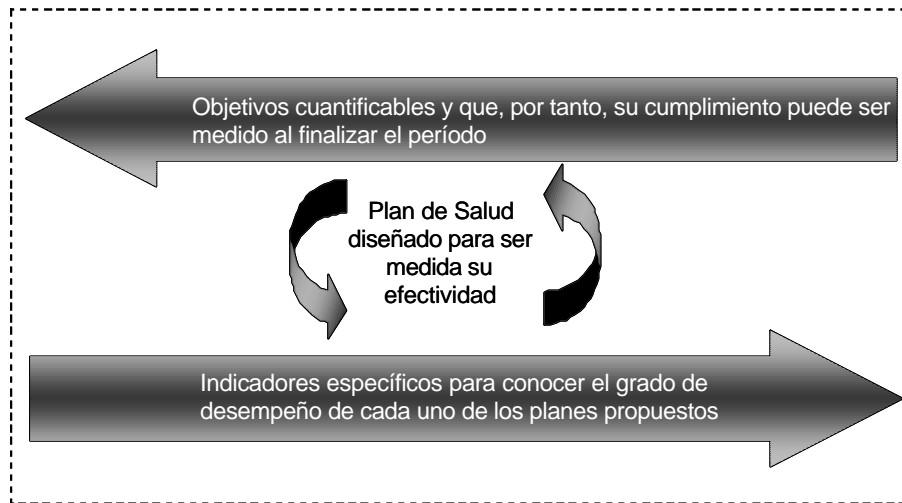
Asimismo, se dedica un capítulo a los apoyos al Plan de Salud que hace referencia a las medidas normativas, de asignación de recursos y otras, que aseguren el cumplimiento de lo establecido en el Plan.

Por tanto, el Plan sí que **recoge la estructura presupuestaria** , e incluso se plantea la necesidad de conseguir las aportaciones presupuestarias extra que aseguren su cumplimiento.

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

En el Plan de Salud de Navarra se ha tenido muy en cuenta este apartado desde su planteamiento inicial hasta la definición de objetivos y planes de intervención, **con el fin de que fuera un Plan evaluable** . De este modo, se han definido:

- Una serie de indicadores que permitan cuantificar la consecución de los objetivos del Plan, mediante el estudio del estado de salud de la población Navarra al fin del período de vigencia (**Outcomes**).
- Una serie de indicadores específicos para conocer el grado de desempeño de cada uno de los planes de intervención específicos propuestos (**Outputs**).

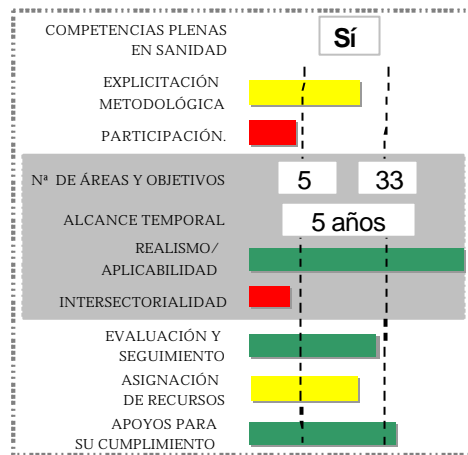


Aspectos críticos identificados

La elaboración del Plan de salud es posterior a la transferencia de competencias a nivel autonómico en materia de sanidad.

El análisis del anterior Plan de salud, a partir del estado de salud de la población comparada con la obtenida en el Plan anterior, concluye con la imposibilidad de atribuir los cambios al cumplimiento o no de los objetivos dispuestos, al no existir programas específicos cuantificables.

Como consecuencia se desarrolla una metodología, que asegure la aplicabilidad del Plan y que aparece explicitada muy en detalle hasta el nivel de selección de las áreas de actuación (la explicitación del resto: estrategias y líneas de intervención es más pobre).



El Plan trata de cubrir la planificación política “lo que deberíamos hacer”, la estratégica “lo que deseamos hacer” y llegar hasta la táctica “lo que vamos a hacer”, a través de la definición de pocas pero concretas áreas de actuación (5), un número reducido de objetivos (33) y tantas líneas de acción como sea necesario para conseguirlos, enfocadas únicamente a mejorar la gestión de los servicios sanitarios, aunque por ello tenga que renunciar a la planificación intersectorial.

El número reducido de objetivos, su alcance temporal (5 años) y su ámbito de actuación limitado al de sus competencias, hace que sea un Plan muy realista, abordable y evaluable.

Como ya se ha dicho, se ha tenido muy en cuenta que el Plan fuera evaluable y ello se refleja en la identificación de líneas de intervención que permitan su seguimiento a través de indicadores de desempeño a dos niveles:

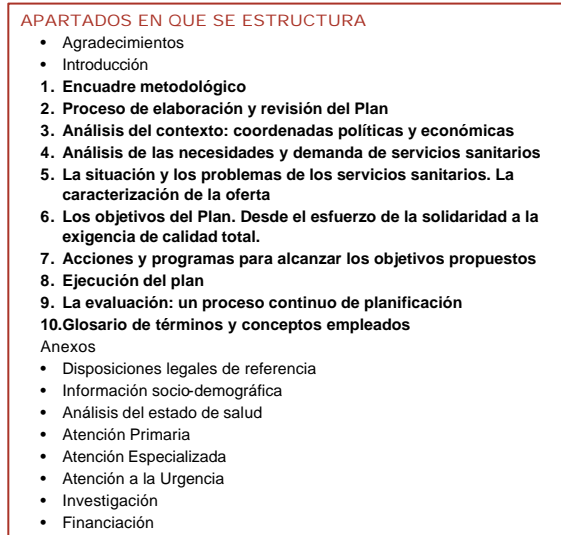
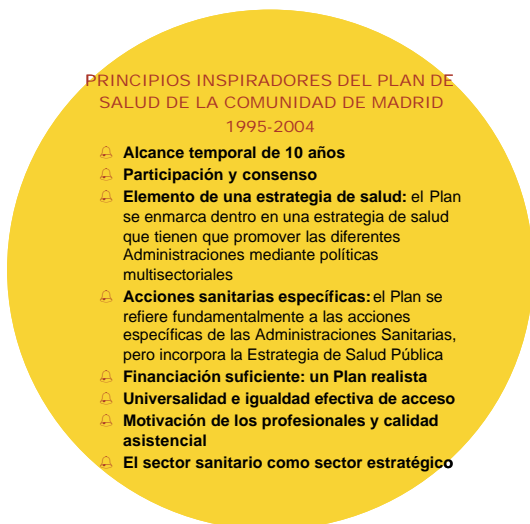
- Grado de cumplimiento de las líneas de acción propuestas
- Impacto sobre la **consecución de los objetivos** que se proponían

Se dedica un capítulo a los apoyos al Plan de Salud, que hace referencia a las herramientas necesarias para hacer operativo el Plan. Éstas son fundamentalmente: **medidas normativas**, que aseguren la creación de las estructuras detectadas como necesarias y **medidas de asignación de recursos**, para que sea viable la realización de todas las líneas propuestas.

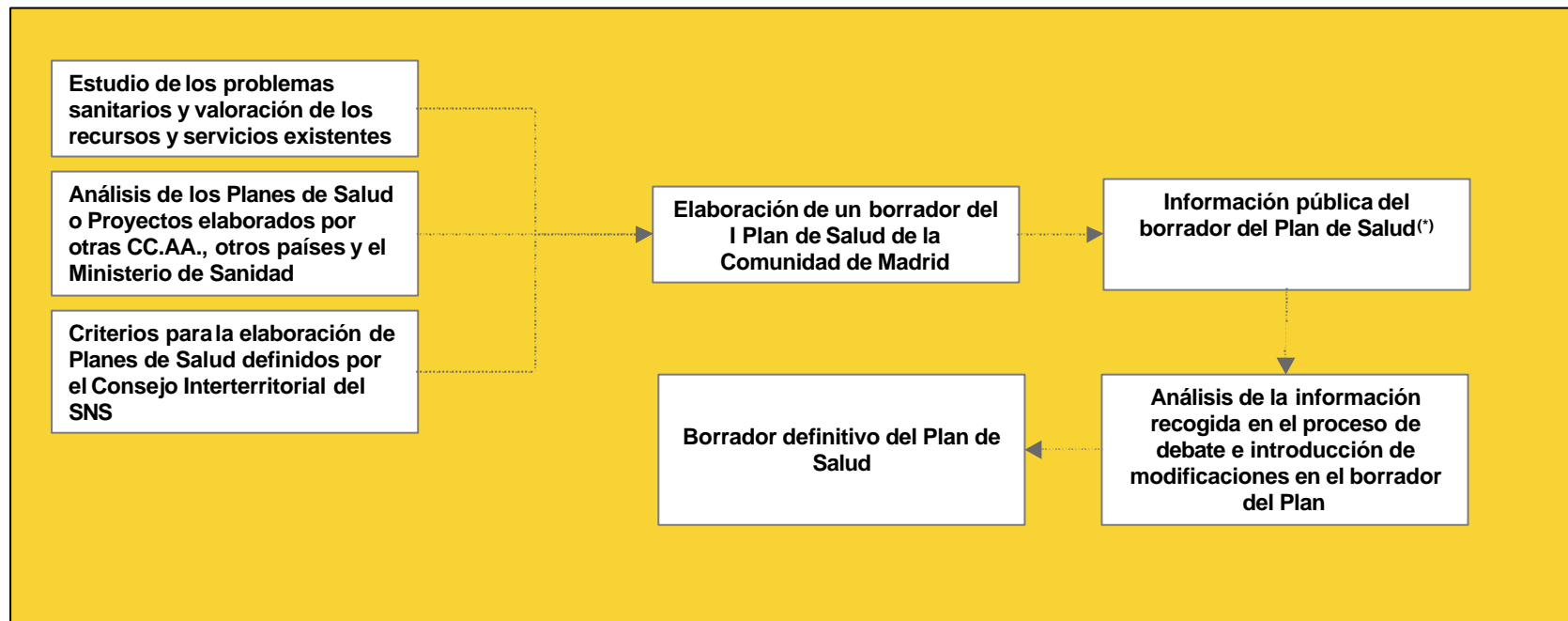
I Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 1995-2002

Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan

El Plan se elaboró antes de que la Comunidad de Madrid dispusiera de competencias plenas en Sanidad, de modo que las competencias en materia sanitaria en el momento de su elaboración dependían de las distintas Administraciones: Central, Autónoma y Local.



Esquema metodológico



(*) El borrador del Plan se sometió a un periodo de información pública entre los meses de junio-octubre de 1994. En dicho periodo:

- Se distribuyeron **2.500 ejemplares del borrador** entre Instituciones, Asociaciones, Colegios Profesionales y personas interesadas.
- Se mantuvieron **25 reuniones con diferentes colectivos**.
- Se distribuyó **1 millón de folletos informativos**.
- Se realizaron **2 ruedas de prensa y numerosas comunicaciones específicas**.
- Se organizó un **Seminario Internacional sobre Planes de Salud**, donde participaron representantes de CC.AA., OMS y otros países.
- Se recogieron **7.000 encuestas** con la opinión de madrileños.
- Se recibieron **12 informes institucionales**.

COLABORADORES

- **SECRETARÍA DEL PLAN**
 - En la Dir. Gral. Planificación, Formación e Investigación.
- **GRUPOS ASESOR**
 - Con participación de expertos, para identificación de las áreas problema.
- **GRUPO REDACTOR DEL PLAN**
 - Con participación de técnicos de las diferentes Administraciones Sanitarias.
- **COMISIÓN REGIONAL DEL PLAN DE SALUD**
 - Con participación de responsables de diferentes Administraciones Sanitarias.

Análisis de situación

El análisis de situación se desarrolla en dos grandes apartados, estudiándose por separado la oferta y demanda de servicios sanitarios:

Análisis de las necesidades y la demanda de servicios sanitarios

1. Características sociodemográficas
2. Análisis del estado de salud y enfermedad
3. Análisis de la opinión acerca de los servicios sanitarios

La situación y los problemas de los servicios sanitarios. Caracterización de la oferta

1. La garantía de acceso a los servicios sanitarios públicos
2. La oferta de servicios sanitarios públicos
3. La organización y gestión de los servicios sanitarios públicos
4. Coste y financiación de los servicios sanitarios pública
5. La investigación sanitaria

Identificación de áreas prioritarias de actuación y definición de objetivos

A partir del análisis de los problemas sanitarios identificados en la Comunidad de Madrid, el Plan de Salud establece una serie de objetivos, cuyo grado de concreción es variable, en parte porque el Plan se perfila como un documento abierto y en parte porque muchos de ellos se detallan más en el apartado de medidas/planes de intervención.

El gran principio inspirador de todos ellos es el de la **calidad total en el sistema sanitario**, de modo que se resuelvan los problemas de accesibilidad y se ponga el énfasis en los aspectos complementarios del servicio sanitario (confort, capacidad de elección, personalización del servicio, agilidad...). La **participación de los profesionales** se considera un elemento indispensable para conseguir estos objetivos.

De este modo, los objetivos se recogen clasificados en **5 grandes áreas**: Garantía de acceso a los servicios sanitarios públicos; La oferta pública de servicios sanitarios; La organización y gestión de los servicios sanitarios públicos; Financiación necesaria; e, Investigación sanitaria.

No se ponen de manifiesto los criterios utilizados para la identificación de las áreas prioritarias de actuación y la definición de objetivos.

● **GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS**

1. Cobertura universal
2. Programas de atracción
3. Redistribuir
4. Tarjeta sanitaria
5. Servicios de referencia

● **LA OFERTA PÚBLICA DE SERVICIOS SANITARIOS**

1. Salud pública
2. Atención primaria
3. Atención especializada
4. Atención a la urgencia
5. Salud ocupacional

● **LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS**

1. Organización y gestión de los servicios
2. Los recursos humanos
3. Participación ciudadana
4. Garantía de calidad
5. Fortalecimiento de la ética y desarrollo de garantías jurídicas

● **FINANCIACIÓN NECESARIA**

1. Un marco de financiación suficiente
2. Mecanismo de distribución
3. Un marco financiero estable

● **INVESTIGACIÓN SANITARIA**

Medidas/Planes de intervención

Las medidas/planes de intervención se encuentran **clasificadas en las mismas grandes áreas que los objetivos**. Se trata, en su mayoría, de medidas de intervención bastante específicas, si bien en algunos casos dejan algunos aspectos abiertos a la interpretación o a su concreción más adelante (esto último sobre todo en las áreas de financiación e investigación).

● **GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS**

1. Cobertura universal
2. Programas de atracción
3. Redistribuir
4. Tarjeta sanitaria
5. Servicios de referencia

● **LA OFERTA PÚBLICA DE SERVICIOS SANITARIOS**

1. Salud pública
2. Atención Primaria
3. Atención especializada
4. Atención a la urgencia
5. Salud ocupacional

● **LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS**

1. Organización y gestión de los servicios
2. Los recursos humanos
3. Participación ciudadana
4. Garantía de calidad
5. Fortalecimiento de la ética y desarrollo de garantías jurídicas

● **FINANCIACIÓN NECESARIA**

1. Un marco de financiación suficiente
2. Mecanismo de distribución
3. Un marco financiero estable

● **INVESTIGACIÓN SANITARIA**

No se recogen los responsables de la puesta en marcha de cada una de las medidas/planes de intervención identificados. Tan sólo se pone de manifiesto que la ejecución de las medidas/planes de intervención recogidos corresponde a las Administraciones Públicas (Gobierno Regional, INSALUD y Ayuntamientos) y que si bien en cada una de las medidas hay una Administración que tendrá mayor responsabilidad concreta en la financiación o en la gestión de los recursos precisos, es muy importante que todas las Administraciones Públicas se sientan solidarias en la ejecución del Plan y que se desarrolle una adecuada coordinación de los recursos.

En el apartado de financiación se recogen las medidas/planes de intervención necesarios para la puesta en marcha del Plan. No obstante, se trata de medidas poco concretas y de difícil implantación sin los mecanismos adecuados de evaluación y seguimiento.

Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento

El Plan de Salud de la Comunidad de Madrid se concibe como un instrumento de desarrollo sanitario al servicio de la sociedad y quiere ser un instrumento útil para la toma de decisiones. Pretende ser, por tanto, un documento abierto, sujeto a actualizaciones y perfeccionamientos sucesivos.

De este modo, si bien el horizonte temporal del Plan es de 10 años, ya en su elaboración se planteó que cada año se realizara un informe sobre el desarrollo del mismo y se aprobara la versión revisada para el nuevo periodo. La evaluación periódica del Plan de Salud está prevista que se realice por una **Comisión Mixta de Evaluación**^(*), integrada por profesionales de las instituciones participantes en su redacción. Esta Comisión realizaría las siguientes actividades:

^(*)Está previsto que esta Comisión Mixta radique dentro de la Dir. Gral. Planificación, Formación e Investigación y que se reúna trimestralmente. No obstante, no se ha comprobado si esto se ha cumplido o no.

Actividades a desarrollar por la Comisión Mixta de Evaluación del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid

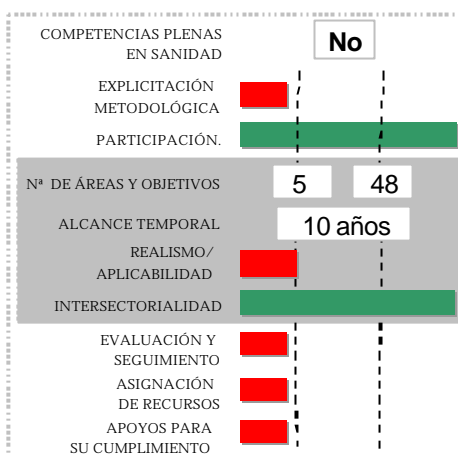
1. Elaboración del conjunto mínimo de datos que posibilite la evaluación del Plan y que la Consejería remitirá, para su cumplimentación, a los Centros Directivos que proceda.
2. Recepción y análisis de la información proporcionada por los Centros Directivos.
3. Emisión, en el segundo trimestre del año, de un informe de evaluación del grado de cumplimiento del Plan.
4. Análisis del impacto del Plan en la prestación de servicios sanitarios por el sistema público de la Comunidad de Madrid.
5. Evaluación global del Plan al término de su periodo de vigencia.

Aspectos críticos identificados

Uno de los rasgos más distintivos del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid es que se trata de un Plan **muy centrado en la actividad asistencial del sistema sanitario madrileño** y que si bien contempla los aspectos de salud pública, promoción y prevención de la salud, hace mucho énfasis en la atención sanitaria.

En el Plan de Salud de la Comunidad de Madrid **no se explicitan los criterios utilizados en la priorización de áreas de actuación y en la definición de objetivos.**

La elaboración del Plan responde a un proceso **muy participativo e intersectorial**, por el que se consigue involucrar a todos los agentes relacionados, mediante una información pública del borrador que conllevó un buen número de actividades durante casi medio año: distribución de ejemplares del borrador, reuniones con diferentes colectivos, distribución de folletos informativos, ruedas de prensa, comunicaciones específicas...

















Los objetivos están definidos con un **grado de concreción variable y distribuidos en 5 grandes áreas** (Garantía de acceso a los servicios sanitarios públicos; La oferta pública de servicios sanitarios; La organización y gestión de los servicios sanitarios públicos; Financiación necesaria; e, Investigación sanitaria).








Las **medidas/planes de intervención son, en general, bastante específicas** (salvo en el área de financiación). No se recogen los responsables de su puesta en marcha, ni tampoco indicadores para su seguimiento y evaluación. Asimismo, si bien existe un apartado específico de financiación, este es de carácter muy general.

El Plan de Salud se concibe como un documento abierto, sujeto a actualizaciones y perfeccionamientos sucesivos. La evaluación se plantea de forma periódica, a través de una *Comisión Mixta de Evaluación*, cuya constitución no se ha confirmado.

Tablas comparativas de los aspectos críticos identificados

	ANDALUCÍA 	CASTILLA LA MANCHA 	CASTILLA Y LEÓN 	COMUNIDAD VALENCIANA 	EXTREMADURA 	NAVARRA 	COMUNIDAD DE MADRID 
Principios inspiradores	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Reequilibrio de actuaciones en el sistema sanitario ◊ Integrador de actores ◊ Solidaridad social y equidad ◊ Ciudadano es responsable de su salud 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Representativo ◊ Enfocado como herramienta de gestión ◊ Amplio espectro de actuación 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Muy participativo ◊ Descentralizado ◊ Da mucha importancia a la evaluación constante 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Dinamismo del Plan ◊ Participación y consenso ◊ Intersectorial ◊ Integrador ◊ Útil 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Intersectorialidad ◊ Usuarios como protagonistas ◊ Coordinación entre niveles 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Practicidad, realismo y concreción ◊ Orientado al ciudadano ◊ Bajo grado de intersectorialidad 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Participación y consenso ◊ Acciones sanitarias específicas ◊ Financiación suficiente ◊ Universalidad e igualdad efectiva de acceso ◊ Motivación de los profesionales y calidad asistencial ◊ El sector sanitario como sector estratégico
Explicitación metodológica	Baja: Se recoge la metodología general, pero no los criterios utilizados en la priorización de áreas de actuación o en la definición de objetivos. No se definen claramente indicadores	Baja, se recoge de forma vaga la metodología general, pero no explicita los criterios de selección de áreas, objetivos, ni planes de actuación	Alta: Se detallan criterios de priorización y se describe en detalle toda la metodología	Muy alta, explicita de manera detallada la metodología global seguida, así como los criterios y técnicas usadas para la priorización.	Alta: Se detallan los criterios de priorización utilizados	Explicitado en detalle hasta la selección de las áreas de actuación. Está orientado a conseguir un plan evaluable	Baja: No se explicitan criterios de priorización
Evaluación del Plan de Salud anterior	Sí, de forma global en el Análisis de situación. No se explicita mucho	Sí, Incluye la evaluación del anterior Plan anterior aunque no por el cumplimiento de los planes propuestos	Sí Asimismo, el Plan anterior se utiliza como base para la elaboración del siguiente	No incluye la valoración del Plan anterior Ofrece el análisis de los planes estratégicos en marcha	Sí: Se evalúa de forma cualitativa el nivel de cumplimiento del anterior Plan (para cada objetivo, no en el Análisis de situación)	Incluye la evaluación del Plan anterior Sólo se explicitan los datos de interés de las áreas	-- (Se trata del primer Plan de Salud de la Comunidad de Madrid)
Participación e Intersectorialidad	Media Intersectorial	Media - alta; ciudadanos y profesionales Intersectorial	Muy alta: creación de numerosas Comisiones Muy intersectorial	Alta, tanto de ciudadanos como de profesionales del sector y de otros	Muy alta intersectorial	No hay participación directa de los usuarios Bajo número de profesionales	Participación muy alta e intersectorialidad alta

	ANDALUCÍA 	CASTILLA LA MANCHA 	CASTILLA Y LEÓN 	COMUNIDAD VALENCIANA 	EXTREMADURA 	NAVARRA 	COMUNIDAD DE MADRID 
Alineamiento con otros Planes sectoriales dentro de la Región	En la metodología se explicita que se han tenido en cuenta otros Planes sectoriales del Gobierno Regional y se recogen en forma de Anexo	No se contempla	No se contempla	Se incluye como un apartado dentro del Análisis de situación	La convergencia del Plan de Salud con otros Planes de la Junta de Extremadura se contempla en un anexo de forma específica	No se contempla	No se contempla
Áreas prioritarias de actuación	4 grandes bloques, en los que se recogen 33 áreas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Más salud ◦ Solidaridad ◦ Salud y entorno ◦ Instrumentos que apoyan la salud 	2 áreas de actuación diferentes que se desarrollan de manera independiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Intervención en el ámbito de la salud pública ◦ Intervención sobre los problemas de salud 	4 grandes bloques, en los que se engloban 15 áreas prioritarias: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Problemas de salud prioritarios ◦ Intervenc. relacionadas con Estilo de Vida, el Medio Ambiente y los Servicios Sanitarios ◦ Intervenc. Grupos de edad prioritarios ◦ Intervenc. De apoyo al Sistema Sanitario 	3 grandes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Objetivos generales ◦ Ganancia en salud, constituye el cuerpo fundamental del Plan ◦ Cooperación intersectorial 	4 grandes bloques y dentro de ellos 27 áreas prioritarias: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los problemas de salud ◦ La salud y el entorno ◦ Los servicios sanitarios ◦ Instrumentos que apoyan la salud 	5 áreas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Enfermedad Mentales ◦ Trastornos Neurodegenerativos ◦ Enfermedades cerebro-cardio. vasculares ◦ Trastornos oncológicos ◦ Accidentalidad 	Se estructuran en torno a 5 bloques: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Garantía de acceso a los servicios sanitarios públicos ◦ La oferta pública de servicios sanitarios ◦ La organización y gestión de los servicios sanitarios públicos ◦ Financiación necesaria ◦ Investigación sanitaria
Objetivos	92 objetivos específicos (64 de ellos intersectoriales) Alcance temporal 4 años Se indican competencias No se definen indicadores En algunas áreas prioritarias no se definen objetivos	Distinta tipología y presentación según el área: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 49 objetivos de salud pública (desarrollados más en detalle) ◦ 39 objetivos de problemas de salud Alcance temporal 10 años	28 objetivos generales (muy genéricos y a 9 años)	Inicialmente desarrolla unos fines (objetivos generales y específicos por cada apartado) que se desarrollan en los 78 objetivos concretos del Plan Alcance temporal 4 años	71 objetivos (distinta tipología, unos muy concretos y otros de carácter general) Alcance temporal 4 años (todo el Plan) Muy intersectoriales en general, pero no se especifican las competencias	Se definen un total de 33 objetivos, concretos y abordables con la mejora de la gestión de los servicios sanitarios. Alcance temporal 5 años	Se definen un total de 48 objetivos, cuyo grado de concreción es muy variable, así como su alcance temporal (que, por otra parte, en algunos de ellos no se especifica)

	ANDALUCÍA 	CASTILLA LA MANCHA 	CASTILLA Y LEÓN 	COMUNIDAD VALENCIANA 	EXTREMADURA 	NAVARRA 	COMUNIDAD DE MADRID 
Medidas/Planes de actuación	De carácter genérico algunas y otras muy específicas Se detallan competencias No se especifican indicadores	Muy numerosos y poco homogéneos entre sí • Salud pública, se indican competencias, cronograma e indicadores • Problemas de salud no incluye indicadores	229 medidas/planes de intervención (de estructura, proceso o impacto, a 3 años) Todas las medidas/planes tienen un indicador Asimismo, las medidas/planes se agrupan en Programas y Planes sectoriales (algunos nuevos y otros modificaciones de Planes o Programas ya en marcha)	Muy específicos Muy numerosos Se asignan competencias, plazos e indicadores para cada plan propuesto	Muy específicas Muy numerosas (6-7 o incluso más por cada objetivo) No se especifican competencias	Muy específicos Se asignan competencias, plazos e indicadores para cada plan propuesto No exceden el ámbito de competencias de la Consejería	Muy específicas en general, salvo aquellas de las áreas de <i>Financiación necesaria e Investigación sanitaria</i>
Mecanismos de evaluación y seguimiento	No hay indicadores Tan sólo se plantea la inclusión de algunos objetivos en los Contratos Programas correspondientes La Comisión responsable del seguimiento no se crea	Existen indicadores sólo para los planes del área de salud pública Propone unidad de seguimiento del plan	Hay indicadores de todos los objetivos y medidas/planes de intervención No se establecen responsables del seguimiento	Alta, propone: ◊ Comisiones de seguimiento por áreas (a partir de los indicadores) ◊ Oficina de seguimiento del Plan	Los indicadores hacen relación a los objetivos y no a las medidas/planes de intervención	Indicadores de desempeño de la línea de acción y del resultado sobre el estado de salud de la población consecuente	No se definen indicadores. Tan sólo se contempla el seguimiento periódico (anual, con reuniones trimestrales), por parte de una <i>Comisión Mixta de Evaluación</i>
Financiación	No se menciona el aspecto financiación	Media, Se hace una estimación del gasto necesario para implementar el Plan detallado por niveles sanitarios	Se hacen proyecciones del presupuesto en los próximos años y se clasifica en 6 áreas	Baja, Reconoce su importancia pero no realiza una estimación del gasto que suponen los planes propuestos	Se pone de manifiesto que se ha hecho una estimación del coste global del Plan, pero no se recoge en el documento	Presentan una estimación del sobrecoste en el que habría que incurrir y plantean cómo conseguirlo.	Se contempla de forma muy genérica, como una de las áreas de actuación prioritizadas

6. Principales conclusiones y factores clave de éxito

Conclusiones del análisis de tendencias de organismos supranacionales y países OCDE

La **equidad** es el principal reto que se plantea en la estrategia en salud pública de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*: equidad tanto en el acceso como en la provisión de servicios, prestando mayor atención a aquellos que más lo necesitan, ya sea porque reciben servicios inadecuados o porque viven en condiciones de desigualdad social o económica.

El *Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-2006*, actual directriz de salud pública en la Unión Europea (UE) también adopta entre sus principios inspiradores el concepto de **equidad**, entendida ésta como la igualdad en salud en toda la población. Para ello identifica, entre otras, medidas dirigidas a la mejora de la salud pública, la lucha contra la morbilidad y la mortalidad prematura, la prevención de las enfermedades y los trastornos humanos y la eliminación de las fuentes de peligro para la salud.

La **equidad** también es una pieza clave en las estrategias en salud pública de los países del entorno OCDE analizados. Se trata de uno de los principios inspiradores clave, junto con el de la **responsabilidad del ciudadano para con su propia salud**. En este sentido, las estrategias en los distintos países se dividen entre aquéllas que pretenden influenciar el marco de las actividades y el entorno de la población (un claro ejemplo es la política de salud de Suecia) y aquéllas orientadas a conducir la conducta de los ciudadanos, utilizando para ellos diversos mecanismos (tal es el caso de Dinamarca). El concepto de **fortalecimiento (empowerment) del ciudadano**, muy arraigado en la estrategia en salud pública de Noruega, adquiere una gran importancia: si la población tiene más poder sobre su propia vida, se comportará de forma más saludable y tendrá más salud.

Cada país analizado centra su estrategia en los **problemas de salud de mayor importancia para su población**, utilizando para su identificación aquellos criterios que le resultan más significativos: la mortalidad (en el caso de Dinamarca y Reino Unido), o las enfermedades no mortales (caso de Noruega y Suecia). No obstante, las áreas priorizadas no difieren significativamente entre unos y otros países. El caso más particular es el de Suecia, donde se concede una especial prioridad a las enfermedades psiquiátricas. En el resto de países, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y lesiones, el asma y las enfermedades respiratorias, se identifican como los principales problemas de salud de la población.

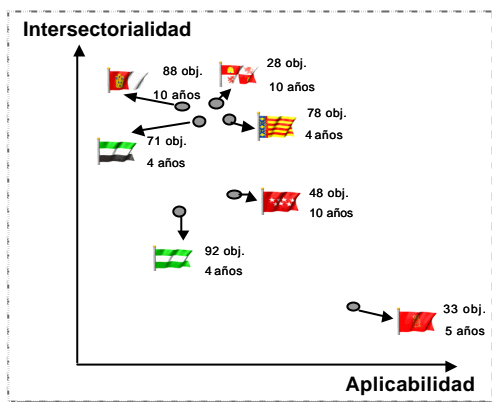
En cualquier caso, merece la pena señalar que todas las estrategias en salud pública analizadas están **muy focalizadas hacia los grandes problemas de salud de su población**, priorizándose 4-5 grandes áreas sobre las cuales se desarrolla la mayoría del Programa (cardiovascular, enfermedades respiratorias...).

En lo relativo a **líneas de intervención**, las estrategias que se desarrollan se agrupan en dos direcciones, ambas alineadas en torno al ciudadano. Algunos países consideran que el comportamiento en salud de los individuos es una responsabilidad compartida entre individuos y autoridades (Dinamarca, Reino Unido), o ven al individuo como principal responsable (Noruega) mientras que otros se resisten a imponer ninguna responsabilidad sobre la población (Suecia).

La **intersectorialidad** en su elaboración y en la implantación es otro de los elementos distintivos de las estrategias en salud pública de los países de la OCDE analizados. En este sentido, merece la pena señalar la experiencia del Reino Unido, donde se crea un contrato nacional para mejorar la salud (*National contract for better health*), bajo el cual Gobierno, organizaciones nacionales, servicios locales, comunidades, entidades locales, familias y ciudadanos han de trabajar de forma conjunta en la mejora de la salud.

Conclusiones del análisis de los Planes de Salud actualmente en vigor en España

En el análisis de los 7 Planes de Salud actualmente en vigor en España es posible identificar numerosos puntos de sinergia, si bien cada uno de ellos expresa las particularidades propias de la visión estratégica de la salud pública en ese momento en la Región:



- A grandes rasgos es posible definir el **Plan Andaluz de Salud** como el que más se impregna, junto con el de la Comunidad de Madrid, del concepto de equidad (tan mencionado, por otra parte, en las estrategias internacionales).
- Por su parte, el **Plan de Salud de Castilla La Mancha** sorprende por la gran disgregación que pone de manifiesto entre las estrategias en salud pública y en atención sanitaria.
- Asimismo, el **Plan de Salud de Castilla y León** se caracteriza, entre otros elementos, por su elevado grado de intersectorialidad.
- En el **Plan de Salud de la Comunidad Valenciana** destaca su exquisito nivel de explicitación metodológica.
- En el **Plan de Salud de Extremadura**, muy similar al Plan Andaluz de Salud en cuanto a estructura y metodología de desarrollo, no se pone de manifiesto de manera tan explícita el concepto de equidad, destacando la coordinación entre niveles como uno de los elementos más significativos.
- El **Plan de Salud de Navarra** se puede calificar como de total pragmatismo en lo relativo a la intersectorialidad, constituyéndose como el único Plan en el que este aspecto se elimina totalmente del programa.
- En el **Plan de Salud de la Comunidad de Madrid** destaca el alto grado de participación en su elaboración, así como la ausencia de indicadores para su evaluación y seguimiento.

En contraposición a lo observado en las estrategias de salud pública a nivel internacional, el concepto de **equidad** sólo se considera uno de los principios inspiradores en 2 de los Planes de Salud analizados (Andalucía y Comunidad de Madrid). Asimismo, la idea del **ciudadano como responsable de su propia salud** tan sólo se recoge en el Plan Andaluz de Salud, si bien otros Planes ponen de manifiesto la importancia de contemplar al **ciudadano como el centro/protagonista** del Plan (Extremadura, Navarra).

Algunos Planes de Salud (Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid) dan una gran importancia a la idea de que el Plan sea **dinámico**, permitiendo una constante evaluación y redefinición de objetivos. En otros, en cambio, no se contempla este aspecto.

La **explicitación metodológica** difiere mucho en los distintos Planes, desde aquellos donde aparecen muy detallados los fundamentos y pasos que justifican la toma de decisiones (Comunidad de Valencia), hasta Planes donde apenas se explicitan los detalles de la metodología utilizada para su elaboración (Castilla La Mancha, Comunidad de Madrid).

En todos los Planes de Salud analizados se realiza una **evaluación del cumplimiento de los objetivos identificados en el anterior Plan** (a excepción del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid, que era el primero elaborado en dicha Comunidad). No obstante, en algunos casos la evaluación del Plan anterior se realiza de forma global (Andalucía), mientras que en otros se expone de manera más detallada (Extremadura).

La **participación** es un elemento esencial en la mayoría de los Planes de Salud analizados (Castilla y León, Comunidad de Valencia, Comunidad de Madrid). Asimismo, en la mayoría de los planes (a excepción del navarro) se contempla el aspecto de la **intersectorialidad** como clave en la elaboración del Plan y en su puesta en marcha.

El **alineamiento del Plan con otros planes sectoriales del Gobierno regional** es un punto que se contempla en algunos de los Planes de Salud analizados (Andalucía, Comunidad Valenciana, Extremadura), si bien no se detalla en ningún caso en qué aspectos (u objetivos) se pone de manifiesto la convergencia entre planes.

En la mayoría de los Planes analizados se identifican **3-5 grandes bloques temáticos dentro de los cuales se definen las áreas prioritarias de actuación**, cuyo número varía significativamente de unos planes a otros.

Del mismo modo, el **número de objetivos identificados** presenta grandes variaciones entre los distintos Planes: desde el Plan de Castilla y León (con tan sólo 28 objetivos) hasta el de Andalucía (con 92 objetivos identificados). En cuanto a su **tipología**, se trata en su mayoría de objetivos difícilmente cuantificables y cuya definición se podría calificar de "poco precisa".

Andalucía y Extremadura recogen en sus Planes de Salud un gran número de **objetivos de carácter intersectorial**, en consonancia con la importancia que ambas autonomías conceden a este aspecto. En el caso de Navarra, por el contrario, los objetivos son todos de carácter intrasectorial.

En lo que se refiere a las medidas/planes de actuación, cabe señalar la **heterogeneidad de las medidas propuestas** (incluso dentro del mismo Plan), alternándose aquéllas de carácter específico con otras muy generales. Asimismo, las definiciones de muchas de ellas inducen a pensar que se trata de objetivos, más que de verdaderos planes de intervención. A grandes rasgos, se puede hablar de medidas de carácter genérico, en las que no se detallan los responsables de su puesta en marcha, lo cual dificulta en gran medida el proceso de implantación de las mismas.

Tan sólo en dos de los 7 Planes de Salud analizados no se definen **indicadores** (Andalucía y Comunidad de Madrid). No obstante, en el resto de Planes analizados se señalan indicadores que no siempre resultan apropiados: en ocasiones no guardan una relación directa con el objetivo o con las medidas de intervención identificadas, se trata de indicadores difíciles de obtener, ambiguos...

El aspecto **financiación** es el elemento pendiente en la mayoría de los Planes de Salud analizados. En casi todos ellos se pone de manifiesto la importancia del aspecto financiación y si bien tan sólo en el Plan Andaluz de Salud se elude cualquier referencia al respecto, en el resto de Planes se recoge de manera muy superficial. En la mayoría de los casos, se pone de manifiesto que se ha realizado una evaluación del coste global del Plan (Extremadura) o que se ha estimado la sobre-inversión que supone su implantación (Navarra), pero en ningún caso se recoge de manera detallada la financiación necesaria para la implantación de las distintas medidas/planes de intervención.

Factores clave de éxito

Para la Elaboración de un Plan de Salud Regional ...

La elaboración del Plan ha de realizarse con un **alto grado de participación y consenso**:

- Tanto por parte de profesionales;
- Como de ciudadanos.

Es preciso un **abordaje intersectorial** de algunos de los problemas de salud:

- Si bien hay que tener en cuenta las limitaciones de este tipo de abordaje.

El Plan ha de estar muy focalizado a los grandes problemas de salud:

- Es preciso concentrarse en los grandes problemas de salud en la Región: aquellos de mayor incidencia, mayor prevalencia, mayor mortalidad...
- El enfoque ha de ser similar al enfoque por procesos.

Los **objetivos** han de ser:

- Concretos, realistas (tanto desde el punto de vista científico, como económico, organizativo, alcance temporal...), cuantificables, medibles, con un responsable asignado, han de integrar criterios de salud pública y de servicios sanitarios y han de estar priorizados.

Las **medidas/planes de intervención** identificados han de ser>

- Efectivas (de acuerdo con criterios científicos y económicos) y medibles (identificación de medidas de intervención cuyo impacto real es posible medir).

... y para su implantación

Es preciso llevar a cabo una **gestión del Plan**:

- Ha de ser evaluable y dinámico (es preciso poder introducir ajustes, en relación a los objetivos inicialmente identificados);
- Tiene que haber un responsable de la gestión del Plan (una *Oficina de seguimiento del Plan* que ejerza funciones de impulso a la implantación, seguimiento y evaluación);
- Hay que identificar aquellos objetivos o medidas/planes de actuación cuyo cumplimiento o implantación escapa la capacidad del sector salud (es decir, gestiono lo que puedo y alerta de lo que se me escapa);
- La gestión del Plan ha de hacerse con un alto grado de consenso, tanto de ciudadanos como de profesionales y de otros sectores.

En la puesta en marcha de las medidas/planes de intervención:

- Hay que identificar los agentes implicados en la puesta en marcha cada una de las medidas de intervención;
- Es preciso hacer una estimación de los costes de implantación.

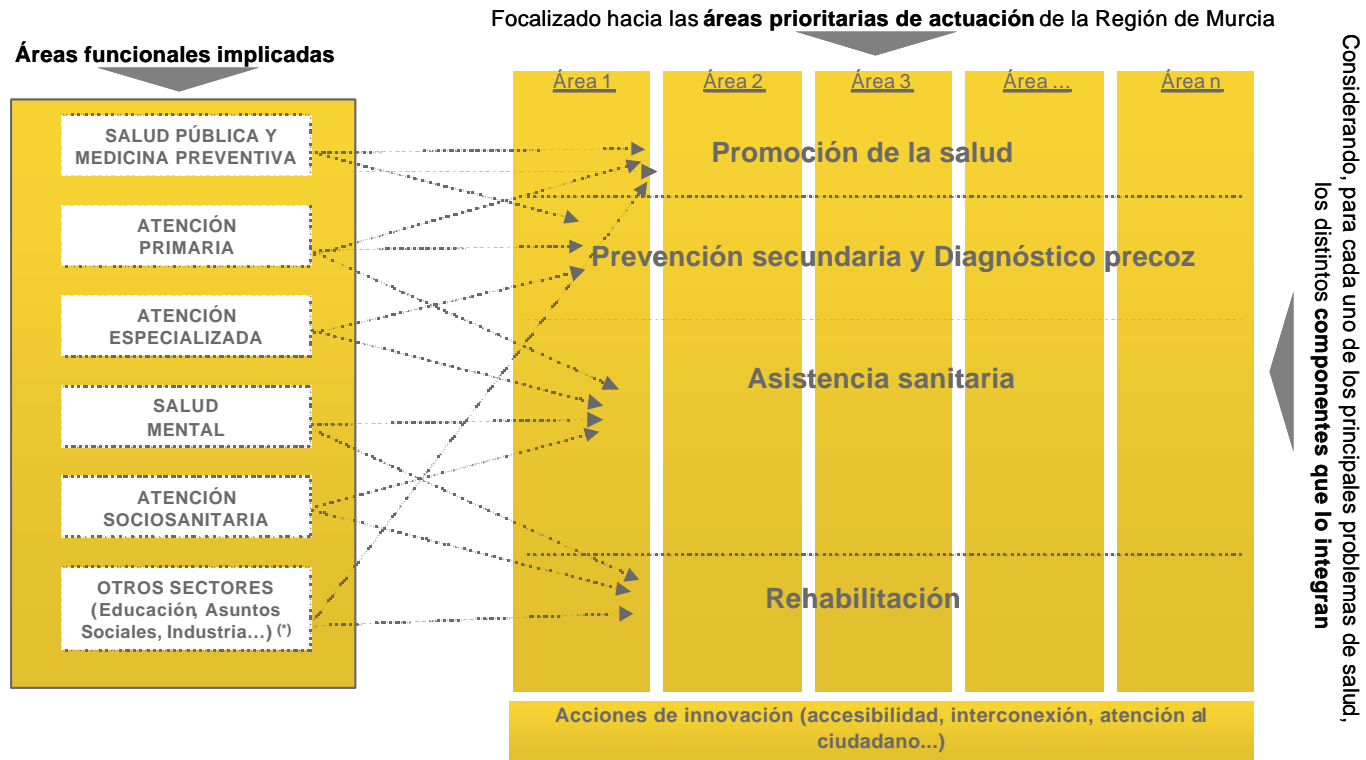
En la evaluación:

- Es necesario un conocimiento previo de la situación de partida
- Hay que definir indicadores de evaluación apropiados: directamente relacionados con las intervenciones propuestas, sensibles a las mismas y adecuados a su tipología de las mismas (en función de si se trata de Programas poblacionales o de Contratos con los proveedores).

Cada uno de los agentes implicados ha de asumir su responsabilidad para con el Plan de Salud Regional:

- Los **ciudadanos** han de responsabilizarse del papel clave que desempeñan en su propia salud;
- Los **profesionales** han de concienciarse de que son uno de los principales pilares sobre los cuales se ha de soportar su implantación;
- El **poder político** ha de demostrar una verdadera voluntad (tanto en el sector salud como en el resto de sectores).

7. Avance tentativo de la estructura del Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007



(*) Su participación en los Grupos de trabajo está directamente relacionada con el grado de intersectorialidad que se pretenda dar a la elaboración del Plan de Salud de la Región de Murcia.

8. Bibliografía consultada

Organismos supranacionales

- *Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2001-2006)*. Comisión de las Comunidades Europeas, 2000/0119 (COD), Bruselas.
- *Salud para todos en el siglo XXI*. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.

Entorno OCDE

- *Challenges to the health care of the future*. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 2001.
- *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study*. Pirooska Östlin y Finn Diderichsen. Policy Learning Curve Series, Number 1. David J. Hunter, Naomi Fulop y Morton Warner. European Centre for Health Policy, 2001, Bruselas.
- *Everybody is wanted*, 1998 (Noruega).
- *Exploring health policy development in Europe*. Anna Ritsatakis y col. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
- *From "Health of the Nation" to "Our Healthier Nation"*. A case study. Policy Learning Curve Series, Number 2. David J. Hunter, Naomi Fulop y Morton Warner. European Centre for Health Policy, 2000, Bruselas.
- *Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden*. Signild Vallgata. European Journal of Public Health, 2001, Vol. 11: 386-392.
- *Health on equal terms: national targets for public health*, 2000 (Suecia).
- *How can Sweden improve her health?*, 1998 (Suecia).
- *Our Healthier Nation*, 1998 (Reino Unido).
- *Saving Lives*, 1999 (Reino Unido).
- *The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2000* (Dinamarca).
- *The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2008. A case study* Policy Learning Curve Series, Number 5. Finn Kamper-Jorgensen. European Centre for Health Policy, 2001, Bruselas.

Entorno nacional

- *I Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 1995-2004*. Consejería de Sanidad, Madrid, 1995.
- *II Plan Andaluz de Salud 1999-2002*. Consejería de Salud, Sevilla, 1999.
- *II Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010*. Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2002.

- *II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León, 1998.
- *II Plan de Salud de Extremadura 2001-2004*. Consejería de Sanidad y Consumo, Badajoz, 2001.
- *II Plan de Salud de Navarra 2001-2005*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 24, Suplemento 3, 2001.
- *II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004*. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, 2001.
- *II Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000*. Consejería de Sanidad y Política Social, Murcia, 1998.
- La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso. Gispert, R. y col. *Gaceta Sanitaria*, 2000, Suplemento 3: 34-44.
- *Planes de salud y planificación en España durante la década de los 90. Caracterización de la crisis y perspectivas*. Tesis Doctoral. José Ramón Repullo, 1998. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Facultad de Medicina), Madrid.