

# **Experiencias de planificación sanitaria. Los Planes de Salud**

## **Objetivos:**

- Familiarizarse con diferentes modelos y metodologías de planificación sanitaria.
- Identificar las principales referencias internacionales en planificación sanitaria.
- Conocer las iniciativas mas importantes sobre planificación sanitaria realizadas en nuestro país.
- Conocer las experiencias regionales en planificación sanitaria.

## **Contenidos:**

1. Iniciativas de la OMS y otros organismos internacionales
  - 1.1. Salud para Todos en el año 2000.
  - 1.2. Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud
  - 1.3. Salud para Todos en El Siglo XXI
  - 1.4. Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-2006 (UE).
2. Los planes de salud en los países de nuestro entorno.
  - 2.1. Dinamarca.
  - 2.2. Reino Unido.
  - 2.3. Suecia.
3. Los planes de salud en España.
  - 3.1. Marco de referencia .
  - 3.2. Principales experiencias a nivel nacional y de las Comunidades Autónomas.
  - 3.3. Los planes integrales y las estrategias nacionales. Marco de referencia y principales experiencias.
4. Los Planes de Salud de la Región de Murcia. Metodología, implantación y resultados.
  - 4.1. I Plan de Salud de la Región de Murcia 1993 –1996.
  - 4.2. II Plan de Salud de la Región de Murcia 1998 –2000.
  - 4.3. III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.

Bibliografía.

# **Experiencias de planificación sanitaria. Los Planes de Salud**

## **1. Iniciativas de la OMS y otros organismos internacionales**

### **1.1. Salud para Todos en el año 2000**

En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud acuerda que el principal objetivo social de los Gobiernos y de la propia O.M.S., debería ser la consecución para todos los habitantes del mundo para el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Para ello en la 32ª Asamblea Mundial de la Salud se invitó a los Estados Miembros a que considerasen el documento "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000" (SPT 2000) como base para la formulación de sus políticas, estratégicas y planes de acción nacionales con el fin de alcanzar un grado aceptable de Salud para Todos en el año 2000.

En este documento, aprobado en 1979, se hacía mención a que, independientemente del proceso, cada país especificase sus metas y prioridades en salud después de haber identificado y analizado cuidadosamente sus problemas de salud y su capacidad socioeconómica para abordarlos, siendo, a la luz de este análisis, de donde surgirían las principales orientaciones para alcanzar esas metas sanitarias, que se reflejarían en el plan nacional de acción, donde se especificarían a su vez, las políticas a seguir y los objetivos cuantificados en la medida de lo posible.

Europa adoptó plenamente el objetivo Salud para Todos, quedando reforzado este primer impulso con la aprobación en 1980 de la estrategia regional de Salud para Todos por el Comité Regional. La estrategia SPT 2000 tiene como propósito definir "las condiciones que deben cumplirse para que las personas gocen de buena salud... las mejoras que pueden lograrse... y proponer las acciones oportunas para asegurar que estas mejoras puedan conseguirse". Su logro se basó en dos condiciones esenciales:

1. Reducir las desigualdades sanitarias entre los países y entre los grupos socio-económicos en el interior de los países.
2. Reforzar la salud a la vez que es necesario reducir la enfermedad y sus consecuencias a través de asegurar la igualdad ante la salud, añadir vida a los años, añadir salud a la vida y añadir años a la vida

Para la consecución de estas dos condiciones fundamentales, el Comité Regional, adoptó en el documento "Los objetivos de la Salud para Todos" con 38 objetivos específicos y una lista preliminar de indicadores (65) que evaluarán el nivel de progreso y consecución de dichos objetivos. Los ejes básicos de esta estrategia se resumen a continuación:

- El concepto de Salud para Todos lleva implícito el de igualdad en el acceso a la salud. Es decir, será preciso reducir al mínimo las desigualdades actuales entre los países y dentro de cada uno de ellos.
- Se trata de dar a las personas una idea positiva de la salud y permitirles así utilizar plenamente sus condiciones físicas, mentales y afectivas. Se pondrá especial énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades.
- La salud para Todos es un tema que tiene que alcanzarse por los propios individuos. Una comunidad participando activamente, bien informada y bien motivada es un elemento fundamental en la realización del objetivo común.
- La Salud para Todos exige la acción coordinada de todos los sectores afectados. Las autoridades sanitarias no pueden tratar de resolver nada más que una parte de los problemas; solamente con la cooperación multisectorial se podrán lograr las condiciones previas de la salud, promover las políticas favorables para la salud y reducir los riesgos presentes en el medio ambiente físico, económico y social.
- El sistema de salud deberá dedicar especial interés a la Atención Primaria de Salud, de forma que se cubran las necesidades sanitarias fundamentales de cada comunidad por medio de servicios situados cerca de los lugares de residencia y de trabajo de las personas, que sean accesibles y aceptables para todos y que se apoyen en una participación comunitaria total.

La formulación de la política sanitaria está contemplada en el objetivo 33 "Antes de 1990, todos los Estados Miembros deberán actuar de manera que sus estrategias y planes sanitarios, estén de acuerdo con los principios de la Salud para Todos, y que sus textos legislativos y reglamentarios se apliquen en todos los sectores de la sociedad", condicionando su consecución, a que todos los países procedieran a examinar sistemáticamente sus programas sanitarios y la legislación dentro de la óptica de la estrategia y de los objetivos regionales de Salud para Todos, modificando o reforzando su legislación sanitaria. Igualmente apunta como necesario que las autoridades y los gobiernos se comprometan de manera inequívoca en la consecución de la Salud para Todos, y haga de la Salud una preocupación fundamental para todos los sectores de la sociedad, pudiendo adoptar este compromiso la fórmula de una Declaración del Jefe del Estado o del Parlamento, de una cita en la Constitución o de cualquier otra medida legislativa.

## **1.2. Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud**

Los Ministros del Medio Ambiente y de Sanidad de los Estados Miembros de la Región Europea de la O.M.S., reunidos en Frankfurt en diciembre de 1989 adoptaron la Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud, acordando considerar los principios y las estrategias que se establecen en dicha Carta como un firme compromiso de acción, debiendo prestar especial atención a las siguientes cuestiones de urgencia relacionadas con el medio ambiente y la salud:

- Las perturbaciones globales del medio ambiente, como la destrucción de la capa de ozono y el cambio climático.
- Un desarrollo, una planificación y una renovación de las ciudades, que protejan la salud y promuevan el bienestar.
- Suministros de agua potable seguros y adecuados según las directrices de la O.M.S. sobre la calidad del agua potable, conjuntamente con una eliminación higiénica de los residuos para todas las comunidades urbanas y rurales.
- La calidad del agua, en relación con las aguas superficiales, subterráneas, costeras y recreativas.
- La seguridad microbiológica y química de los alimentos.
- El impacto en el medio ambiente y la salud de las diferentes opciones de energía, el transporte, especialmente el transporte por carretera, y las prácticas agrícolas, incluyendo el uso de los fertilizantes y los pesticidas, y la eliminación de residuos.
- La calidad del aire, en base a las directrices de la O.M.S., especialmente en relación con los óxidos de azufre y de nitrógeno, los oxidantes fotoquímicos y los compuestos orgánicos volátiles.
- La calidad del aire en interiores, incluyendo los efectos del radón, del fumador pasivo y de los productos químicos.
- Los productos químicos persistentes y aquellos que causan efectos crónicos.
- Los residuos peligrosos, incluyendo su control, transporte y eliminación.

A la hora de abordar estas prioridades, se debe tener en cuenta la importancia de la planificación ambiental intersectorial y el control comunitario de cara a generar un óptimo nivel de salud y bienestar. Asimismo, la Carta Europea considera que la

promoción de la salud debe ser añadida a la protección de la salud al objeto de inducir la adopción de estilos de vida saludables en un medio ambiente limpio y armonioso.

### 1.3. Salud para Todos en El Siglo XXI



En 1998 todos los Estados Miembros de la OMS aprueban la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI”, con el objetivo de aplicar la perspectiva de salud para todos surgida en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977 a la actualidad. Dicho marco establece las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI, así como diez objetivos que deben crear las condiciones necesarias para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud. Se trata fundamentalmente de una carta de principios de justicia social, que proporciona una orientación científica sobre los mejores desarrollos sanitarios y que perfila un proceso que conducirá a la mejora progresiva de la salud de todas las personas.

En el seno de la Región Europea de la OMS se han adaptado estos principios, aplicando los valores, objetivos y estrategias globales de salud para todos a los problemas sanitarios de la Región, teniendo en cuenta sus cambios sociales, económicos y políticos, y las oportunidades que éstos crean. Con el fin de perfeccionar los 38 objetivos previos de la política de salud para todos, a la luz de los logros anteriores y de los futuros desafíos, SALUD21 define 21 objetivos para el siglo XXI que proporcionan un marco de acción para la Región en su conjunto, y sirven de inspiración para el desarrollo de objetivos a nivel local y nacional.

La propuesta parte del hecho de que los habitantes de Europa están buscando una perspectiva más sostenible y socialmente responsable en relación con el desarrollo y el crecimiento. Esto implica una resolución del conflicto entre la consecución del bienestar y la protección y mejora de la salud. La salud, de acuerdo Declaración Mundial de la Salud, es uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos y se trata de condición previa del bienestar y de la calidad de vida. La buena salud resulta fundamental para el crecimiento económico sostenible. La inversión intersectorial en materia de salud no sólo desbloquea nuevos recursos para la salud, sino que también implica la obtención de grandes beneficios, contribuyendo a largo plazo al desarrollo global, económico y social. La inversión en una atención sanitaria orientada a los resultados mejora la salud e identifica los recursos que se pueden liberar con el fin de satisfacer las crecientes demandas del sector sanitario.

La política SALUD21 para la Región Europea de la OMS se establece sobre tres valores básicos:

- la salud como derecho fundamental de los seres humanos;
- la equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes; y
- la participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

El objetivo principal es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Para ello se proponen las siguientes metas:

- promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
- reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

Se han seleccionado cuatro principales estrategias de acción, con el fin de garantizar que un impulso sostenible desde el punto de vista científico, económico, social y político dirija la aplicación de SALUD21:

- estrategias multisectoriales para hacer frente a los determinantes de la salud, teniendo en cuenta las perspectivas culturales, sociales, económicas, físicas y de género, y garantizando la utilización de la evaluación del impacto sanitario;
- programas e inversiones dirigidos a los resultados sanitarios y encaminados al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria;
- atención primaria de salud orientada a la comunidad y a la familia con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta; y
- un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional, y que promueva la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta.

En la estrategia SALUD21 se han establecido 21 objetivos, que describen de forma específica las necesidades del conjunto de la Región Europea y que sugieren las acciones requeridas para mejorar la situación. Asimismo, dichos objetivos proporcionan los indicadores mediante los cuales se pueden medir los progresos realizados a la hora de mejorar y proteger la salud, así como reducir los riesgos sanitarios. Estos 21 objetivos constituyen el marco para el desarrollo de políticas sanitarias en los países de la Región Europea, por lo que se deben incorporar a las políticas de desarrollo sanitario de todos los Estados Miembros de la Región y deben ser adoptados por todas las principales organizaciones e instituciones europeas.

Los 21 objetivos pueden dividirse en 6 grupos. En el primer grupo se incluyen dos objetivos sobre solidaridad y equidad. Con ellos se pretende hacer efectivas las

garantías en aspectos como el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad, seguridad y calidad, con independencia de su lugar de residencia o desplazamientos. Es decir, que ante situaciones de igual necesidad se obtendrá la misma respuesta, vivan donde vivan y estén donde estén.

El segundo grupo figuran tres objetivos orientados a mejorar salud en todas las etapas de la vida, en los niños, en los jóvenes, en los ancianos. En la infancia, se enfatizara , en la detección de anomalías congénitas, en el estudio de enfermedades raras y en la aplicación de medidas para corregir o paliar defectos congénitos desde la más temprana edad. Entre los jóvenes, las causas de muerte prematura son en primer lugar los accidentes de tráfico y en segundo el SIDA, seguidos por el uso de drogas por vía parenteral y los suicidios. Además es en la adolescencia cuando las personas, en general, se inician en el consumo del tabaco.

En el tercer grupo se incluyen cuatro objetivos orientados a la prevención de enfermedades y lesiones en salud mental, enfermedades infecciosas, las prevenibles por vacunación, el SIDA o las enfermedades emergentes. Se orientan hacia la elaboración de políticas de prevención que reducir el impacto personal y la carga social, minimizar la variabilidad de la práctica clínica y reforzar la participación de los ciudadanos.

El cuarto grupo abarca cinco objetivos de ámbito multisectorial que pretenden lograr un entorno físico sano y seguro en aspectos relativos la calidad del aire, del agua y de los alimentos y el desarrollo de estilos de vida saludables en habitats saludables. Incluye también acciones encaminadas a combatir de manera activa la siniestralidad laboral y las enfermedades profesionales.

El quinto grupo se refiere específicamente al sector sanitario. Incluye cuatro objetivos dirigidos a orientar los sistemas sanitarios hacia los usuarios, colocándolos como centro del Sistema. Incluye acciones para la mejora de la accesibilidad, de la confortabilidad, de la libre elección y de la participación. Al mismo tiempo enfatiza el papel de la investigación biomédica y de la innovación tecnológica como factores estratégicos. En este grupo se incluye también la política de recursos humanos para la salud, orientada a proporcionar a los profesionales la motivación y las capacidades necesarias para adoptar las mejores prácticas y para asumir responsabilidades en relación a los resultados de su trabajo.

El sexto y último grupo, compuesto por tres objetivos, incide sobre las políticas y mecanismos para la gestión del cambio. A partir de una evaluación de la situación actual, así como la previsión de las tendencias futuras, se determinaran las prioridades y se establecerán los objetivos específicos, empleando como motor el diálogo, el consenso y la participación activa de los diversos agentes.

Cualquier actividad de planificación debe considerar estos aspectos y esforzarse por adaptar a la realidad local, regional o nacional la estrategia regional europea de Salud para Todos.

## **1.4. Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-2006 (UE)**

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. 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. Sus líneas de actuación son las siguientes:

- ✓ Mejorar la información y los conocimientos sobre la salud. Para ello incide en el desarrollo un sistema de vigilancia de la salud y en la puesta en marcha de mecanismos de análisis, asesoramiento, notificación, información y consulta sobre las cuestiones sanitarias.
- ✓ Responder con rapidez a las amenazas para la salud aumentando la capacidad de lucha contra las enfermedades transmisibles y reforzando la capacidad para atajar otras amenazas sanitarias.
- ✓ Hacer frente a los factores determinantes de la salud desarrollando medidas en relación con a los factores determinantes de la salud vinculados al modo de vida., los determinantes sociales y económicos de la salud y el medio ambiente.

El Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006, 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 pretende 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. Para ello hace un énfasis en combatir las desigualdades relacionadas con la salud que existen entre los estados miembros y dentro de ellos e impulsar la cooperación entre los Estados miembros



## 2. Los planes de salud en los países de nuestro entorno.

A continuación se analizan someramente los planes de salud de cuatro países de nuestro entorno (Dinamarca, Reino Unido y Suecia). Para ello es preciso considerar algunos aspectos. En primer lugar, el concepto de salud pública difiere entre estos países y con el nuestro. Por otra parte, se trata de estrategias que exceden el ámbito autonómico, tratándose de programas de alcance nacional. Todos ellos han sido elaborados entre 1998-2000; y están enmarcados en el documento de la OMS *Salud para todos en el siglo XXI*.

### 2.2. Dinamarca

La elaboración del *Programa en salud pública y promoción de la salud 1999-2008* (*The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2008*) 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 inspiran en la política de la OMS *Salud para todos en el siglo XXI*. Se definieron 17 áreas prioritarias de actuación y se crearon grupos de trabajo de 4 – 6 personas para el desarrollo de cada una de ellas, integrados por representantes de los Ministerios implicados, algunos expertos y representantes del Gobierno local.

Como principios inspiradores cabe destacar la gran importancia que concede a las acciones intersectoriales, así como a las actividades desarrolladas para mejorar la salud de la población. Contiene 17 grandes objetivos, agrupados en 3 capas de actuación. Para cada uno de ellos se define un objetivo genérico, una serie de objetivos específicos y se identifican un conjunto de medidas/planes de intervención.

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. 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. 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* 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.

Junto con los objetivos e iniciativas descritas se elabora un Plan de implantación del Programa en los niveles regionales y locales. Asimismo, se contempla una financiación específica para llevar a cabo las distintas medidas identificadas. En lo que se refiere a monitorización y evaluación de resultados, cabe señalar que durante el proceso de elaboración se llevó a cabo una encuesta de salud nacional,. 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.

## 2.3. 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.
- ✓ Mejorar la salud de los colectivos más desfavorecidos, disminuyendo las diferencias en salud.

Define cuatro áreas prioritarias (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes y enfermedades mentales). Para cada una de las áreas establece unos objetivos e incluye como elemento novedoso para conseguir estos objetivos de salud, 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. identificando las principales acciones a desarrollar por cada uno de los sectores implicados.

### Áreas prioritarias y objetivos:

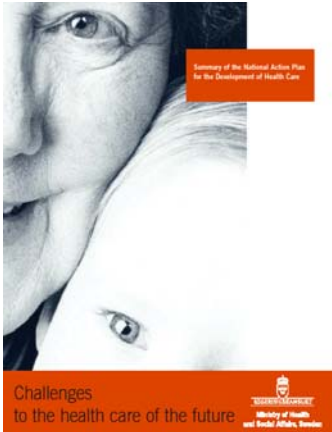
- Cáncer: reducir, al menos en más de un quinto, el número de muertes por cáncer entre la población menor de 65 años.
- Enfermedades cardiovasculares: reducir, al menos en más de un tercio la muerte por enfermedades cardiovasculares entre la población menor de 65 años.
- Accidentes: reducirlos al menos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

<b>Contrato Nacional para la Salud: Enfermedades Cardiovasculares</b>	<b>El Gobierno y las Organizaciones Nacionales pueden:</b>	<b>Las Organizaciones Locales y la Comunidad pueden:</b>	<b>Los Ciudadanos pueden:</b>
<b>Social y Económico</b>	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.
<b>Ambiental</b>	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.
<b>Estilo de Vida</b>	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.
<b>Servicios</b>	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.

## 2.4. 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, para elaborar un Plan de Salud con los siguientes contenidos. Los principios inspiradores siguiente:

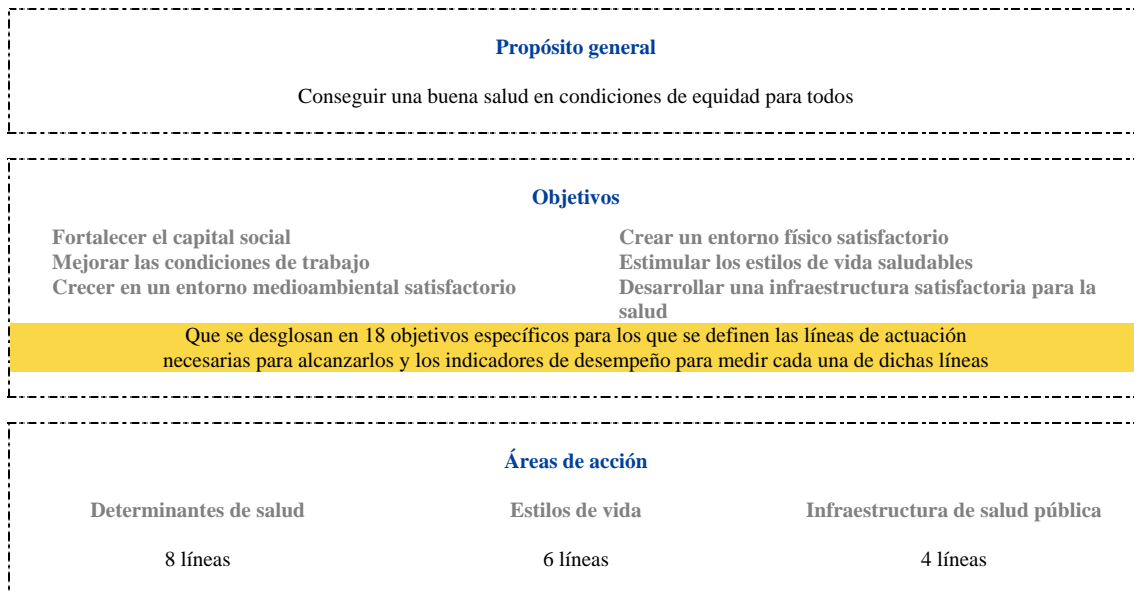


- ✓ Visión holística del término salud
- ✓ Atacar a las patologías crónicas, por causar un perjuicio en la calidad de vida de los ciudadanos y por tanto un perjuicio al conjunto de la sociedad.
- ✓ Reducir las inequidades (clases socioeconómicas, hombres y mujeres, étnicas y geográficas).
- ✓ Muy participativo, ampliamente discutido y consensuado
- ✓ Riguroso y 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. Como consecuencia de este trabajo se publica en 1999 un documento (el *Green Paper*) que recoge los principales objetivos para conseguir una sociedad más saludable, desglosados en objetivos específicos.
3. Actualización del Green Paper: esta última fase consistió en comunicar y consensuar dicho documento para incorporar aquellos aspectos no tratados y hacer mayor énfasis en otros tratados sin la suficiente profundidad. Como consecuencia de todo ello se obtiene un documento final que 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. De ellos 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.



En el documento final se incluyen también las responsabilidades del Instituto Nacional de Salud Pública para la puesta en marcha del Plan y el coste anual de implantación de las medidas propuestas.

## **3. Los planes de salud en España.**

### **3.2. Marco de referencia**

En el documento "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000" aprobado en 1979 por la OMS, se hacía mención a que, independientemente del proceso, cada país especificase sus metas y prioridades en salud después de haber identificado y analizado cuidadosamente sus problemas de salud y su capacidad socioeconómica para abordarlos. A la luz de este análisis deberían formularse las principales orientaciones para alcanzar esas metas sanitarias, que se reflejarían en el plan nacional de acción. En este plan se especificarían a su vez, las políticas a seguir y los objetivos cuantificados en la medida de lo posible.

Europa adoptó plenamente el objetivo Salud para Todos con la aprobación en 1980 de la estrategia regional de Salud para Todos por el Comité Regional, plasmada en los 38 objetivos de la Salud para Todos comentados en el primer epígrafe de este capítulo.

La formulación de la política sanitaria está contemplada en el objetivo 33, en el que se recoge que "Antes de 1990, todos los Estados Miembros deberán actuar de manera que sus estrategias y planes sanitarios, estén de acuerdo con los principios de la Salud para Todos, y que sus textos legislativos y reglamentarios se apliquen en todos los sectores de la sociedad". Además el Objetivo 34, se recoge que "Antes de 1990, los Estados Miembros deberán estar dotados de procesos de gestión para el desarrollo sanitario, basados en la realización de la Salud para Todos, que impliquen el compromiso activo de las colectividades y de todos los sectores interesados en la sanidad y, a este fin, promoviendo una afectación preferencial de los recursos a aquellos aspectos prioritarios del desarrollo sanitario".

Se apunta como conveniente que los gobiernos se comprometan de manera inequívoca en la consecución de la Salud para Todos y hagan de la Salud una preocupación fundamental para todos los sectores de la sociedad. En España este compromiso parte de l artículo 43 de la Constitución de 1978, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud atribuyendo a los poderes públicos la tutela de este derecho, si bien, remite a la ley (futura Ley General de Sanidad) para su regulación específica.

La Ley General de Sanidad (L.G.S. 14/1986 de 25 de abril) recoge en su artículo 54 que "Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud". Además las referencias al proceso planificador en la Ley General de Sanidad se contienen, principalmente, en el Capítulo Cuarto, que trata de la Coordinación General Sanitaria y en la Disposición Adicional novena, donde se realiza una referencia más concreta a los Planes Integrados de Salud.

El artículo 73.1 la Ley General de Sanidad define que "La Coordinación General Sanitaria se ejercerá por el Estado, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud" e incluirá (Art. 70.2):

- a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario, y los mapas sanitarios nacionales.
- b) La determinación de fines y objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.
- c) El marco de actuación y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.
- d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

Con todo ello, se legitimaba al Gobierno para que (art. 70.3) elaborara los criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones suministradas por las Comunidades Autónomas y su remisión (art. 70.4) a las mismas para que fueran tenidos en cuenta por estas a la hora de formular sus respectivos planes de salud que (art. 54) comprenderían todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

De igual modo, el Estado (art. 70.1) aprobaría planes de salud en el ámbito de sus competencias, o bien establecería planes de salud conjuntos con las Comunidades Autónomas (art. 71.1), siendo formulados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuando dichos planes implicaran a todas las Comunidades Autónomas.

Finalmente se delimita el Plan Integrado de Salud (art. 74.1) como documento único en el que se recogen los planes estatales, de Comunidades Autónomas y conjuntos, entendiéndose definitivamente constituido, una vez haya sido revisado por el Consejo Interterritorial, correspondiendo su aprobación definitiva al Gobierno (art. 76.1)

A través de la Disposición Adicional Novena de la L.G.S. se establecía un plazo máximo de dieciocho meses a partir de la entrada en vigor de la misma, para poner en conocimiento de las CC.AA. los criterios generales de coordinación sanitaria (C.G.C.S.) y demás circunstancias a que alude el artículo 70., junto con la entrada en vigor de la L.G.S. del procedimiento y plazos para la formulación de los Planes Integrados de Salud. En esta misma disposición se establece un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de la ley para aprobar por Real Decreto el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud

Los Criterios Generales de Coordinación Sanitaria se aprobaron en el pleno del Consejo Interterritorial de julio de 1989 y su contenido deriva, de modo directo, del texto de la

L.G.S., y es expresamente compatible con los objetivos de la estrategia de Salud para Todos.

En julio de 1989 se publica el Real Decreto 938/1989, por el que se establece el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud, en cumplimiento de la mencionada Disposición Adicional Novena de la L.G.S. En dicho Real Decreto se define el Plan Integrado de Salud como la suma de los planes estatales, los de las CC.AA. y los conjuntos. Asimismo, se fijan los plazos y procedimientos tanto de elaboración y aprobación de los planes de las CC.AA. como del Plan integrado y de su ejecución. En el capítulo II del Real Decreto se establecen como capítulos mínimos a incluir en los planes los siguientes: 1) Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios, 2) Establecimiento de objetivos, 3) Programas a desarrollar, 4) Financiación, 5) Ejecución y 6) Evaluación.

Entre los años 90 y 92 en el Consejo se presentan el Plan de Salud de Navarra (17/12/90) el de Castilla y León (20/2/91) y el de Murcia (14/12/92). E el año 93 cuando Andalucía presenta en el Pleno del Consejo Interterritorial su Plan de Salud (15/3/93) y el País Vasco su Plan Estratégico de Salud "Osasuna Zainduz" (20/12/93). Finalmente en diciembre de 1994 con la presentación al Pleno del Consejo del Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.

### **3.3. Principales experiencias a nivel nacional y de las Comunidades Autónomas.**

En 1994, de acuerdo con la información disponible en la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales del Ministerio de Sanidad y Consumo, 13 CC.AA. habían publicado su Plan de Salud. La publicación de documentos es independiente tanto del nivel competencia de las Comunidades como de la fecha en que se realizaron las diferentes transferencias. Las siete Autonomías a las que había sido transferido el Insalud tenían elaborado su Plan de Salud. En cuatro CC. AA. (Baleares, Cantabria, Extremadura y La Rioja) no se dispone de él.

Tomando como referencia el Real Decreto 938/1989 y los contenidos mínimos establecidos para los Planes Integrados de Salud (Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios, Establecimiento de objetivos, Programas a desarrollar, Financiación, Ejecución y Evaluación). Ninguno de los Planes elaborados recogía los contenidos mínimos requeridos (ver tabla siguiente)

Como se puede apreciar, de las 13 CC.AA. que han elaborado algún tipo de documento, en todas se establece un diagnóstico de Salud, donde en general se ponen de manifiesto los problemas sanitarios que se detectan, en la mayoría de los casos incluso cuantificados. Así mismo prácticamente todas las Autonomías, en función del análisis de situación, establecen unos objetivos con independencia de su cuantificación tanto en cifras como en el tiempo. En general son objetivos muy generales y que



fundamentalmente se refieren a actividades de Promoción y Protección de la Salud y no tanto de asistencia a la enfermedad.

ADECUACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LAS CC.AA. AL R.D. 938/1989 DE 21 DE JULIO.

Comunicad Autónoma	Análisis de problemas	Objetivos	Programas a desarrollar	Financiación	Ejecución	Evaluación
Andalucía	✓	✓	✓			
Aragón	✓	✓				
Asturias	✓					
Canarias	✓	✓				
Castilla La Mancha	✓	✓	✓			
Castilla y León	✓	✓				
Cataluña	✓	✓	✓		✓	✓
Com. Valenciana	✓					
Galicia	✓	✓				
Madrid	✓	✓	✓			
Murcia	✓	✓	✓			✓
Navarra	✓	✓	✓			
Pais Vasco	✓	✓	✓			

Únicamente dos CC.AA. (Cataluña y Murcia) se refieren a la evaluación, habiendo publicado ambas una evaluación de su plan de salud. Pero no solo nos referíamos a que se hubiera publicado algo si no más bien al abordaje de la evaluación dentro de los presupuestos primeros del Plan y en general esto no ha sido contemplado con la excepción antes dicha.

Por último, ningún Plan de Salud contempla el capítulo de financiación. No ya en cuanto a gasto, programas de actividad, fuentes de financiación, etc., tampoco ningún plan realiza ningún tipo de aproximación en este capítulo. El hecho de que ninguna Comunidad Autónoma se haya planteado hasta la fecha ninguna inquietud sobre la financiación de su Plan de Salud nos hace pensar que en la actualidad estamos todavía en una fase teórica más o menos avanzada.

En general la diversidad que ofrecen las distintas CC.AA. en el diagnóstico de salud así como en la consideración de las áreas de intervención más importantes no es muy significativa (ver tabla). En 5 de las áreas vienen a coincidir todos los planes (Enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades transmisibles, salud buco-dental y accidentes) y únicamente en dos áreas (Envejecimiento y trastornos del aparato locomotor) hay aproximadamente el mismo número de Comunidades Autónomas que la engloban que la rechazan. En las otras seis áreas existe una o pocas Comunidades Autónomas que no las incluyen.

## ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LAS CC.AA.

Area de Intervención	Andalucía	Aragón	Asturias	Canarias	Cataluña	Castilla-La Mancha	Castilla y León	C. Valenciana	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	Pais Vasco
Envejecimiento	✓	✓				✓	✓	✓				✓	
Infección VIH/SIDA	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E. Cardiovasculares	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cáncer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Enf respiratorias		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓
Enf digestivas	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓			✓
Ap. Locomotor	✓	✓	✓		✓					✓	✓		
E. Transmisibles*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diabetes Mellitus	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
Salud Materno-Inf	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
Salud Mental	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Salud bucodental	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Accidentes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

En 1995 se presentó el Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo articulado en seis capítulos. En los tres primeros capítulos se realiza un análisis de situación, en el cuarto se seleccionan las áreas de intervención, en el sexto se recogen las líneas de actuación para cada una de estas áreas y en el séptimo y último se incluyen las estrategias de intervención agrupadas en cuatro grupos:

1. Estrategias de fomento de los estilos de vida y entorno saludables
2. Estrategias de reorientación de los servicios sanitarios.
3. Estrategias de Calidad de los Servicios.
4. Utilización eficiente de la tecnología.
5. Estrategias de Formación.
6. Estrategias de Investigación
7. Sistemas de Información y Evaluación.

A lo largo de los años 90 las CC. AA. han realizado hasta 26 Planes de Salud, incluso el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró el suyo. Sin embargo y a grandes rasgos, estos Planes adolecen de los siguientes problemas:

- ✓ Exhaustividad. Se emplean mas de 80 códigos temáticos para catalogar los problemas de salud.
- ✓ Falta de prioridades. Ante la abundancia de problemas se recopilan de forma enciclopédica una serie de recetas de acción en lugar de definir acciones

específicas para gestionar. En otras ocasiones se pospone para otros momentos la definición de acciones.

- ✓ Carencia de intersectorialidad ni de reconocimiento de los problemas de interrelación y dependencia de la salud con sectores ajenos al sanitario,.
- ✓ Los Programas se dirigen fundamentalmente a los agentes sanitarios.
- ✓ No se proveen mecanismos de gestión de los planes, el grupo que edita y coordina la elaboración del Plan se disuelve tras su publicación y confía en la difusión editorial de sus contenidos y acciones. Las iniciativas de utilizar los contratos programas y de gestión para trasladar los objetivos de los planes de salud son pocas y de éxito limitado.

### LOS ÚLTIMOS PLANES DE SALUD ELABORADOS POR LAS CC.AA



*III Plan Andaluz de Salud 2002 - 2008*



*II Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010*



*II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007*



*III Plan de Salud de la Comunidad de Valencia 2005-2009*



*III Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*



*II Plan de Salud de Navarra 2001-2005*



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



*II Plan de Salud de Euskadi 2002-2010*



*III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007*

Esta tendencia se ha continuado durante el presente siglo de forma que, como se observa en la figura adjunta, hay varias CC.AA. que ya alcanzan su tercera edición. Sin embargo, dada la heterogeneidad de formatos, orientaciones y abordajes de los problemas de salud, así como al escaso nivel de cumplimiento del RD, la idea de un Plan Integrado de Salud a nivel nacional se tornó técnicamente imposible, de forma que el Ministerio ha sido incapaz en de elaborarlo.

### **3.4. Los planes integrales y las estrategias nacionales. Marco de referencia y principales experiencias.**

Con la entrada del nuevo siglo, a los problemas de definición de los Planes de Salud y a la dificultad de su traslado a acciones de gestión, se añade uno nuevo como consecuencia de la finalización del proceso de transferencias de las competencias de asistencia sanitaria. En efecto desde enero de 2002 en nuestro país existen 17 Servicios Regionales de Salud, uno por cada Comunidad Autónoma, gestionados por los gobiernos regionales. Teniendo en cuenta la experiencia acumulada en el funcionamiento de Consejo Interterritorial de Salud (CIS) y de relación con las CC.AA trasferidas hasta entonces, el problema de coordinación que se le presenta al Ministerio de Sanidad y Consumo se convierte en la prioridad del departamento.

Por todo ello es necesario establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. La experiencia en coordinación sanitaria desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia.

Para ello se publica la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se definen los ámbitos de colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas con el objeto de que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes.

El capítulo VII de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud prevé la elaboración conjunta de planes integrales de salud por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en relación con las patologías prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Los planes integrales de salud se basan en tres pilares :

- ✓ Establecimiento de criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Determinación de los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.

- ✓ Especificación de actuaciones de efectividad reconocida, identificarán modelos de atención de estas intervenciones, desarrollarán herramientas de evaluación e indicadores de actividad, indicarán metas y objetivos para evaluar el progreso e identificarán insuficiencias en el conocimiento para orientar las prioridades de investigación.

En esta ley, recogiendo otras experiencias internacionales, fundamentalmente las del Reino Unido y sus Contratos Nacionales para la Salud, se opta por elaborar Planes Integrales de Salud sobre las enfermedades o condiciones más relevantes como alternativa a los anteriores Planes de Salud. Estos Planes establecen estándares y proponen modelos de actuación basados en las mejores pruebas disponibles en los ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación. Son elaborados con amplia participación de las sociedades científicas y otros agentes sociales y se revisan periódicamente. La utilidad de los Planes Integrales se basa en establecer criterios de coordinación. Cada Comunidad, una vez marcados estándares generales, bases y criterios, elige el modelo que más se adapta a sus peculiaridades y necesidades. Los Planes integrales se basan en tres pilares: estándares de servicio claros, prestación adecuada y monitorización de resultados. Sus principios rectores son la reducción de inequidades, la elevación de la calidad de la atención y la información.

La característica fundamental de los Planes Integrales es que están centrados en las personas —ya sean pacientes potenciales, ya estén en situación de riesgo o estén desarrollando o hayan desarrollado la enfermedad— y en su derecho a una asistencia equitativa y con unos mínimos de calidad, siendo competencia de las Comunidades Autónomas la organización de sus servicios y la distribución de los recursos en consonancia con los objetivos planteados. Establecen áreas de intervención para las que se definen estándares, objetivos, puntos críticos, acciones, indicadores y ejemplos de buenas prácticas.

- ✓ El estándar: grado de cumplimiento exigible a un criterio y que asegura el nivel de atención que toda persona debería obtener. Garantiza la atención a una patología de forma equitativa para todas las personas y enfermos implicados, evitando discriminaciones entre la población.
- ✓ Los objetivos: son metas a alcanzar, aplicables a toda la población a la que van dirigidos. Se recogen de las diversas recomendaciones de las sociedades científicas y los entes institucionales autorizados, habiendo sido constatado un impacto considerable en la reducción de la mortalidad y la morbilidad. Los objetivos son consecuciones, no elaboración de herramientas ni de instrumentos; por tanto, deben ser medibles, monitorizables, cuantificables y modificables.
- ✓ Los puntos críticos: son aspectos, problemas o situaciones que pueden dificultar el alcance de los objetivos y cuya ignorancia puede hacer fracasar el proyecto. Han sido considerados y puestos claramente de manifiesto desde el primer momento, constituyendo el hilo conductor del trabajo en cada una de sus vertientes.
- ✓ Las acciones: son las actividades generales que es necesario llevar a cabo; de una manera o de otra, según los diferentes criterios organizativos de las distintas Administraciones. Son imprescindibles para garantizar el cumplimiento de los

objetivos. Se debe asegurar que la acción se instaurará cumpliendo las recomendaciones de las guías clínicas elaboradas por las diferentes asociaciones profesionales, a menos que exista una contraindicación especial. Las acciones están sujetas a los cambios propios del devenir y el avance de los conocimientos. Deben ser, por tanto, actualizables.

- ✓ Los indicadores: son medidas de proceso o de resultados, esenciales para evaluar la efectividad del Plan. Facilitarán información clara, consistente y actualizable.
- ✓ Las buenas prácticas: son ejemplos de iniciativas, actividades o modelos de funcionamiento que han sido puestos en marcha en España, o fuera de ella, y que por su demostrada eficacia merecen ser considerados como una posible referencia.

Prácticamente al mismo tiempo que se aprueba la Ley se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (orden SCO/582/2003, de 6 de marzo) y del Cáncer (Orden SCO/1225/2003, de 8 de mayo) con la asignación de responsabilidades, objetivos, áreas de intervención y metodología de trabajo para el abordaje de estos problemas de salud.

### Objetivos del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI):



- ✓ Reducir las inequidades ante el riesgo de padecer la enfermedad.
- ✓ Disminuir las variaciones injustificadas en el acceso a servicios preventivos y clínicos de calidad.
- ✓ Lograr una mejor atención a los pacientes de cardiopatía isquémica.
- ✓ Rehabilitar y reinsertar socialmente a quienes ya han desarrollado la enfermedad.
- ✓ Mejorar la información a pacientes, familiares, profesionales, gerentes y responsables políticos.
- ✓ Fortalecer los sistemas de vigilancia y de información sobre cardiopatía isquémica.
- ✓ Fomentar la investigación básica, aplicada y operativa para aumentar las oportunidades de evitar la cardiopatía isquémica y de tratar y rehabilitar a los afectados.

### Áreas de intervención del PICI:

- ✓ Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo en la población general.
- ✓ Identificación y tratamiento de pacientes con factores de riesgo de padecer cardiopatía isquémica.
- ✓ Asistencia a pacientes con cardiopatía isquémica.

- ✓ Rehabilitación y reinserción social.
- ✓ Sistemas de Información.
- ✓ Investigación.

#### Organización y Metodología de elaboración del PICI:

- ✓ Responsable: Función de asegurar que el Plan se adecua a los objetivos enunciados, áreas, la metodología y el plazo previsto.
- ✓ Comité Director: función de dirigir los trabajos formado por dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y uno de cada Comunidad Autónoma.
- ✓ Comité de redacción: Encargado de preparar la versión preliminar del Plan. Formado por el Responsable del Plan, el Director General de Planificación Sanitaria, y los coordinadores de los grupos de trabajo. Bajo las indicaciones del Comité de redacción se organizarán grupos de trabajo.
- ✓ Grupos de Trabajo: Al frente de cada uno de ellos habrá un coordinador que a su vez es miembro del Comité de Redacción.
- ✓ Comité Científico: formado por un representante del Ministerio de Sanidad y Consumo y un representante de cada una de las sociedades científicas.

La versión preliminar del Plan elaborada por el Comité de Redacción se ha sometido a informe del Comité Científico y del Comité Director y a su aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Durante la elaboración de estas dos experiencias aparecen los primeros problemas de coordinación y durante la aprobación del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) se retiran de la sesión del CISNS las comunidades autónomas no afines políticamente al Gobierno. Poco después, tras el cambio de signo político en el Gobierno de la nación, se aparcan los Planes Integrales (el Plan Integral del Cáncer (PICA) se queda en un borrador que nunca será aprobado) y nacen las “Estrategias” nacionales frente a los principales problemas de salud.

Hasta el momento ha aparecido la Estrategia NAOS ( Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.) y están en preparación otras sobre el cáncer, cardiopatía isquémica y salud mental.

#### **Estrategia NAOS ( Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.)**

La Estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad y Consumo, tiene como objetivo prevenir la obesidad y el sobrepeso. La obesidad es un problema de salud pública y en nuestro país las causas del aumento de este problema son fundamentalmente dos: un deterioro de los hábitos dietéticos, que se han alejado progresivamente de la llamada dieta mediterránea y un estilo de vida sedentario.



La solución al problema, pasa por efectuar intervenciones en distintos ámbitos. Los que recoge la estrategia son el familiar y comunitario, el escolar, el empresarial y el sanitario. Asimismo contempla la constitución de un Observatorio de la Obesidad, en el que participarán CCAA, Ayuntamientos, sociedades científicas, asociaciones y sector privado para analizar la prevalencia de la obesidad y el seguimiento de la Estrategia.

Las acciones en el **ámbito empresarial** son de las más importantes de la estrategia, que contempla la firma de un total de seis convenios de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el sector privado. Las medidas que se llevarán a cabo son:

- ✓ La reducción progresiva del porcentaje de sal utilizado en la elaboración del pan, que pasará del 2,2% actual al 1,8% en cuatro años.
- ✓ Las máquinas expendedoras de comidas y bebidas no podrán instalarse en lugares de fácil acceso para alumnos de enseñanza Infantil y Primaria. Además se eliminará la publicidad de las mismas.
- ✓ Las etiquetas incluirán más información nutricional a partir de julio de 2005. También se favorecerá la comercialización de productos infantiles con mayor proporción de ácidos grasos insaturados y baja proporción de ácidos grasos 'trans' y no se fomentará las porciones de tamaño grande.
- ✓ Se desarrollará un Código de Autorregulación en Publicidad y Marketing, que estará listo a finales del mes de marzo y que regulará la publicidad de alimentos y bebidas destinados a niños menores de 12 años, las franjas de emisión, el modo de presentación de los productos y la promoción.
- ✓ Los supermercados y almacenes se comprometen a difundir la estrategia en sus puntos de venta.
- ✓ Los sectores de hostelería y restauración se comprometen a proporcionar a sus clientes la información nutricional de sus menús y a fomentar el consumo de frutas, ensaladas y verduras.

La medida más destacada en el **ámbito escolar** este campo es la regulación de los comedores escolares, ya que el 20% de los niños realiza, durante cinco días a la semana, su comida en el centro de estudios. El Ministerio de Sanidad, en colaboración con el de Educación y Ciencia está elaborando un proyecto de Real Decreto que incluye los requisitos de construcción y equipamiento de estas instalaciones, los requisitos de conservación, almacenaje y exposición de los alimentos, los requisitos que deben reunir los menús, incluida la información diaria a los padres y los mecanismos de evaluación y seguimiento de los comedores. También prevé incluir en el currículo académico



conocimientos relativos a la alimentación y nutrición, realizar talleres sobre cocina y promover la práctica frecuente de actividad física.

Dentro del **ámbito familiar** este campo el Ministerio tiene previsto realizar campañas informativas para fomentar hábitos saludables, distribuirá el manual "La alimentación de tus hijos", editado por el Ministerio y creará una página web con recomendaciones nutricionales. Se promoverá, además, la creación de espacios y zonas verdes en las ciudades para fomentar la práctica de ejercicio físico y se involucrará a personajes influyentes y deportistas para que el mensaje cale más entre la población joven.

En el ámbito sanitario se promueve entre los médicos de Atención Primaria que se formulen en la consulta las preguntas necesarias para la detección a tiempo de estos problemas y se faciliten consejos básicos sobre alimentación y ejercicio físico. Además se realizarán campañas de detección precoz, se promoverá la lactancia materna y se procederá a la identificación y seguimiento de los niños en riesgo.

### **Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud.**

Entre 2004 y 2005, se procedió a la revisión del documento técnico previo, considerándose que debía ajustarse al concepto de "ESTRATEGIA" en el actual marco de transferencias y dentro de las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo. Además, se consideró necesaria la priorización de tareas con objeto de presentar a las diferentes Administraciones un paquete de objetivos acciones e indicadores seleccionados, de tal forma que tanto por su criticidad como por su factibilidad fueran objeto de un posible pacto para su implantación, con aceptación de indicadores comunes y homogéneos de medida. Era pues preciso realizar una síntesis de los objetivos prioritarios así como una definición de indicadores, relativos a los anteriores que pudieran objetivar los avances realizados, con el fin de que el documento resultante pudiera ser sustrato de pacto entre las diferentes administraciones sanitarias.

El objetivo de este documento es redefinir un marco de actuación general con unos objetivos e indicadores de atención, que garanticen a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad. Para ello, se han priorizado de forma consensuada unos *Objetivos* claros y definidos. Se definirán así mismo, los *Indicadores* de evaluación y de seguimiento.

La Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS está referida a las siguientes Áreas de Intervención:

- ✓ Prevención Primaria
- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Asistencia a pacientes
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Investigación

Para cada una de las áreas de intervención se definen los objetivos y los indicadores. Los objetivos son metas a alcanzar, aplicables a toda la población a la que van dirigidos.

Los objetivos son consecuciones, no elaboración de herramientas ni de instrumentos, por tanto deben ser monitorizables, cuantificables y actualizables. Los indicadores son medidas de proceso o de resultados, esenciales para evaluar la efectividad de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica. Facilitarán información clara, consistente y actualizable.

### **Ejemplo de objetivo en Prevención Primaria**

A los dos años de implantación de la Estrategia, la prevalencia de tabaquismo en la población mayor de 15 años será inferior al 28% (hombres 35% y mujeres 25%).

### **Indicador**

#### **Prevalencia de fumadores en mayores de 15 años**

**Fórmula:**  $ID = a \times 100 / b$ , en donde:

a - Número de personas encuestadas mayores de 15 años que declaran consumir tabaco diariamente en el momento de la entrevista.

b - Total de personas encuestadas mayores de 15 años.

**Definición/aclaraciones:** Se considera **fumadora** a toda aquella persona que consume tabaco a diario, independientemente de la cuantía.

**Desagregación:** Por CCAA, por sexo y por grupos de edad.

**Fuente de información:** Encuesta Nacional de Salud (ENS).

**Periodicidad:** Bial.

## 4. Los Planes de Salud de la Región de Murcia. Metodología, implantación y resultados.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) ha elaborado tres Planes de Salud (1993-1996; 1998-2000 y 2003-2007) y numerosos documentos donde se desarrollan las líneas de actuaciones contenidas en dichos planes a través de otros planes y programas sectoriales.



**PLAN DE SALUD DE LA  
REGIÓN DE MURCIA  
1993-1996**



**PLAN DE SALUD DE LA  
REGIÓN DE MURCIA  
1998-2000**



**PLAN DE SALUD DE LA  
REGIÓN DE MURCIA  
2003-2007**

Como hecho significativo hay que destacar que los dos primeros Planes de Salud se realizaron en un contexto donde el sistema sanitario en nuestra Región se caracteriza por la coexistencia de dos administraciones competentes en materia sanitaria. Por un lado la Administración Central, que gestiona los servicios sanitarios asistenciales a través del Instituto Nacional de Salud (Insalud), y por el otro la Administración Autonómica, que reúne las competencias sanitarias derivadas de la Diputación Provincial y aquellas correspondientes a las competencias de Sanidad e Higiene recogidas en el Estatuto de Autonomía. Sin embargo el Plan de Salud 2003-2007 se elaboró una vez asumidas (1 de enero de 2002) las competencias sobre servicios sanitarios ejercidas hasta ese momento por el Insalud.

### 4.1. I Plan de Salud de la Región de Murcia 1993 –1996.

El I Plan de Salud de la Región de Murcia se autodefinía como “...la expresión de la política sanitaria... “ de la Región y su propósito era el de “...convertirse en la guía para las acciones en salud...” durante su periodo de vigencia. Como marco de referencia para su elaboración se tomaron la estrategia regional de OMS – Europa “Salud para Todos en el año 2000”, la Carta Europea sobre Medioambiente y Salud y los contenidos de la Ley General de Salud.

Su elaboración se inició a finales de 1991 con el establecimiento de un grupo de trabajo Insalud – Consejería como núcleo central, y fue aprobado a comienzos de 1993. La participación de la Administración Regional se realizó a través de una Comisión Interdepartamental con representación de todas las Consejerías. En su elaboración también colaboró el Consejo Regional de Salud. El Proceso se articuló en torno a dos fases: Análisis de Situación y elaboración de Objetivos.

Para la elaboración del Análisis de Situación se siguió el esquema de Lalonde sobre determinantes de salud. Se obtuvieron 53 problemas, de los cuales 29 eran problemas de salud, 13 sobre factores de riesgo y 11 estaban relacionados con los servicios sanitarios.

Para identificar los objetivos los 53 problemas se agruparon en 34 apartados sobre los que trabajaron otros tantos grupos de expertos con la participación de 188 profesionales. La propuesta de objetivos fue sometida a información pública y a su aprobación en la Comisión Interdepartamental, el Consejo Regional de Salud y la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Regional de Salud.

El documento final del Plan de Salud fue aprobado por el Consejo Regional de Salud el 24 de noviembre de 1992 y por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia en enero de 1993. Incluye una somera descripción de las características demográficas y socioeconómicas de la Región y en 5 grandes bloques temáticos en un intento de facilitar la lectura y comprensibilidad del mismo. Para cada área definida (Problemas de Salud, Estilos de Vida, Medio Ambiente, Sistema Sanitario y Apoyos Necesarios), se plantean un total de 104 objetivos generales (284 específicos) precedidos de una sucinta caracterización del problema que intentan resolver o atenuar.

Finalmente, con el objeto de hacer patente la intersectorialidad se determinan las entidades y organismos de la Administraciones Públicas implicados en el diseño e implantación de las acciones necesarias para cumplir los objetivos del Plan de Salud.

Hay que destacar la importancia la participación generada, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, así como el sentimiento constatado de interés e implicación en el proceso. Baste cifrar en más de 250 las personas participantes (el 40% en puestos de alta responsabilidad en sus respectivas organizaciones) para poder valorar en su justa medida la magnitud de dicha participación.

Para el seguimiento y ejecución del Plan de Salud se creó a comienzos de 1993 una Comisión Técnica Delegada y 15 grupos de trabajo. Pero el seguimiento de las actividades iniciadas fue realizado en ausencia de un contexto de las directrices políticas a seguir y el progresivo deterioro observado en la coordinación interinstitucional incidió negativamente en el proceso de implantación del Plan. Para intentar resolverlo en enero de 1994 se crea la Comisión Regional para el Desarrollo y Seguimiento del Plan de Salud de la Región de Murcia. Esta Comisión, tiene como finalidad la coordinación de todas las actividades relacionadas con el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud y viene presidido por el criterio de integrar, en un mismo órgano, a los

representantes de todos los departamentos que tienen atribuidas competencias que inciden en el ámbito de la salud cuyo funcionamiento dista mucho de ser óptimo.

A modo de conclusión, se puede afirmar que el seguimiento y ejecución del Plan de Salud 1993-1996 se vio sometido a diferentes problemas relacionados con su coordinación y seguimiento, aspectos relacionados con su financiación y de dirección que se relacionan a continuación:

Problemas de coordinación y seguimiento:

- ✓ La Administración Regional, no logró que cada Institución se responsabilice de los objetivos del Plan de Salud en los que está implicada.
- ✓ El Insalud siempre contempló el Plan de Salud como una actividad de la Administración Regional en la que, de acuerdo con la normativa vigente, debía necesariamente colaborar. En la práctica, la colaboración formal no se tradujo en acciones recogidas ni en las Carteras de Servicios ni en los Contratos Programas de los diferentes centros sanitarios
- ✓ La propia Consejería no ha conseguido establecer un mecanismo de coordinación efectiva, que permitiera que el Plan se convirtiera de hecho en el objetivo a conseguir por las diferentes Direcciones Generales.
- ✓ Dificultades de coordinación de mas de 15 Organismos e Instituciones o, tanto a nivel de gestión como de presupuestación.
- ✓ Baja implicación de los equipos directivos que ha conducido a que el seguimiento y la responsabilización del cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud ha sido muy deficiente.

Problemas presupuestarios y de financiación:

- ✓ Debe asegurarse que los objetivos contemplados tengan un adecuado reflejo presupuestario, como forma de asignar y cuantificar las responsabilidades de cada institución.
- ✓ La aprobación del Plan no fue complementada con la dotación de las herramientas presupuestarias específicas, que permitieran garantizar los recursos para el cumplimiento de las actividades previstas.

Problemas de dirección: El Plan no ha contado permanentemente con un órgano político-ejecutivo responsabilizado directamente del cumplimiento de los objetivos previstos. Del propio Consejo de Gobierno que lo aprobó en Enero de 1.993, no hay constancia de que haya vuelto a analizarlo o a considerarlo

## **4.2. II Plan de Salud de la Región de Murcia 1998 –2000.**

El II Plan de Salud surge un contexto donde se mezcla la relativa decepción del Plan anterior, por los problemas de coordinación y las expectativas que despertó entre los profesionales y las posibilidades que abría el incipiente proceso de transferencias. En aquel momento se iniciaron las negociaciones sobre transferencias sanitarias, en donde las perspectivas de funcionamiento efectivo como Administración única de las dos Instituciones con competencias sanitarias en la Región ( Insalud y la Consejería de Sanidad y Política Social) puso de nuevo de manifiesto la necesidad de establecer coordinadamente los objetivos, prioridades y recursos ante el hecho de se podía diseñar la progresiva adaptación e integración de ambas organizaciones, de forma que se minimizarán las tensiones surgidas en otras CC.AA. ante dicha transferencia.

A diferencia del primer Plan, el actual abandona la intersectorialidad y tiene como ámbito de actuación las funciones y competencias de los servicios sanitarios, es decir, Consejería y Ministerio de Sanidad (Insalud), fundamentalmente en un intento de hacerlo mucho más funcional y operativo, al minimizar las necesidades de coordinación interinstitucional. Siguiendo esta tónica los objetivos de Salud Pública se limitan al marco de las actividades gestionadas por los Servicios de Salud, incluidas las acciones de vigilancia de riesgos para la salud pública, dejando fuera del Plan los aspectos relacionados con el desarrollo de infraestructuras o servicios que sean responsabilidad de otros órganos de la Administración. En resumen, los temas relacionados con la Salud Pública son los referidos a competencias propias y, por tanto, asumibles y con un único mando.

Como consecuencia, la estructura requerida para su elaboración se simplifica enormemente dando aún un mayor protagonismo a la responsabilidad directiva e institucional. Los trabajos a realizar tienen responsables definidos y no participantes altruistas, lo que permite mayor disciplina en métodos y tiempos. La estructura organizativa se articula en torno a:

Consejo Ejecutivo.- Formado por los máximos responsables de la Consejería y la Dirección Provincial del Insalud, el Director General de Salud y el Director Gerente del S.M.S.

Comisión de Salud Pública (Medio Ambiente y Promoción de Salud).- Presidida por el Director General de Salud. Sus funciones serán la elaboración del Análisis de Situación, determinación y priorización de problemas y establecimiento de propuestas de objetivos y presupuestación, para su ámbito de Salud Pública.

Comisión de Asistencia Sanitaria.- Presidida por el Director Provincial del Insalud y constituida por los Gerentes de los diferentes Hospitales y Gerencias de Atención Primaria, así como por el Director General de Salud y el Director-Gerente del Servicio Murciano de Salud. Elaborarán el Análisis de Situación del S. Sanitario Regional, determinando y priorizando los problemas y estableciendo propuesta de objetivos.

En cuanto a la participación se busca un equilibrio entre la mayor implicación de los diferentes agentes, que presuponen un mayor éxito en la ejecución, y la rentabilidad del proceso en términos de calidad del producto, tiempo invertido y costes resultantes. En cualquier caso se asegura la participación del Consejo Regional de Salud, de la Asamblea Regional y su aprobación por el Consejo de Gobierno como política de salud.

El documento final Incluye una descripción de las características demográficas de la Región y en 4 grandes áreas donde se realiza un análisis de situación (Problemas de Salud, Estilos de Vida, Medio Ambiente y Sistema Sanitario). En este caso se profundiza mas en el area de Sistema Sanitario en la que se incluyen los aspectos de formación e investigación. El último apartado del documento recoge los 33 objetivos que formula y los criterios para su evaluación. A pesar de la experiencia anterior y de los esfuerzos que se hicieron a lo largo de su definición no incluye nada sobre financiación.

### **4.3. III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.**

El III Plan de Salud parte de un marco de referencia sensiblemente diferente a los anteriores. Por un lado la política de la OMS se ha modificado con la puesta en marcha de la nueva estrategia "Salud para todos en el siglo XXI" y por el otro el Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006 de la Comisión Europea. A estos aspectos se les une el nuevo marco por el que, desde enero de 2002, la Comunidad Autónoma dispone de competencias plenas en el ámbito de la sanidad.



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

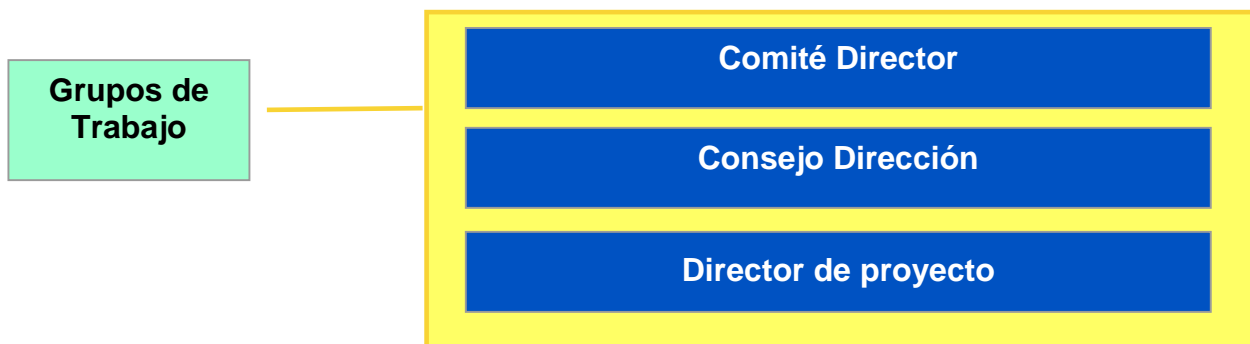


Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2001-2006). Comisión de las Comunidades Europeas, 2000/0119 (COD), Bruselas

Teniendo en cuenta estas directrices, el Plan de Salud integra como principios inspiradores la mejora de la accesibilidad (equidad en el acceso), la mejora de la calidad (equidad en los servicios) y la mejora de la eficiencia del Sistema.

La elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia se ha desarrollado en cinco fases de trabajo. Para su desarrollo ha incorporado la creación de un Consejo de Dirección y de un Comité Director, así como grupos de trabajo a través de los cuales se ha garantizado la agilidad de todo el proceso y la fluidez de la información a los niveles adecuados. Asimismo, el Consejo de Salud ha participado de manera activa en las

distintas fases de elaboración del Plan de Salud, aportando las inquietudes, sugerencias y prioridades de los colectivos más representativos de los ciudadanos de la Región de Murcia.



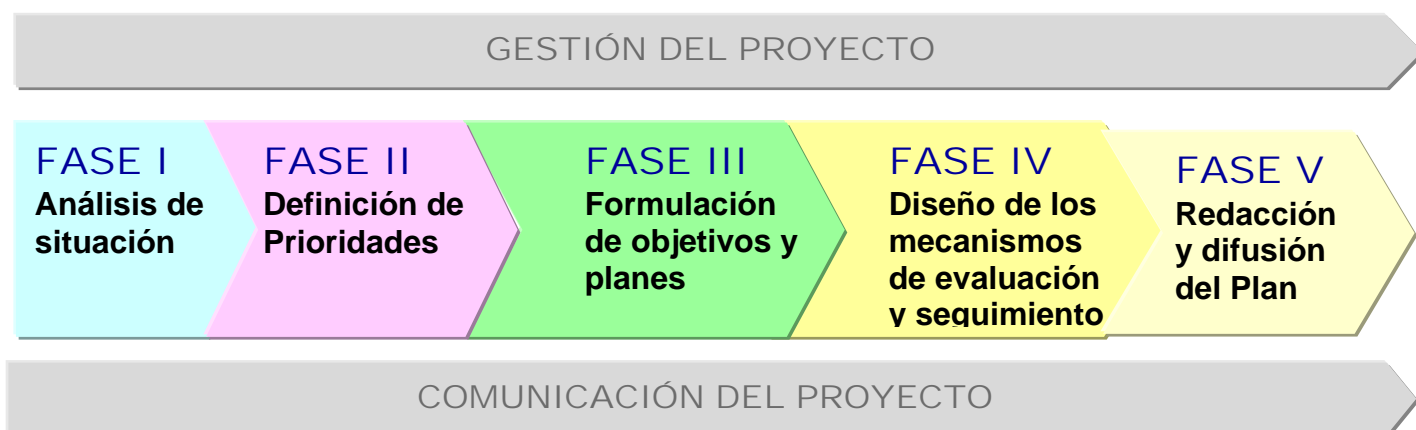
El Consejo de Dirección, presidido por el Consejero de Sanidad y Consumo, ha sido el responsable del establecimiento del marco general y las líneas directrices de actuación, así como de la supervisión y control del proceso de ejecución y desarrollo del Plan de Salud. Por su parte, el Comité Director ha realizado la coordinación técnica y administrativa de todo el proyecto, así como ha sido el responsable de mantener informado al Consejo de Dirección y aportarle los documentos elaborados en las distintas fases de redacción para incorporar las sugerencias e indicaciones del mismo hasta la finalización del proyecto.

En la primera fase de trabajo se realizó un análisis de la situación de partida en cuanto a nivel de salud en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el que participaron cerca de 80 grupos de trabajo integrados por profesionales del Sistema Sanitario de la Región. Asimismo, se analizaron otros Planes de Salud en vigor actualmente en las distintas Comunidades Autónomas españolas, así como documentos similares a Planes de Salud existentes en otros países de nuestro entorno. En la segunda fase se definieron las áreas de actuación prioritarias.

Durante la tercera fase de elaboración del Plan se crearon Grupos de trabajo específicos en torno a las distintas áreas priorizadas en el III Plan de Salud, en el marco de los cuales se formularon los objetivos generales y específicos de cada una de ellas, así como se desarrollaron las medidas de actuación a llevar a cabo. Paralelamente, una vez definidos los objetivos específicos se realizó una priorización de los objetivos específicos por parte de los miembros del Consejo de Salud, con el fin de concederles una especial relevancia a la hora de fijar las líneas de actuación, especialmente en lo que se refiere a plazos y mecanismos de control del cumplimiento.

La cuarta fase de elaboración del Plan consistió en el diseño, también en el marco de los Grupos de trabajo, de los mecanismos de evaluación y seguimiento del Plan de Salud, incluyendo la definición de las funciones de una oficina de Seguimiento del Plan. Finalmente, en la quinta y última fase se procedió a la redacción de la propuesta de borrador del proyecto del Plan de Salud de la Región de Murcia, que una vez conocido e informado por el Consejo de Salud de Murcia, fue aprobado por la Asamblea Regional el 26 de febrero de 2003 y sancionado por el Consejo de Gobierno del 21 de marzo de 2003.

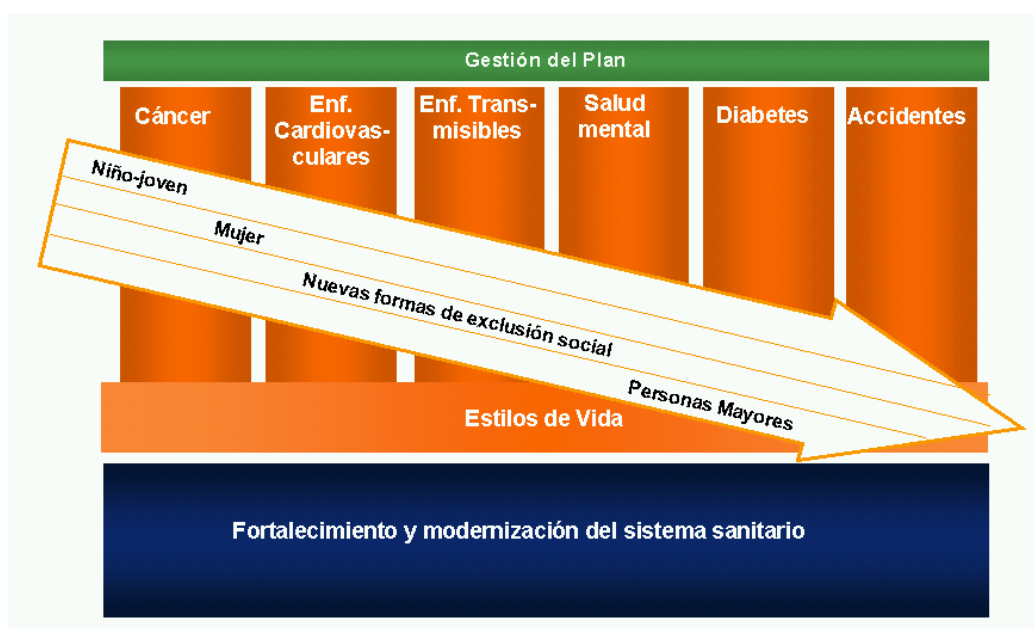




Durante todo el tiempo transcurrido en la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia, se puso a disposición de ciudadanos y profesionales una Página Web, integrada en el Portal de Salud de la Región de Murcia, con la información más relevante y un apartado de participación que permitía el envío de sugerencias, que fueron tenidas en cuenta a lo largo de la elaboración del Plan. Esta página se mantendrá activa durante todo el periodo de vigencia del Plan.

El documento del Plan de Salud se ha estructurado en diez capítulos. En los cinco primeros se recoge el contexto normativo y de planificación. Se describe el proceso seguido para la elaboración del mismo, detallándose la metodología desarrollada y los instrumentos de participación de ciudadanos, profesionales y de otros.

El III Plan de Salud de la Región de Murcia se articula en torno a los grandes problemas de salud (lo que en el Plan se han denominado “componentes verticales” de la estructura), haciendo especial referencia a la necesidad de integrar acciones dirigidas a determinados colectivos (“componentes diagonales”) y sobre la base de unas acciones específicas de fortalecimiento y modernización del Sistema Sanitario de la Región de Murcia en el nuevo contexto competencial (“componentes horizontales”).



En el sexto capítulo está integrado por el Plan de Salud 2003-2007 propiamente dicho, recogiendo los objetivos estratégicos y las propuestas de actuación (en total 79 líneas de actuación según la jerga del Plan) definidas para cada uno de los componentes verticales, horizontales y diagonales identificados. Para cada uno de ellos se incluye, además, un resumen de las principales conclusiones del análisis de situación de salud de la Región de Murcia: Igualmente, y tomando como modelo del Reino Unido de Contrato Para la Salud, se incluyen los compromisos que el Plan de Salud supone para el Gobierno Regional, los profesionales sanitarios, los ciudadanos y las instituciones. Entre estas últimas se incluyen las instituciones sanitarias y no sanitarias (Ayuntamientos, otras Consejerías, Universidad, centros de investigación, medios de comunicación u otros), sin que estos hayan participado en la elaboración del Plan.

El documento prevé la creación de una Oficina de Seguimiento del Plan, responsable del impulso a la implantación, el seguimiento y la evaluación del III Plan de Salud de la Región de Murcia como un elemento esencial para el éxito del mismo. Asimismo hace referencia a la necesaria evaluación económica del Plan de Salud, pero no pasa de identificar con un código de colores si la inversión para el cumplimiento de las líneas de actuación es baja, moderada o alta

#### ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LA REGION DE MURCIA

AREA DE INTERVENCIÓN	PLAN DE SALUD 1993-1996	PLAN DE SALUD 1998-2000	PLAN DE SALUD 2003-2007
Enf. Infecciosas	✓	✓	✓
Enf. Cardiovasculares	✓	✓	✓
Cáncer	✓	✓	✓
Enf. Respiratorias	✓	✓	
Enf. Digestivas			
Ap. Locomotor	✓		
Diabetes Mellitus	✓	✓	✓
Salud Materno infantil	✓	✓	✓
Salud Mental	✓	✓	✓
Salud bucodental	✓	✓	
Accidentes	✓	✓	✓
Personas mayores			✓
Sistema Sanitario	✓	✓	✓
Sistemas de Información	✓	✓	
Formación	✓	✓	
Investigación	✓	✓	
Nº Problemas	53	No se identifican	No se identifican
Nº de Objetivos	104	33	79

## **Bibliografía**

- WHO European Región. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series, No. 5. 1998 Edición Española del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

Edición en español del texto original que pretende dar a conocer la nueva política de Salud para Todos establecida por la Oficina Regional Europea de la OMS. SE trata de una introducción al marco de salud para todos en el siglo XXI, destinado a una amplia difusión. El documento esta disponible junto con el resto de la serie SALU21 en formato pdf en la dirección

[http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional\\_biblioteca.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_biblioteca.htm)

- Oñorbe, J.A. y Mata, J.M. Los Planes de Salud de las CC.AA., y las intervenciones En . Navarro, C.; Cavases, J. y Tormo, M.J. Eds. La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona, SG Editores S.A.;1995.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Estudio descriptivo de los Planes de Salud en España. Mimeo. Mayo 1994.

Documento del MSC donde se analiza detalladamente los planes de las diferentes CC.AA y el cumplimiento de contenidos del RD 938/1989 sobre los contenidos mínimos de los Planes Integrados de Salud.

- Casado Vicente, V; Sevilla Pérez, F. y Elola Somoza, J.. El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Medicina Clínica. 1998; 110: 265-274.

Artículo en el que se recopilan por los autores los principales contenidos del Plan de Salud del Ministerio de Sanidad Y Consumo, elaborado en 1995.

- Repullo, J.R. y A. Otero. Planes de Salud: sueño, espejismo o Némesis. Gaceta Sanitaria 1999;13(6): 474-477.

Artículo donde se resumen las conclusiones de una tesis doctoral del autor sobre los planes de Salud elaborados en la década de los 90 en nuestro país.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.

Documento donde se recoge el Plan completo junto con los participantes y la orden que lo regula. El documento esta disponible en formato pdf en :

[http://www.msc.es/Diseno/planesIntegrales/planes\\_integrales.htm](http://www.msc.es/Diseno/planesIntegrales/planes_integrales.htm)

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. a Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2005.  
<http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>
  
- Consejería de Sanidad. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996. Consejería de Sanidad. Murcia. 1992.  
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=2602&idsec=88>
  
- Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia. 1998.  
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=2602&idsec=88>
  
- Consejería de Sanidad. Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Consejería de Sanidad. Murcia. 2003.  
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=2602&idsec=88>  
<http://www.murciasalud.es/plansalud.php>