

CONSEJERÍA DE SALUD

metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud



JUNTA DE ANDALUCÍA

AMO ALFONSO, Mercedes
Metodología de elaboración y seguimiento de
planes integrales de salud / [autores, Amo
Alfonso, Mercedes, Rodríguez Rodríguez, Manuel].
-- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]
155 p. : tablas ; 27 cm
1. Planes y programas de salud-Organización
y administración 2. Planificación en
salud-Métodos 3. Evaluación de programas y
proyectos de salud I. Rodríguez Rodríguez,
Manuel II. Andalucía. Consejería de Salud
III. Título
WA 541

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud
ISBN: 978-84-692-8691-3
Depósito Legal: Pendiente
Diseño y maquetación: OBEMEDIA S.C.
Imprime:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Autores:

Amo Alfonso, Mercedes
Rodríguez Rodríguez, Manuel

Colaboraciones:

Escalera de Andrés, Carmen
Expósito Hernández, José
Fernández Fernández, Isabel
Fernández de la Mota, Elvira
Gil Barcenilla, Begoña
Hedo Moreno, Germán
Muriel Fernández, Rafael
Núñez García, Diego
Rodríguez Almodóvar, Fernando
Rodríguez Domínguez, Susana
Valle Rodríguez, Isabel
Villegas Portero, Román

Aportaciones Especiales:

Evaluación de Resultados en Salud Pública:

Mayoral Cortés, José M^a

Comunicación en Planes Integrales:

Padial Espinosa, Mónica
Bayona García, Manuel
Baras Gómez, Rosa

Marco teórico:

Pinzón Pulido, Sandra Arlette
García Panal, Leticia

Apoyo en la búsqueda documental:

Toro Sánchez-Blanco, Pilar

Grupo Revisor:

Aguilar Diosdado, Manuel
Alonso Redondo, Enrique
Echevarría Ruiz de Vargas, Carmen
Espinosa Almendro, Juan Manuel
Expósito Tirado, José Antonio
García Galán, Rafael
Gil Barcenilla, Begoña
Mayoral Sánchez, Eduardo
Mesa Cruz, Pilar
del Pino López, Rafael
Torres Ruiz, Juan Miguel
Torró García-Morato, Cristina
Zamora Fuentes, Carmen

ÍNDICE

<u>PRESENTACIÓN</u>	7
<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	11
<u>2. GENERALIDADES</u>	17
Qué son y cómo se estructuran los Planes Integrales	17
Los principios rectores de los Planes Integrales	21
Los Planes Integrales como estrategias de salud	22
<u>3. ELEMENTOS DE CALIDAD EN LOS PLANES INTEGRALES</u>	29
<u>4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN</u>	43
Marco teórico	43
Elementos en los que se ha basado la metodología propuesta	47
Descripción de la metodología	51
1ª fase: constitución de los grupos de trabajo	53
2ª fase: definición y preparación de la metodología de trabajo	62
3ª fase: trabajo de los grupos	66
4ª fase: Elaboración, consenso y aprobación del documento definitivo	81
Ejemplos: Documentos de apoyo y soporte a la elaboración	87
<u>5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES INTEGRALES</u>	107
El mecanismo de evaluación de los Planes Integrales	108
La vigilancia de la salud y los Planes Integrales. Evaluación de resultados en salud pública	118
Los informes de evaluación	124
<u>6. COMUNICACIÓN EN PLANES INTEGRALES</u>	129
<u>ABREVIATURAS</u>	141
<u>DOCUMENTACIÓN CONSULTADA</u>	143

Presentación

Es una gran satisfacción para mí presentar este documento, en el que se concentra y sintetiza gran parte de la experiencia acumulada desde la puesta en marcha de la estrategia de Planes Integrales en nuestra comunidad autónoma. Este camino se inició en el año 2002, con la aprobación del primer Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006; y la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud vino a refrendarlo. De este modo, los planes integrales se han convertido en verdaderos instrumentos para la articulación de políticas públicas de salud alrededor de aquellos problemas con mayor impacto en la población, en términos de carga de enfermedad y sufrimiento.

Desde entonces, y a medida que se ha ido avanzando, mucho es lo que hemos aprendido y puesto en marcha, a la vez que se han ido detectando nuevas necesidades, entre ellas la de contar con bases metodológicas sólidas que proporcionen uniformidad a los procesos de elaboración y seguimiento.

Con esta publicación se pretende dar respuesta a esas necesidades, proporcionando una guía, de orientación práctica, que permita operativizar y homogeneizar el proceso de elaboración y seguimiento de los Planes Integrales de Salud. Pero viene, además, a dar cum-

plimiento a uno de los compromisos expresados en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el que se enuncia la necesidad de unificar la metodología de elaboración de los Planes Integrales, asegurando la inclusión de los elementos necesarios para alcanzar las metas y prioridades previstas en el III Plan Andaluz de Salud.

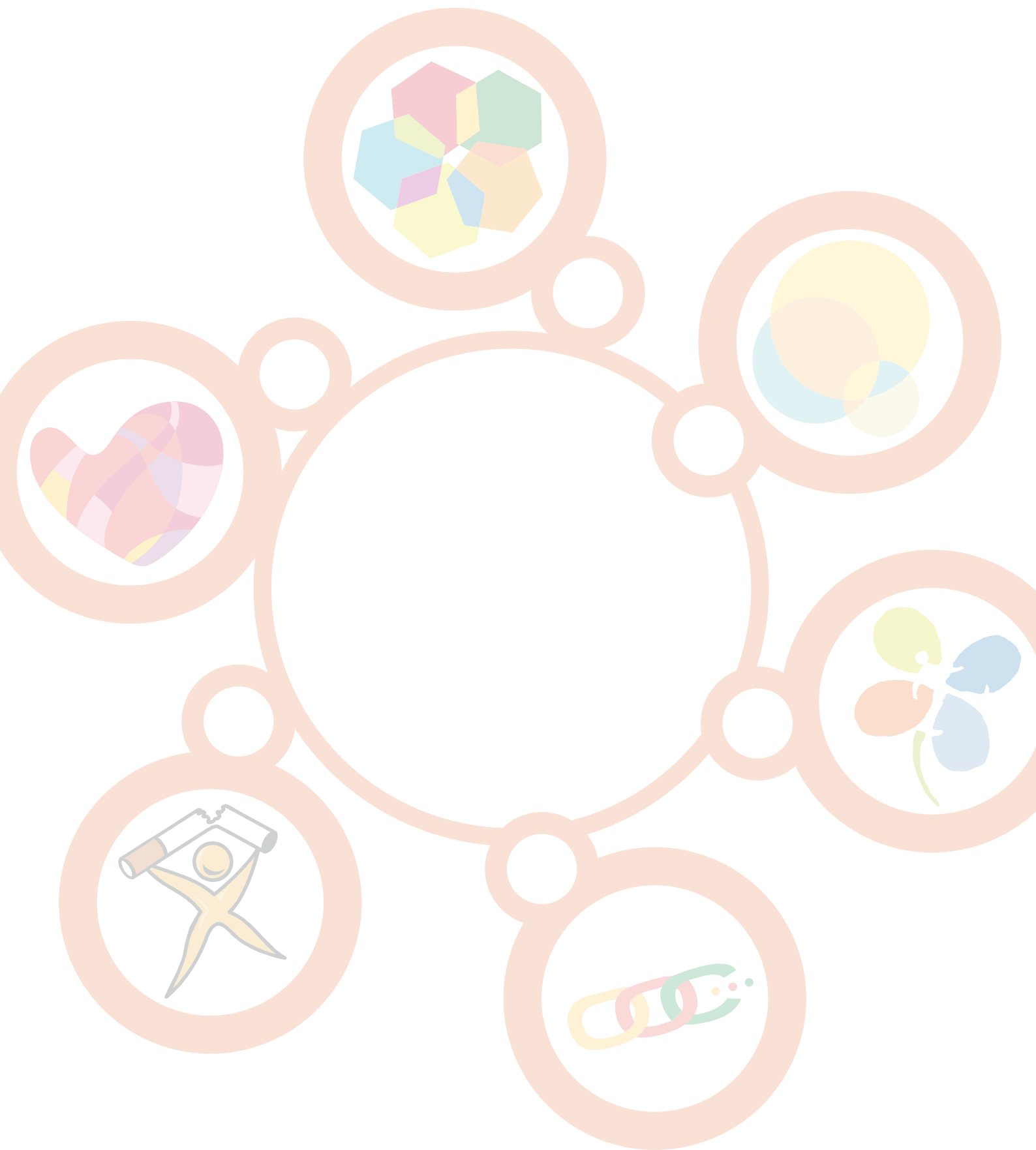
Confío en que esta herramienta sea un soporte adecuado para el desarrollo de una estrategia, como es la de los Planes Integrales, que puede contribuir en gran medida a mejorar la salud y la calidad de vida de la población andaluza y a disminuir las desigualdades en salud que aún persisten en nuestra Comunidad.

Quiero expresar, así mismo, mi reconocimiento y agradecimiento por el trabajo y esfuerzo de todas las personas que, procedentes de diversos ámbitos del desempeño profesional, han participado en la elaboración de este documento. Su voluntad y su tesón para sacar adelante este proyecto son, sin duda, responsables de que hoy dispongamos de este valioso instrumento.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública y Participación



INTRODUCCIÓN



Introducción

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003), en su Capítulo 7 ("de los Planes Integrales"), prevé la elaboración de Planes Integrales (PPII) para abordar aquellos problemas de salud "más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar", de forma que se garantice una atención sanitaria integral a los mismos, "que comprenda la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación"¹.

La propia ley establece 3 funciones bien definidas para los PPII, que deberán:

- a) Establecer 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.
- b) Determinar los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los grupos de enfermedades.
- c) Especificar actuaciones de efectividad reconocida, identificar modelos de atención de estas intervenciones, desarrollar herramientas de evaluación e indicadores de actividad, indicar

metas y objetivos para evaluar el progreso e identificar insuficiencias en el conocimiento para orientar las prioridades de investigación

Igualmente, el III Plan Andaluz de Salud (III PAS)², como instrumento director de la política sanitaria en Andalucía durante su periodo de vigencia, se comprometió, en su primera meta, a desarrollar PPII frente a los problemas de salud considerados más relevantes “para dar respuesta a la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad” y para mejorar “la efectividad y la coherencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)”. En la tabla 1 se recoge un resumen de la estructura del III PAS.

tabla 1

ESTRUCTURA DEL III PLAN ANDALUZ DE SALUD (III PAS)

4 METAS	10 LINEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN
1. Mejorar la salud de la población 2. Reducir las desigualdades ante la salud 3. Atención centrada en la ciudadanía 4. Impulsar cambios a través del progreso científico	1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública 2. Fomento de hábitos de vida saludables 3. Proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud 4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes Integrales 5. Reducir las desigualdades 6. Participación efectiva de la población 7. Nuevas tecnologías 8. Desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación 9. Investigación en salud y servicios sanitarios 10. Avances científicos del genoma humano
6 EJES TRANSVERSALES	
1. Intersectorialidad 2. Participación 3. Acción local 4. Educación para la salud 5. Enfoque de género 6. Orientación de servicios	

Los problemas de salud que se han priorizado para ser abordados mediante esta estrategia son los siguientes: Oncología^{3,4}, Salud Mental^{5,6}, Diabetes⁷, Cardiopatías⁸, Tabaquismo⁹, Accidentabilidad¹⁰ y Obesidad Infantil¹¹. Todos ellos están accesibles en la página Web de la Consejería de Salud: <http://www.juntadeandalucia.es/salud>

La experiencia acumulada en estos años de desarrollo de PPII (el primero de los cuales se publicó en el año 2002), ha permitido avanzar de forma notable en el conocimiento de esta estrategia. Así, los análisis de situación se han ido haciendo más completos, más precisos y más sensibles a la constatación de diferencias y des-

igualdades. También se ha progresado en la formulación de líneas de acción más estructuradas y desarrolladas, así como en la mejora de los elementos de seguimiento y evaluación. Y, por otro lado, se ha ido adquiriendo experiencia en lo relativo a los procesos de elaboración y de implantación.

Al mismo tiempo y, conforme se ha ido avanzando, se han ido detectando nuevas necesidades, entre ellas la de contar con bases metodológicas sólidas que faciliten una cierta uniformidad y sirvan como guía en el proceso de elaboración, inicialmente muy heterogéneo. Además, se hace necesario identificar los elementos de calidad que deben estar presentes en cada uno de los componentes que configuran un Plan y en cada una de las etapas que deben cubrirse. Y es preciso disponer de sistemas de evaluación protocolizados y eficaces que faciliten el seguimiento.

Este documento pretende dar respuesta a estas necesidades, proporcionando una guía, de orientación práctica, que permita operativizar y homogeneizar el proceso de elaboración y seguimiento de los Planes Integrales de Salud. Así mismo, el desarrollo de este instrumento contribuye a llevar a cabo el compromiso expresado en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía¹², que formula la necesidad de unificar la metodología de elaboración de los PPIL, asegurando la inclusión de los elementos necesarios para alcanzar las metas y prioridades previstas en el III PAS.

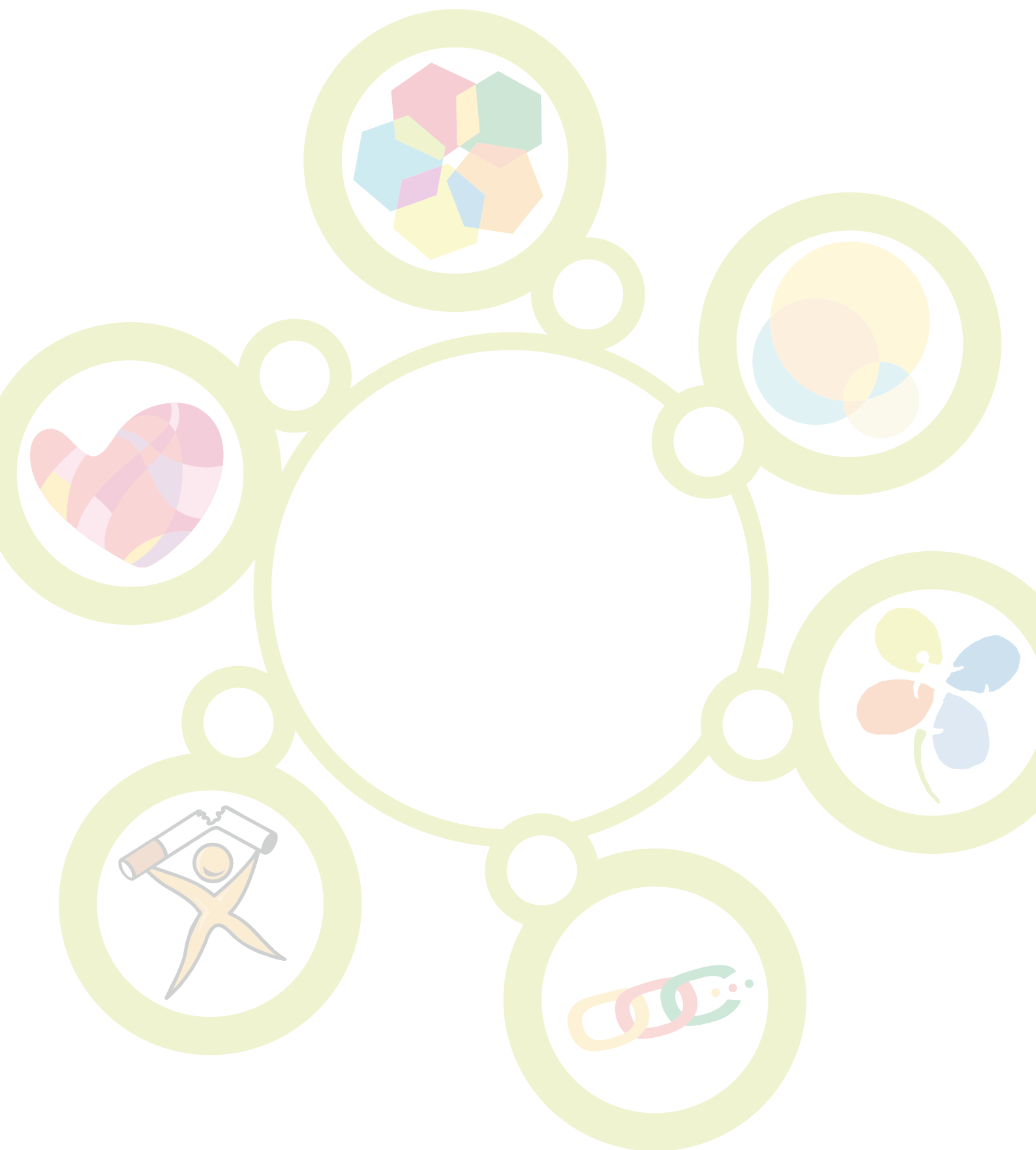
Para ello, además de contar con una parte general introductoria que define el concepto de Planes Integrales de Salud y como se estructuran, esta guía incorpora otras tres partes bien diferenciadas. En la primera de ellas se establecen los elementos de calidad que deben de estar presentes en cada uno de los apartados que constituyen los propios PPIL. A esta le sigue una sección en la que se describe minuciosamente una propuesta metodológica, que permita facilitar y unificar la elaboración de dichos Planes, a la vez que asegurar, en lo posible, la incorporación a los mismos de los elementos de calidad previamente identificados. Y, finalmente, se dedica otro capítulo a describir la metodología de evaluación y seguimiento previstos.

Además, de forma complementaria, se presenta, en un capítulo específico, ampliación de información referida a la estrategias de comunicación, con aclaración de elementos conceptuales básicos y exposición de propuestas para el desarrollo de planes de comunicación.

Para la elaboración de este documento se ha partido del análisis de la bibliografía recogida. Asimismo, se han incorporado elementos provenientes de la experiencia acumulada en varios años de desarrollo de PPII. Con todo ello se ha elaborado un documento preliminar que ha sido revisado, analizado y debatido por un grupo de profesionales con responsabilidad en la elaboración e implantación de los propios PPII, con cuyas aportaciones se ha realizado la versión definitiva.



GENERALIDADES



Generalidades

QUÉ SON Y CÓMO SE ESTRUCTURAN LOS PLANES INTEGRALES

DEFINICIÓN

Un Plan Integral de Salud define, para un ámbito geográfico, para un problema de salud concreto y para un período de tiempo determinado, un conjunto de estrategias que ordenan las intervenciones más adecuadas para la prevención y el manejo de dicho problema y de sus factores determinantes. Un Plan Integral tiene como fin conseguir una reducción en la carga de enfermedad en la población y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el problema al que se enfrenta.

Para ello, un Plan Integral define estrategias que, en unos casos, deben ser desarrolladas por los servicios de salud en su propio ámbito, y en otros, por otras instituciones o agentes sociales mediante la acción intersectorial coordinada.

Así pues, abarca todas las etapas de la intervención frente a un problema de salud: promoción de activos protectores^a, prevención y

^a Activos protectores: Entornos sociales, condiciones y estilos de vida saludables.

control de factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención de calidad y fomento de la recuperación del proyecto vital^b e involucra a todos los actores, sanitarios y no sanitarios, que puedan aportar su esfuerzo coordinado frente al problema.

Los principios de equidad, globalidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación, que se abordarán más adelante en este texto, impregnan las estrategias de los planes integrales en su diseño, desarrollo y evaluación.

Este planteamiento está en concordancia con el que presentan (aunque con diversa denominación^c) instrumentos similares formulados en otras Comunidades Autónomas y en otros países de nuestro entorno^{13,14,15,16,17,18}.

ESTRUCTURA

Hasta ahora, todos los PPII elaborados por la Consejería de Salud mantienen estructura muy similar³⁻¹¹, que coincide con la de la mayoría de documentos de planificación estratégica que se elaboran en el ámbito de la salud.

Así, de forma general, tras una introducción que describe el planteamiento general del problema, se aborda el análisis de situación del problema de salud objeto del Plan (incluyendo análisis epidemiológico y social del problema, de sus determinantes y de sus repercusiones, análisis de recursos disponibles para intervenir en los diferentes ámbitos y análisis de necesidades y expectativas ciudadanas y profesionales), a partir del cual se formulan los objetivos generales del Plan y se plantean las estrategias de actuación (o líneas de acción) necesarias para conseguir dichos objetivos.

A su vez, cada una de esas estrategias de actuación propone sus propios objetivos específicos y las actividades que habrán de realizarse para alcanzarlos.

Además, el Plan habrá de incorporar la formulación de indicadores que permitan su evaluación, tanto para medir la realización de las

b Recuperación: Concepto tomado de las estrategias de salud mental y que va más allá de la rehabilitación. Incorpora las estrategias necesarias de soporte psicológico y social para que las personas afectadas por un problema de salud capaz de truncar su proyecto vital puedan recuperar una nueva trayectoria que le de valor a su vida.

c Estrategias del Sistema Nacional de Salud, Planes Directores de la Generalitat de Catalunya, Planes que abordan problemas de salud de distintas CCAA o de varios países, etc.

actividades (evaluación de proceso), como el logro de los objetivos (evaluación de resultados).

Y finalmente, habrá de recogerse también el mecanismo de seguimiento previsto, entendiendo por tal la evaluación periódica del desarrollo de actividades y resultados.

La estructura general de los PPII se resume en la tabla 2.

tabla 2

ESTRUCTURA GENERAL DE LOS PPII

PARTES	COMPONENTES	EVALUACIÓN
• Introducción	• Justificación • Definición del Plan • Principios rectores • Metodología de elaboración	
• Análisis de situación (del problema de salud y de sus determinantes)	• Análisis epidemiológico • Análisis social • Análisis de recursos • Análisis de necesidades y expectativas ciudadanas y profesionales	
• Formulación de los objetivos generales del Plan		Evaluación de resultados en salud
• Estrategias de actuación*, en los diversos ámbitos de interés para el Plan: - Comunicación interna y externa - Promoción de salud - Prevención - Atención sanitaria: diagnóstico y tratamiento - Rehabilitación y recuperación - Adecuación de recursos - Atención a situaciones especiales o poblaciones identificadas como vulnerables - Participación ciudadana - Formación - Investigación - Sistemas de información y evaluación - Marco normativo - Otras que fueran necesarias	Para cada una de las estrategias planteadas, habrá de formularse:	
	• Objetivos específicos	Evaluación de resultados intermedios (logro de objetivos)
	• Actividades	Evaluación de proceso (actividades realizadas)
	• Indicadores - De proceso - De resultados	

TABLA 2: sigue en la página 20



TABLA 2: viene de la página 19

• Seguimiento del Plan	• Órganos de seguimiento previstos y funciones • Niveles de seguimiento - Comunidad Autónoma - Provincia... • Tipos de informes y periodicidad - Comisiones anuales de seguimiento - Informes de actualización » Periódicos: programados cada cierto tiempo (trimestrales, semestrales...) » Puntuales, ante eventos relacionados (ej: días mundiales) • Cuadro de Mando • Evaluación final del Plan, al acabar su vigencia	
• Resumen ejecutivo		
• Bibliografía		
• Autoría y grupos de trabajo		

* En función de las necesidades de cada Plan Integral

LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LOS PPII

Como se ha mencionado, los PPII se rigen por los siguientes principios: equidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación. Con el fin de evitar confusiones terminológicas, a continuación se hace una breve descripción de los mismos.

Equidad: Garantizar la oferta y acceso de las personas a los recursos del Plan tomando en cuenta las desigualdades geográficas, económicas, sociales, culturales y de género. Para ello los PPII deben incrementar los esfuerzos hacia quienes tengan mayores necesidades y adaptar las formas de intervenir para facilitar oferta y acceso a quienes más lo necesiten en función de sus peculiaridades de cultura, sexo, funcionalidad, situación económica, social o geográfica. Por tanto, y de manera transversal, los PPII habrán de incorporar, entre otras, las perspectivas de género, de la diversidad y la interculturalidad y la consideración de las necesidades de las personas con discapacidad.

Calidad: Los PPII deben fomentar de forma activa que, tanto el trato dispensado a las personas, como la formación y la práctica de los y las profesionales, así como la tecnología disponible obedecen a los estándares de calidad vigentes en los países de nuestro entorno socioeconómico.

Eficiencia: Los PPII son también un instrumento de racionalización en la asignación y consumo de recursos.

Acción intersectorial: La mayor parte de las intervenciones sobre los factores determinantes de los problemas de salud, así como aquellas destinadas a garantizar la equidad, requieren de la actuación conjunta de otros sectores junto al sector salud. Los PPII deben incorporar a los sectores que puedan estar involucrados en las fases de diseño, desarrollo y evaluación. De la misma forma, los PPII deben promover y generar alianzas entre otras instituciones y entidades.

Gobernanza y descentralización: Los PPII deben desarrollarse y evaluarse de forma lo más descentralizada posible y acercando el nivel de decisión todo lo que se pueda al ámbito local. Para hacer esto efectivo debe quedar clara cual es la asignación de funciones y

responsabilidades en la ejecución y evaluación de cada uno de los niveles de decisión. Del mismo modo, a cada nivel de decisión le corresponden un conjunto de actores de otros sectores con los que debe actuar de forma coordinada y complementaria que también debe ser tenido en consideración por los PPII, de forma que cada uno asuma sus cometidos y responsabilidades en el logro de los objetivos del Plan.

Complementariedad y sinergia: Las actuaciones de cada uno de los PPII pueden ser complementarias o sinérgicas con las de otros planes. Los problemas de salud más prevalentes afectan con frecuencia a las mismas personas, que comparten entornos, estilos de vida, factores de riesgo y sistema asistencial. Las actuaciones de los PPII deben tomar en consideración esta realidad para evitar el fraccionamiento o la duplicación ineficiente de las actuaciones y para aprovechar los logros de unas en beneficio de otras y, por tanto, de los objetivos de salud que son comunes al conjunto de PPII.

Participación: La ciudadanía es la razón de ser del sistema de salud y sus profesionales son su recurso más valioso. Es importante que los PPII contemplen las condiciones y los mecanismos necesarios para que, tanto sociedad, como profesionales (ya sea a título individual o asociativo), puedan expresar sus puntos de vista y participar en el desarrollo del plan, desde la fase de diseño y durante la ejecución y evaluación. Especial interés tiene la participación ciudadana por lo que puede aportar de ganancia en salud, a través de las asociaciones de ayuda mutua relacionadas con el problema de salud de que se trate.

La
promoción
de la salud
y el impulso
de la
participación
ciudadana,
en un marco
de calidad
global.

LOS PLANES INTEGRALES COMO ESTRATEGIAS DE SALUD

La aplicación de la estrategia de Planes Integrales, para abordar problemas de salud prioritarios, permite diseñar y coordinar un conjunto de medidas, cuya adopción puede redundar en una serie de beneficios potenciales para la población, en consonancia con las directrices y prioridades actuales de la Consejería de Salud y del SSPA, que sitúan a la ciudadanía en el centro del sistema, abogando por la seguridad de las prácticas profesionales, la gestión del conocimiento y la innovación, la continuidad asistencial y la reduc-

ción de desigualdades, a la vez que apuestan por la promoción de la salud y el impulso de la participación ciudadana, en un marco de calidad global.

En este contexto, los PPIL permiten:

- a) **Habilitar cauces que facilitan la participación real y efectiva de la ciudadanía.** En consonancia con las directrices del III PAS, las intervenciones en salud deben aproximarse a las necesidades de pacientes y personas usuarias, en general. De hecho, el fomento de la participación activa de los grupos involucrados, sobre todo los más desfavorecidos, se considera uno de los componentes básicos propuestos por diversas organizaciones (OMS, OPS) para buscar la equidad en salud.

Para ello, los PPIL permiten habilitar los cauces para incorporar a la población (y sobre todo a los diversos grupos de interés para cada Plan) a las distintas fases de su desarrollo, desde el proceso de elaboración hasta su integración en los órganos de seguimiento que los propios Planes prevén.

Se consigue, de este modo, ampliar la capacidad de decisión, tanto individual como comunitaria, facilitando, además, el acceso de la población a las instituciones donde se regulan las políticas sanitarias y la gestión de los servicios, garantizándose así una participación efectiva de la ciudadanía.

En este sentido, los PPIL prevén, en su elaboración, la participación ciudadana mediante dos mecanismos complementarios: la inclusión de personas afectadas a los grupos de trabajo de diseño del Plan junto a profesionales de diferentes disciplinas y sectores y la incorporación de estudios de sus expectativas.

También en su evaluación se contempla la participación ciudadana de dos maneras: la prevista en cada plan como mecanismo de participación (consultiva o en partenariat a través de acuerdos, convenios o cualquier instrumento que se defina según el caso); y la medición del grado de satisfacción de la población con las medidas llevadas a cabo, entendiendo que la satisfacción de la ciudadanía refrenda una gestión de calidad.

- b) **Velar por la efectividad y seguridad de las prácticas profesionales.** Las acciones de promoción de la salud, prevención y aten-

ción sanitaria propuestas en las líneas de acción recogidas en los Planes se deben basar en la adopción de las mejores evidencias disponibles. La carencia de evidencias científicas que avalen una determinada actuación que se presume efectiva debe ser tenida en cuenta por los PPII a la hora de formular sus prioridades en materia de investigación. Asimismo, el desarrollo de las actividades contempladas en los PPII debe incluir la difusión de las evidencias que las avalan mediante planes de formación y comunicación.

- c) **Poner a disposición de la ciudadanía y de los colectivos profesionales información de calidad.** Cada PI debe generar, seleccionar, evaluar y difundir hacia todos los agentes implicados (ciudadanía y pacientes, profesionales y responsables de la gestión), información de calidad contrastada sobre todos los aspectos relacionados con el problema de salud objeto del Plan y sobre el propio desarrollo del mismo.

Esta información, además de validada, deberá de ser transmitida, de una forma comprensible y asequible, mediante los canales de difusión que se consideren mas pertinentes en cada caso.

- d) **Incorporar las innovaciones en materia de gestión sanitaria, en coherencia con las prioridades actuales del SSPA.** El II Plan de Calidad adquiere el compromiso de garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios. Los PPII permiten integrar las principales innovaciones, tanto en los modelos organizativos, como en la gestión sanitaria. Así, la gestión clínica, la gestión por procesos asistenciales integrados y la gestión por competencias son herramientas que incorporan los Planes Integrales, a la vez que incentivan el desarrollo en cuidados de salud coparticipados (redes sociosanitarias, redes de personas cuidadoras, etc).

- e) **Impulsar la formación y el desarrollo profesional en los distintos grupos profesionales implicados,** identificando las competencias profesionales requeridas, definiendo acciones de desarrollo profesional continuado y diseñando nuevos recursos de formación (fundamentalmente entre iguales, mediante la generación de las redes profesionales), que permitan la adquisición y mantenimiento de dichas competencias a través de planes de formación.

**La
planificación
y gestión
de las
tecnologías
tienen un
carácter
estratégico
dentro de
nuestro
sistema
sanitario**

f) **Fomentar la participación profesional.** En este sentido, los PPII prevén, en su elaboración y desarrollo, la participación de diferentes perfiles profesionales de dentro y de fuera del sistema sanitario, desde el inicio del proceso, mediante su inclusión en los grupos de trabajo de diseño del Plan.

g) **Colaborar en el desarrollo y utilización de las nuevas tecnologías sanitarias y de la información y la comunicación.** La planificación y gestión de las tecnologías tienen un carácter estratégico dentro de nuestro sistema sanitario, considerándose su impacto como un elemento de transformación del propio sistema sanitario y de la relación de este con la ciudadanía. En este sentido los PPII, por un lado, promueven su uso, facilitando información y servicios interactivos a pacientes y ciudadanía (portales de salud, páginas web, líneas terapéuticas, consultas interactivas, etc.) y fomentando la aplicación de la e-salud y la telemedicina como herramientas de trabajo y formación, procurando, en todo momento, respetar criterios de equidad y de evidencia científica.

Por otro lado, los PPII también se benefician de sus potenciales, utilizando las nuevas tecnologías para asegurar el cumplimiento de sus objetivos de comunicación, formación, registro, evaluación, etc.

h) **Promover la investigación relacionada.** Impulsar cambios mediante el progreso científico, la investigación y la incorporación de avances tecnológicos, como medios para inducir transformaciones en salud, es una de las metas del III PAS, que considera a la investigación como un elemento fundamental para el desarrollo del SSPA.

Los Planes Integrales recogen esta idea, asumiendo un papel de referentes en investigación sobre los problemas que abordan en su ámbito de aplicación. Así, desarrollan líneas para identificar, promover y coordinar los recursos de investigación y contribuyen a crear y consolidar equipos y redes de investigación, cuyos resultados tengan impacto en las estrategias de reducción de los daños causados por esta situación.

También, en cuanto a contenidos, los PPII permiten detectar lagunas de conocimiento y detectar las áreas prioritarias sobre las que concentrar los esfuerzos y recursos en investigación.

i) **Facilitar y promover la acción intersectorial.** Puesto que la salud de las personas y las comunidades depende de muchos factores, no solo sanitarios, la respuesta a los problemas de salud ha de venir también de múltiples sectores. Esto implica la necesidad del trabajo conjunto. Los Planes Integrales permiten articular esas colaboraciones al dibujar un marco formalizado de compromiso que rentabilizará los esfuerzos y recursos disponibles.

j) **Orientación hacia resultados en salud y reducción de desigualdades.** Los PPII se conciben como estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida de la población, mediante la puesta en marcha de acciones que permitan disminuir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad, en un marco de equidad y eficiencia.

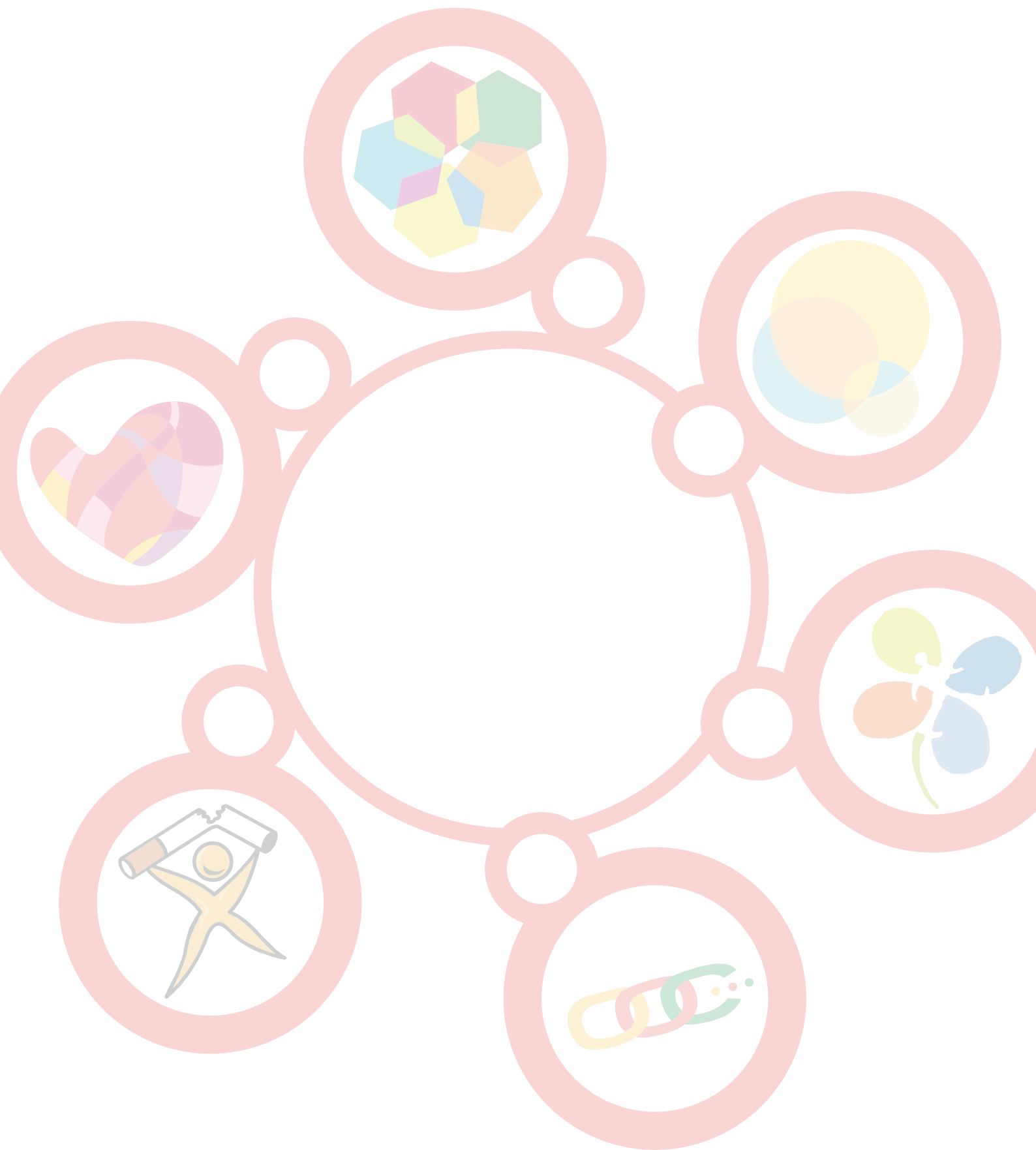
A este respecto, hay que señalar que la Consejería de Salud de Andalucía, ha adquirido el compromiso explícito de avanzar en el camino de la equidad, al incluir entre sus prioridades (recogidas en el III PAS) la reducción de desigualdades y al introducir la perspectiva de género como eje transversal de todas las estrategias de salud que se pongan en marcha, entre ellas, los PPII.

k) **Ampliar la orientación del abordaje de los problemas de salud hacia una dimensión poblacional,** más allá de la faceta asistencial. Los problemas de salud que se priorizan para su abordaje mediante la estrategia de Planes Integrales son, por su magnitud y sus consecuencias, problemas de salud pública, que requieren, por tanto, de respuestas globales, mediante combinación de procedimientos, métodos y herramientas propios de la salud comunitaria y por las cuales puedan ser evaluados en función de sus potenciales efectos sobre la salud de la población y de la distribución de los mismos en dicha población.

Por ello, los PPII deben asegurar la incorporación de los elementos de promoción de salud y prevención con el mismo nivel de importancia que el resto de las intervenciones, diseñándolas para que sean acordes a las poblaciones diana identificadas y definiendo las normas de calidad para dichos contenidos. Además, en este campo, los PPII pueden fomentar la incorporación de estos contenidos a los instrumentos de gestión (contratos-programa y acuerdos de gestión).



ELEMENTOS DE CALIDAD EN LOS PPII



Elementos de calidad en los PPIL

Para la identificación de los elementos de calidad que se incorporan a este apartado se han tenido en cuenta las recomendaciones presentes en la bibliografía recopilada, así como el aprendizaje práctico recabado tras varios años de desarrollo de la estrategia de PPIL en nuestra Comunidad Autónoma y las aportaciones realizadas por un grupo experto constituido por profesionales con experiencia en el campo de la gestión y la planificación sanitaria, en general, y en la estrategia de PPIL, en particular.

Se resumen así, en las tablas que figuran a continuación, una serie de elementos identificados como necesarios o recomendables para ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar, redactar y desarrollar un Plan Integral. Para mayor operatividad, dichos elementos se han ido ordenando siguiendo la estructura general de los propios PPIL. Así, se comienza con aquellos criterios que habrán de tenerse en cuenta a la hora de seleccionar los grupos de trabajo que se encargarán de la elaboración, siguiendo por recomendaciones relativas a la redacción de los documentos y posteriormente identificando elementos adaptados para su consideración en cada una de las partes que constituyen los PPIL.

ELEMENTOS DE CALIDAD: TRANSVERSALES*

- Búsqueda de la equidad:
 - Consideración y abordaje de desigualdades.
 - Perspectiva de género
 - Perspectiva de la diversidad
- Acción intersectorial y gobernanza
- Complementariedad y sinergia
- Calidad técnica y evidencia científica
- Participación (profesional y ciudadana)
- Viabilidad financiera y eficiencia
- Orientación hacia resultados en salud
- Evaluabilidad

* Deben estar presentes en todos los apartados del Plan y en todas las propuestas que se planteen.

ELEMENTOS DE CALIDAD: EQUIPOS DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DE PPIL

- Multidisciplinariedad: Asegurar la participación de todos los perfiles profesionales y todos los estamentos cuya presencia se considere necesaria, por tener implicación en la implantación y desarrollo de las medidas que un determinado Plan proponga.
- Presencia en los grupos de todas las competencias necesarias, incluidas aquellas que tienen que ver con los elementos identificados como transversales a todas las propuestas (tabla 3)
- Composición intersectorial, en aquellos temas cuyo abordaje va a requerir de acciones que han de desarrollarse más allá del ámbito sanitario.
- Participación ciudadana, con incorporación de pacientes, familiares y/o personas provenientes del mundo asociativo en todos aquellos subgrupos de trabajo en que pueda ser pertinente, no sólo en los dedicados específicamente a participación ciudadana. Y garantizar el acceso a la participación de las poblaciones más vulnerables o en situación de desigualdad de partida (estableciendo medidas de acción positiva si es necesario).
- Participación equilibrada de hombres y mujeres (no sólo en cuanto a número, también en cuanto a representación en los diversos perfiles y estamentos seleccionados)
- Previsión de medidas organizativas (frecuencia y horario de las reuniones, metodología de trabajo, etc.) que faciliten la participación y que permitan una conciliación real con la vida personal y familiar.

tabla 5

ELEMENTOS DE CALIDAD: REDACCIÓN DE DOCUMENTOS

- Redacción en lenguaje directo (sin circunloquios y evitando en lo posible las frases subordinadas), claro y accesible a las diversas personas y los diversos grupos destinatarios del Plan.
- Evitar la duplicidad de contenidos en diversos formatos (por ejemplo, en el texto y en gráficas o tablas). Priorizar aquellos formatos que permitan mayor facilidad de comprensión con el menor esfuerzo.
- En gráficas y tablas, procurar unificar formatos, escalas y unidades de medida (para facilitar las comparaciones y evitar confusión) y reseñar siempre las fuentes de datos.
- Tablas y gráficas autoexplicativas, con toda la información necesaria para su comprensión, sin tener que recurrir al texto (título, fuente, unidades de medida, temporalidad...)
- Incluir la referencia a todas las imágenes, tablas o gráficas en el texto.
- Redactar los objetivos en infinitivo o futuro ("conseguir..." o "se conseguirá...")
- Redactar las actividades como acciones ("puesta en marcha de...") y no como verbos de futuro que se confunden con los objetivos ("poner en marcha, se pondrán en marcha...")
- Lenguaje integrador, sensible al género (evitar sexismo y androcentrismo lingüístico) y a las diferencias (y que visibilice a todos los colectivos por igual).
- Evitar la imposición de modelos únicos, buscando la diversidad (p.e.: considerar la existencia de diversos tipos de familias, no considerar la heterosexualidad como norma, tomar en cuenta la existencia de personas inmigrantes de origen, cultura, lengua, valores... diferentes)
- Evitar la asignación de roles estereotipados (p.e.: mujeres cuidadoras, hombres gestores y decisores, mujeres limpiadoras, personas inmigrantes necesariamente excluidas socialmente, etc.)
- Corrección de estilo al finalizar el proceso.
- Incorporar un resumen al documento.
- Incorporar, en los formatos electrónicos (CD, página Web) una versión (resumida) traducida al inglés.

tabla 6

ELEMENTOS DE CALIDAD: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- El análisis de situación tiene como objetivo justificar los objetivos y las actuaciones del Plan. Por tanto, todo lo que figure en él debe poder relacionarse a lo largo del texto con las actuaciones del Plan.
- El análisis de situación NO SÓLO ES DESCRIPTIVO, ES ANÁLISIS y, por tanto, debe llevar unas conclusiones extraídas de los datos descritos y analizados.
- Debe contemplar los siguientes apartados:
 - Análisis epidemiológico
 - Análisis social
 - Análisis de recursos (humanos y materiales)
 - Evaluación de las intervenciones anteriores (sean planes o no)
 - Análisis de necesidades y expectativas de las poblaciones de interés para el Plan
 - Es recomendable llegar a un consenso en el análisis (entre todos los actores implicados)

ELEMENTOS DE CALIDAD: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

- La información recogida ha de ser la relevante para permitir la formulación de las propuestas.
- Descripción de la magnitud del problema de salud abordado y de su tendencia (incidencia, prevalencia, mortalidad, contribución a la mortalidad general, lugar entre las causas de mortalidad, MIPSE* relacionada con el problema si la hay, letalidad, discapacidad y dependencia atribuible al problema, carga de enfermedad, APVP**, etc.) en Andalucía y contextualización: situación en España, en otras CCAA y otros países de nuestro entorno.
- Características y distribución poblacional de sus determinantes, por sexo, edad, distribución geográfica, por tipo de hábitats, etc.
- Toda la información epidemiológica debe tener un grado de desagregación suficiente como para detectar desigualdades:
 - De género: desagregar todos los datos por sexo, tanto para describir la situación del problema de salud abordado, como de sus determinantes y factores de riesgo.
 - Geográficas: al menos, por provincias.
 - Desagregar, además, los datos por otras variables que caracterizan el análisis de género y otras desigualdades: clase social o nivel socioeconómico (identificar ZNTS***), área geográfica, grupos etarios, procedencia (personas inmigradas, etc.).
- Identificación de poblaciones de especial vulnerabilidad. Vulnerabilidad de distintos orígenes: Por sexo, edad (ejemplo: población anciana), situación de desventaja (ej: trastorno mental grave, personas con discapacidades...), situación social (población institucionalizada: prisiones, centros de acogida, residencias..., personas sin hogar...)
- Identificación de donde se encuentran las mayores brechas o desigualdades.
- Realización del análisis de género y otras desigualdades, de las diferencias y brechas detectadas (es decir, no basta con describir la situación, se trata de buscar las razones últimas de las desigualdades detectadas, incorporando al análisis los condicionantes que, por razón de género, zona geográfica, edad, grupo de procedencia, nivel económico, etc., subyacen en las diferencias encontradas)
- Incorporación de la perspectiva del análisis cualitativo (y, eventualmente, de otras disciplinas: sociología, psicología, antropología, etc.), por su capacidad para explicar los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo y para aportar nueva información.
- Identificación de todas aquellas fuentes que puedan aportar datos de utilidad.
- Incorporación de los sistemas de información geográficas al tratamiento de los datos.
- El análisis de situación epidemiológica NO SÓLO ES DESCRIPTIVO, ES ANÁLISIS y, por tanto, debe llevar unas conclusiones extraídas de los datos descritos y analizados.

* MIPSE: Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable

** APVP: Años Potenciales de Vida Perdidos

*** ZNTS: Zonas con Necesidades de Transformación Social

tabla 8

ELEMENTOS DE CALIDAD: ANÁLISIS SOCIAL

- El análisis social incorpora los aspectos sociales del problema objeto del Plan.
- Incluye la descripción y el análisis de los datos sobre los aspectos económicos, legislativos*, laborales, culturales, familiares y comunitarios relativos al problema objeto del Plan.
- Incluye también la identificación de los activos con que cuenta la población (a nivel general o según subgrupos poblacionales)
- Incluye, por tanto, el análisis de la percepción social del problema en diferentes entornos (clases sociales, hábitats, culturas, etc.), de los costes económicos y laborales, del absentismo o invalidez debido al problema, de las redes familiares y sociales de soporte, incluyendo el soporte facilitado por familiares y otras personas allegadas así como por el movimiento asociativo, etc. (Las expectativas de pacientes, familiares, profesionales y asociaciones figuran más adelante).
- Dentro del análisis social, también convendría conocer el tipo de mensajes e imágenes (apropiados o inapropiados) que impregnan la sociedad y/o se hacen desde los medios de comunicación y que pueden ayudar o dificultar al calado de los mensajes que emite el Plan. Por ejemplo: anuncios en horario infantil de productos alimenticios dedicados a su consumo poco o nada equilibrados.
- El análisis de situación social **NO SÓLO ES DESCRIPTIVO, ES ANÁLISIS** y, por tanto, debe llevar unas conclusiones extraídas de los datos descritos y analizados.

* Análisis, no sólo de la legislación existente, sino un análisis crítico de ella: ¿la legislación es la adecuada?, ¿se cumple?, ¿se verifica que se cumple?... Eso permite planificar cambios en la norma, en el cumplimiento, en su vigilancia.

ELEMENTOS DE CALIDAD: ANÁLISIS DE RECURSOS*

- Análisis de los recursos de la Comunidad Autónoma para atender el problema (y su distribución).
 - Recursos sanitarios (SSPA y, eventualmente, otros que pudieran existir): humanos, organizativos, tecnológicos, número de centros y clasificación de los mismos, existencia de servicios y unidades específicas, etc.
 - Recursos extrasanitarios:
 - o Recursos de otras instituciones u otros sectores: sociales, educativos, tecnológicos, municipales, ONGs...
 - o Recursos que oferta el movimiento asociativo: recursos de autoayuda, de acompañamiento, de prevención, de formación, de asesoramiento, etc.
- Otros recursos de interés (dentro y fuera del sistema sanitario), entre los que convendría incluir:
 - Recursos de promoción de salud
 - Recursos preventivos
 - Recursos de diagnóstico y tratamiento (incluyendo los mapas de implantación de los PAI** relacionados con el Plan, preferiblemente con indicadores de calidad además de la implantación de arquitectura 4)
 - Recursos de rehabilitación y recuperación***
 - Recursos de formación
 - Recursos en investigación: número de investigadores/as o de grupos, existencia de redes, temas abordados, etc.
 - Recursos de comunicación e información, tanto a la ciudadanía como al SSPA.
- Cuando sea posible, se deberían efectuar comparaciones con estándares de calidad, si existen, de dotación con otras comunidades autónomas o el conjunto de España, etc.
- Consideración de aspectos relacionados que puedan ser sensibles a desigualdades y que permitan detectar inequidades (que haya suficientes recursos tiene que ver, no sólo con la oferta, también con la utilización): accesibilidad, frecuentación, cobertura poblacional de un determinado servicio, etc.
- A cualquier nivel del análisis de recursos, valoración de los condicionantes (de género, geográficos, poblaciones vulnerables, grupos de edad y otras razones de desigualdad) que puedan explicar las inequidades o desigualdades que se detecten
- El término ANÁLISIS debe entenderse como tal y no como mera descripción. Se trata pues de analizar como conclusiones: la suficiencia, la calidad técnica y la equidad en la oferta.

* Entender el término "recursos" en un sentido amplio, más allá de los recursos materiales y humanos correspondientes al ámbito sanitario. Se trata de incorporar todos aquellos elementos que pueden, en un momento dado, resultar "recursos de salud", activos o potenciales.

** Procesos Asistenciales Integrados

*** Desde esta perspectiva se apuesta por poner a la persona con enfermedad como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. Consideración de que las personas puedan construir su proyecto de vida, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas, representando, así, un movimiento que se aleja de la patología, enfermedad y síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.

tabla 10

ELEMENTOS DE CALIDAD: ANÁLISIS DE EXPECTATIVAS

- Incorporación de metodologías cualitativas o mixtas (cuanti y cualitativas)
- Inclusión de expectativas de todos los grupos de interés para el Plan, fundamentalmente pacientes, familiares y profesionales, pero también de la sociedad.
- Inclusión de mujeres y hombres de todos los perfiles a analizar en igualdad de condiciones, desde el diseño del estudio. Analizar sus expectativas por separado y explicitarlo en la redacción final.
- Analizar las barreras que pueden impedir o dificultar que determinados grupos (poblaciones vulnerables, determinados grupos etarios, residentes en zonas alejadas, mujeres, etc.) puedan acceder a exponer sus expectativas y necesidades. Introducir medidas de acción positiva para superarlas.

tabla 11

ELEMENTOS DE CALIDAD: LA LÓGICA Y LOS VALORES DE LOS PPII

- Los PPII siguen un esquema lógico que responde a una jerarquía de elementos que son:
 - Objetivos generales: Son los propósitos en término de beneficios en salud. Son pocos para todo el Plan
 - Estrategias: Grandes líneas de actuación con cuya sinergia se pretenden alcanzar los objetivos generales.
 - Objetivos específicos: Son los objetivos de cada estrategia. Son pocos para cada estrategia.
 - Actividades: Son las necesarias para alcanzar los objetivos específicos
 - Indicadores: Miden la realización de las actividades (producto) y el logro de los objetivos específicos (resultados)
- Valores: Los PPII pueden explicitar los valores o principios rectores en los que se inspiran, que deben ser la concreción en su ámbito de los valores comunes a todos los planes:
 - Equidad
 - Solidaridad
 - Eficiencia
 - Transparencia
 - Participación
 - Descentralización
 - Gobernanza
 - Multidisciplinariedad

tabla 12

ELEMENTOS DE CALIDAD: FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES

- Se deben orientar hacia la consecución de resultados de impacto en salud.
- Representan el horizonte al que se dirige el Plan
- Deben ser pocos y medibles.
- Formulación en términos de disminución de desigualdades cuando sea pertinente (tener en cuenta que las poblaciones no son homogéneas y que los determinantes salud también pueden ser diferentes).

ELEMENTOS DE CALIDAD: FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

- Las estrategias son las diferentes vías complementarias por las que se llegarán a los objetivos generales
- Cada una agrupa unos pocos objetivos específicos relacionados entre sí.
- La mayoría de los PPII deben valorar la necesidad de contar con las siguientes estrategias:
 - a. Comunicación. En la que se plantean los objetivos y actividades de comunicación social que se propone el Plan (comunicación externa) y de comunicación profesional (comunicación interna).
 - b. Promoción de salud. En la que se plantean los objetivos y actividades de promoción de salud (estilos de vida, entornos saludables, etc) relativos al Plan, tanto los que deben ser realizados por el SSPA como por otras entidades o instituciones, con base en el análisis de los determinantes.
 - c. Líneas asistenciales:
 - Prevención. En la que se plantean los objetivos y actividades de prevención (diagnóstico precoz, cribados, vacunaciones, etc) relativos al Plan.
 - Diagnóstico y Tratamiento. En la que se plantean los objetivos y actividades de diagnóstico y tratamiento relativas al Plan.
 - Adecuación de recursos: Reordenación de los recursos existentes y/o implantación de nuevos, en relación al análisis epidemiológico, social y de los recursos. Se incluyen los modelos organizativos
 - Rehabilitación y recuperación. En la que se plantean los objetivos y actividades de rehabilitación y recuperación relativas al Plan.
 - Establecer líneas asistenciales específicas para personas en situación de vulnerabilidad.
 - d. Formación. En la que se plantean los objetivos y actividades de formación y capacitación de cara al desarrollo de las competencias profesionales requeridas en el Plan y adaptada a los diferentes profesionales, ámbitos de actuación y sectores implicados.
 - e. Investigación. En la que se plantean los objetivos y actividades de investigación relativas al Plan.
 - f. Participación. En la que se plantean los objetivos y actividades de participación social (movimiento asociativo, ayuda mutua...) y profesional relativas al Plan.
 - g. Evaluación y seguimiento. En la que se plantean los objetivos y actividades de evaluación y seguimiento relativas al Plan y la forma de su difusión.
 - h. Marco Normativo. En el que se recogen las actuaciones y objetivos referentes a la normativa (nacional autonómica y comunitaria) de distinta naturaleza relacionada con el Plan y se proponen medidas de mejora o de creación de nueva legislación necesaria para proteger el derecho a la protección de la salud, respecto al problema de salud pública tratado.

ELEMENTOS DE CALIDAD: FORMULACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES

- La formulación de los objetivos específicos y las actividades han de estar basadas en el análisis de situación realizado de forma que se de respuesta a las necesidades y oportunidades de mejora detectadas en el mismo.
- Los objetivos específicos deben ser alcanzables y evaluables en el periodo de vigencia del Plan
- Han de tomarse en consideración las necesidades recogidas en el análisis de expectativas realizado. Y han formularse medidas concretas que permitan responder a las necesidades y expectativas diferenciales.
- Aplicación del principio de equidad a todas las propuestas. Diseño de objetivos específicos y actividades que permitan aminorar las desigualdades e inequidades detectadas en el análisis de situación y que ayuden a compensar posibles desigualdades en el acceso de las personas beneficiarias.
- Partir de la premisa de que ninguna acción es neutra. Al realizarse sobre poblaciones con puntos de partida distintos, las líneas de acción propuestas van a tener repercusiones también diferentes, aumentando, disminuyendo o perpetuando desigualdades. Por tanto, las propuestas habrán de:
 - Incorporar la perspectiva de género de forma transversal. Considerar, en todo momento, la situación diferencial de partida de mujeres y hombres.
 - Tener siempre en cuenta la diversidad. Incorporar en las formulaciones la transversalidad, no solo de género, también de clase social, de nivel económico u otras variables que puedan causar inequidades.
 - Considerar la multiculturalidad que ya existe en nuestra sociedad e incorporar una mirada intercultural a los procesos de salud, enfermedad y de atención sanitaria.
 - Tener en cuenta a las personas con discapacidad a la hora de formular todas las acciones.
 - Valorar la necesidad de formular estrategias de comunicación, promoción, etc. diferenciadas en función de los diversos públicos a que vayan dirigidas (según grupo de edad, sexo, procedencia, etc.)
- Dado que la salud viene determinada por diferentes factores, muchos de los cuales se encuentran en ámbitos diferentes al sanitario (educación, transporte, urbanismo...), las medidas que se propongan desde los PPIL han de tener en cuenta el abordaje intersectorial. Las medidas que deban ser desarrolladas por otros sectores deben ser diseñadas con ellos*.
- Incorporación a todos los PPIL medidas para favorecer y canalizar la participación de profesionales y ciudadanía y establecimiento de acciones que permitan asegurar unas condiciones igualitarias de participación**.

* Por esto se propone una metodología que favorece la participación intersectorial en el diseño de lo PPIL desde su inicio.

** Por esto se propone una metodología que facilita la participación ciudadana y profesional en el diseño de lo PPIL desde su inicio.

TABLA 14: sigue en la página 38 



ELEMENTOS DE CALIDAD: FORMULACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTIVIDADES

- Incorporación de medidas que incentiven el desarrollo en cuidados de salud coparticipados (redes sociosanitarias, ayuda mutua, voluntariado...)
- Las acciones propuestas (de promoción de la salud, prevención, atención sanitaria...) han de asegurar la calidad científico-técnica y estar basadas en la adopción de las mejores evidencias disponibles.
- Inclusión de medidas organizativas y de planificación de los servicios e incorporación de los instrumentos de gestión sanitaria (gestión clínica, gestión por procesos asistenciales integrados, gestión por competencias...)
- Los PPII deben contemplar la realización de las actividades formativas necesarias para llevar a cabo las propuestas del Plan, incluyendo aquellas que hayan de realizarse con colectivos diferentes a los sanitarios (ámbito educativo, movimiento asociativo, ONGs, medios de comunicación...)
- Formulación de propuestas basadas en el desarrollo y utilización de las nuevas tecnologías sanitarias y de la información y la comunicación.
 - Facilitación de información y servicios interactivos a pacientes y ciudadanía (portales de salud, páginas web, líneas terapéuticas, consultas interactivas, etc.)
 - Fomento de la aplicación de la e-salud y la telemedicina como herramientas de trabajo y formación.
- Formulación de objetivos y acciones encaminadas a promover la investigación relacionada y a impulsar cambios mediante el progreso científico y la incorporación de avances tecnológicos.
- Identificación de elementos comunes a los diversos PPII que permitan impulsar estrategias conjuntas (por ejemplo, en cuanto a promoción de estilos de vida saludables, estrategias de comunicación, habilitación de cauces de participación, etc.).
- Ampliación de la orientación del abordaje de los problemas de salud hacia una dimensión poblacional, más allá de la faceta asistencial***.
- Las propuestas deben ser formuladas de forma que puedan ser evaluables, y por tanto, habrán de ser concretas y medibles.
- Viabilidad financiera. Las actividades propuestas deben poder financiarse en el escenario financiero que sea previsible en el momento de formularse el Plan para el periodo de vigencia del mismo.

*** Los PPII se conciben como estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida de la población, mediante la puesta en marcha de acciones que permitan disminuir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad, en un marco de equidad y eficiencia.

tabla 15

ELEMENTOS DE CALIDAD: PARTICIPACIÓN

- Involucración de la ciudadanía desde el inicio de la elaboración del Plan, en todas las fases de su desarrollo y en su seguimiento y evaluación.
- Previsión de medidas que garanticen el acceso igualitario a la participación de la población más desfavorecida y/o menos representada.
- Incorporación al análisis de situación de los recursos de participación (asociaciones y actividades que desarrollan).
- Formulación de acciones que impulsen el asociacionismo ciudadano y la ayuda mutua y que estimulen el trabajo conjunto con el movimiento asociativo.
- Diseño de una metodología de participación centralizada y descentralizada (provincial y, si es oportuna, hospitalaria y por distrito sanitario o área) de profesionales, de otras instituciones intervinientes y del movimiento asociativo relacionado con el Plan.
- Diseño de metodologías de participación colectiva (mediante comités, consejos, etc.) y de participación individual, mediante información y sugerencias vía TICs.
- Incorporación de los distintos niveles de participación ciudadana, incluyendo el partenariado*, que aporta valor añadido, en términos de ganancia en salud.
- Formulación de indicadores de divulgación de la información para profesionales y ciudadanía (destinados a promover su participación).
- Formulación de indicadores de participación.

* La idea de partenariado puede ser analizada como el estadio más elevado de trabajo conjunto entre diferentes individuos/actores (en este caso, servicios de salud y asociaciones de ayuda mutua), que se han unido mediante el establecimiento de un compromiso de objetivos comunes, ligados por una larga experiencia de trabajo en común y sustentados por el hecho de compartir visiones. En general se considera que la igualdad en la toma de decisiones y la mutua influencia son las características básicas que diferencian el partenariado de cualquier otra forma de relación. Esta definición de partenariado incluye elementos que hacen referencia a:

- Objetivos acordados mutuamente.
- División del trabajo con base en las ventajas comparativas.
- Toma de decisiones de forma igualitaria.
- Influencia mutua. Transparencia.
- Reciprocidad en las obligaciones, en la confianza y el respeto entre las partes
- Responsabilidad compartida.
- Compromiso a largo plazo para realizar el trabajo conjuntamente.

ELEMENTOS DE CALIDAD: COMUNICACIÓN

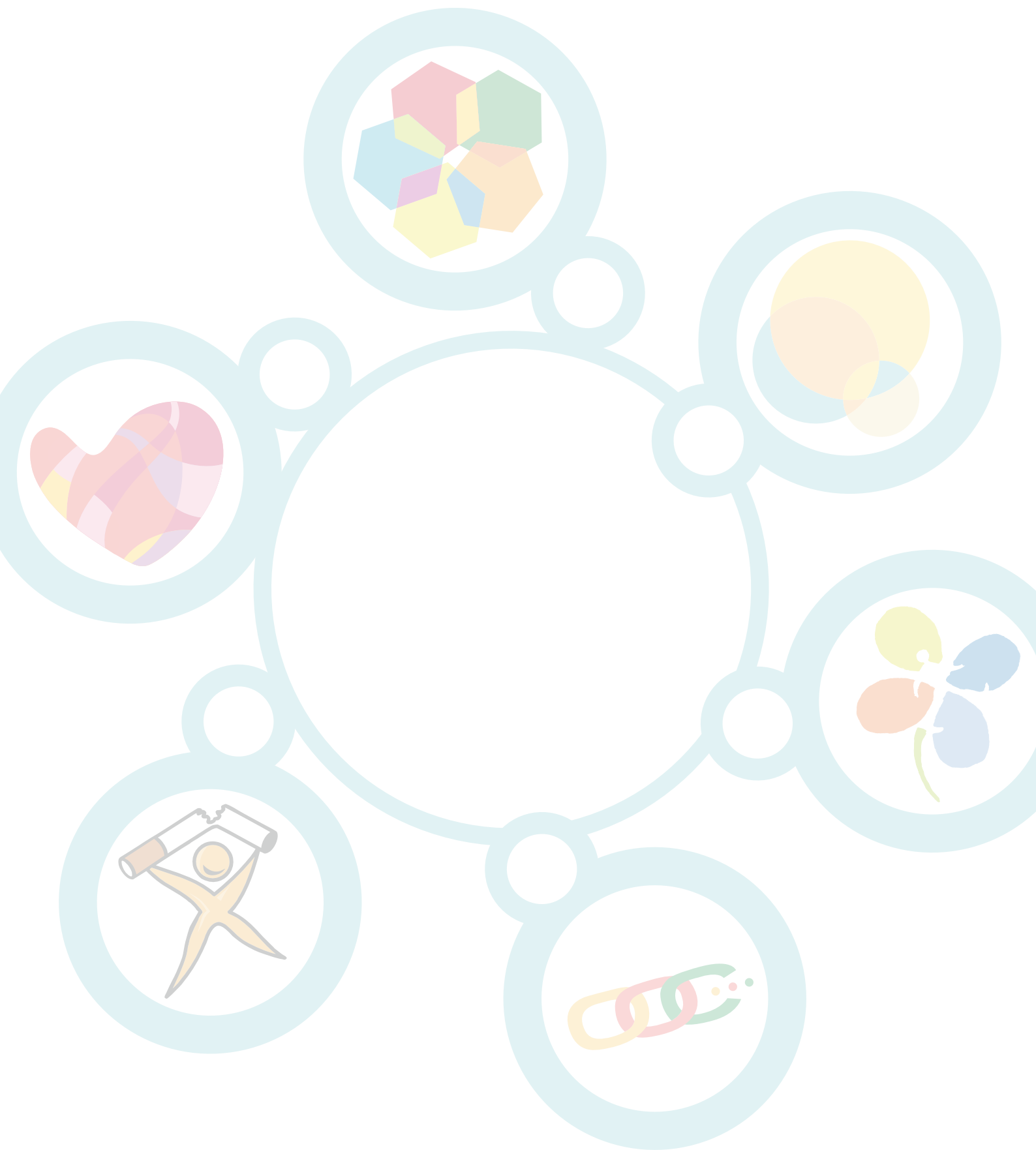
- Planificación de la comunicación, tanto interna como externa, de los objetivos, estrategias y líneas de acción del plan.
- Consensuar la estrategia de comunicación por parte de todos los sectores implicados en el proceso de elaboración e implantación del plan.
- Realización de programaciones anuales de la estrategia de comunicación interna y externa previamente consensuada.
- Valoración, en todos los casos, de la necesidad de formular estrategias de comunicación diferenciadas, dirigidas a los diversos subgrupos específicos de población (jóvenes, mujeres, especial vulnerabilidad, etc.)
- Incorporación de los recursos de comunicación propios del tejido asociativo y profesional, como agentes clave en el proceso de comunicación del plan integral.
- Fomento del trabajo en red a la hora de establecer líneas de comunicación.
- Evaluación del proceso y resultados de la comunicación.
- Utilización de la potencialidad que ofrecen las Tecnologías de Información y Comunicación.

ELEMENTOS DE CALIDAD: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Metodología de evaluación orientada a resultados en salud.
- Diseño de indicadores para evaluar todos y cada uno de los objetivos y de las actividades que aparezcan en el Plan (evaluación de proceso)
- Previsión de un grado de desagregación suficiente de todos los datos como para poder detectar diferencias y desigualdades e inequidades.
 - Desagregación por sexo de TODOS los datos
 - Desagregación, al menos, por provincias
 - Otros (grupos de edad, nivel socioeconómico,...)
- Adaptación de los sistemas de información para facilitar la evaluación de los planes.
- Diseño y formulación de indicadores sensibles a desigualdades que permitan medir la reducción de desigualdades, tanto de proceso, como de resultados.
- Selección de indicadores clave para la elaboración del cuadro de mando del que debe dotarse el Plan. Se trata de un conjunto mínimo de indicadores de situación y de cada estrategia que servirán para monitorizar el grado de avance del Plan.
- Realización de informes de impacto de género, estableciendo, desde el inicio del diseño, indicadores adecuados para su realización.
- Incorporar la perspectiva de la evaluación cualitativa para aquellas cuestiones que lo requieran y como complementaria también a la cuantitativa para hallar modelos explicativos a los hallazgos de ésta.
- Incorporar la perspectiva de los grupos profesionales.
- Incorporación de mecanismos de evaluación y seguimiento provincializados.
- Velar para que la información, presentada oportunamente, se difunda de forma adecuada y sirva para tomar decisiones informadas, con datos actualizados. Y realizar el seguimiento de la comunicación del plan integral durante el proceso.
- Evaluar la necesidad y posibilidad de evaluaciones externas e independientes, al menos de algunos de sus elementos que se podrían considerar "críticos para el éxito".
- Incorporación de la ciudadanía (y en especial de las personas afectadas) los procesos de evaluación y difusión de resultados.



METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE PPPII



Metodología de elaboración de PPII

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

La planificación sanitaria se puede definir como un proceso formalizado de selección, organización y evaluación de las actividades más eficaces para satisfacer las necesidades de salud de una determinada comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Requiere la determinación de fines y objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y control de las actividades a desarrollar durante un período dado¹⁹.

Como instrumento de planificación, la metodología del “Marco Lógico” resulta especialmente útil ya que permite integrar y dar coherencia a todas las partes involucradas en el proceso de planificación²⁰. El método de “Marco Lógico” es una manera de estructurar los principales elementos de un proyecto, programa o estudio, subrayando los lazos lógicos entre los objetivos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados²¹.

Algunos de los retos para las instituciones sanitarias están en conseguir que esta planificación incorpore, entre otros, los siguientes elementos:

1. La formulación de **objetivos centrados en obtener resultados en términos de salud** de la población. Con ello se persigue obtener diversos beneficios²²:

- Facilitar un contexto más racional y transparente para la asunción de las responsabilidades políticas.
- Identificar problemas y grupos de población que necesitan mayor atención.
- Proporcionar coherencia a las intervenciones y los programas sanitarios dispersos.
- Estimular el debate sobre lo útil y necesario.
- Ayudan a gestionar los recursos, poniendo énfasis en las estrategias realistas y realizables.
- Mejorar la posibilidad de evaluar los resultados y los logros alcanzados.

2. La utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor **evidencia científica** disponible. Para ello, habrá de utilizarse información procedente de investigación válida y fiable, obtenida a través de métodos rigurosos de búsqueda y que, además, sea aplicable a la práctica²³. Recurrir a buenas fuentes de información para aportar a los grupos de trabajo la mejor evidencia posible resulta un pilar clave en la planificación.

En ocasiones, esta búsqueda de evidencia^d va a requerir de la evaluación de intervenciones en salud pública, una evaluación que no está exenta de controversias derivadas de un enfoque tradicional basado en los ensayos clínicos, no siempre posible en este tipo de investigación^{23, 24,25,26}.

3. Apoyarse en la **participación consensuada**, tanto de profesionales como de la propia ciudadanía. Para ello, una de las tecnologías más utilizadas es el consenso formal de grupos expertos, proceso basado en la intervención activa y equitativa de los distintos actores y en una toma de decisiones democrática y consensuada entre

^d En cualquier caso, es necesario recordar que se dispone de una metodología específica para hacer la pregunta correcta y realizar una búsqueda de información en distintos niveles: 1) Guías y recomendaciones; 2) Revisiones sistemáticas; 3) Buscadores; 4) Bases de datos.

la presencia
de la
ciudadanía en
los órganos de
participación
es necesaria,
ya que los
usuarios y
usuarias de
los sistemas
sanitarios
aportan
perspectivas
únicas de
las que no
disponen
los grupos
profesionales
del sistema

ellos^{27,28,29,30,31}. Las decisiones basadas en estos métodos tienen más aceptación porque son más consistentes, tienen mayor credibilidad y, además de cumplir con los requerimientos de los métodos científicos³², son más aceptadas por sus propios protagonistas que, al haber participado en la toma de decisiones, sienten dichos proyectos como suyos, involucrándose más fácilmente en su desarrollo.

Los métodos de consenso más utilizados son: la técnica *Delphi*^{33,34,35}, la técnica de *Grupo Nominal*^{36,37,38}, el *Panel de Expertos*³⁹ y la *Conferencia de Consenso*⁴⁰. Todos requieren un alto grado de precisión metodológica que minimice los posibles sesgos^{32,41} en su aplicación^e.

La participación ciudadana en el diseño de la política sanitaria es fundamental. Según la OMS, la presencia de la ciudadanía en los órganos de participación es necesaria, ya que los usuarios y usuarias de los sistemas sanitarios aportan perspectivas únicas de las que no disponen los grupos profesionales del sistema. Su participación activa ayuda a la comprensión mutua entre ciudadanía y Administración sanitaria, fomenta el respeto y la apreciación del sistema público de salud, favorece el diálogo entre la Administración y ciudadanía posibilitando que le resulte más próxima, orientada a sus necesidades y enriquecida con sus aportaciones^{42,43,44,45}.

4. Abordaje de desigualdades e integración de la perspectiva de género. El concepto «desigualdades en salud» alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el sexo, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja⁴⁶. La reducción de las desigualdades constituye un objetivo central en la estrategia de la OMS *Salud 21* para la región europea⁴⁷ y es una de las metas en salud que se ha planteado el III Plan Andaluz de Salud.

^e El proceso de consenso requiere, al menos, tres grupos básicos de trabajo: un **grupo promotor**, constituido por las autoridades sanitarias que encargan la elaboración del Plan y que disponen de la financiación para el desarrollo del trabajo de los grupos; un **grupo coordinador**, que se encarga de prever las necesidades de recursos y apoyar el trabajo del grupo o los grupos técnicos; y, finalmente, uno o más **grupos técnicos**, compuestos por representantes de los distintos sectores y actores relevantes en el tema. Es importante señalar que factores como la inadecuada selección de participantes, errores en el planteamiento de las preguntas, revisiones documentales inadecuadas, métodos de síntesis de evidencia científica no estandarizados, métodos incorrectos de síntesis de la opinión de cada participante o la influencia de factores externos, pueden afectar del desenlace del consenso.

A partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Pekín (1995), la OMS situó la reducción de las desigualdades por razón de género entre sus prioridades⁴⁸, reconociendo que, en la planificación sanitaria, es indispensable tener en cuenta que el género es uno de los determinantes de un estado de salud equitativo y que es necesario incorporar elementos específicos que permitan abordar las desigualdades basadas en los condicionantes de género, así como monitorizar y evaluar los resultados de su aplicación de forma diferencial⁴⁹.

5. **Incorporación de los enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad**, de acuerdo a las guías y recomendaciones elaboradas por los organismos encargados de recuperar y sintetizar la evidencia científica en salud. El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha publicado guías y recomendaciones sobre promoción de salud en actividad física⁵⁰, salud mental⁵¹, tabaquismo⁵², alimentación⁵³, salud sexual⁵⁴, salud bucodental⁵⁵, salud en el lugar de trabajo⁵⁶, etc., así como guías dirigidas a grupos específicos de población (infancia, adolescencia, juventud, personas mayores, personas sin hogar, personas reclusas en instituciones penitenciarias, etc.)⁵⁷.

6. Incorporación de aquellos **enfoques más innovadores** que pudieran considerarse necesarios, aplicando metodologías pertinentes y rigurosas. Así, por ejemplo, la perspectiva de recuperación está siendo asumida ya por las personas que utilizan los servicios sanitarios, tomando conciencia de su autonomía, su capacidad para tomar iniciativas y su capacidad de auto organización. En este marco, se plantea la necesidad de recuperar el propio proyecto vital y asumir un papel activo en esta recuperación⁵⁸.

7. Tomar en consideración la **evaluación de las tecnologías sanitarias**, que se ha revelado como una herramienta fundamental para que la toma de decisiones de personal clínico, autoridades sanitarias, equipos gestores y pacientes, para favorecer la calidad y la eficiencia. Por tanto, en la planificación sanitaria, la evaluación de las estrategias propuestas, así como la tecnología sanitaria utilizada para su implementación, es igualmente necesaria⁵⁹. Y, de nuevo, para que dicha evaluación sea útil, los métodos utilizados deberán ser rigurosos y participativos y habrán de tener en cuenta también las expectativas de los distintos sectores y actores involucrados⁶⁰.

En la
planificación
sanitaria, es
indispensable
tener en
cuenta que
el género es
uno de los
determinantes
de un estado
de salud
equitativo

ELEMENTOS EN LOS QUE SE HA BASADO LA METODOLOGÍA PROPUESTA

La metodología que se ha diseñado, y cuya descripción constituye el núcleo de este apartado, se ha basado en los siguientes elementos:

1. Utilización del enfoque de marco lógico (EML) como referencia metodológica:

El EML es un instrumento de planificación diseñado por Agencia Noruega de Cooperación Internacional (NORAD) para la Comisión Europea y de uso cada vez más extendido entre Agencias Internacionales y en la propia Administración Andaluza.

Consiste en un ejercicio de planificación que permite visualizar en una matriz los elementos básicos que configuran el Plan: objetivos, estrategias, actividades e indicadores.

De esta metodología no se han seguido todas sus propuestas, sólo su forma de sistematizar la información para llegar al diseño de una matriz cuyo análisis e interpretación es sencillo y ayuda al diseño y evaluación del Plan.

2. Incorporación del uso de nuevas tecnologías:

Se ha utilizado como instrumento de participación una metodología centrada en la formulación de propuestas individuales a través del correo electrónico, mediante cuestionarios estructurados, basada en el método Delphi, que se ha adaptado a las necesidades de la elaboración del Plan y se ha procurado hacer accesible a personas no expertas.

Esto permite incorporar un gran número de personas al proceso de elaboración del Plan, facilitando la participación, reduciendo los costes y favoreciendo la conciliación de la vida personal y familiar de las personas participantes.

3. Participación profesional y ciudadana:

Esta metodología prevé la participación, desde el inicio del proceso, de los diferentes perfiles profesionales relacionados con la

líneas de trabajo que se estén elaborando (tanto del ámbito sanitario como de otros que puedan jugar un papel: educación, igualdad, innovación, administraciones locales, etc.) y de la propia ciudadanía (pacientes, familiares, asociaciones, etc.). De hecho, se contempla la participación de la ciudadanía en todos los ámbitos temáticos definidos por los Planes y en todos los grupos de trabajo configurados para su elaboración.

Así, la ciudadanía y los colectivos profesionales se incorporan a la elaboración de un Plan Integral desde sus fases iniciales y no sólo en el momento de validación externa (cuya realización también incluye esta propuesta metodológica), otorgándoles un papel claramente protagonista.

El proceso, además, contempla la cumplimentación de encuestas de evaluación sobre la metodología utilizada y su grado de satisfacción con la metodología a las personas participantes, una vez finalizada su participación en la fase de trabajo grupal^f.

4. Integración de la perspectiva de género de forma transversal:

Partiendo de la consideración de sensibilidad de género al grado en que los PPII tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación que puede ser fuente de desigualdades, se ha puesto especial empeño en desarrollar acciones para aminorarlas. Par tanto, la perspectiva de género se constituye en uno de los elementos transversales a incorporar a todas las propuestas.

Para facilitararlo, se ha elaborado una guía metodológica específica dirigida a profesionales y personas implicadas en la elaboración y desarrollo de los Planes Integrales⁴⁹. En ella se proponen recomendaciones concretas, adaptadas a cada una de las partes de que constan los Planes Integrales, que sirvan de guía para introducir la perspectiva de género, tanto en el análisis de situación, como en las líneas de acción que estos proponen.

Así mismo, y con el propósito de facilitar un instrumento que sirva de ayuda para identificar carencias y detectar oportunidades de mejora en los Planes Integrales, desde la perspectiva de género,

^f En las encuestas realizadas a las personas que han participado ya en el proceso de elaboración de Planes Integrales con esta metodología, el 98% de participantes ha expresado un grado de satisfacción alto o muy alto, más del 80% han considerado el método de trabajo cómodo e innovador y alrededor del 90% lo han considerado sencillo y útil.

El desarrollo de actividades promotoras de estilos de vida saludable, tanto en el entorno social como en el sanitario, son en sí mismas las actividades de promoción que corresponden a todos los PPII

se ha incorporado a dicha guía un listado de comprobación rápida de la sensibilidad de género presente en los Planes Integrales que, igualmente, puede utilizarse como guión de trabajo a la hora de programar su elaboración.

5. Abordaje de las desigualdades:

Ya desde la constitución de los grupos de trabajo, se pretende identificar a los grupos de población más vulnerables (ejemplo: población penitenciaria, población residente en ZNTS, personas inmigradas y/o en riesgo de exclusión, etc.) que deberían ser objeto de especial atención por los PPII. Con esta metodología se propicia su incorporación al proceso de elaboración desde su inicio y su acceso equitativo a los instrumentos de participación previstos en los Planes, lo que facilita la incorporación de la mirada transversal de desigualdades y, si se considera pertinente, puede dar lugar a la formulación de estrategias específicas.

6. Énfasis en la promoción de salud y prevención primaria basado en una estrategia común a todos los PPII:

El desarrollo de actividades promotoras de estilos de vida saludables, tanto en el entorno social como en el sanitario, son en sí mismas las actividades de promoción que corresponden a todos los PPII.

Ya se ha dicho que los PPII atienden los problemas de salud más relevantes que, en muchas ocasiones, se distribuyen en grupos de población muy similares y cuyos factores determinantes se encuentran íntimamente relacionados. Además, sabemos que los resultados en salud mejoran cuando se abordan los estilos de vida desde una perspectiva conjunta. Por ello, la incorporación de la promoción de salud a los PPII se pretende que se lleve a cabo mediante el desarrollo de actividades conjuntas entre los Planes destinados a la mejora del estilo de vida (PAFAE, PITA) y los restantes PPII. Para conseguirlo, estos habrán de trabajar de forma sinérgica, mediante el desarrollo de estrategias comunes y de instrumentos de uso conjunto (como el consejo dietético básico y avanzado, el consejo en tabaco básico y avanzado, etc.).

Esto tiene que ser contemplado desde el inicio del proceso de elaboración de los Planes, asegurando la constitución de grupos de trabajo para abordar estas estrategias que incorporen participantes provenientes de todos los Planes.

7. Consideración de los elementos de calidad previamente identificados:

En cumplimiento de los requerimientos del II Plan de Calidad de Calidad del SSPA¹², se ha realizado previamente la identificación de dichos elementos, que aparecen recogidos en el capítulo II (Elementos de Calidad en los PPII) de este documento.

8. Incorporación de la perspectiva de recuperación:

Esta nueva perspectiva, más allá del concepto tradicional de la rehabilitación, se ha querido incorporar a la filosofía de los PPII de segunda generación.

Este modelo, es una apuesta decidida por poner a la persona con enfermedad como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de crecimiento personal.

Este novedoso paradigma incluye, entre sus principios, la consideración de que las personas puedan construir su proyecto de vida, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas, representando, así, un movimiento que se aleja de la patología, enfermedad y síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.

Con esta perspectiva, el objetivo de las intervenciones se centra en las necesidades de cada persona y en las características de su entorno, al tomarse en consideración que el proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social en el medio comunitario y reconociendo que el apoyo entre iguales resulta un elemento central en este proceso.

La participación de sus protagonistas (las personas que presentan el problema de salud) en todas las fases de desarrollo de los PPII permiten avanzar en este camino hacia la recuperación.

9. Protagonismo de la Comunicación social:

Se ha pretendido, también, incorporar la perspectiva de la comunicación social desde las actividades iniciales de la elaboración de los PPII. De hecho, el propio proceso de elaboración de los nuevos Planes contempla la participación de profesionales de la comunicación

La participación de sus protagonistas (las personas que presentan el problema de salud) en todas las fases de desarrollo de los PPII permiten avanzar en este camino hacia la recuperación

y las grabaciones en vídeo de distintas etapas del proceso^g. A partir de ese material grabado, y con la incorporación de contenidos de apoyo, es posible elaborar diversos recursos de comunicación (reportajes, entrevistas, vídeos, fotografías, etc.) que servirán de apoyo para la presentación y difusión de los Planes, tanto en el medio profesional, como a la ciudadanía.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

A continuación se describe las distintas fases de la metodología que proponemos utilizar para la elaboración de los PPII^h. En síntesis, se trata de una metodología que se basa en la identificación de las estrategias que debe desarrollar el Plan y en las aportaciones de grupos de personas expertas para diseñar los objetivos específicos y actividades que deben conducir a que cada una de las estrategias alcance su objetivo general.

Así pues, la lógica del método sigue los siguientes pasos:

1. Análisis de situación.
2. Definición del propósito del plan en términos de salud (objetivos generales).
3. Definición de estrategias (para lograr los objetivos generales del plan).
4. Definición de objetivos específicos de cada estrategia.
5. Diseño de actividades para cada objetivo específico.
6. Definición de indicadores para seguimiento de actividades y objetivos.

^g En esta línea, los procesos de elaboración de las segundas ediciones de los PPII de Diabetes y Salud Mental ya han sido grabados y, con el material obtenido, se han elaborado diversos recursos de comunicación.

^h Cabe señalar que otras metodologías o variaciones en la propuesta que aquí se describe pueden llevar a parecidos o similares resultados, sin que el Plan en conjunto se resienta significativamente. Por tanto, en función de las características y necesidades de cada Plan en concreto, se podrán introducir las modificaciones en la metodología que se consideren pertinentes.



Por tanto, el primer paso es realizar el análisis de situación, cuya responsabilidad corresponde a la Consejería de Salud y a la dirección del PI y cuyos contenidos y elementos de calidad ya se han descrito en el capítulo anterior (tablas 6 a 10).

Los siguientes pasos se corresponden con la definición del propósito del plan y la definición de estrategias. Consiste en formular el propósito general del plan en términos de salud y la identificación de las estrategias de cuyo desarrollo complementario dependerá el logro de dicho propósito. Para cada una de las estrategias se definirá un objetivo general al que deberán contribuir todos los objetivos específicos incluidos en ella.

Para desarrollar los pasos 4, 5 y 6 se formarán grupos de trabajo, cuya dinámica de funcionamiento se describe de forma detallada mas adelante.

1ª FASE: CONSTITUCIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

1. CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS GENERALES

La dirección general del proyecto será responsabilidad de la persona que ostenta la dirección del Plan y el papel del equipo de la Consejería de Salud será de apoyo metodológico y soporte logístico

Este será el equipo responsable de la elaboración del documento y, por tanto, todo el proceso de elaboración será desarrollado bajo su coordinación. Básicamente lo constituyen profesionales de la Consejería de Salud con responsabilidad en el desarrollo de la estrategia de Planes Integralesⁱ e integrantes del equipo que colabora con la propia dirección del Plan Integral, cuando este ya está en vigor. En este caso, la dirección general del proyecto será responsabilidad de la persona que ostenta la dirección del Plan y el papel del equipo de la Consejería de Salud será de apoyo metodológico y soporte logístico.

Cuando el objetivo sea elaborar un nuevo Plan Integral, será la Consejería de Salud quien designe a una persona para que coordine el proyecto. Esta designación se hará en base al cumplimiento del perfil requerido: conocimientos, habilidades, actitudes, experiencia, capacidad de trabajo en equipo y de liderazgo, compromiso con la organización y reconocimiento personal y profesional que permita aglutinar el mayor consenso posible entre los colectivos implicados.

Como responsable de todo el proceso, este equipo (y, en última instancia, quien lo dirige) es el encargado de formular los objetivos generales del Plan y debe asegurar que su elaboración se orienta a cumplir esos objetivos y que se desarrollan las áreas propuestas, con la metodología indicada y en el tiempo previsto. Estos objetivos definen, en términos generales, el impacto en salud que el Plan se propone obtener en su población destinataria al final del período de vigencia. La selección de los mismos habrá de tener en cuenta, entre otros, los elementos que se recogen en la tabla 18.

ⁱ Desde la aprobación del Decreto 241/2004 sobre la "estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del SAS", la responsabilidad de la elaboración, seguimiento y evaluación de los PPII recae en la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la CS.

ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA FORMULAR LOS OBJETIVOS GENERALES DE UN PLAN INTEGRAL

- Situación de partida y oportunidades de mejora emanadas del análisis de situación previo, tomando en consideración:
 - Magnitud del problema de salud y su distribución en la población.
 - Características y distribución poblacional de sus determinantes.
 - Repercusiones en la calidad de vida de los diversos grupos afectados.
 - Existencia de brechas o desigualdades y de personas y grupos de especial vulnerabilidad.
 - Recursos disponibles (tanto del ámbito sanitario, como de otros ámbitos que puedan jugar un papel) y su distribución, identificando carencias e inequidades.
 - Expectativas y demandas ciudadanas y profesionales.
- Existencia de recomendaciones o estándares en la literatura, a nivel nacional o internacional.
- Líneas estratégicas comprometidas por la Consejería en sus políticas de salud.

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO NECESARIOS

Para iniciar el proceso de elaboración de los contenidos, el primer paso es decidir que cuestiones o temas van a requerir el trabajo en profundidad de grupos expertos. Lógicamente, ello estará en relación con las estrategias (o líneas de acción) establecidas por el Plan, aunque no necesariamente todas las líneas pueden necesitar un grupo (líneas relacionadas podrían agruparse) e, incluso, algunas líneas podrían requerir más de un grupo. En cualquier caso y, según las necesidades y características del Plan en elaboración, podrán constituirse tantos cuantos grupos o subgrupos de trabajo se consideren necesarios.

La selección de los grupos se realizará en base a la priorización que haga la Consejería de Salud, previo informe de la dirección del Plan. Se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

- Objetivos generales que pretenden alcanzarse (y estrategias previstas para ello).
- Detección (en el análisis de situación o a lo largo del proceso de implantación de ediciones previas del Plan) de nuevas necesidades, temas emergentes, cuestiones novedosas...
- Estrategias comprometidas en ediciones anteriores que no hubieran podido ser desarrolladas parcial o totalmente.

- Líneas de acción que el nuevo Plan proponga.
- Temas prioritarios en las Estrategias de la Consejería.
- Estrategias prioritarias de Salud Pública.
- Nuevas demandas ciudadanas.
- Otras...

A manera de ejemplo, en la tabla 19 se detallan los grupos de trabajo constituidos para la elaboración de las segundas ediciones de los PPII de Diabetes y Salud Mental.

tabla 19

GRUPOS DE TRABAJO CONSTITUIDOS PARA LA ELABORACIÓN DE LAS SEGUNDAS EDICIONES DE LOS PPII DE SALUD MENTAL (II PISMA) Y DE DIABETES (II PIDMA)

II PISMA	II PIDMA
- Acción intersectorial en salud mental 1: población penitenciaria. - Acción intersectorial en salud mental 2: población inmigrada y exclusión social. - Atención a la infancia y adolescencia. - Comunicación. - Detección e intervención precoz en la psicosis. - Epidemiología. - Evaluación y sistemas de información. - Evidencia clínica en salud mental. - Formación y desarrollo profesional. - Género y salud mental. - Ordenación y cartera de servicios. - Potenciación de la investigación. - Programas de apoyo social. - Promoción de salud en personas con enfermedad mental. - Trastornos de personalidad. - Tratamiento intensivo en la comunidad.	- Comunicación. - Prevención. - Atención sanitaria: equipo de coordinación. - Atención sanitaria: control metabólico. - Atención sanitaria: retinopatía. - Atención sanitaria: pie. - Atención sanitaria: cardiovascular. - Atención sanitaria: nefropatía. - Atención sanitaria: problemas psicológicos. - Atención sanitaria: educación diabetológica. - Atención sanitaria: atención podológica. - Atención sanitaria: atención odontológica. - Situaciones especiales: infancia. - Situaciones especiales: embarazo. - Situaciones especiales: personas institucionizadas / con discapacidad. - Sistemas de información. - Investigación. - Formación. - Potenciación de la red. - Participación y asociaciones.

3. DEFINICIÓN DE LOS PERFILES QUE DEBEN INCLUIRSE EN LOS GRUPOS

Una vez identificados los grupos, el siguiente paso será definir los perfiles que deben ser considerados para la constitución de cada uno de los grupos, de forma que se asegure que están representados todos aquellos conocimientos y experiencias necesarios para realizar propuestas basadas en la mejor evidencia científica disponible y en las necesidades y expectativas reales de personas involucradas o afectadas (tanto profesionales, como pacientes, familiares y ciudadanía, en general). Los elementos de calidad a considerar en la constitución de los grupos aparecen recogidos en la tabla 4.

Para ello se sugiere que todos los grupos cumplan las siguientes características:

- Tener una **composición multidisciplinar**, con presencia de todos los perfiles y categorías profesionales implicadas.
- **Composición intersectorial**, en aquellos temas cuyo abordaje va a requerir de acciones que han de desarrollarse más allá del ámbito sanitario. Dado que la salud viene determinada por diferentes factores, muchos de los cuales se encuentran en ámbitos diferentes al sanitario (educación, igualdad, transporte, urbanismo, agricultura...), las medidas que se propongan desde los PPII han de tener en cuenta el abordaje intersectorial. No se trata de hacer un plan y luego “vendérselo” a los otros sectores implicados, sino de hacer el plan con ellos.
- **Participación ciudadana:** En todos los grupos en los que sea “pertinente” habrá de preverse la incorporación de pacientes, familiares o personas provenientes del mundo asociativo. Así se puede asegurar que se trata de un documento participativo desde el principio. De hecho, el fomento de la participación activa de los grupos involucrados (y siempre teniendo en cuenta garantizar la accesibilidad a los grupos más desfavorecidos y particularmente de las mujeres), se considera uno de los componentes básicos propuestos por diversas organizaciones (OMS, OPS) para avanzar en la equidad en salud. Se considera pertinente incluir estos puntos de vista en la práctica totalidad de los grupos, dado que es lógico pensar este va a ser de interés sea cual sea la línea que se esté trabajando.

- También se deben incluir entre los perfiles a considerar los relacionados con **elementos transversales** que deban impregnar las propuestas (reducción de desigualdades, perspectiva de género, eficiencia, factibilidad, etc.). Se trata pues de contar en los grupos con personas que puedan aportar el punto de vista de estos ejes transversales. Por ejemplo, sería recomendable incorporar alguien con formación en el abordaje de desigualdades, y específicamente de género, o con experiencia en gestión y conocimiento del funcionamiento del SSPA, que puedan ayudar a elaborar un documento “realista”, evitando incluir aspectos que, aunque puedan considerarse deseables, sean difícilmente realizables.

En la tabla 20 se exponen algunos ejemplos de perfiles constitutivos de diversos grupos de trabajo.

tabla 20

EJEMPLOS DE PERFILES IDENTIFICADOS COMO NECESARIOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE DIVERSOS GRUPOS DE TRABAJO

ÁREA TEMÁTICA	PERFILES*
1. Comunicación en Salud Mental	1. Integrante del grupo permanente de Comunicación del PISMA. 2. Profesional de MMCC de gabinete de institución de salud (SSCC SAS o Consejería Salud). 3. Profesional de MMCC generales. 4. Personal sanitario APS* (medicina de familia y/o enfermería). 5. Profesional de SM** (psiquiatría y/o psicología y/o enfermería). 6. Representante de asociaciones de ayuda mutua (pacientes y/o familiares). 7. Webmaster de la CS.
2. Atención sanitaria al pie diabético (PIDMA)	1. Especialista en cirugía general. 2. Especialista en Endocrinología. 3. Especialista en cirugía vascular. 4. Especialista en medicina de familia. 5. Profesional de enfermería de atención primaria. 6. Profesional de enfermería de atención hospitalaria. 7. Especialista en medicina física y rehabilitación. 8. Personas afectadas (2 personas).

* Cuidar de que los grupos tengan representación de ambos sexos tendentes a la paridad, no sólo en cuanto a número total, también dentro de los diferentes estamentos y profesiones representados.

** Asegurar que se representan los distintos estamentos.

4. SELECCIÓN DE INTEGRANTES DE LOS GRUPOS

Será el equipo de coordinación general (constituido por la dirección del Plan Integral en colaboración con la Consejería de Salud) el encargado de seleccionar a las personas integrantes de los distintos grupos.

Esta selección se ha de realizar en función de las competencias y perfiles profesionales y personales requeridos y definidos en la etapa previa. Es deseable que las personas seleccionadas tengan capacidad para abstraerse de los problemas específicos del colectivo al que pertenecen, para no desequilibrar los contenidos elaborados ni confundir los objetivos del Plan con sus reivindicaciones profesionales o asociativas.

Entre las características deseables a valorar para la selección de integrantes, se pueden valorar las siguientes:

- Conocimientos sobre el tema.
- Experiencia práctica (profesional o personal).
- Puntos de vista complementarios (que no enfrentados).
- Actitud colaboradora.
- Capacidad de consenso y de trabajo en equipo.
- Creatividad.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS y en orden a avanzar en el camino de la igualdad de oportunidades, se ha de procurar una participación equilibrada de hombres y mujeres en los grupos. Y esto quiere decir que han de configurarse grupos, no sólo tendentes a la paridad, sino también que promuevan una participación equilibrada de unas y otros en los diversos perfiles y estamentos representados^j.

Es deseable que las personas seleccionadas tengan capacidad para abstraerse de los problemas específicos del colectivo al que pertenecen, para no desequilibrar los contenidos elaborados ni confundir los objetivos del Plan

^j Todo ello de forma complementaria al requisito legal establecido por el artículo 140 de la Ley por la que se aprueban Medidas Fiscales y Administrativas para 2004. Boja num. 251 de 31 de diciembre de 2003, en cuanto a la composición paritaria de los órganos consultivos y de asesoramiento de la Administración de la Junta de Andalucía.

Por cuestiones operativas, se debe intentar evitar que los grupos sean demasiado numerosos. Salvo excepciones, no se recomienda constituir grupos con más de 8 ó 10 integrantes.

Cabe señalar que los grupos son una forma de facilitar que el Plan Integral en elaboración tenga en cuenta diferentes sensibilidades y puntos de vista, no son un mecanismo de participación profesional o social. De hecho, a las personas que los integran no se les pide que representen a un estamento, una asociación o una sociedad científica, etc. Se les selecciona porque su punto de vista es de interés para diseñar el nuevo Plan Integral.

Es importante advertirles que el borrador del Plan se enviará a las asociaciones profesionales y ciudadanas, así como a las instituciones o entidades implicadas para recabar su opinión formal durante la fase de validación.

El encargo a cada grupo de trabajo será la formulación de las propuestas que, a su criterio, deban ser incluidas en el Plan Integral respecto de la estrategia que estén trabajando. La elaboración definitiva del documento le corresponderá a un "Comité Editor" seleccionado por el equipo de coordinación general y dirigido por la propia dirección del Plan Integral.

5. LAS FUNCIONES DE COORDINACIÓN Y SECRETARÍA DE LOS GRUPOS

Con el fin de facilitar la coordinación con la dirección del Plan y de operativizar el trabajo de los grupos, se identifican 2 funciones clave en cada uno de los grupos: la coordinación y la secretaría de los mismos. Dichas funciones se resumen en la tabla 21.

FUNCIONES DE COORDINACIÓN Y LA SECRETARÍA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

COORDINACIÓN	SECRETARÍA
• Dirigir los trabajos para que no se desvíen de los objetivos propuestos. • Garantizar el intercambio de información entre la dirección del Plan/grupo coordinador y los miembros del grupo, tanto por vía electrónica como por otras. • Asegurar que las propuestas integran los elementos transversales solicitados. • Dirigir las reuniones virtuales y presenciales para garantizar que todos sus componentes participan y que se respetan los métodos de trabajo y los tiempos. • En colaboración con quien ejerza la secretaría, elaborar el documento final de consenso y remitirlo al equipo de coordinación.	• Distribuir la información entre los y las componentes del grupo. • Procesar la información que facilitará cada componente del grupo en el formato diseñado al efecto. • Supervisar y avisar de los retrasos de la entrega de trabajos, si hubiere que hacerlo. • Levantar acta con las aportaciones de cada integrante del grupo y redactar las síntesis de las mismas. • Comunicar a la coordinación del grupo cualquier incidencia relevante en la marcha del grupo. • En colaboración con quien ejerza la coordinación, elaborar el documento final de consenso.

Para el desarrollo de estas tareas se pueden seleccionar dos personas, pero, en muchas ocasiones, bastará con una que asuma las dos funciones.

El perfil de estas personas es importante porque su misión será asegurar que el grupo logre los objetivos que se le encargan. Las competencias que deben tener son:

- Actitudes: A favor de la colaboración y del trabajo en equipo. Liderazgo. Asertividad. Escucha y tolerancia. Orden. Aceptación de la participación en el grupo en igualdad de condiciones de personas de otras disciplinas, de otros sectores y del movimiento asociativo.
- Conocimientos: Sobre el tema objeto de trabajo del grupo y sobre la metodología de elaboración del plan.
- Habilidades: Comunicación, manejo de informática de nivel usuario con paquetes estándar (correo electrónico, procesador de texto y hoja de cálculo).

Si se puede contar con una persona por cada grupo que pueda asumir estas funciones es preferible aunarlas. Si lo que se tiene son dos personas que suman las competencias descritas, se designará a quien tenga mayor capacidad de liderazgo para llevar a cabo la coordinación y a la que sea más ordenada para ejercer la secretaría del grupo.

6. ORGANIZACIÓN DEL APOYO LOGÍSTICO Y ADMINISTRATIVO NECESARIO PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL PROCESO

Desde el inicio del proceso, es recomendable prever los cauces para facilitar apoyo compartido, desde la Consejería de Salud y el SAS, a la dirección del Plan Integral para las siguientes tareas:

- Hacer las convocatorias.
- Facilitar los cauces para la asistencia a las reuniones.
- Facilitar la documentación y la información necesaria a los grupos.
- Distribuir la información que eventualmente soliciten los grupos.
- Gestionar la logística de las reuniones (salas, alojamiento...)
- Expedir los certificados de asistencia para quienes lo requieran.
- Todo el apoyo logístico y administrativo que se precise.

2ª FASE: DEFINICIÓN Y PREPARACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO

El desarrollo de las actividades correspondientes a esta fase es responsabilidad compartida de la Consejería de Salud y la Dirección del PI, a través del equipo de coordinación constituido. Las actividades previstas en esta etapa tienen como objetivo preparar y dar soporte a todo el trabajo grupal posterior.

Hay que tener en cuenta que la vocación de globalidad que sustenta la estrategia de los Planes Integrales obliga, en general, a trabajar con grupos numerosos y con integrantes de una amplia variedad de estamentos y procedencias. Ello puede hacer muy compleja la coordinación y originar un gran volumen de documentos de muy distinta factura, no solo en estructura y redacción, sino también en extensión (lo que podría condicionar desproporciones en las distintas partes del documento final) e, incluso, en las propuestas planteadas por las líneas de acción.

Por todo ello, se considera fundamental establecer una metodología que, en cuanto a la forma, unifique los formatos y, en cuanto a los contenidos, asegure que estos no se desvíen de las líneas estratégicas previstas. Y que, en cuanto a la asignación de tareas y establecimiento de la dinámica de relaciones, permita, desde la constitución de los grupos, conocer como se distribuyen las responsabilidades individuales y grupales y establecer con claridad los circuitos de intercambio de información y los flujos de trabajo.

A continuación se exponen, de manera pormenorizada, las distintas actividades y soportes que integran el proceso metodológico previsto.

1. SELECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLAVE PARA ENTREGAR A LOS GRUPOS

Se propone la selección, de forma consensuada entre la Consejería de Salud y la dirección de cada Plan Integral, de aquellos documentos que aporten la información y los datos que permitan a cada grupo trabajar en la línea que le corresponda con la mejor evidencia disponible. Para ello existen diferentes modelos de evaluación de intervenciones en salud pública, en los que se clasifica el nivel de evidencia y de recomendación según los hallazgos^{61,62}, así como metodologías específicas para hacer las preguntas y realizar las

Se considera fundamental establecer una metodología que, en cuanto a la forma, unifique los formatos y, en cuanto a los contenidos, asegure que estos no se desvíen de las líneas estratégicas previstas

búsquedas de información^k.

Entre la documentación a suministrar a los grupos convendría incluir:

- Edición o ediciones previas del Plan Integral que se está abordando.
- Documentos de evaluación del Plan Integral cuya vigencia está finalizando.
- Análisis de situación actualizado.
- Informes de los estudios de expectativas realizados.
- Estrategia Nacional sobre el problema de salud abordado por el Plan, si es que existe.
- Documentos descriptivos del encargo y de la metodología y cronogramas a seguir.
- Bibliografía relevante común y específica de cada grupo, tanto de carácter estratégico como científico-técnico:
 - Documentos estratégicos de la Consejería de Salud y del SAS: Plan de Salud vigente, Plan de Calidad, etc.
 - Procesos Asistenciales Integrados relacionados.
 - Guías de Práctica Clínica.
 - Ensayos clínicos o metanálisis de especial relevancia.
 - Etc.
- Documentos de otras instituciones o entidades que puedan estar relacionados con el Plan.

^k Dichas metodologías permiten buscar y obtener información a 4 niveles: 1) Guías y recomendaciones elaboradas por instituciones como el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), o la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), entre otros; 2) Revisiones sistemáticas elaboradas por centros como el Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre (EPPI Centre), la biblioteca Cochrane Plus, el grupo Evidence Network; 3) Buscadores como el TRIP database, SUMSEARCH o Explora-evidencia; 4) Bases de datos del tipo de PubMed, Embase, Cinhal, Cielo, etc.

- Documentos o guías metodológicas relacionadas con la incorporación de elementos transversales (comunicación en salud, incorporación de la participación ciudadana, acción local e intersectorial, abordaje de desigualdades, perspectiva de género¹...)
- Otros documentos que se consideren de interés.

Por cuestiones operativas y para facilitar su distribución, sería recomendable disponer de los documentos seleccionados en formato electrónico.

2. DEFINICIÓN DEL ENCARGO A LOS GRUPOS Y DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

La Consejería de Salud se encargará de preparar un documento descriptivo del encargo y del método de trabajo (ver ejemplo 1) y el cronograma que han de seguir los grupos, así como de elaborar los cuestionarios, las plantillas de vaciado u otras herramientas de ayuda que se precisen. Los documentos de apoyo al trabajo grupal previstos en esta metodología se enumeran en la tabla 22 y se muestran en los ejemplos 2, 3 y 4.

Igualmente, habrán de planificarse y diseñarse las actividades presenciales programadas a lo largo del proceso: taller de capacitación para quienes vayan a ejercer la coordinación y la secretaría de los grupos y taller de consenso al final del proceso.

tabla 22

RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE APOYO AL TRABAJO GRUPAL

- Documento descriptivo del encargo a los grupos (ejemplo 1).
- Cuestionarios de recogida de propuestas :
 - Cuestionario Nº 1 (de recogida de primeras respuestas) (ejemplo 2).
 - Cuestionario Nº 2 (de recogida de segundas respuestas) (ejemplo 3).
- Planillas para el vaciado de las respuestas agregadas (ejemplo 4):
 - Documento de primeras respuestas.
 - Documento de segundas respuestas.

Al mismo tiempo, la dirección del Plan preparará a cada grupo de trabajo un texto que justifique y encuadre el tema, es decir, que

¹ Para la incorporación de la perspectiva de género a los Planes Integrales de Salud se dispone de una guía metodológica específica elaborada por la Consejería de Salud⁴⁹ y accesible en el portal Web de la propia Consejería: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal>

explique el por qué de la necesidad de trabajarlo y que exponga el objetivo general del grupo (que será recogido en el apartado de “justificación” del cuestionario de recogida de primeras/segundas respuestas (en el ejemplo 5 se exponen algunos ejemplos).

3. CAPACITACIÓN DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE EJERCER LA COORDINACIÓN Y LA SECRETARÍA DE CADA GRUPO

Ya se ha señalado que, con esta metodología, dos son las funciones clave en cada grupo: la coordinación y la secretaría. La capacitación de quién o quienes vayan a asumir estas funciones se considera un elemento fundamental para el desarrollo de la tarea. Por ello, al inicio del proceso, se prevé la realización de una actividad formativa, en formato taller, cuyos contenidos, elaborados por el personal responsable de PPII de la Consejería de Salud, permitan alcanzar los siguientes objetivos:

- Conocimiento de la totalidad del proyecto y del papel de cada uno de los grupos.
- Conocimiento de las personas involucradas en el proyecto.
- Conocimiento de la metodología de trabajo y del cronograma previsto.
- Conocimiento de las funciones de coordinación y secretaría de los grupos (tabla 21).
- Mecanismo de trabajo interno de los grupos.
- Conocimiento de la documentación básica que ha de manejarse.
- Conocimiento de las líneas transversales que han de incorporar las propuestas.
- Mecanismos de coordinación con la dirección del Plan y el equipo de coordinación general de elaboración.
- Aclaración de dudas.

El taller tiene una duración prevista de una mañana (3 horas aproximadamente) y debe ser de asistencia obligatoria para quienes vayan a asumir la coordinación y la secretaría de los grupos.

3ª FASE: TRABAJO DE LOS GRUPOS

1. CARACTERÍSTICAS DEL ENCARGO

Ya se ha señalado que el trabajo de los grupos tiene como objetivo redactar un conjunto de **propuestas^m** que servirán de base para la elaboración del nuevo Plan Integral. Cada grupo se encargará de trabajar propuestas referidas a una única estrategia, de forma que el Plan definitivo resultará de la confluencia del trabajo de todos los grupos (con encargos diferentes, pero complementarios)ⁿ.

La estructura básica de un Plan Integral se puede esquematizar en un conjunto de estrategias (o líneas generales de acción) dirigidas a la consecución de los objetivos generales propuestos en base a un análisis previo de la situación del problema de salud abordado.

La formulación de los objetivos generales es responsabilidad del equipo coordinador. Lo que se pide a los grupos es que formulen los contenidos de cada una de las estrategias que se pretenden poner en marcha para alcanzarlos. Cada una de esas estrategias estará, a su vez, integrada por una serie de objetivos específicos, las actividades necesarias para alcanzarlos y los indicadores precisos para poder evaluar, tanto las actividades realizadas, como el grado de consecución de los objetivos específicos formulados.

a. Formulación de objetivos específicos, actividades e indicadores

Por tanto, de forma operativa, la misión de los grupos es hacer propuestas en cuanto a objetivos específicos, actividades e indicadores, referidos a una estrategia concreta. Y para asegurar el correcto desempeño de esta tarea, es recomendable suministrar a todas y cada una de las personas involucradas en el proceso un recordatorio escrito que clarifique esos conceptos y ayude a su correcta

m Es importante recalcar que, aunque todas las propuestas serán valoradas, esto no quiere decir que todas sean finalmente incorporadas al Plan Integral definitivo.

n La integración de las propuestas y elaboración definitiva del documento es responsabilidad del "COMITÉ EDITOR" seleccionado por el equipo de coordinación general y liderado por la propia dirección del Plan Integral.

formulación (tabla 23). Se sugiere incluir esas recomendaciones en la propia planilla de vaciado (ver ejemplo 1) que se remite a la totalidad de participantes en los grupos.

tabla 23

RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA FORMULACIÓN DE LAS PROPUESTAS*

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADORES
• Los objetivos describen lo que se quiere alcanzar, no cómo debe alcanzarse (no hay que confundir objetivos con actividades). • Conviene escribir cada objetivo en una única frase y en cada frase no debe formularse más de un objetivo. • Es preferible proponer diversos objetivos redactados de forma sencilla que uno solo con varios propósitos. • En la redacción, los objetivos deben tener en cuenta la población a alcanzar, el ámbito de aplicación, la cronología para su obtención y los criterios de evaluación. • Se deben plantear objetivos realistas (en lugar de aspirar a objetivos deseables pero inalcanzables). • Todos los objetivos específicos formulados deben contribuir al logro del objetivo general de la estrategia.	• Las actividades son las acciones concretas que hay que realizar para alcanzar los objetivos. No hay que confundir los medios (actividades) con los fines (objetivos). • Han de enunciarse en los términos más precisos posibles. • Cada objetivo debe tener definidas una o más actividades (no debe haber objetivos sin actividades). • Cada actividad debe estar en relación con uno o más de los objetivos propuestos. No debe haber actividades en las que no se pueda establecer a que objetivo corresponden. • Las actividades propuestas han de formularse de forma que se puedan evaluar. • Siempre que sea posible, se ha de especificar el grado de cumplimiento a alcanzar. • Las actividades que se propongan han de poder hacerse con los recursos actuales o con un crecimiento razonable de los mismos en el periodo de vigencia del Plan Integral.	• Los indicadores son los datos que permitirán saber en que medida se van alcanzando los objetivos y se van llevando a cabo las actividades. • Cada objetivo específico y cada actividad debe poder medirse, al menos, con un dato o indicador. • Pueden proponerse uno o más datos o indicadores por cada objetivo y actividad. • Siempre que sea posible, los indicadores deben intentar expresarse con una cifra (número de..., porcentaje de..., media de..., etc.). • En los casos en los que no sea posible definir un indicador numérico para medir si se está cumpliendo un objetivo o una actividad, habrá que definir una condición que permita conocer el grado de avance (ejemplo: se ha hecho tal cosa: sí o no...)

* Es recomendable repasar cada una de las propuestas formuladas preguntándose si cumplen los criterios descritos.

b. Criterios a tener en cuenta a la hora de hacer las propuestas

A la hora de formular sus propuestas, cada miembro del grupo deberá tomar en consideración los siguientes criterios:

1. Búsqueda de la equidad

Las propuestas deben tener en consideración que existen desigualdades sociales (económicas, culturales, de idiomas, religiosas, étnicas, geográficas...) para las diferentes personas o grupos (entendidas como existencia de oportunidades desiguales), que influyen de forma negativa en el estado de salud, así como en el acceso a los servicios y en las prestaciones que estos ofrecen. Dado que estas desigualdades son injustas y evitables, los PPIL deben contemplarlas en sus diferentes líneas de actuación, las cuales deben diferenciar propuestas para hacer frente a estas desigualdades.

2. Perspectiva de género

El género es uno de los determinantes de un estado de salud equitativo. Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres.

Por género se entiende la condición social (por oposición a la condición biológica) que establece las pautas de comportamiento y actitudes consideradas como apropiadas y diferentes para hombres y mujeres y que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura.

Hay que tener en cuenta que incorporar el género como determinante de salud va más allá de desagregar los datos por sexo (recogida de datos e información estadística desglosada por sexo), si bien este aspecto resulta imprescindible. Es, por tanto, una condición necesaria, pero no suficiente.

Así, el análisis de género (como elemento constitutivo y generador de desigualdad) supone estudiar las diferencias existentes en las condiciones, necesidades, prioridades, índices de participación, acceso a los recursos, etc. entre hombres y mujeres, debidas a los roles tradicionalmente asignados. A partir de aquí, todas las medidas que se propongan deben de

Incorporar el género como determinante de salud va más allá de desagregar los datos por sexo (recogida de datos e información estadística desglosada por sexo), si bien este aspecto resulta imprescindible

tener en cuenta sus efectos en las situaciones respectivas de unas y otros. La existencia de brechas de género (diferencias, también de oportunidades, en la situación de partida) no tenidas en cuenta conlleva la puesta en marcha de medidas que perpetúan la desigualdad (o, incluso, la aumentan).

Con el objetivo de facilitar la incorporación de la perspectiva de género a los PPII, desde la CS se ha elaborado una herramienta metodológica dirigida a todas aquellas personas implicadas en la elaboración y desarrollo de los mismos. El documento está disponible en formato electrónico en el portal Web de la Consejería de Salud y puede ser incorporado a la documentación básica que se envía a cada participante al inicio del proceso⁴⁹.

3. Acción intersectorial

Las propuestas deben tener en cuenta que el resultado de los PPII a menudo depende de la intervención de varios sectores, no sólo del sector salud. Otras Consejerías, otras instituciones (como, por ejemplo, ayuntamientos, ONGs o fundaciones) pueden contribuir de forma determinante al éxito de una determinada propuesta. Las líneas de actuación deben identificar los diferentes sectores implicados y propuestas de intervención desde cada uno de ellos.

4. Participación social

Las propuestas deben asumir que la participación de pacientes, familiares, usuarios y usuarias, personas cuidadoras y las asociaciones de ayuda mutua constituyen un elemento fundamental de unos servicios con vocación de dar respuesta real a las necesidades de la ciudadanía. Cuando sea pertinente, se habrán de formular propuestas de participación en cada línea.

5. Calidad técnica

Las propuestas deben tener en consideración los estándares existentes de calidad y adecuación tecnológica, así como promover el uso de las tecnologías más eficientes y respaldadas por pruebas científicas.

6. Viabilidad financiera

Las propuestas deben ser realistas y tener en cuenta que la sociedad andaluza no dispone de recursos ilimitados, por lo que hay que cuidar de formularlas procurando que sean económicamente viables en el relativamente corto espacio de tiempo de vigencia de un Plan.

7. Evaluabilidad

Las propuestas deben ser formuladas de forma que puedan ser evaluables, y por tanto, habrán de ser concretas y medibles. Todo Plan debe tener una evaluación para saber si se han hecho las cosas que se proponían y si se han conseguido los objetivos perseguidos. Para ello son necesarios indicadores y no se pueden calcular indicadores sobre propuestas bien intencionadas pero ambiguas y no medibles.

Estos criterios han de figurar en el documento descriptivo del encargo que se suministra a cada participante (ver ejemplo 1). Y es función de la personas que coordinan los grupos revisar que las propuestas incorporan estos criterios.

2. METODOLOGÍA

La metodología de trabajo que se propone está basada en la integración de dos métodos o técnicas de consenso: el **método Delphi**^o (modificado) y el **seminario**, que se desarrollarán en dos etapas sucesivas. En la primera etapa, correspondiente al desarrollo de una variante del método Delphi, se trabajará mediante correo electrónico, para finalizar, en una segunda fase, con un seminario presencial en el que se reunirá todo el grupo para debatir las propuestas y alcanzar el consenso.

^o El método Delphi se puede describir como un método que permite la estructuración de un proceso de comunicación grupal, que se ha demostrado efectivo para obtener información consensuada de personas expertas sobre un tema concreto. Consiste en la selección de un grupo de personas consideradas expertas a las que se les pregunta, mediante cuestionarios que se envían por correo, su opinión sobre un determinado tema. Una vez obtenidas las respuestas particulares, estas se agrupan y así son reenviadas al grupo en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de las y los participantes.

Durante el desarrollo del proceso, el grupo de debate (excepto la secretaría) no debe conocer la identidad de quien formula cada una de las propuestas, aunque sí pueden conocer los distintos perfiles que integran su grupo

a. 1ª parte: Formulación de propuestas individuales a través del correo electrónico

Para esta primera fase se ha optado por utilizar una variante derivada de la metodología Delphi, que se ha adaptado a las necesidades del proceso de elaboración de los PPII y se ha procurado que sea accesible a personas no expertas. Del Delphi se ha tomado la propuesta de búsqueda del consenso mediante dos rondas del mismo cuestionario enviadas por correo electrónico a quienes componen el grupo. A diferencia del método Delphi, las preguntas no tienen una respuesta cuantitativa ni se evalúa el grado de consenso mediante el análisis de la dispersión de las respuestas en sucesivas rondas.

Este sistema, basado fundamentalmente en el uso del correo electrónico, se constituye en un potente instrumento para fomentar la participación, puesto que permite incorporar un gran número de personas al proceso de elaboración del Plan^p, reduciendo los costes y favoreciendo la conciliación de la vida personal y familiar de las y los participantes. También facilita que participen e interactúen personas que viven en lugares alejados entre sí.

Es de señalar que el desarrollo de esta metodología requiere mantener, en lo posible, el anonimato. Así, durante el desarrollo del proceso, el grupo de debate (excepto la secretaría) no debe conocer la identidad de quien formula cada una de las propuestas, aunque sí pueden conocer los distintos perfiles que integran su grupo. Para ello, quien ejerce la secretaría debe revisar cuidadosamente las respuestas y eliminar todo aquello que permita identificar la autoría (de hecho, en las planillas de vaciado de respuestas agregadas se identifica a cada participante con un número).

El anonimato se exige por varias razones:

- Impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro u otra participante o por el peso que supone oponerse a la mayoría. La única influencia posible es la de la congruencia de los argumentos.
- Permite que cada integrante pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen.

^p Así, por ejemplo, en cada una de las segundas ediciones de los Planes Integrales de Diabetes y de Salud Mental de Andalucía, elaborados con esta metodología, han participado más de 150 personas.

- Cada persona puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que, en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por el resto de integrantes del grupo.

Una vez recogidas las respuestas individuales (y volcadas en un único documento), toda la información se devuelve al grupo, indicando siempre el grado de acuerdo que cada propuesta ha obtenido. De esta forma el grupo de trabajo tiene acceso a todas las propuestas y puntos de vista, de forma que cada integrante puede, en un segundo tiempo, ir modificando su opinión, si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos, o puede reiterarse en lo inicialmente planteado.

La metodología Delphi original prevé el desarrollo de tantas rondas sucesivas como sean necesarias para alcanzar el consenso. Sin embargo, y en orden a proporcionar una mayor operatividad y fluidez al proceso, esta propuesta metodológica contempla interrumpir el proceso tras dos rondas y facilitar el consenso mediante el desarrollo de un seminario presencial.

Algunas de las principales ventajas e inconvenientes inherentes a esta primera fase del proceso metodológico se analizan en la tabla 24.

tabla 24

ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DEBILIDADES DE LA PRIMERA FASE DE FORMULACIÓN DE PROPUESTAS INDIVIDUALES MEDIANTE CUESTIONARIOS POR CORREO ELECTRÓNICO

VENTAJAS	INCONVENIENTES
• Permite una amplia participación. • Resulta asequible a personas no expertas. • Se minimizan los costes económicos. • Favorece la conciliación con la vida personal y familiar. • Se evita el pensamiento grupal. • Se favorece la creatividad en las ideas. • Se posibilita la interacción. • El anonimato favorece la libertad de expresión y se diluye el “efecto de líderes”.	• El éxito del método depende de la “calidad” de las y los participantes (importancia decisiva de la fase previa de selección). • En esta fase no es posible el intercambio inmediato de ideas y matizaciones. • Riesgo de retraso en las respuestas o de abandono de participantes a lo largo del proceso (importancia del seguimiento por parte del equipo de coordinación y secretaría del grupo). • No se puede garantizar que las propuestas más citadas (más consensuadas) sean necesariamente las más válidas.

Es importante destacar que, en esta primera fase del proceso, la función de secretaría del grupo es fundamental, ya que debe encargarse de distribuir, clarificar y procesar la información entre quienes integran el grupo y de gestionar los archivos, así como de hacer el seguimiento de las respuestas y el recordatorio de los plazos, para evitar posibles retrasos. Así mismo, deberá avisar de cualquier incidencia relevante a quien ostenta la coordinación del grupo, en caso de que se trate de otra persona.

Al mismo tiempo, será responsabilidad de la coordinación asegurar que las propuestas se adaptan al encargo formulado, solucionar incidencias y mantener la comunicación con el *equipo de coordinación general*.

Los pasos necesarios para desarrollar esta fase de la tarea son los siguientes:

1. PRIMER ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN A LOS GRUPOS

La secretaría de cada grupo será quien se encargue de distribuir los documentos y cuestionarios, vía correo electrónico, al resto de integrantes de sus respectivos grupos.

Además de la documentación común de partida (seleccionada en la fase anterior) y de la bibliografía específica que se considere relevante para cada grupo, a cada integrante se le remite el documento descriptivo del encargo y de la metodología de trabajo (ejemplo 1) y el cuestionario de recogida de primeras propuestas (CUESTIONARIO N° UNO) (ejemplo 2). Igualmente, se le indica el plazo de entrega del cuestionario cumplimentado y la dirección de correo electrónico y un número de teléfono de contacto, para aclarar cualquier duda o resolver eventuales problemas que pudieran surgir.

2. CUMPLIMENTACIÓN DEL PRIMER CUESTIONARIO

Cada integrante del grupo deberá rellenar el CUESTIONARIO N° UNO y enviarlo por correo electrónico a la secretaría del grupo, dentro del plazo de tiempo que se le indique en las instrucciones del cuestionario.

Para formular las propuestas habrán de tomarse en consideración la información que figura en los documentos recibidos, así como el conocimiento, experiencia y opiniones sobre el tema que tenga cada participante y toda la bibliografía que se considere necesaria.

Las nuevas fuentes de información que manejen las personas integrantes de los grupos deberán ser citadas para su conocimiento y valoración por el resto de componentes del grupo y, a ser posible, debería enviarse a la secretaría, para su distribución dentro del mismo.

3. AGRUPACIÓN DE LAS PRIMERAS PROPUESTAS EN UN ÚNICO DOCUMENTO

Una vez recibidas las aportaciones de cada miembro del grupo, la secretaría las procesará según el método previsto (clarificación, agrupación y clasificación de las respuestas) y las agrupará en un único documento (DOCUMENTO DE PRIMERAS RESPUESTAS), en el que figurarán todas las respuestas salvo las que estén repetidas (ejemplo 4).

Para evitar que una interpretación de la persona que ejerce la secretaría pueda distorsionar el sentido de alguna de las propuestas, cuando ésta tenga alguna duda se dirigirá a quien la haya elaborado para consultarle y, una vez aclarada la duda, se incorporará la aportación al DOCUMENTO DE PRIMERAS RESPUESTAS.

Al elaborar el documento agregado, la secretaría asigna a cada integrante un número, de forma que se preserve el anonimato en la autoría de las propuestas. Este número deberá ser la única identificación que figure en los cuestionarios y sólo será conocido por la secretaría y la persona identificada.

4. SEGUNDO ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN A LOS GRUPOS

La secretaría volverá a enviar a cada miembro del grupo el DOCUMENTO DE PRIMERAS RESPUESTAS, de forma que los y las participantes puedan contrastar sus opiniones con las del resto. Al mismo tiempo se remitirá un nuevo cuestionario de recogida de propuestas (CUESTIONARIO Nº DOS) (ejemplo 3).

En este momento, por tanto, cada persona recibe sus respuestas más las del resto de integrantes de su grupo. Esto permite

Las nuevas fuentes de información que manejen las personas integrantes de los grupos deberán ser citadas para su conocimiento y valoración por el resto de componentes del grupo

a cada participante hacerse una idea del grado de consenso de las ideas expuestas, aunque todavía no puede saber quien las ha formulado. Con ello se pretende invitar a la reflexión sobre todas las opciones, pero sin condicionar la respuesta de cada cual.

5. CUMPLIMENTACIÓN DEL SEGUNDO CUESTIONARIO

En este momento, a cada participante se le pide que reflexione sobre lo que han formulado las demás personas componentes del grupo y decida si mantiene sus opiniones iniciales o las modifica en función de las sugerencias que reciba de las restantes propuestas.

Esto genera una nueva ronda de respuesta, al cumplimentar cada participante el CUESTIONARIO Nº DOS, que habrá de ser de nuevo remitido a su secretaría dentro del plazo previsto para ello (la fecha límite deberá aparecer claramente expuesta en el propio cuestionario).

6. AGRUPACIÓN DE LAS SEGUNDAS PROPUESTAS EN UN ÚNICO DOCUMENTO

De nuevo, la persona que ejerce la secretaría del grupo volverá a agrupar las propuestas en un único documento (DOCUMENTO DE SEGUNDAS RESPUESTAS).

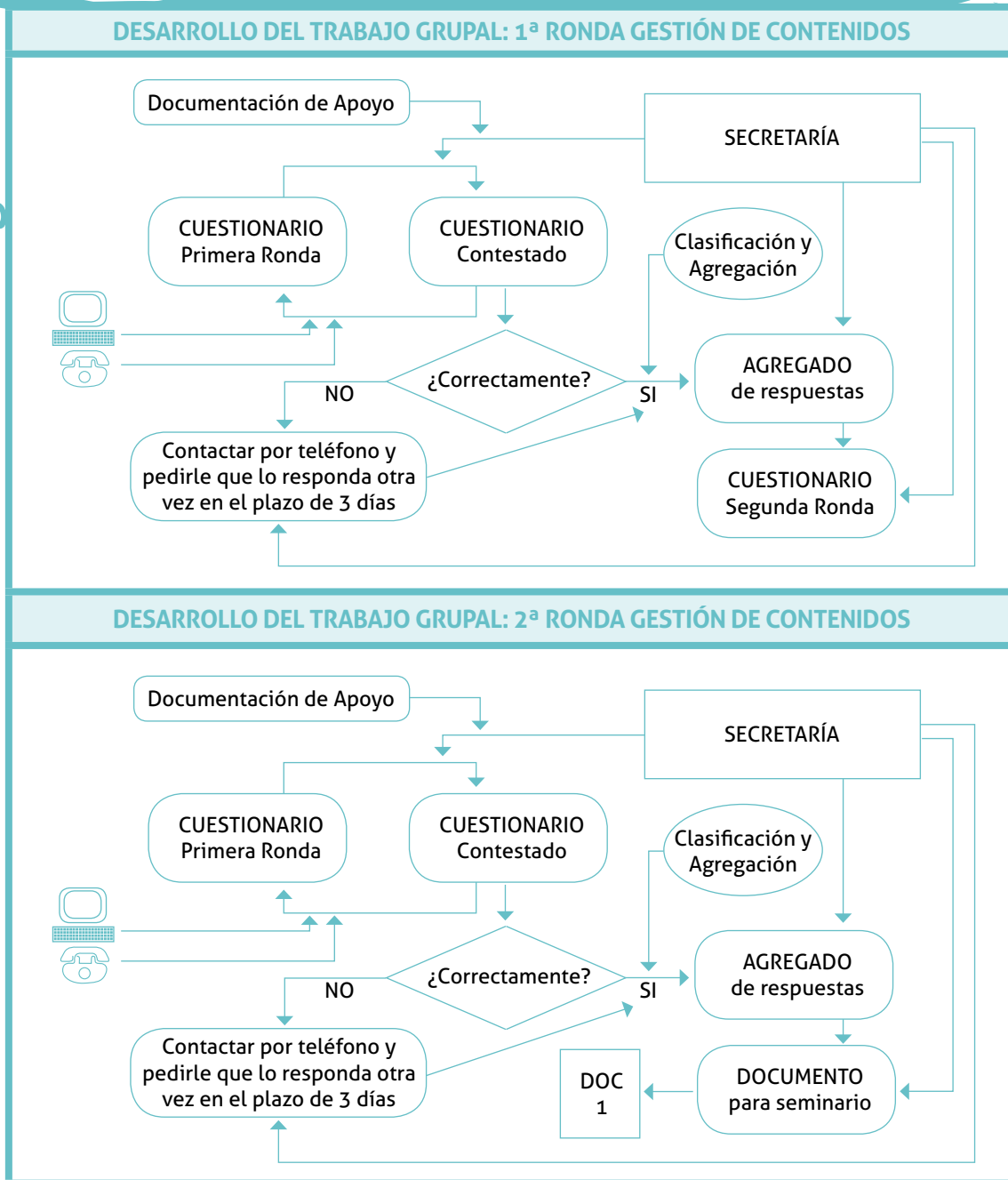
7. REMISIÓN DE DOCUMENTO DE SEGUNDAS RESPUESTAS.

La secretaría envía el documento con las aportaciones agrupadas a cada miembro del grupo para su valoración previa al taller de consenso. Coincidiendo con este envío se remite también la convocatoria de asistencia al taller (fecha, lugar, horario y programa).

En el gráfico 1 se resumen, de una forma esquemática, los sucesivos pasos de la gestión de los contenidos en las 2 rondas de las que consta esta fase del trabajo grupal.

ELABORACIÓN DE PPII: RESUMEN DE LOS PASOS A SEGUIR PARA LA GESTIÓN DE CONTENIDOS DURANTE LA PRIMERA FASE DEL TRABAJO GRUPAL

gráfico 1



Para garantizar que se cumplen los plazos y evitar abandonos, esta metodología prevé sucesivos recordatorios (por correos electrónicos y telefónicos), que realizarán quienes ejerzan la labor de secretaría, según un cronograma previamente definido (gráfico 2).

b. 2ª parte: Seminario de consenso

La realización de este encuentro presencial, con la asistencia de la totalidad de participantes de los grupos, así como del equipo de coordinación y la dirección del Plan Integral, persigue dos finalidades:

- Por un lado, se pretende que cada grupo alcance, a partir del documento elaborado en la fase anterior (documento de segundas respuestas), el consenso definitivo sobre qué propuestas van a quedar recogidas en el informe final. En dicho documento habrán de recogerse TODAS las propuestas que no sean retiradas, independientemente del número de personas que se hayan sumado a cada una.
- Por otro lado, el hecho de reunir a todas las personas que han participado, va a permitir que los equipos de trabajo, que hasta ese momento han trabajado sin contacto personal, tengan la oportunidad de conocerse, al mismo tiempo que percibir la magnitud del proyecto y constatar que la elaboración del Plan Integral finalmente va a ser el resultado del trabajo de un equipo muy numeroso. Asimismo, se posibilitará que cada participante pueda conocer todas las etapas del proyecto global.

La metodología del taller prevé la celebración de una sesión plenaria al inicio de la jornada y un tiempo de trabajo grupal. Normalmente el taller dura un día y estará dirigido por la persona encargada de la coordinación de cada grupo. Lo que se busca en ese espacio grupal es desarrollar un debate sobre lo expuesto en las aportaciones individuales de cada miembro a través del correo electrónico (debate, clarificación y consenso, si es posible). El método prevé debatir primero las ideas más consensuadas en los cuestionarios y posteriormente aquellas en las que haya existido mayor discrepancia. Para ello, quienes se encargan de coordinar los talleres deben asignar un tiempo a cada línea y acotar el debate al tiempo disponible.

Las propuestas serán votadas por las y los miembros del grupo. Para evitar conflictos o que alguna persona se sienta cohibida por las otras opiniones, quien coordina el taller numerará las propuestas y pedirá al resto de integrantes del grupo que puntúan de 0 a 10 su grado de acuerdo con cada una de las propuestas. Este sistema permitirá conocer el grado de acuerdo de las personas que componen el grupo respecto a cada propuesta.

Logísticamente, el taller requiere de una sede en la que sea posible la reunión de cada grupo por separado y, preferiblemente, cada grupo debe contar con un portátil y un cañón de proyección. Se preparará una hoja de cálculo en la que se anotarán las puntuaciones otorgadas a cada estrategia.

Finalmente, debe de estar prevista la cumplimentación de una encuesta de evaluación de la metodología y del grado de satisfacción obtenido por cada participante en el proyecto (ejemplo 6).

Los contenidos, sistemática de los debates y funciones de las personas responsables de los grupos se recogen en las tablas 25 y 26.

tabla 25

PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA LAS SESIONES DEL TALLER DE CONSENSO

SESIÓN PLENARIA	SESIÓN DE TRABAJO GRUPAL*
• Agradecimiento por la participación. • Presentación del equipo responsable del proyecto. • Presentación y descripción del proyecto global y sus distintas fases. • Cronograma del proyecto global. • Presentación de todos los grupos constituidos. • Breve balance de los trabajos grupales. • Objetivos del taller y metodología propuesta para las sesiones. • Funciones que han de desempeñar quienes ejercen la coordinación y secretaría de los grupos. • Aclarar expectativas en cuanto a que no todas las propuestas podrán ser incorporadas. • Horario previsto de trabajo y descansos. • Información sobre que las conclusiones del taller (y los resultados de la encuesta de satisfacción) les serán remitidas a cada participante (a través de la secretaría de sus respectivos grupos). • Explicación de cómo va a seguir el proceso a partir de ese momento y cronograma previsto. • Dudas, preguntas, aclaraciones, sugerencias, etc.	• Presentación de las y los integrantes del grupo. • Explicación del objetivo de la sesión. • Explicación de la metodología y sistemática de los debates**. • Debate de las propuestas*** en 3 fases sucesivas, en cada una de las cuales se discutirán la propuestas referentes a: - objetivos - actividades - indicadores • Lectura y puntuación de las propuestas definitivas. • Visualización del grado de consenso obtenido por cada una de ellas. • Cumplimentación de una encuesta de evaluación sobre la metodología y del grado de satisfacción obtenido con la participación en el proyecto.

* La sesión la dirige la persona coordinadora de cada uno de los grupos de trabajo.

** La sistemática propuesta para los debates se detalla en la tabla 26.

*** Quien ejerce la secretaría se encargará de anotar las conclusiones del debate.

tabla 26

SISTEMÁTICA DE LOS DEBATES GRUPALES Y FUNCIONES DE LAS PERSONAS QUE EJERCEN LA COORDINACIÓN DE LOS MISMOS

SISTEMÁTICA DE LOS DEBATES	FUNCIÓN DE COORDINACIÓN
• El debate se centra en la información recogida en el <i>documento de segundas respuestas</i> elaborado en la fase anterior, que recoge todas las propuestas ordenadas en función del grado de consenso de cada una. • El debate se ordenará en tres sesiones de grupo: - Discusión sobre las propuestas de objetivos. - Discusión sobre las propuestas de actividades. - Discusión sobre las propuestas de indicadores. • Cada una de esas fases comenzará con la lectura por parte de la secretaría del listado completo de objetivos, actividades o indicadores que se han propuesto. • Sólo después de la lectura completa de las propuestas correspondientes a la sesión se abrirá el debate. • En la primera parte del debate se discutirán y consensuarán las propuestas más repetidas. - Quien coordina el debate leerá las propuestas que cree que son similares y pedirá quienes las han formulado que decidan si mantienen su formulación o aceptan una común. - Luego se pedirá al grupo que exprese su acuerdo sobre estas propuestas (nº de votos) y esto se elevará a conclusiones. • En la segunda parte habrá un turno de palabra para clarificar el resto de las propuestas. Tras la explicación de sus autores/as, se pedirá al grupo que exprese su acuerdo sobre ellas (nº de votos) y esto se elevará a conclusiones. • Quien ejerce la secretaría irá anotando las conclusiones*. Antes de darlas por definitivas las leerá al resto de participantes para que se confirme que se han recogido fielmente las conclusiones del debate.	• Dirigir el debate hacia el cumplimiento de los objetivos. • Controlar el debate para que se respeten los turnos de palabra y los tiempos. • Promover la participación de la totalidad de asistentes. • Invitar a reflexionar sobre las opiniones del resto de participantes. • Intentar que se alcance el máximo consenso posible. • Garantizar el respeto a las ideas no consensuadas. • Velar porque las propuestas finalmente aceptadas cumplan los criterios transversales previstos. • Facilitar que el debate progrese para conseguir la finalidad del seminario y evitar que el debate vuelva hacia atrás. Así, en caso de que el grupo retroceda en el debate a una fase anterior, quien lo coordina deberá retomar el tema de la sesión, salvo que crea que volver atrás es imprescindible. • Debe ejercer cierta <i>autoridad</i> para que todo funcione.

* Informe en el que se recogerá una síntesis de las propuestas, del debate y del grado de acuerdo o desacuerdo alcanzado respecto a las propuestas.

Tomando como base las conclusiones alcanzadas en el taller de trabajo, al día siguiente del seminario, las personas responsables de la coordinación y la secretaría de cada grupo redactarán los documentos definitivos en los que figurarán los objetivos específicos, las actividades necesarias para alcanzarlos y los indicadores que servirán para evaluar el desarrollo de las actividades y el logro de los objetivos, correspondientes a cada una de las estrategias trabajadas por los grupos (y según las pautas explicadas en el taller de entrenamiento celebrado al principio del proceso). Así mismo, en dicho informe figurará el grado de acuerdo o desacuerdo alcanzado respecto a las propuestas.

Esta síntesis se enviará a cada componente del grupo y al comité editor que redactará el Plan definitivo.

En el gráfico 2 se expone un ejemplo de cronograma con la desagregación de todas las actividades y la distribución de responsabilidades que constituyen el trabajo grupal según la metodología propuesta.

ELABORACIÓN DE PPII: CRONOGRAMA DE LA FASE DE TRABAJO GRUPAL

gráfico 2

ACTIVIDAD		FECHA 1	FECHA 2	FECHA 3	FECHA 4	FECHA 5	FECHA 6	FECHA 7	FECHA 8	FECHA 9	FECHA 10	FECHA 11	FECHA 12	FECHA 13	FECHA 14	RESPONSABLES
Desarrollo del trabajo de los grupos (<i>Delphi modificado</i>)	La secretaría de cada grupo difunde (e-mail) la documentación y el cuestionario 1 a cumplimentar															Secretaría de grupo
	Primer recordatorio vía correo electrónico (a quienes falten por responder)															
	2º recordatorio TELEFÓNICO (+ e-mail)															
	3º recordatorio TELEFÓNICO															
	RESPUESTA 1 a la secretaría															Grupos de trabajo
	Elaboración, síntesis, clarificación y unificación de las respuestas en un único documento de primeras respuestas .															
	Re-envío al grupo del Doc agregado de de primeras respuestas con el cuestionario 2															Secretaría de grupo
	Primer recordatorio vía correo electrónico (a quienes falten por responder)															
	2º recordatorio TELEFÓNICO (+ e-mail)															
	3º recordatorio TELEFÓNICO															
	RESPUESTA 2 a la secretaría															Grupos de trabajo
	Elaboración de Documento de propuestas definitivas (y cita para el taller de debate)															
Taller de debate y consenso de todos los grupos																Consejería + Dirección Plan + Coordinador/a de cada grupo
Redacción Documento de consenso de cada grupo (síntesis de propuestas, del debate y del grado de acuerdo) y remisión al comité editor.																

4ª FASE: ELABORACIÓN, CONSENSO Y APROBACIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO1. REDACCIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL PLAN INTEGRAL POR EL COMITÉ EDITOR

Este grupo o comité editor es el encargado de revisar, ordenar, unificar la redacción y dar coherencia a los documentos producidos por los grupos de trabajo, ajustando los contenidos al formato acordado^q. Además habrá de unificarlos con el análisis de situación actual.

^q Las diversas estrategias, cada una con sus objetivos específicos, las actividades necesarias para alcanzarlos y los indicadores que servirán para evaluar el desarrollo de las actividades y el logro de los objetivos.

lizado y la formulación de los objetivos generales del Plan, produciendo así un único documento, considerado el primer borrador del Plan Integral definitivo (**documento 1**). En dicho borrador, figurarán, además, una introducción que justifique su elaboración y el mecanismo de seguimiento y evaluación previsto.

Para mayor operatividad y para facilitar un estilo uniforme en todo el documento, es recomendable que este grupo esté constituido por pocas personas (en general, no más de 4 ó 5) y que éstas además conozcan a fondo la situación previa del Plan Integral y su grado de desarrollo, sus prioridades y posibilidades de futuro, así como las líneas estratégicas básicas de la Consejería de Salud y del SAS.

Asimismo, conviene que hayan estado involucradas en el proceso de elaboración desde su inicio. Por tanto, en general, el grupo va a estar constituido por personas muy vinculadas al propio equipo coordinador del proceso de elaboración y a la propia dirección del Plan. En orden a avanzar hacia la equidad en salud, es deseable que, entre los perfiles a considerar para constituir el grupo, se cuente con alguna persona con capacitación suficiente en perspectiva de género y desigualdades en salud.

2. VALIDACIÓN INTERNA DEL DOCUMENTO POR LA CS Y EL SAS

El borrador elaborado por el grupo editor debe ser debatido y corregido por la Consejería y el SAS. Sus responsables habrán de realizar las aportaciones y modificaciones que consideren pertinentes dentro del plazo previsto en el cronograma.

Una vez incorporadas sus propuestas y consensuado el nuevo documento por ambos organismos, este borrador (**documento 2**) estará listo para ser remitido para su validación externa.

3. VALIDACIÓN EXTERNA DEL DOCUMENTO

De acuerdo con el compromiso de fomentar la participación adquirido por la Consejería de Salud (formulado en el III PAS y asumido por la propia estrategia de Planes Integrales), se ha procurado la más amplia participación desde el inicio del proceso de elaboración, con

En orden a avanzar hacia la equidad en salud, es deseable que, entre los perfiles a considerar para constituir el grupo, se cuente con alguna persona con capacitación suficiente en perspectiva de género y desigualdades en salud

integración en los grupos de trabajo de los diversos sectores que pudieran estar relacionados con el desarrollo del Plan, en especial de las asociaciones de personas afectadas.

Aún así, y para garantizar el mayor consenso social y profesional posible, el borrador será remitido, antes de su aprobación, para su valoración a los distintos sectores institucionales involucrados, a las sociedades profesionales y científicas cuyos profesionales tienen un papel en el desarrollo de las líneas de acción propuestas por el Plan y a las asociaciones de pacientes, familiares y demás colectivos ciudadanos, receptores, en última instancia, de las medidas que habrán de ser puestas en marcha por el Plan Integral.

Este proceso de validación externa también deberá de ser cuidadosamente preparado. En primer lugar, para asegurar que se le da oportunidad de opinar a todas aquellas instancias que, de una u otra forma, van a tener relación con el desarrollo del propio Plan Integral, lo que requiere de la elaboración de un listado pormenorizado.

Y por otro lado, para canalizar un intercambio fluido de documentos y garantizar la recogida de aportaciones en el plazo previsto y en un formato uniforme, que resulte cómodo para todas las partes y que facilite al comité editor el trabajo posterior de integración de las propuestas que puedan ser asumidas.

Los pasos a seguir en el desarrollo de esta fase se detallan en la tabla 27.

RELACIÓN DE PASOS A SEGUIR EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN EXTERNA DE UN PLAN INTEGRAL

- Elaboración del listado de organismos, instituciones, organizaciones, entidades, sociedades científicas, asociaciones ciudadanas, etc. de interés para el Plan, a las que se quiere remitir el borrador para su valoración.
- Preparación de una base de datos para la gestión y seguimiento del proceso.
- Diseño y preparación del formato en el que serán recogidas las aportaciones (ver ejemplo 7).
- Redacción de los diversos modelos de cartas necesarios (en función de los diversos organismos destinatarios). En dichas cartas se deberá explicitar:
 - Presentación del Plan elaborado y "metodología participativa" utilizada.
 - Invitación a realizar aportaciones.
 - Explicación del proceso de validación externa y del formato a utilizar.
 - Plazo con que se cuenta y fecha límite para realizar las aportaciones.
 - Dirección electrónica y postal para recepción de las planillas cumplimentadas.
 - Teléfono y persona de contacto para aclarar dudas o incidencias.
 - Agradecimiento por la colaboración.
- Remisión, desde la SGSPyP, del borrador del Plan y de la plantilla para recoger las aportaciones, así como de la carta en la que se invita a participar en la validación. Es recomendable realizar este envío con solicitud de acuse de recibo (para facilitar el seguimiento y asegurar la correcta recepción). Se sugiere utilizar alguno de los siguientes sistemas:
 - Por correo electrónico (borrador del Plan en formato PDF y plantilla de vaciado en formato Word o Excell, que permitan su fácil cumplimentación).
 - Por correo postal, preferiblemente mediante envío de CD con el PDF del Plan y la plantilla de vaciado en Word o Excell.
 - En caso de que algún organismo destinatario lo solicitase, se podría enviar toda la documentación impresa, mediante correo postal.
- Seguimiento por parte del personal que se designe en la SGSPyP de los "acuses de recibo" y de la recepción de aportaciones.
- Remisión de las aportaciones al comité editor.
- Se debe tener previsto un sistema de recordatorios, para evitar retrasos u olvidos.

4. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO

a. Incorporación de las aportaciones de la validación externa

Las nuevas aportaciones recibidas serán estudiadas y valoradas por el comité editor. Para su incorporación definitiva al documento deben también ser sometidas al consenso con la CS y el SAS.

b. Corrección de estilo

Una vez incorporadas todas las aportaciones, y antes de dar el documento por definitivo, se recomienda hacer una revisión de estilo, para que, también en las formas, el documento refleje los mismo principios que han regido las propuestas consideradas para su elaboración.

Así, se quiere que los PPII sean redactados con un lenguaje preciso, integrador, respetuoso con todas las personas, sensible a las diferencias y que evite la imposición de modelos únicos o la asignación de roles estereotipados.

Especial mención merece la necesidad de incorporar un lenguaje no sexista a la redacción de los documentos, lo que, además, se encuentra respaldado normativamente, también en la Junta de Andalucía^r. Pero, más allá de los requisitos legales o reglamentarios existentes, la redacción de los Planes Integrales debe dotarse de un “código” interno de funcionamiento, que cuide tanto el uso del lenguaje escrito como las imágenes y los modelos que se utilicen.

Los elementos de calidad considerados para la redacción de documento aparecen recogidos en la tabla 5.

c. Aprobación del Plan Integral

Tras los sucesivos procesos de validación, cuando se ha llegado, por tanto, a un importante grado de consenso social e institucional, el Plan Integral es elevado al Consejo de Dirección de la Consejería, para su aprobación. Dicha aprobación supone la ratificación de las líneas de acción propuestas y su compromiso de puesta en marcha, con cronograma de implantación, así como el compromiso de la aportación de recursos para el desarrollo de cada una de ellas.

Se tiene ya, por tanto, un documento definitivo, que podrá ser enviado a imprenta para su maquetación y edición en los formatos que se decidan (libro y/o CD). Igualmente, el documento pasará a estar disponible en el portal Web de la Consejería de Salud.

El proceso finaliza con la presentación pública del Plan Integral en un acto institucional, que se puede hacer coincidir con algún evento que le de visibilidad (Día Mundial, por ejemplo).

En el gráfico 3 se expone el cronograma general de elaboración de un Plan Integral, con el desglose de actividades y personas u organismos responsables de su desarrollo.

^r Normativa de la Junta de Andalucía: Orden de 24 de noviembre de 1992 conjunta de las Consejerías de Gobernación y de Asuntos Sociales, sobre eliminación del lenguaje sexista en los textos administrativos; Orden de 19 de febrero de 1993 sobre normas para el cumplimiento del principio de no discriminación por razón de sexo en la información y divulgación de la Junta de Andalucía.

CRONOGRAMA GENERAL DE ELABORACIÓN DE UN PLAN INTEGRAL

FASE	ACTIVIDAD	FECHA 1	FECHA 2	FECHA 3	FECHA 4	FECHA 5	FECHA 6	FECHA 7	FECHA 8	FECHA 9	FECHA 10	FECHA 11	FECHA 12	FECHA 13	FECHA 14	FECHA 15	RESPONSABLES
0	Fase previa: Definir encargo y formato; Preparar documentación	Preparación documentación necesaria para llevar a cabo el encargo															Dirección Plan
		Elaboración del Documento A descriptivo del encargo, con metodología de trabajo y cronograma;															Consejería
		Elaboración del borrador del plan de entrenamiento de coordinación y secretaría de grupos															
		Elaboración del cuestionario 1 a cumplimentar por los/las integrantes de los grupos															
1	Selección de los grupos																Dirección Plan
2	Nombramiento de consultores/as																Consejería
3	Selección de las figuras de coordinación y secretaría de cada grupo																Dirección Plan
4	Entrenamiento de coordinadores/as y secretarios/as: Taller de 1 día para explicar metodología																Consejería + Dirección Plan
5	Desarrollo del trabajo de los grupos a través de correo electrónico																Grupos de trabajo / Secretaría de los grupos
6	Taller de debate y consenso de todos los grupos																Consejería + Dirección Plan + Coordinador/a de cada grupo
7	Redacción Documento de consenso de cada grupo (síntesis de propuestas, del debate y del grado de acuerdo) y remisión al comité editor.																Secretaría y coordinación del grupo
8	Unificación, revisión y redacción de los diferentes documentos de consenso para construir un único documento (Documento 1) con incorporación de Introducción, análisis de situación y objetivos generales.																Comité editor
9	Validación interna: Envío del Documento 1 a responsables de CS y SAS (SGSPyP; DGSP)																Dirección Plan / CS/ SAS
10	Incorporación de aportaciones de CS y SAS (Documento 2)																Comité editor
11	Validación externa: Envío del Documento 2 a otras Instituciones, Asociaciones, Sociedades Científicas, etc.																Consejería + Dirección Plan
12	Incorporación de aportaciones de la validación externa (Documento 3) y corrección de estilo																Comité editor
13	Aprobación del Documento Definitivo																Responsables Consejería + SAS
14	Edición e impresión																Consejería; Imprenta
15	Presentación (procurando coincidir con algún evento de interés para el Plan)																Consejería + Dirección Plan

EJEMPLOS: DOCUMENTOS DE APOYO Y SOPORTE A LA ELABORACIÓN DE LOS PPII

EJEMPLO 1. EJEMPLO DE DOCUMENTO DESCRIPTIVO DEL ENCARGO Y DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO A SUMINISTRAR A LOS GRUPOS DE TRABAJO QUE PARTICIPAN EN LA ELABORACIÓN DE UN PLAN INTEGRAL DE SALUD

Objetivos del grupo de trabajo

El grupo tiene como objetivo redactar un conjunto de propuestas que servirán de base para la elaboración del Plan Integral de _____.

El método de trabajo del grupo

El trabajo de este grupo no es un trabajo aislado. Para la elaboración de este Plan Integral se han constituido ____ (número de grupos) grupos similares a este, pero con encargos diferentes (relacionados con las diferentes líneas de acción del Plan) y compuestos por personas cuya experiencia, conocimiento, opinión y punto de vista se ha considerado que se relacionan con la naturaleza del encargo solicitado.

La composición del grupo

El grupo está compuesto por personas (en su mayoría profesionales y también representantes de las personas afectadas) a las que se ha pedido su colaboración, porque su experiencia y conocimientos o su punto de vista se ha considerado de interés. No se trata de que participen en calidad de representantes de un organismo, estamento u organización; se trata de que su experiencia profesional o personal sea relevante para el encargo del grupo.

Es evidente que hay otras muchas personas cuya opinión es también importante, pero la metodología de trabajo exige que los grupos tengan un tamaño limitado. Por otra parte, las propuestas del Plan podrán ser sometidas a la opinión de profesionales, de los diversos grupos usuarios y de la población en general, mediante los mecanismos de participación que el propio Plan Integral establece, tanto en cuanto a la validación del documento previa a su aprobación, como, de manera continuada, en una de sus líneas de trabajo.

En definitiva, es importante que sepa que lo que interesa son sus opiniones y lo que aporta al grupo, independientemente de que usted considere oportuno consultar con otras personas.

También es importante recordar que, en base a esas propuestas, se redactará el Plan Integral definitivo, si bien, esto no quiere decir que todas las propuestas sean finalmente incorporadas al mismo.

La coordinación y la secretaría del grupo

Para que el grupo funcione eficazmente y se saque el máximo provecho del tiempo dedicado por cada integrante, se han creado las figuras de coordinación y de secretaría.

a. La **persona coordinadora** del grupo tiene como misiones:

- Garantizar el intercambio de información entre el Plan Integral y los miembros del grupo, tanto por vía electrónica como por otras.
- Dirigir los trabajos para que no se desvíen de los objetivos propuestos.

- Dirigir las reuniones virtuales y presenciales para garantizar que todos sus componentes participen y que se respetan los métodos de trabajo y los tiempos.

b. La persona que ejerce la **secretaría** del grupo tiene como misiones:

- Supervisar y avisar de los retrasos de la entrega de trabajos, si hubiere que hacerlo.
- Procesar la información que facilitará cada componente del grupo en el formato diseñado al efecto.
- Distribuir la información entre los y las componentes del grupo.
- Levantar acta con las aportaciones de cada integrante del grupo y redactar las síntesis de las mismas.
- Comunicar al equipo de coordinación/dirección del Plan cualquier incidencia relevante en la marcha del grupo.

Es posible que la coordinación y la secretaría recaigan en la misma persona.

El desarrollo de la tarea

Las tareas de los grupos se llevarán a cabo en dos etapas: Una primera etapa en la que se trabajará mediante correo electrónico y una segunda etapa que consistirá en el desarrollo de un taller en el que se reunirá todo el grupo para debatir las propuestas.

Los pasos que se desarrollarán para llevar a cabo la tarea son los siguientes:

1. Cada integrante recibirá de la secretaría del grupo un conjunto de documentos que serán:
 - a. La edición previa del Plan Integral cuya vigencia finaliza (I PI).
 - b. El documento de Evaluación del I PI.
 - c. Documento que resume la metodología propuesta para evaluar los Planes Integrales.
 - d. Otros documentos de interés para su trabajo en el grupo.
 - e. Un cuestionario llamado CUESTIONARIO N° UNO.

Estos documentos les serán remitidos vía correo electrónico (y, si es su deseo, también por correo postal) por la persona que ejerza la secretaría de su grupo.

2. Tomando como base la información que figura en los documentos que se le han enviado, la bibliografía que considere necesaria, su conocimiento y su experiencia sobre el tema y sus propias opiniones, cada integrante del grupo deberá rellenar el CUESTIONARIO N° UNO y enviarlo por correo electrónico a la secretaría del grupo, dentro del plazo de tiempo que se le indique en las instrucciones del cuestionario.
3. Si, para fundamentar sus aportaciones, hubiera utilizado alguna fuente de información que no esté entre las que le han enviado, deberá citarla para que el resto de componentes del grupo lo conozcan y valoren y, a ser posible, enviarla a la secretaría para que pueda distribuirla entre las y los restantes integrantes del grupo.
4. Una vez recibidas las aportaciones de cada miembro del grupo, la secretaría las agrupará en un único

documento en el que figurarán todas las respuestas salvo las que estén repetidas. Este documento se denominará DOCUMENTO DE PRIMERAS RESPUESTAS.

5. Para evitar que una interpretación de la persona que ejerce la secretaría pueda distorsionar el sentido de alguna de las propuestas, cuando ésta tenga alguna duda se dirigirá al autor o autora para consultarle y, una vez aclarada la duda, se incorporará la aportación al DOCUMENTO DE PRIMERAS RESPUESTAS.
6. Este documento se volverá a enviar a cada miembro del grupo para que pueda contrastar sus opiniones con las del resto de participantes, e irá acompañado de un documento que se denominará CUESTIONARIO N° DOS.
7. Cada miembro recibirá sus respuestas más las del resto de integrantes de su grupo. Se le informará de cuales son las propuestas en las que han coincidido varias personas del grupo y cuales han sido planteadas sólo por alguien sin coincidir con las demás. Con eso podrá hacerse una idea del grado de consenso de las ideas propuestas.
8. De todas formas, no sabrá quién ha opinado cada cosa. Esto se hace así para invitar a la reflexión sobre las opiniones de las demás personas pero sin condicionar la respuesta de cada cual.
9. De esta forma, cada componente del grupo tendrá la oportunidad de reafirmarse en su propuesta inicial o modificarla en función de las sugerencias que reciba de las restantes opiniones.
10. El grupo tendrán un plazo para contestar al CUESTIONARIO N° DOS.
11. Una vez contestado, cada miembro del grupo enviará por correo electrónico el CUESTIONARIO N° DOS a la secretaría del grupo.
12. La persona que ejerce la secretaría del grupo volverá a agrupar las opiniones en un único documento que se denominará DOCUMENTO DE SEGUNDAS RESPUESTAS.
13. Este DOCUMENTO DE SEGUNDAS RESPUESTAS será remitido a cada miembro del grupo.
14. Taller de debate: Tomando como base las propuestas del DOCUMENTO DE SEGUNDAS RESPUESTAS, el grupo las discutirá en un taller dirigido por su coordinador o coordinadora. La metodología del taller será:
 - a. Exposición de las propuestas
 - b. Debate
 - c. Votación
 - d. Conclusiones
15. Quien ejerza la secretaría del grupo redactará una síntesis de las propuestas, del debate y del grado de acuerdo o desacuerdo alcanzado por cada una de ellas y la leerá al resto del equipo de trabajo para confirmar que su síntesis es correcta y respeta las opiniones expuestas.

16. Esta síntesis se enviará a cada componente del grupo y al comité editor que redactará el Plan definitivo.

Los criterios a tener en cuenta

A la hora de formular sus propuestas, cada miembro del grupo deberá tomar en consideración los siguientes criterios:

1. Búsqueda de la equidad

Las propuestas deben tener en consideración que existen desigualdades sociales (económicas, culturales, de idiomas, religiosas, étnicas, geográficas...) para las diferentes personas o grupos (entendidas como existencia de oportunidades desiguales), que influyen de forma negativa en el estado de salud, así como en el acceso a los servicios y en las prestaciones que estos ofrecen. Dado que estas desigualdades son injustas y evitables, los PPII deben contemplarlas en sus diferentes líneas de actuación. Por tanto, las líneas de actuación deben diferenciar propuestas para hacer frente a esas desigualdades.

2. Perspectiva de género

Las propuestas deben tener en cuenta que existen diferencias de género, que los PPII, en sus diferentes líneas de actuación, deben tener en consideración. Las líneas de actuación deben diferenciar propuestas para hacer frente a esas desigualdades.

Hay que tener en cuenta que incorporar el género como determinante de salud va más allá de desagregar los datos por sexo (recogida de datos e información estadística desglosada por sexo), si bien este aspecto resulta imprescindible. Es, por tanto, una condición necesaria, pero no suficiente.

Por género se entiende la condición social (por oposición a la condición biológica) que establece las pautas de comportamiento y actitudes consideradas como apropiadas y diferentes para hombres y mujeres y que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura.

Así, el análisis de género (como elemento constitutivo y generador de desigualdad) supone estudiar las diferencias existentes en las condiciones, necesidades, prioridades, índices de participación, acceso a los recursos, etc. entre hombres y mujeres, debidas a los roles tradicionalmente asignados. A partir de aquí, todas las medidas que se propongan deben de tener en cuenta sus efectos en las situaciones respectivas de unas y otros. La existencia de brechas de género (diferencias, también de oportunidades, en la situación de partida) no tenidas en cuenta conlleva la puesta en marcha de medidas que perpetúan la desigualdad (o, incluso, la aumentan).

Y, por supuesto, este análisis debe de incluir a ambos géneros, puesto que lo importante es la relación entre ellos. Por ejemplo, el conocimiento de los factores que protegen a los varones ante un problema de alta prevalencia en las mujeres (como la anorexia-bulimia) o viceversa (los accidentes de tráfico mucho más frecuentes en varones jóvenes que en mujeres) puede permitir incorporar nuevas claves para su prevención.

3. Acción intersectorial

Las propuestas deben tener en cuenta que el resultado de los PPII a menudo depende de la intervención de varios sectores, no sólo del sector salud. Otras Consejerías, otras instituciones (como, por ejemplo, ayuntamientos o fundaciones) pueden contribuir de forma determinante al éxito de una determinada propuesta. Las líneas de actuación deben identificar los diferentes sectores implicados y propuestas de intervención desde cada uno de ellos.

4. Participación social

Las propuestas deben asumir que la participación de pacientes, usuarios y usuarias, personas cuidadoras y las asociaciones de ayuda mutua constituyen un elemento fundamental de unos servicios con vocación de poner a la ciudadanía en el centro. Por eso, cuando se pertinente, habrán de formularse propuestas de participación en cada línea.

5. Calidad técnica

Las propuestas deben tener en consideración los estándares existentes de calidad y adecuación tecnológica, así como promover el uso de las tecnologías más eficientes y respaldadas por pruebas científicas.

6. Viabilidad financiera

Las propuestas deben ser realistas y tener en cuenta que la sociedad andaluza no dispone de recursos ilimitados, por lo que hay que cuidar de formularlas procurando que sean económicamente viables en el relativamente corto espacio de tiempo de vigencia de un Plan.

7. Evaluabilidad

Las propuestas deben ser formuladas de forma que puedan ser evaluables, y por tanto, concretas y medibles. Todo plan debe tener una evaluación para saber si se han hecho las cosas que se proponían y si se han conseguido los objetivos perseguidos. Para ello son necesarios indicadores y no se pueden calcular indicadores sobre propuestas bien intencionadas pero ambiguas y no medibles. Para ayudar a la formulación de objetivos y líneas de acción medibles se adjunta un documento que resume la metodología propuesta para evaluar los Planes Integrales.

Se adjunta el calendario de trabajo.

EJEMPLO 2. CUESTIONARIO Nº 1 DE RECOGIDA DE PRIMERAS PROPUESTAS

ESTRATEGIA de _____

En este cuestionario figuran recordatorios sintéticos de lo que son estrategias, objetivos, actividades e indicadores. Aunque muchas de las personas de los grupos conocen estos términos, se ha hecho así para que todas compartan un método común.

El encargo del grupo al que usted pertenece es hacer propuestas para desarrollar una estrategia de _____.

En un Plan hay que diferenciar entre estrategias, objetivos específicos y actividades. Un plan tiene un conjunto de estrategias. A su vez, cada estrategia es un conjunto de objetivos, y los objetivos se alcanzan con conjuntos de actividades. Esta terminología es aparentemente más compleja que la anterior denominación de líneas de acción, pero resulta más fácil para trabajar porque establece una jerarquía clara: estrategias/objetivos/actividades.

A continuación se exponen las razones por las que este Plan Integral considera oportuno formular una estrategia de _____.

Justificación

Es una pequeña introducción que justifica la pertinencia de la inclusión de las acciones propuestas y que define el objetivo general de la estrategia

Pregunta 1

Teniendo en cuenta esta necesidad y considerando su punto de vista, ¿que objetivos específicos debería marcarse la Estrategia de _____?

- **Objetivos Específicos** que se pretenden alcanzar con esta estrategia.

Recuerde:

1. Los objetivos describen lo que se quiere alcanzar, no cómo debe alcanzarse. No hay que confundir objetivos con actividades.
2. Generalmente se escriben en una sola frase cada uno y separadamente de los otros.
3. Es preferible proponer diversos objetivos redactados de forma sencilla que uno solo con varios propósitos.
4. Un objetivo es algo que usted cree posible lograr, no algo deseable pero inalcanzable.
5. Los objetivos específicos deben contribuir al logro del objetivo general. Los que no sirvan para eso pueden ser objetivos interesantes, pero pertenecerán a otras estrategias, no a esta.
6. Cuando redacte sus propuestas repáselas preguntándose si cumplen los criterios descritos.

No hay prefijado un número de objetivos específicos, proponga tantos como considere necesario.

Describa los **objetivos** que propone numerándolos:

Objetivo 1

Objetivo 2

Objetivo 3

Objetivo 4

Objetivo 5

....

Para añadir más objetivos, sitúe el cursor en la última fila y pulse el tabulador (tecla con dos flechas enfrentadas encima de "Bloq Mayús")

Pregunta 2

¿Qué actividades propone que haga el Plan Integral para alcanzar los objetivos que usted propone?

- **Actividades propuestas** para lograr esos objetivos,

Recuerde:

1. Las actividades son las cosas que hay que hacer para alcanzar los objetivos.
2. No hay que confundir los medios (actividades) con los fines (objetivos).
3. Descríbalas en términos tan precisos como le sea posible.
4. Haga propuestas de forma que se puedan evaluar.
5. Siempre que sea posible, especifique el grado de cumplimiento a alcanzar.
6. Defina actividades que se puedan hacer con los recursos actuales o con un crecimiento razonable de los mismos en el periodo de vigencia del plan.
7. Tenga en cuenta que para que se alcancen los objetivos que ha propuesto, deben proponerse actividades para conseguirlo. Asegúrese de que para cada objetivo ha propuesto una o más actividades.
8. Cada actividad debe estar en relación con uno o más de los objetivos propuestos. No debe haber actividades en las que no se pueda establecer a que objetivo corresponde.
9. Cuando redacte sus propuestas repáselas preguntándose si cumplen los criterios descritos.

No hay prefijado un número de actividades, proponga tantas como considere necesario e indique el número del objetivo u objetivos a los que corresponde.

Describa las **actividades** que propone numerándolas:

	Objetivos Nº
Actividad 1	
Actividad 2	
Actividad 3	
Actividad 4	
Actividad 5	
Actividad 6	
Actividad 7	
Actividad 8	
Actividad 9	
Actividad 10	

Para añadir más actividades, sitúe el cursor en la última celdilla de la columna titulada Objetivos Nº y pulse el tabulador (tecla con dos flechas enfrentadas encima de "Bloq Mayús")

Pregunta 3

¿Qué indicadores propone para evaluar cada uno de los objetivos y actividades que propone?

- **Indicadores.**

Recuerde:

1. Los indicadores son los datos que permitirán saber en que medida se van alcanzando los objetivos y se van llevando a cabo las actividades.
2. Cada objetivo específico y cada actividad debe poder medirse al menos con un dato o indicador
3. Puede proponer uno o más datos o indicadores por cada objetivo y actividad.
4. Como datos que son, los indicadores deben poder expresarse con una cifra (número de..., porcentaje de..., media de ...etc.).
5. No siempre es posible definir un indicador numérico para medir si se está cumpliendo un objetivo o una actividad, en esos casos hay que definir una condición que permita conocer el grado de avance (Se ha hecho tal cosa si o no...).
6. Cuando redacte sus propuestas repáselas preguntándose si cumplen los criterios descritos.

(Este recuadro no es un límite, ocupe tanto espacio como crea necesario)

Indicadores del Objetivo 1

Indicadores del Objetivo 2

Indicadores del Objetivo 3

Indicadores del Objetivo 4

.....

Indicadores de la Actividad 1

Indicadores de la Actividad 2

Indicadores de la Actividad 3

Indicadores de la Actividad 4

Indicadores de la Actividad 5

.....

Muchas gracias por su colaboración.

Próximamente le enviaremos sus respuestas junto a las del resto de participantes de su grupo y una nueva encuesta como esta para que mantenga o modifique sus propuestas según conozca las propuestas de los y las demás.

EJEMPLO 3. CUESTIONARIO Nº 2 DE RECOGIDA DE SEGUNDAS PROPUESTAS

PLAN INTEGRAL DE _____
SEGUNDAS PREGUNTAS
ESTRATEGIA: _____

En un documento adjunto le envió las respuestas de todos los miembros del grupo a las preguntas formuladas. Lo que le pedimos ahora es que las lea con detenimiento y conteste este cuestionario. Puede que leyendo las opiniones del resto de participantes decida cambiar alguna de sus propuestas o añadir algunas. De hecho, si le parece más cómodo puede copiarlas y pegarlas a su propuesta. Si no desea hacer ningún cambio vuelva a enviarnos sus respuestas tal como hizo la primera vez.

Como en la vez anterior, en este cuestionario figuran recordatorios sintéticos de lo que son estrategias, objetivos, actividades e indicadores. Aunque muchas de las personas de los grupos conocen estos términos, se ha hecho así para que todas/os compartan un método común.

El encargo del grupo al que usted pertenece es hacer propuestas para desarrollar una estrategia de _____

Recuerde que en un Plan hay que diferenciar entre estrategias, objetivos específicos y actividades. Un plan tiene un conjunto de estrategias. A su vez, cada estrategia es un conjunto de objetivos y los objetivos se alcanzan con conjuntos de actividades. Esta terminología, aparentemente compleja resulta útil para trabajar porque establece una jerarquía clara: estrategias/objetivos/actividades.

A continuación se exponen las razones por las que el Plan Integral considera oportuno formular una estrategia de _____

Justificación

Es una pequeña introducción que justifica la pertinencia de la inclusión de las acciones propuestas y que define el objetivo general de la estrategia

Pregunta 1

Teniendo en cuenta esta necesidad y considerando su punto de vista, ¿que objetivos específicos debería marcarse la Estrategia de _____?

- **Objetivos Específicos** que se pretenden alcanzar con esta estrategia.

Recuerde:

1. Los objetivos describen lo que se quiere alcanzar, no cómo debe alcanzarse. No hay que confundir objetivos con actividades.
2. Generalmente se escriben en una sola frase cada uno y separadamente de los otros.
3. Es preferible proponer diversos objetivos redactados de forma sencilla que uno solo con varios propósitos.

4. Un objetivo es algo que usted cree posible lograr, no algo deseable pero inalcanzable.
5. Los objetivos específicos deben contribuir al logro del objetivo general. Los que no sirvan para eso pueden ser objetivos interesantes, pero pertenecerán a otras estrategias, no a esta.
6. Cuando redacte sus propuestas repáselas preguntándose si cumplen los criterios descritos.

No hay prefijado un número de objetivos específicos, proponga tantos como considere necesario

Describe los **objetivos** que propone numerándolos:

Objetivo 1

Objetivo 2

Objetivo 3

Objetivo 4

Objetivo 5

Para añadir más objetivos, sitúe el cursor en la última fila y pulse el tabulador (tecla con dos flechas enfrentadas encima de "Bloq Mayús")

Pregunta 2

¿Qué actividades propone que haga el Plan Integral para alcanzar los objetivos que usted propone?

- **Actividades propuestas** para lograr esos objetivos,

Recuerde:

1. Las actividades son las cosas que hay que hacer para alcanzar los objetivos.
2. No hay que confundir los medios (actividades) con los fines (objetivos).
3. Descríbalas en términos tan precisos como le sea posible.
4. Haga propuestas de forma que se puedan evaluar.
5. Siempre que sea posible, especifique el grado de cumplimiento a alcanzar.
6. Defina actividades que se puedan hacer con los recursos actuales o con un crecimiento razonable de los mismos en el periodo de vigencia del plan.
7. Tenga en cuenta que para que se alcancen los objetivos que ha propuesto, deben proponerse actividades para conseguirlo. Asegúrese de que para cada objetivo ha propuesto una o más actividades.
8. Cada actividad debe estar en relación con uno o más de los objetivos propuestos. No debe haber actividades en las que no se pueda establecer a que objetivo corresponde
9. Cuando redacte sus propuestas repáselas preguntándose si cumplen los criterios descritos.

No hay prefijado un número de actividades, proponga tantas como considere necesario e indique el número del objetivo u objetivos a los que corresponde

Describe las **actividades** que propone numerándolas:

	Objetivos N°
Actividad 1	
Actividad 2	
Actividad 3	

Actividad 4

Actividad 5

Actividad 6

Actividad 7

Actividad 8

Actividad 9

Actividad 10

Para añadir más actividades, sitúe el cursor en la última celdilla de la columna titulada Objetivos N° y pulse el tabulador (tecla con dos flechas enfrentadas encima de "Bloq Mayús")

Pregunta 3

¿Qué indicadores propone para evaluar cada uno de los objetivos y actividades que propone?

- **Indicadores.**

Recuerde

1. Los indicadores son los datos que permitirán saber en que medida se van alcanzando los objetivos y se van llevando a cabo las actividades.
2. Cada objetivo específico y cada actividad debe poder medirse al menos con un dato o indicador.
3. Puede proponer uno o más datos o indicadores por cada objetivo y actividad.
4. Como datos que son, los indicadores deben poder expresarse con una cifra (número de..., porcentaje de..., media de..., etc.)
5. No siempre es posible definir un indicador numérico para medir si se está cumpliendo un objetivo o una actividad, en esos casos hay que definir una condición que permita conocer el grado de avance (Se ha hecho tal cosa: sí o no...)
6. Cuando redacte sus propuestas repáselas preguntándose si cumplen los criterios descritos

(Este recuadro no es un límite, ocupe tanto espacio como crea necesario)

Indicadores del Objetivo 1

Indicadores del Objetivo 2

Indicadores del Objetivo 3

Indicadores del Objetivo 4

.....

Indicadores de la Actividad 1

Indicadores de la Actividad 2

Indicadores de la Actividad 3

Indicadores de la Actividad 4

.....

Muchas gracias por su colaboración, espero que nos veamos en el seminario para que tengamos la oportunidad de contrastar opiniones personalmente.

Fecha de seminario _____, Horario previsto: _____

Lugar de celebración _____

(Se adjunta convocatoria y programa de la sesión)

EJEMPLO 4. PLANILLA DE VACIADO DE LAS PROPUESTAS INDIVIDUALES PARA ELABORAR EL DOCUMENTO AGREGADO DE PRIMERAS/SEGUNDAS RESPUESTAS

Plan Integral de _____

PRIMERAS/SEGUNDAS RESPUESTAS AGREGADAS

ESTRATEGIA: _____

CONSULTOR/A N° _X*

OBJETIVOS PROPUESTOS CONSULTOR/A N° _X_

Objetivo X.1	
Objetivo X.2	
Objetivo X.3	
Objetivo X.4	
Objetivo X.5	
Objetivo X.6	
Objetivo X.7	
Objetivo X.8	
Objetivo X.9	
Objetivo X.10	

ACTIVIDADES PROPUESTAS CONSULTOR/A N° _X_

Objetivo N°

Actividad X.1	
Actividad X.2	
Actividad X.3	
Actividad X.4	
Actividad X.5	
Actividad X.6	
Actividad X.7	
Actividad X.8	
Actividad X.9	
Actividad X.10	

INDICADORES DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS CONSULTOR/A N° _X_

Objetivo N°

Indicador X.1	
Indicador X.2	
Indicador X.3	
Indicador X.4	
Indicador X.5	
Indicador X.6	
Indicador X.7	
Indicador X.8	
Indicador X.9	
Indicador X.10	

INDICADORES DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS CONSULTOR/A N° _X_	Actividad N°
Indicador X.1	
Indicador X.2	
Indicador X.3	
Indicador X.4	
Indicador X.5	
Indicador X.6	
Indicador X.7	
Indicador X.8	
Indicador X.9	
Indicador X.10	

* A cada integrante del grupo se le asigna un número. Se cumplimentarán tantas planillas como integrantes compongan el grupo.

EJEMPLO 5a. JUSTIFICACIÓN REMITIDA AL GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL Y GÉNERO QUE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN DEL II PISMA

Los roles y estereotipos tradicionales de género, conductas y creencias culturales con las que se ha educado a mujeres y hombres, encasillando su vida en un papel reproductor y productor respectivamente y estableciendo relaciones de dominio y desigualdad en el reparto de cargas y recursos, están todavía presentes en mayor o menor medida en la estructura simbólica y de organización social de nuestras comunidades y de modo marcado en sectores de las poblaciones inmigrantes que se incorporan.

Este modo de socialización sexista impide, con su carácter rígido, injusto y prescriptivo, que las personas afronten de modo eficaz, autónomo y sano los problemas de la vida y el control de su proyecto personal y vital y resulta ser un factor de riesgo nuclear en violencia de género y para la pérdida de salud y salud mental. (Eisler, Richard, 1998; IAM, 2004; SESPAS, 2004). Estos patrones culturales parecen tener influencia incluso en el modo de expresión del malestar emocional y la patología mental.

En los hombres, los trastornos aparecen asociados, frecuentemente, con conductas de riesgo propio o para otras personas, presentando una prevalencia mayor de consumo de tóxicos, alcohol, conducción temeraria y suicidios consumados, mayor presencia de trastornos de conducta en la infancia, trastorno de personalidad antisocial y mayor proporción de ingresos hospitalarios en unidades de salud mental (PISMA, 2003-2007). Se ven envueltos con mayor frecuencia que las mujeres en conductas sexuales desviadas (Eisler, 1998; Martínez Benlloch, 2004) o en crímenes violentos, con amplias capas de población femenina que sufren violencia masculina física, psíquica y sexual (OMS, 1996; UNFPA, Naciones Unidas, 2005). Las consecuencias de esta violencia resultan devastadoras para las mujeres, resultando equivalentes al cáncer, los accidentes de tráfico o el paludismo (población femenina entre 15 y 44 años) (OMS, 2001, 2002). Los síntomas de sufrimiento mental son seis veces más frecuentes en las que son maltratadas que en población general y cinco veces más las tentativas de suicidio, presentando a lo largo de la vida

trastornos emocionales y problemas de salud mental importantes (UNFPA, 2005; OMS, 1995, 2002; Stark y Flitcraft, 1991), como la depresión, el trastorno de estrés postraumático o las ideas de suicidio (Ferrer y Bosch, 2004; Astbury, J., 1995; OMS, 2001, 2002).

Tanto la violencia machista como la desigualdad en las cargas domésticas, económicas, legales y sociales parecen muy relacionadas con estos trastornos y el malestar psíquico de las mujeres (Matud y cols, 2002; Bird, E., 1991). Tanto la depresión como las fobias, somatizaciones, trastornos de ansiedad y trastornos de alimentación, de mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, que resultan ser modos internalizados de expresión del malestar y el sufrimiento mental en la población femenina, están muy asociados a una socialización en la pasividad y la sumisión.

El problema de la violencia sexista y de la desigualdad entre mujeres y hombres en todas las edades, grave ya de por sí, resulta muy preocupante cuando se observa en algunos estudios (Comisión Investigación Malos Tratos, Madrid, 2005) que el patrón de relación hombre-mujer basado en el poder/supremacía masculina y la violencia como control del hombre sobre la mujer parece no haberse modificado sustancialmente en capas importantes de población joven, con un 40% de denuncias de malos tratos de población femenina menor de 30 años, y unos esquemas/estereotipos de masculinidad-feminidad que resultan de alto riesgo para la violencia masculina, con patrones de "chico ideal" cercano al "chulo, caradura, malote...el líder generalmente negativo", muy presente en los protagonistas de los video-juegos y algunos grupos musicales y de "chica ideal" como objeto sexual complaciente, muy influido por la pornografía (Comisión Investigación Malos Tratos, Madrid, 2005).

Aunque desde hace más de 30 años se aborda en España y a nivel internacional el grave problema de la violencia de género (no es el caso de Salud Mental), el cambio de modelo de relación mujer-hombre para promover la igualdad y superar los roles tradicionales y los estereotipos sexistas, fórmula que se reconoce como más efectiva para prevenir la violencia masculina (ONU, 1979; Bonino, 1995; Corsi, 2003; Comisión de Investigación de Malos Tratos, Madrid, 2005; Esperanza Bosch y Victoria Ferrer, 2006) y sin lugar a dudas, para avanzar hacia mayores cotas de salud y salud mental, apenas se ha tratado, ni en Salud Mental ni en los sistemas sanitarios en general.

Distintos organismos autonómicos, nacionales e internacionales (Consejería de Salud de Andalucía, III Plan Andaluz de Salud 2003-2008; IAM, 2004; Comisión de Investigación de Malos Tratos, Madrid, 2005; ONU, 1979; OMS, 2002; UNFPA, 2005; SESPAS, 2004) plantean la erradicación de estos modelos tradicionales de género como un objetivo-clave de los sistemas sanitarios, educativos y sociales. Igualmente propugnan el desarrollo de la investigación en este terreno y que se establezcan planes de formación específicos para profesionales de salud, de educación y agentes sociales.

Por todo lo expuesto, introducir la Perspectiva de Género en Salud Mental, como una herramienta de trabajo para la detección de la desigualdad entre mujeres y hombres, evaluar el modo como ésta condiciona el equilibrio emocional y la psicopatología de las personas así como avanzar hacia la implantación de Roles Igualitarios en el ámbito familiar, laboral y social, que contribuyan a la salud mental de las poblaciones actuales y venideras se convierte en una prioridad para la red de profesionales de Salud Mental de Andalucía.

Establecer las líneas específicas de acción para iniciar esta estrategia se convierte en una oportunidad de primer orden y en un reto que nos ofrece este II PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL.

EJEMPLO 5b. JUSTIFICACIÓN REMITIDA AL GRUPO DE TRABAJO ENCARGADO DE LA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN QUE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN DEL II PIDMA

El modelo de desarrollo profesional que se propone en el Plan de Calidad del SSPA se basa en la gestión por competencias (conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el correcto desempeño de la actividad profesional para cada puesto de trabajo concreto). Disponer de profesionales “competentes” para la realización de su función permite garantizar la mejor respuesta posible a las necesidades de salud de la ciudadanía, en condiciones de equidad.

En concordancia con todo ello y con los elementos transversales que deben impregnar cualquiera de las estrategias que se diseñen al amparo de este Plan Integral (búsqueda de la equidad, perspectiva de género, viabilidad financiera, acción intersectorial, participación social, calidad técnica, evaluabilidad), las acciones de formación que se propongan deberán tener en cuenta las necesidades de adquisición de nuevas competencias hasta ahora no contempladas, derivadas del desarrollo de nuevas tecnologías, de los cambios que se están produciendo en nuestra sociedad (aparición del fenómeno de la multiculturalidad, envejecimiento de la población...), del avance en los derechos de las personas (información, participación...), o del compromiso de la sanidad para disminuir las desigualdades por cualquier razón (clase social, género, edad, ámbito geográfico o pertenencia a alguno de los subgrupos de población desfavorecidos que se identifiquen).

Así mismo, en orden a aumentar la eficiencia y la accesibilidad, habrán de contemplarse la diversificación y mejoras de las metodologías docentes, con incorporación de los recursos que las nuevas tecnologías ponen a al servicio de la formación y la gestión del conocimiento.

Por otro lado, el plan de formación que se proponga debe abarcar todas las etapas formativas, desde la de pregrado y la formación de especialistas, hasta la formación continuada durante toda la vida profesional. Y tampoco debe olvidar que el correcto abordaje de la diabetes implica a un amplio colectivo de profesionales, tanto del ámbito de la salud (y no solo de medicina y enfermería, puesto que personal auxiliar, de trabajo social, de psicología clínica, etc. pueden y deben tener un papel), como de otros ámbitos que, en el desarrollo de sus funciones, se relacionan de alguna forma con la prevención o el manejo de la diabetes (ejemplo: profesionales de educación o de la comunicación)

Y, por fin, habría que intentar desarrollar un plan de formación que garantizara la calidad de las actividades, mediante la consolidación de un modelo de acreditación y situar a las y los profesionales como protagonistas de todo su proceso formativo, promoviendo la elaboración de planes individualizados de formación que permitan conjugar las motivaciones personales y profesionales con las necesidades del sistema.

Objetivo general: Proponer una estrategia de formación que de respuesta a las necesidades de formación identificadas por el Plan, en concordancia con las líneas estratégicas de formación del SSPA y que abarque a todos los perfiles profesionales relacionados con la prevención y la atención a la diabetes, a lo largo de todos los ciclos formativos y con criterios de equidad y calidad.

EJEMPLO 6. EJEMPLO DE ENCUESTA DE OPINIÓN PARA LAS PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LOS GRUPOS

Esta encuesta es anónima, por favor, marque con un círculo la casilla que mejor describa su opinión sobre los distintos aspectos sobre los que trata esta encuesta:

1. El método de trabajo me ha resultado sencillo

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

2. El método de trabajo me ha resultado cómodo

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

3. El método de trabajo me parece útil para elaborar el Plan

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

4. El método de trabajo me parece innovador

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

5. He tenido oportunidad de expresar mis opiniones

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

6. He tenido oportunidad de conocer las opiniones de otras personas

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

7. Siento satisfacción por haber participado en la elaboración del Plan

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

8. Creo que el grupo ha funcionado bien

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo en ciertos aspectos ☐

Indeciso/a ☐

En desacuerdo en ciertos aspectos ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

9. Lo que me ha parecido mejor de todo el proceso ha sido:

10. Lo que creo que debería ser modificado ha sido :

Muchas gracias por su participación

**EJEMPLO 7. VALIDACIÓN EXTERNA: FORMATO PARA
RECOGER LAS APORTACIONES**

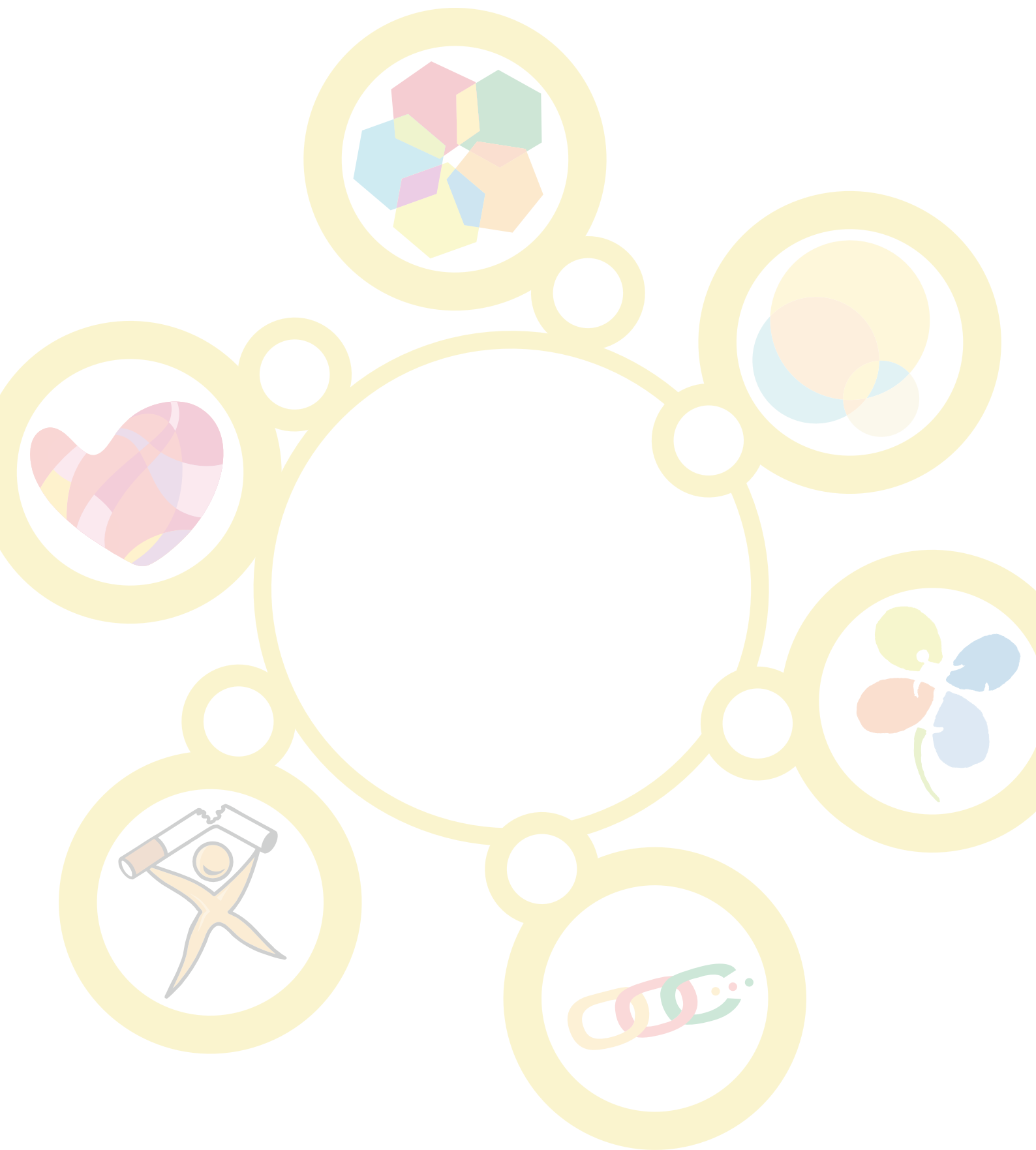
Aportaciones al Plan Integral de _____
realizadas por _____

Nº Página	Epígrafe (apartado y párrafo)	Texto a Modificar		Texto a añadir		Texto a retirar (escribirlo completo)
		Texto actual	Texto propuesto	Texto propuesto	Ubicación exacta donde se propone insertarlo	

Para añadir más aportaciones, sitúe el cursor en la última celdilla y pulse el tabulador (tecla con dos flechas enfrentadas encima de “Bloq Mayús”)



EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PPII



Evaluación y seguimiento de los PPPII

Según la OCDE, la evaluación es el proceso de determinar el valor o significación de una actividad, política o programa. Es una valoración tan sistemática y objetiva como sea posible de una intervención planeada, en curso o concluida^{63,64}.

La evaluación de los PPPII es un componente esencial del diseño de los planes y debe ser tomada en cuenta desde el principio. La evaluación es una tarea, a veces compleja, que requiere metodología, dedicación y recursos.

La evaluación debería servir para contestar preguntas como las siguientes⁶⁵:

1. Sobre la necesidad por los servicios previstos en el Plan (valoración de necesidades): ¿Hay necesidad de este Plan? ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el Plan?
2. Sobre la conceptualización del programa y su diseño: ¿Está el Plan apropiadamente diseñado?
3. Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios: ¿Se está llevando a cabo el Plan adecuadamente?

4. Sobre los resultados e impactos: ¿Realmente tiene el Plan los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?
5. Sobre el costo y la eficiencia: ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es costo-efectivo? ¿Es sostenible?

EL MECANISMO DE EVALUACIÓN DE LOS PLANES INTEGRALES

¿QUÉ HAY QUE EVALUAR EN LOS PPII?

Debe existir una relación sistemática entre los diferentes componentes del plan y su evaluación de manera que pueda verificarse que lo que el Plan propone se está llevando a cabo en la forma prevista.

Para ello, la formulación de la evaluación del Plan debería definir cómo van a evaluarse cada uno de los aspectos comunes a los PPII (en ese plan en concreto que se está diseñando). Los aspectos que deben figurar son:

1. Los principios rectores del Plan

Equidad: Se deberá definir cómo va a evaluarse si la oferta y acceso de las personas a los recursos del Plan se hace tomando en cuenta las desigualdades:

- geográficas,
- económicas,
- sociales,
- culturales,
- funcionales,
- de género.

Calidad: Se deberá definir cómo va a evaluarse que el Plan:

los PPII deberán ir acompañados de una memoria económica que analice los costes de las acciones propuestas y de un estudio de viabilidad económica proponiendo, en su caso, la temporalización necesaria

- fomenta de forma activa el trato de calidad dispensado a las personas.
- proporciona formación de calidad a profesionales.
- estimula y difunde buenas prácticas profesionales.
- dispone de una tecnología cuyas características responde a los estándares de calidad vigentes en los países de nuestro entorno socioeconómico.

Eficiencia: Se deberá definir cómo va a evaluarse que el Plan formula una gestión eficiente de los recursos. Idealmente, los PPII deberán ir acompañados de una memoria económica que analice los costes de las acciones propuestas y de un estudio de viabilidad económica proponiendo, en su caso, la temporalización necesaria.

Acción intersectorial: Se deberá definir cómo va a evaluarse que el Plan promueve y genera alianzas con otras instituciones y entidades.

Gobernanza y descentralización: Se deberá definir cómo va a evaluarse que el Plan:

- se diseña, desarrolla y evalúa de forma lo más descentralizada posible.
- acerca el nivel de decisión lo más posible al ámbito local.
- estructura los niveles de responsabilidad y toma de decisiones en los diferentes niveles del eje vertical de gobernanza.
- complementa sus actuaciones con otros actores a diferentes niveles del eje horizontal de gobernanza.

Participación: Se deberá definir cómo va a evaluarse la forma de participar de la ciudadanía y la de los colectivos profesionales.

Complementariedad y sinergia: Se deberá definir cómo va a evaluarse que el Plan diseña sus actuaciones de forma complementarias o sinérgicas con las de otros planes.

2. Los objetivos y actividades del Plan

Como se ha dicho, el Plan se lleva a cabo mediante diversas estrategias o líneas de actuación complementarias. Cada una de ellas cuanta con un conjunto de objetivos específicos de cuya sinergia se espera el éxito de la estrategia.

Por tanto, la evaluación de las estrategias consiste en la evaluación del grado de cumplimiento de cada uno de sus objetivos específicos. Además, para cada objetivo se definen actividades que también pueden ser evaluadas.

En la metodología de diseño de PPII que se propone en este documento se contempla la definición de indicadores para la evaluación de cada uno de los objetivos y actividades previstos en el Plan. Esta evaluación se identifica con la denominada evaluación de proceso en la metodología propuesta por Donabedian⁶⁶.

Es necesario diferenciar dos planos de evaluación: uno relativo al propio proceso de planificación y gestión del Plan, y otro relativo al desarrollo de las estrategias definidas en el Plan, cada una con sus objetivos y actividades y, por tanto, cada una desarrollada mediante una estructura, unos procesos y unos resultados.

Aplicando la metodología de Donabedian a la evaluación del proceso de diseño, gestión y evaluación del Plan, hay que considerar que la estructura la constituyen los recursos necesarios para diseñarlo, implantarlo y evaluarlo (por ejemplo los recursos humanos del equipo redactor o del equipo de dirección, las normas de funcionamiento, su sistema de información, etc.); los procesos son los procedimientos (métodos y técnicas) de elaboración, gestión y evaluación del Plan; y el resultado es el Plan en si mismo.

Como se ha dicho, la evaluación del Plan requiere además de la evaluación del desarrollo de las estrategias. Para ello se debe contar con un conjunto de indicadores para cada estrategia:

- a. de las **estructuras** que dan soporte a cada una de las estrategias del Plan: cantidad, tipo y competencias profesionales del personal involucrado respecto a los estándares establecidos; cantidad, calidad y distribución de los recursos materiales y tecnológicos; disponibilidad de los recursos financieros necesarios; disponibilidad y funcionamiento de los sistemas de

información, disponibilidad de normativas y de mecanismos de control de las mismas, etc.

- b. de los **procesos**, que incluye no sólo de los procesos asistenciales sino también los de comunicación, captación de las personas, mecanismos de coordinación, desarrollo de las actuaciones de promoción de salud y las preventivas y, en definitiva, del desarrollo y funcionamiento de las estructuras implicadas en el Plan.
- c. de **resultados** establecidos en la elaboración del Plan para cada una de las estrategias.

Es importante que se valore, en la medida de lo posible, el papel jugado por el Plan en esos cambios identificados, ya que no todos serán siempre atribuibles en su totalidad a las actuaciones del Plan

3. Los resultados en salud

Como se ha dicho, en la estructura de los PPII se incluye un análisis de situación que permite caracterizar el problema de salud a partir de la información obtenida del análisis epidemiológico y social del problema, de sus determinantes y de sus repercusiones, del análisis de los recursos disponibles para intervenir en los diferentes ámbitos y del análisis de necesidades y expectativas ciudadanas y profesionales.

Estos son los mismos elementos que deben componer la evaluación de resultados en salud, en la que se analiza la evolución de los distintos aspectos contemplados en el análisis de situación a lo largo del periodo de vigencia del Plan.

También es importante que se valore, en la medida de lo posible, el papel jugado por el Plan en esos cambios identificados, ya que no todos serán siempre atribuibles en su totalidad a las actuaciones del Plan.

La metodología de evaluación de resultados en salud se explica mas adelante, en un apartado específico.

¿Cuándo hay que evaluar en los PPII?

En la evaluación de los PPII hay que diferenciar diversos momentos en los que los productos y los métodos son diferentes. Básicamente se distinguen dos tipos de evaluación en función del momento: **sumativa y formativa.**

a) La **sumativa** pretende establecer en qué grado el Plan, una vez llevado a cabo, ha generado en la población diana los cambios esperados en las variables de resultado en salud y en que medida el desarrollo del Plan ha contribuido a ello.

b) La **formativa**, por el contrario, es aquella que se realiza regularmente para guiar y, si es necesario, corregir, el desempeño del Plan. Su objetivo fundamental es la mejora de las actuaciones durante el desarrollo del mismo. En adelante se denominará "**seguimiento**".

a) **La evaluación del Plan (evaluación sumativa)** tiene dos momentos o hitos:

- la evaluación **inicial**, o **ex ante**, en la que se evalúa la situación de partida tal como se describe en el análisis de situación.
- la evaluación **final**, o **ex post**, en la que se evalúan los cambios respecto de la situación de partida y se valora en qué medida el Plan ha podido contribuir a los logros y cuales son los retos que todavía tiene pendientes.

b) **El seguimiento (evaluación formativa)** tiene varios formatos según los momentos:

- Los **informes anuales** para las comisiones institucionales de seguimiento periódico. Estas comisiones están compuestas por altos cargos de la Consejería de Salud y del SAS y el Plan informa, al menos anualmente, ante ellas del grado de avance de cada una de las estrategias.
- Los **informes de actualización** que pueden ser requeridos de forma ocasional a demanda de la Consejería de Salud o del SAS o a propósito de un día mundial relacionado con el Plan o de un evento científico o social relacionado con el Plan.
- El **cuadro de mando**: Se trata de un instrumento para facilitar a la dirección del Plan el seguimiento continuado o monitorización continua del Plan. El cuadro de mando está formado por un conjunto mínimo de indicadores que informan del grado de avance en los aspectos más relevantes de cada estrategia. Estos indicadores deben ser seleccionados teniendo en cuenta que sean fáciles de obtener y sensibles a modificaciones

en periodos cortos, de uno o dos meses, pues de otra forma, el indicador, al permanecer estable, no serviría para monitorizar la evolución del Plan.

El cuadro de mando se puede completar con un conjunto de indicadores de situación de salud y de recursos para que, en caso necesario, se pueda contar con un dibujo rápido del Plan y de su grado de avance.

El cuadro de mando se debe gestionar mediante una plataforma web, de manera que se actualice automáticamente al grabar datos y sea accesible a los perfiles usuarios autorizados, según niveles de acceso, en cualquier punto de conexión a Internet. Algunos datos del cuadro de mando pueden hacerse accesibles a diversos grupos usuarios, como asociaciones profesionales o sociales, para darles información y facilitar su participación en el desarrollo del Plan.

Las características de los distintos tipos de evaluación se resumen en la tabla 28.

tabla 28

TIPOS DE EVALUACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS

	Prospectiva o Ex ante.	Evaluación Formativa.	Evaluación Sumativa o ex post.
Propósito de la evaluación.	Proveer información sobre evaluaciones previas para determinar las posibilidades de éxito de una nueva intervención.	Feedback inmediato para mejorar el desempeño.	Proveer información sobre el valor o impacto de una intervención.
Objetivo de la evaluación.	Determinar si vale la pena la inversión.	Determinar la coherencia entre la "lógica operativa" y el funcionamiento real y sus consecuencias inmediatas.	Determinar el grado en el cual el alcance o impacto anticipado fue realizado.
Momento de ejecución.	Antes.	Durante el desarrollo del Plan.	Al final.
Finalidad.	Planificación.	Desarrollo y mejora.	Obtener información (consecuencias o resultados) que ayude a decidir sobre la creación, continuación o ampliación de una intervención.

¿Cómo hay que evaluar en los PPII?

En el paradigma dominante (*mainstream*) de la evaluación de programas y planes de salud parece haberse llegado actualmente a un consenso en cuanto a la necesidad de utilizar conjuntamente los métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas. Las evaluaciones suelen ser más completas y más útiles cuando se utiliza un enfoque complementario. Se trata, evidentemente, de conocer las bondades y limitaciones de cada uno de los métodos y usar aquel o aquellos que más se ajusten al tipo de pregunta específica que se quiera contestar. Los métodos cuantitativos, por ejemplo, ofrecen herramientas para generalizar las conclusiones hacia poblaciones mayores y para medir productos y resultados. Los métodos cualitativos, por su parte, dado su acercamiento más intimista y profundo, son más indicados para explicar y documentar los procesos y para elaborar hipótesis acerca de por qué funcionan o no funcionan los planes.

La evaluación de los PPII requiere, por tanto, del uso diversificado y complementario de metodologías de obtención de la información que permita elaborar los indicadores necesarios para conocer y valorar el grado de avance de cada estrategia.

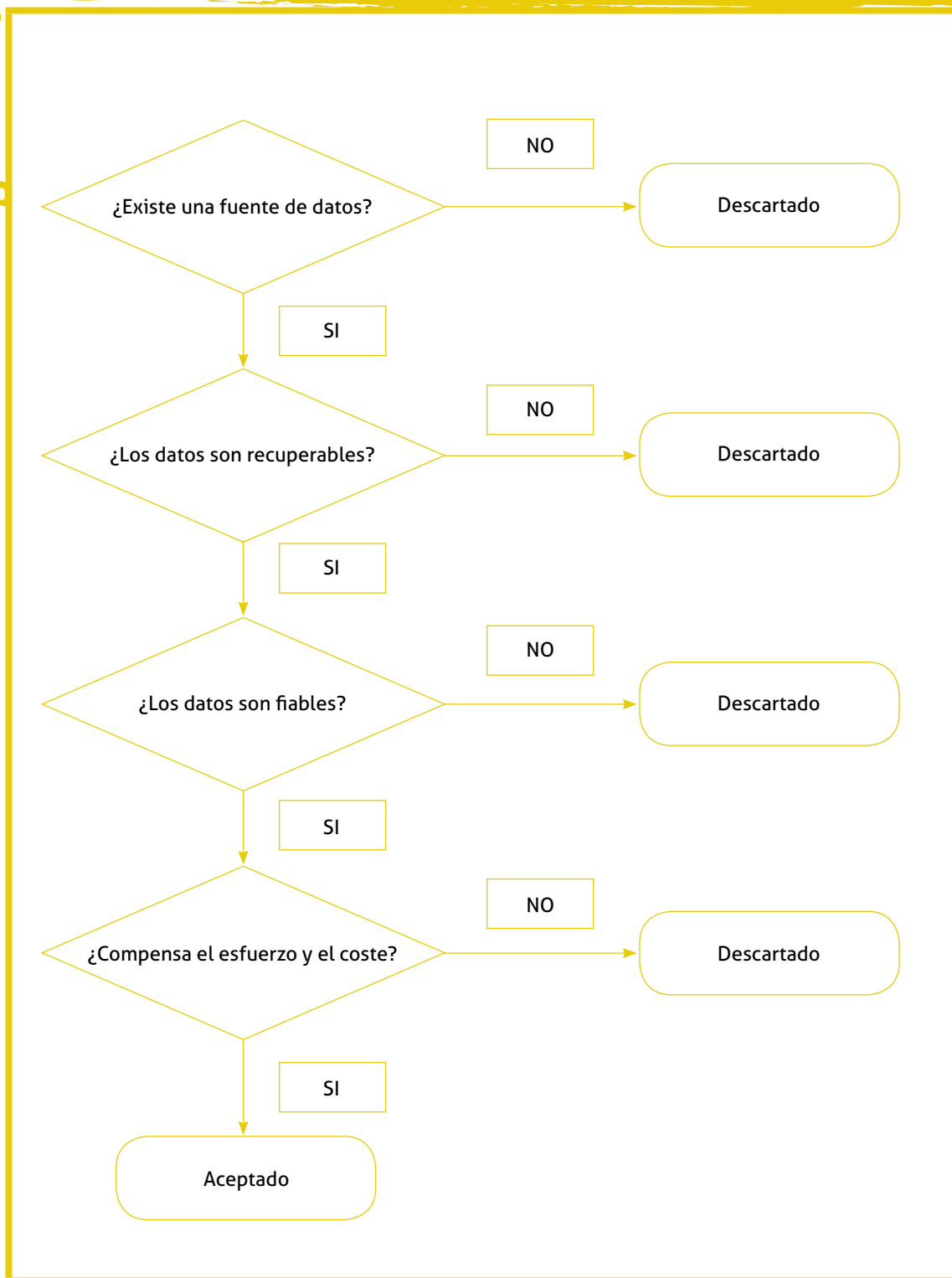
La mayoría de las veces, los indicadores son de tipo cuantitativo. En estos casos puede que se definan como una razón, una proporción, una media o una mediana. En el caso de que se trate de indicadores cualitativos suelen ser variables dicotómicas, del tipo SI / NO.

Cuando se diseñan los indicadores es necesario tener en cuenta que su cálculo requiere de unas fuentes de datos fiables y accesibles y que esto no es siempre posible.

Para aceptar un indicador propuesto se debería seguir el algoritmo que figura a continuación (gráfico 4) para decidir si se acepta o se descarta. En caso de que se trate de una razón o proporción, el algoritmo se debe aplicar tanto al numerador como al denominador.

ALGORITMO PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES

gráfico 4



Si no existe una fuente de datos y el indicador se considera imprescindible, se debe estudiar la viabilidad de crearla, pero considerando que cualquier registro nuevo debe tener en cuenta a los ya existentes y consolidados, y también que un registro nuevo requiere de plan de implantación, mantenimiento y explotación específico y esto aumenta el esfuerzo y los costes por lo que debe estar plenamente justificado.

Cuando un indicador sea imprescindible y no se disponga de una fuente fiable, antes de crear una nueva puede ser útil realizar un estudio específico sobre una muestra, normalmente con un diseño antes-después. En este caso, al diseñar la evaluación del Plan, se deberá describir brevemente el estudio y reflejar una estimación de los costes del mismo.

En otros casos, la evaluación de algún aspecto del Plan se puede basar en información cualitativa. En esta situación es preciso que se describa el método y que se garantice que sirve para comparar el grado de avance que pretende medir. Por ejemplo, si se midieron las expectativas de las asociaciones de pacientes o de profesionales mediante paneles de opinión o mediante grupos focales, se puede evaluar el grado de avance si se reproduce el método de manera que sean comparables las informaciones de antes y después de intervenir el Plan.

Para cada indicador debería poderse establecer un valor, o rango de valores, esperado (en alguna publicaciones aparece denominado con el anglicismo “benchmark”). Debe servir para evaluar el grado de consecución de objetivos o de desarrollo de actividades. En términos generales, los indicadores no deberían confundirse con los datos. Estos sirven para construir aquellos.

Por ejemplo, el *número de camas hospitalarias* es un *dato*, mientras que la razón *número de camas hospitalarias por 100.000 habitantes* es un *indicador* de la disponibilidad de camas para una población dada y permite comparar entre zonas, y también a lo largo del tiempo. Así, si hay mayor número de camas y el mismo número de habitantes, aumenta la disponibilidad; pero si es mayor el número de camas y también el número de habitantes puede que la disponibilidad de camas sea igual e incluso menor.

Cuando un indicador sea imprescindible y no se disponga de una fuente fiable, antes de crear una nueva puede ser útil realizar un estudio específico sobre una muestra, normalmente con un diseño antes-después

¿Quién debe evaluar en los PPII?

Formalmente, la evaluación de los PPII corresponde a unidades de la Consejería de Salud independientes de la ejecución del Plan, de manera que se garantice el mayor grado posible de independencia entre quien evalúa y quién ejecuta el Plan. La evaluación requiere de un ejercicio de objetividad y, por tanto, se debería buscar la imparcialidad en la obtención, procesado y análisis de la información.

Sin embargo, esta evaluación se realiza por unidades que, al ser de la Consejería de Salud, están interesadas en el éxito del Plan y, por tanto, no son del todo independientes del Plan. Además, la evaluación se lleva a cabo con datos que suministra el propio Plan, fundamentalmente en lo que se refiere a la evaluación de proceso.

Por ello, lo deseable sería que se llevara a cabo una evaluación externa, al menos de los aspectos más relevantes del proceso y de los resultados. Lamentablemente, esta opción no suele ser posible porque requiere de unos recursos adicionales que suelen ser requeridos para el desarrollo mismo de las actividades previstas en el Plan. Por esto, se debe hacer un esfuerzo por clarificar de forma detallada las fuentes utilizadas y el grado de fiabilidad de dichas fuentes.

Un aspecto importante a tener en cuenta es el papel que deben jugar en la evaluación las y los profesionales, las otras instituciones o entidades involucradas y el movimiento asociativo participante. Los PPII debería contemplar este papel cuando diseñan su estructura de participación. De hecho, en sus mecanismos de evaluación también se contempla la participación ciudadana de dos maneras: la prevista en cada plan como mecanismo de participación (consultiva o en *partenariado* a través de acuerdos, convenios o cualquier instrumento que se defina según el caso); y la medición del grado de satisfacción de la población con las medidas llevadas a cabo, entendiendo que la satisfacción de la ciudadanía refrenda una gestión de calidad.

LA VIGILANCIA DE LA SALUD Y LOS PLANES INTEGRALES. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA⁶⁷

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La evaluación de resultados en Salud Pública tiene por objetivo establecer la utilidad de medidas que afectan a los comportamientos cotidianos en la colectividad, para mejorar la salud de la población. Desde esta perspectiva, la evidencia que aporta la investigación experimental no resulta suficiente para adoptar estas medidas y evaluarlas, puesto que la eficacia de una intervención, en condiciones de ensayo, es insuficiente en la evaluación sin considerar la complejidad de su aplicación en la población (efectividad). Por ello, a diferencia de la evaluación basada en diseños experimentales, la medición de impacto en SP utiliza la vigilancia continua y sistemática, series histórica, los diseños observacionales, técnicas cualitativas, etc., que aproximan al conocimiento de la efectividad de las intervenciones.

Los Planes Integrales establecen objetivos que definen niveles cuantificables del estado de salud y la reducción en la exposición a riesgos de la población andaluza, así como los elementos claves para su consecución.

Incluyen, como una de sus prioridades de actuación, la mejora de los Sistemas de Información, al considerar que estos constituyen un pilar básico, ya que el control del problema que se aborda requiere contar con información que permita conocer la magnitud del mismo (mortalidad, incidencia, supervivencia, años potenciales de vida perdidos...), la situación de la prevención primaria (evolución de factores de riesgo...), del diagnóstico precoz (programas de cribado) y del diagnóstico y tratamiento (utilización de servicios, demora...).

En el II Plan de Calidad del SSPA 2005-2008, dentro de su proceso estratégico III para *"garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública"*, se establece como misión de la vigilancia de la salud, facilitar la planificación y evaluación de las políticas de la Consejería de Salud dirigidas a la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención sanitaria a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía. Cumple por tanto una función imprescindible para la Salud Pública, en la medida que aporta información valiosa para orientar los servicios sanitarios y las políticas intersectoriales para mejorar la salud.

Los Planes Integrales establecen objetivos que definen niveles cuantificables del estado de salud y la reducción en la exposición a riesgos de la población andaluza, así como los elementos claves para su consecución

En este sentido, dicho Plan de Calidad incorporó como proceso clave *"Impulsar la calidad de las Políticas de Vigilancia de la Salud"*, con las siguientes líneas de acción:

- Identificar indicadores para monitorizar los objetivos de Salud Pública, incluidos en planes y programas de la Consejería de Salud.
- Definir los criterios que permitan obtener una información comparable.
- Establecer los criterios de agrupación geográfica y periodicidad temporal adaptados a la toma de decisiones en los distintos niveles.
- Desarrollar la tecnología para obtener de manera eficiente la información, compatible con los sistemas de información corporativos del SSPA.

Por tanto, la información obtenida mediante la vigilancia de la salud en los Planes Integrales debe aportar información suficiente y de calidad sobre la situación epidemiológica en Andalucía del problema que el Plan aborda, que haga posible⁵:

- Estimar la magnitud del problema en Andalucía, cuantificando la carga de enfermedad entre la población para facilitar una razonable distribución de recursos.
- Documentar la distribución espacial y temporal de la enfermedad y describir las tendencias en cuanto a salud, en función del lugar y el tiempo y en subgrupos de población.
- Detectar agrupaciones espacio-temporales de casos, que permitan intervenir para disminuir su magnitud.
- Conocer la evolución de los factores determinantes de la salud en la población general y poblaciones específicas en riesgo.

⁵ Para facilitar la consecución de estos objetivos, la Consejería de Salud ha desarrollado una metodología de evaluación de resultados en Salud Pública que, para el caso concreto del cáncer, se ha plasmado en el documento: "Vigilancia del cáncer en Andalucía. Evaluación de resultados de Salud Pública"⁶⁷, en el que se basan las recomendaciones metodológicas recogidas en este apartado (el documento íntegro se encuentre accesible en el portal Web de la propia Consejería: www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/vigilanciaepi/herramientas/libro_cancer1.pdf)

- Conocer el impacto de las estrategias de prevención y control.
- Conocer la accesibilidad a servicios preventivos y asistenciales.
- Facilitar la planificación y gestión de servicios.
- Identificar nuevas necesidades de investigación.

METODOLOGÍA

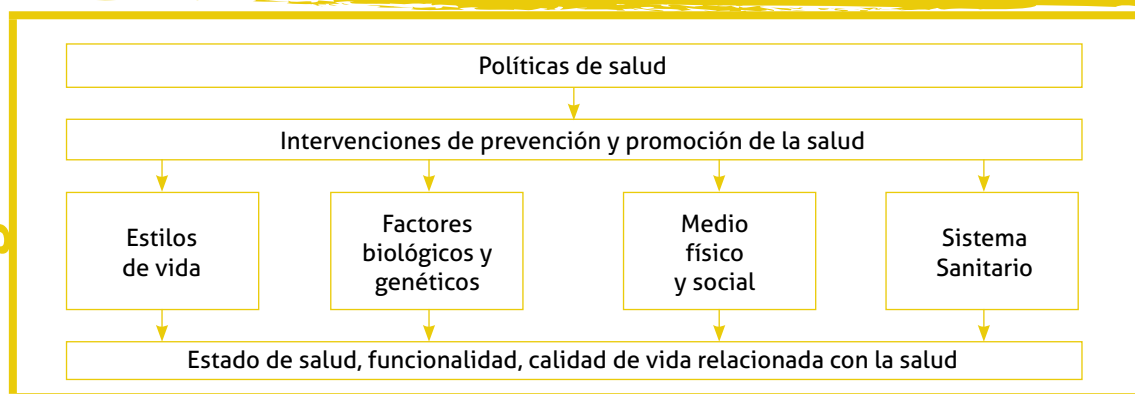
La salud de las poblaciones está determinada por factores socioeconómicos, biológicos, ambientales y estilos de vida; también los sistemas de salud deben considerarse un determinante más de la salud, en la medida en que pueden modificar la acción de estos factores de riesgo, previniendo, tratando, o evitando las consecuencias de las enfermedades.

Desde esta perspectiva, el desempeño de los servicios de salud se analiza con un enfoque poblacional, en función de los resultados en la mejora de la salud de la población y su distribución, es decir, de su equidad.

Como se muestra en el gráfico 5, este modelo conceptual puede esquematizarse desde los servicios como una cadena, donde la salud está influida por el conjunto de determinantes, las actividades de prevención y promoción de la salud ayudan a mejorar la salud actuando sobre los determinantes y las políticas de salud crean las condiciones en las que estas actividades pueden desarrollarse.

gráfico 5

MODELO CONCEPTUAL DE LA SALUD MOSTRANDO LA CADENA CAUSAL



Fuente: Adaptado de Kramers et al. Public Health Indicators for Europe: Context, selection, definition. Final report by the ECHI project, Phase II. 20 de junio de 2005.

Siguiendo este modelo, se plantea la vigilancia de la salud para el problema de salud que aborda el Plan Integral, en diferentes **dimensiones de análisis**:

- Situación del problema en cuanto a su magnitud.
- Tendencias temporales.
- Accesibilidad a los servicios preventivos y asistenciales: utilización (coberturas) y disponibilidad de recursos y servicios preventivos y asistenciales efectivos.
- Resultados relacionados con actividades preventivas primarias y secundarias.
- Adaptación de la atención a la mejor práctica clínica (calidad).

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Para cubrir las necesidades de información, se han de seleccionar distintos tipos de indicadores, en función de las correspondientes dimensiones de la vigilancia identificadas en cada uno de los PPIL. A manera de ejemplo, en la que tabla 29, se presentan los indicadores seleccionados para la vigilancia epidemiológica del cáncer en Andalucía.

tabla 29

INDICADORES SELECCIONADOS PARA LA VIGILANCIA DEL CÁNCER EN ANDALUCÍA

DIMENSIÓN DE LA VIGILANCIA	TIPO DE INDICADORES
Magnitud del problema (Grupos II, III, IV y V de indicadores)	• Mortalidad • Riesgo de mortalidad • Mortalidad prematura • Incidencia • Prevalencia • Demanda asistencial: Morbilidad hospitalaria
Tendencia temporal (Grupos VI de indicadores)	• Cambio anual de la mortalidad • Cambio anual de la incidencia
Accesibilidad a servicios preventivos (Grupos VII de indicadores)	• Población diana cubierta por programas de cribado

TABLA 29: sigue en la página 122



TABLA 29: viene de la página 121

Impacto de la prevención primaria (Grupos VIII de indicadores)	• Evolución del consumo frutas/ verduras en la población • Evolución del consumo de carnes rojas en la población • Evolución del IMC • Evolución del consumo total de alcohol • Evolución del consumo de cigarrillos • Evolución de la población que realiza ejercicio regularmente • Población urbana expuesta a concentraciones de PM10 > del valor límite (50 µg/ m³, media 24 h) durante 35 o más días/año
Impacto de la prevención secundaria (Grupos IX de indicadores)	• Casos clasificados como "localizados" en el momento del diagnóstico
Accesibilidad a los servicios asistenciales (Grupos X de indicadores)	• Supervivencia observada • Supervivencia relativa
Adecuación de la atención a la mejor práctica clínica relacionada con resultados de Salud Pública (Grupos XI de indicadores)	• Medidas de resultado o estructurales y de proceso de asistencia sanitaria, con correlación probada con los resultados en poblaciones.

Cada indicador ha de ser descrito tan exhaustivamente como sea posible, para lo que se propone mantener la siguiente estructura común:

- **Definición:** definición clara del indicador y la dimensión con la que debe ser relacionado.
- **Justificación:** análisis razonado para la selección del indicador.
- **Método de recogida de datos:** se indica la fuente de datos existente o se discute donde se podría obtener el indicador en el futuro.
- **Factores de confusión:** son los factores que influyen en el resultado del indicador, tales como edad y sexo, estilos de vida y grupos socioeconómicos.
- **Difusión de los resultados del indicador:** tales como las tendencias, comparaciones geográficas, etc.
- **Niveles de desagregación:** La desagregación de los datos, en cuanto a sexo, edad y distribución geográfica, se realizará en función de la disponibilidad en cada una de las fuentes de información consultadas.

En cualquier caso, los indicadores se calcularán por sexo y grupos de edad, para el nivel autonómico y provincial y se desagregarán por área sanitaria o distrito, cuando las fuentes y la magnitud lo permitan. Los grupos de edad a utilizar serán habitualmente de 5 en 5 años, desde 0 a 74 años y un grupo de más de 74 años para cada sexo. También se utilizarán para el cálculo de tasas truncadas “grandes grupos de edad”: de 0 a 34 años, de 35 a 64, más de 64 años.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Algunas de las recomendaciones para realizar el análisis de los datos son las siguientes:

- Realizar un análisis prospectivo de la información, aunque algunos indicadores habrán de ser calculados retrospectivamente, con el fin de contar con una serie suficientemente amplia en el tiempo para observar las tendencias temporales.
- Para las comparaciones territoriales de la mortalidad se utilizará la Razón Estandarizada de Mortalidad y su intervalo de confianza al 95%.
- El nivel de agregación de la información, se realizará de modo que el análisis permita identificar desigualdades en salud:
 - Geográficas, utilizando las unidades geográficas de análisis por las que sea posible analizar cada indicador.
 - De género, desagregando siempre todos los datos por sexo y analizando los condicionantes socioculturales de género que subyacen en las diferencias encontradas.
 - Respecto a estándares o valores umbrales previamente establecidos.
- En cuanto a la periodicidad, el análisis de los indicadores se realizará en función de las necesidades del Plan y de la disponibilidad de las fuentes de datos utilizadas. Para algunos indicadores, la periodicidad será anual, mientras que otros indicadores sólo podrán obtenerse con una frecuencia mínima de 4 años (por ejemplo, cuando las fuentes sean las encuestas poblacionales de salud).

LOS INFORMES DE EVALUACIÓN

A continuación se describe una propuesta de formato a seguir en la elaboración de los informes de evaluación.

1. Página de Título

- Nombre del Plan.
- Título del Informe (Por ejemplo: II Informe de seguimiento).
- Fecha de elaboración.
- Autoría: Identifica a quienes han elaborado cada uno de los epígrafes del informe.

2. Página de tabla de contenidos

Muestra los contenidos del documento con un máximo recomendado de 4 niveles de jerarquía y con la numeración de las páginas. No conviene hacerlo de forma manual, sino elaborarlo automáticamente con el procesador de texto, para que se actualice también de forma automática en caso de modificaciones.

3. Página de resumen ejecutivo

Este es un breve análisis de los aspectos más importantes del Plan. Es lo primero (o a veces lo único) que lee quien recibe el documento, por lo tanto, en pocas palabras, se debe describir el análisis de situación que justifica la necesidad del Plan, las estrategias del mismo, los objetivos y una valoración del grado de avance. Preferiblemente, el resumen ejecutivo debe presentarse en una página. Debe ser claro y simple, siendo fundamental limitarse en él a lo más relevante del Plan y no asumir que quien lo lea conoce los hechos o los datos que a la dirección del Plan le parezcan obvios.

El resumen ejecutivo de los informes de seguimiento debe describir el estado actual en el que se encuentra el Plan, sus principales logros y las dificultades que deben ser salvadas. Antes de darlo por definitivo conviene evaluar si cumple su función dándoselo a leer a algunas personas.

El resumen ejecutivo de los informes de seguimiento debe describir el estado actual en el que se encuentra el Plan, sus principales logros y las dificultades que deben ser salvadas

4. Evaluación de resultados en salud

Aporta información descriptiva en forma de textos, tablas y gráficos y, para cada epígrafe, las conclusiones que se deducen de la información aportada. Las conclusiones deben resaltarse siempre.

Debe contener una descripción sintética de las metodologías utilizadas (fuentes de información, métodos de análisis, etc.).

En general, este epígrafe no tiene porqué figurar en los informes de seguimiento, sólo en los de evaluación ex post. Sólo en caso de que se produzcan cambios importantes en el estado de salud relacionado con el Plan, o en sus determinantes, se debe incorporar.

5. Evaluación de las estrategias, objetivos y actividades

Aquí también se aporta información descriptiva en forma de textos, tablas y gráficos y, para cada epígrafe, las conclusiones que se deducen de la información aportada. Las conclusiones deben resaltarse siempre.

También debe contener una descripción sintética de las metodologías utilizadas (fuentes de información, métodos de análisis, etc.).

6. Conclusiones generales y propuestas

Describe las conclusiones que se desprenden del análisis del conjunto del Plan y las propuestas de continuidad o de mejora que se desprenden de ellas.

Y por fin recordar que, a la hora de hacer una presentación oral de un informe de evaluación, está deberá apoyarse en una presentación de diapositivas (qué habrá de mantener la misma estructura).

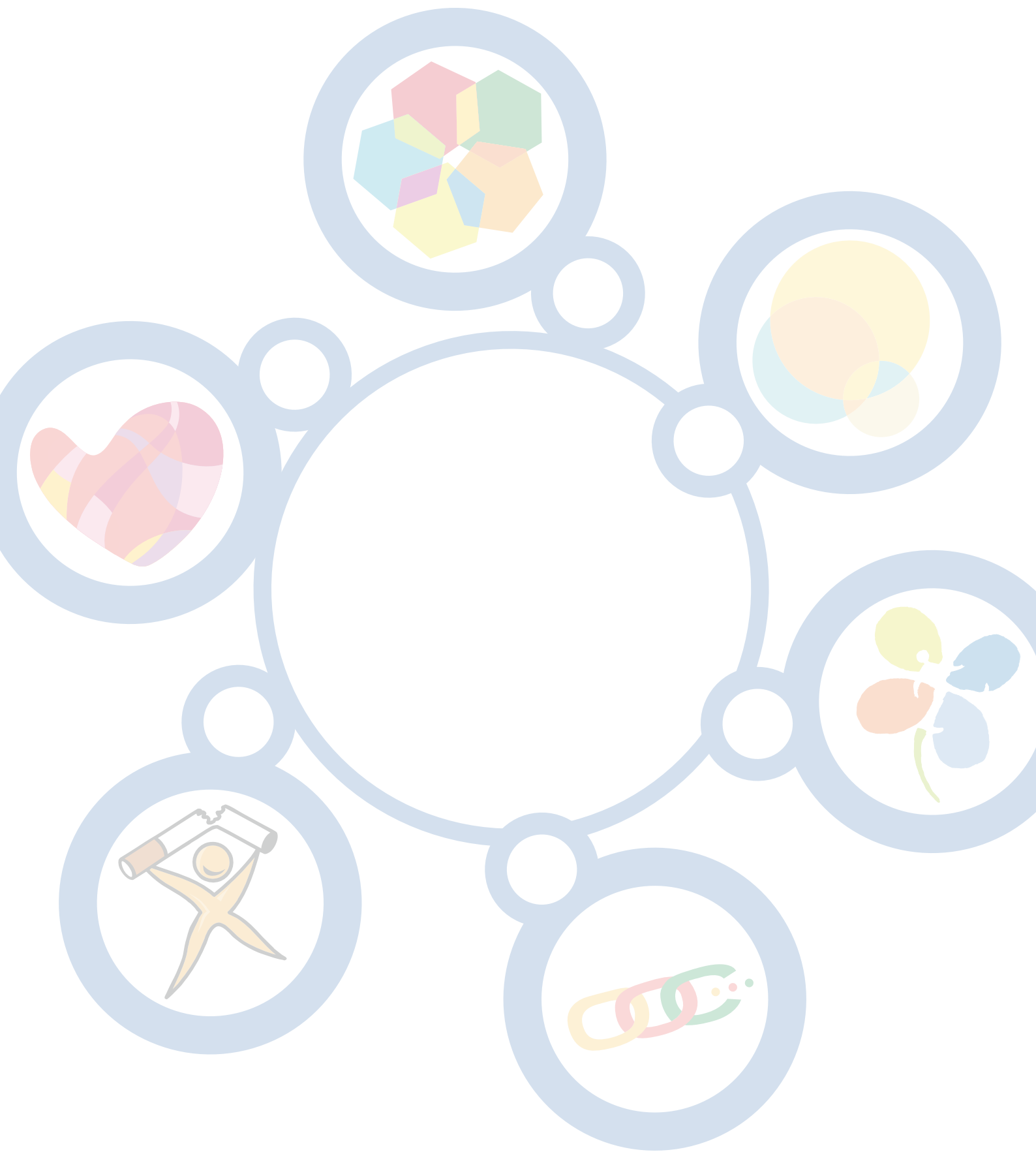
Para ampliar la información sobre evaluación de planes y programas de salud, se recogen en la tabla 30 las direcciones de diversos sitios web de interés.

SITIOS WEB DE INTERÉS SOBRE EVALUACIÓN DE PLANES Y PROGRAMAS

- CDC Evaluation Working Group: Logic Model Resources
<http://www.cdc.gov/eval/resources.htm#manuals>
- Community Toolbox. A Framework for Program Evaluation: A Gateway to Tools.
http://ctb.lsi.ukans.edu/tools/EN/sub_section_main_1338.htm
- International Development Research Centre (2004). Evaluation Planning in Program Initiatives
Ottawa, Ontario, Canada. Online:
<http://web.idrc.ca/uploads/user-S/108549984812guideline-web.pdf>
- Management Sciences for Health (MSH) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), "Quality
guide: Stakeholder analysis" in Guide to managing for quality.
- <http://bsstudents.uce.ac.uk/sdrive/Martin%20Beaver/Week%202/Quality%20Guide%20-%20Stakeholder%20Analysis.htm>
- Porteous, Nancy L., Sheldrick, B.J., and Stewart, P.J. (1997). Program evaluation tool kit: A blueprint
for public health management. Ottawa, Canada: Ottawa-Carleton Health Department. Available
online at <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/toolkit.html> (English) or
http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/toolkit_fr.html (French)
- Taylor-Powell, Ellen (2005). "Logic models: A framework for program planning and evaluation".
Madison WI: University of Wisconsin-Extension, Program Development and Evaluation.
<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/pdf/nutritionconf05.pdf>
- University of Ottawa Program Evaluation Toolkit. Program Logic Model:
<http://www.uottawa.ca/academic/med/epid/excerpt.htm>
- University of Wisconsin-Extension (UWEX). Logic Model :
<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>
- University of Wisconsin-Extension examples of logic models.
<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodelexamples.html>
- W.K. Kellogg Evaluation Logic Model Development Guide:
<http://www.wkkf.org/pubs/tools/evaluation/pub3669.pdf>



COMUNICACIÓN EN PLANES INTEGRALES



Comunicación en Planes Integrales

***“Las estrategias se cumplen si se comunican”
(Expansión y empleo, 27 de octubre de 2002)***

Comunicar e informar sobre un Plan Integral son dos tareas fundamentales para aproximar a la población el problema de salud que se plantea en el mismo. Es por ello que las iniciativas a adoptar deben ser claras, abiertas y con fines precisos, de cara a conseguir a corto, medio y largo plazo, transformaciones en la sociedad.

En primer lugar, es necesario que, desde la gestión de un Plan Integral, se plantee la necesidad de planificar la comunicación, tanto interna como externa, de los objetivos, estrategias y líneas de acción del mismo, para garantizar el éxito de su impregnación, tanto entre profesionales como en la ciudadanía.

Los Planes de Comunicación se conciben para definir, en base a unos objetivos, los criterios básicos de comunicación (interna y externa), mediante una propuesta de acciones a desarrollar durante un periodo de tiempo, en este caso, el de la vigencia del Plan Integral, si bien con una calendarización que permita formular objetivos a menor plazo (generalmente, referidos al año en curso) como patrón básico de trabajo.

A la hora de abordar un proceso de comunicación hay que preguntarse, como requisito previo, quién desea comunicar, hacia qué públicos destinatarios, qué, para qué, cómo, dónde y cuándo. Estos interrogantes ayudan a identificar, en todo el proceso, las y los interlocutores, los mensajes, los objetivos, las acciones, los escenarios y el calendario. Por tanto, en la comunicación e información de un Plan Integral, hay que establecer las siguientes premisas^{68,69,70}:

Quién comunica. Es preciso conocer quien emite los mensajes y qué grado de importancia se concede a la comunicación sobre el problema de salud al que hace referencia el Plan Integral dentro de la propia institución, así como el grado de compromiso que existe para abordar la posterior difusión de los mensajes.

Para que la comunicación cumpla su función y la planificación pueda ser ejecutada, es necesario que, desde todas las instancias implicadas, se apruebe y se asuma una estrategia consensuada de comunicación, con el compromiso de respetarla y respaldarla.

Hacia qué públicos destinatarios. En el desarrollo de un Plan Integral habrán de analizarse los distintos grupos de población hacia los que va dirigido y sus expectativas. Esta información ha de estar siempre presente a la hora de elaborar cualquier estrategia de comunicación. En la tabla 31 se resumen los objetivos, estrategias y acciones de comunicación en función de los distintos públicos destinatarios.

En líneas generales, al planificar una estrategia de comunicación (que deberá convertirse en un documento de trabajo) se debe tener en cuenta tres líneas de actuación básicas:

a. La comunicación externa.

La comunicación externa deberá dirigirse, por una parte, hacia la población general (independientemente de que sea afectada o no), con un mensaje que permita ir creando un estado de opinión y un incremento del conocimiento sobre el problema de salud (principalmente encaminado a modificar los estilos de vida relacionados) y el propio Plan Integral. Por otra parte, habrán de diseñarse mensajes y estrategias dirigidas hacia la población "diana" que ya se encuentra afectada por el problema de salud en cuestión.

En todos los casos habrá que tener en cuenta la heterogeneidad de la población destinataria. Por ello, el plan de comunicación deberá

Para que la comunicación cumpla su función y la planificación pueda ser ejecutada, es necesario que se apruebe y se asuma una estrategia consensuada de comunicación, con el compromiso de respetarla y respaldarla

diversificar y adecuar los formatos y contenidos de los mensajes, así como los canales de difusión, a los diversos grupos poblacionales.

Objetivos:

- Responder a las demandas de información de la ciudadanía, personas usuarias, grupos sociales, medios de comunicación.
- Dar a conocer el problema de salud y los logros, actividad, indicadores de calidad, profesionales y medios al alcance de la organización sanitaria para afrontarlo.
- Integrar la organización sanitaria en la comunidad, que la ciudadanía la vea cercana y accesible.
- Responder al objetivo de transparencia siendo una organización que escucha, responde y proyecta credibilidad.

Acciones:

- Potenciar en los medios de comunicación la imagen de una organización moderna, de calidad y eficiente, orientada a la ciudadanía.
- Potenciar la imagen de prestigio de sus profesionales.

El ámbito externo de la comunicación del Plan Integral debe hacer hincapié en la prevención, la promoción de la salud y la detección precoz, para lograr que:

- Sea concebida en positivo como ligada al grado de bienestar de los individuos y no sólo en negativo como sinónimo de carencia o enfermedad.
- Conocer y respetar diversas concepciones del bien salud en culturas que actualmente conviven en sociedades complejas.
- Conocer y valorar las posibilidades y los límites de las actividades sanitarias tradicionales para elevar el nivel de salud.
- Relacionar las ciencias de la salud con la vida y los problemas diarios, así como los códigos lingüísticos en que se expresan estas ciencias y problemas.

Consideraciones:

- Asimismo, se deberá considerar el hecho de que los mensajes sobre los cuidados y la salud son reinterpretados de forma diferente en los individuos de las distintas capas sociales, en función de sus valores, creencias, limitaciones y expectativas⁷¹, lo que obliga a considerar la necesidad de intensificar los esfuerzos en el abordaje de los sectores menos favorecidos de la población, menos permeables, en general, a los mensajes sanitarios y con más dificultades para la accesibilidad a la información.
- Por tanto, se precisa conocer una serie de características de los públicos destinatarios de la información, ya que ello va a condicionar el mensaje y los canales a utilizar⁷². Así, variables de tipo cuantitativo (número de personas que componen el conjunto de la población diana por segmentos, por ubicación geográfica, etc.) pueden condicionar los canales a utilizar. Y las variables cualitativas (como el sexo, las franjas de edad, la clase social, el nivel educativo, la precedencia, etc.) deberán tenerse en cuenta a la hora de seleccionar los mensajes y la forma de transmitirlos.

b. La comunicación interna.

Definición:

La comunicación interna busca favorecer la implicación de profesionales en las estrategias promovidas por cada uno de los Planes. Además, debe servir como instrumento para la información y la mejora del conocimiento de la organización, de sus logros y actividades, así como redundar en un mejor servicio y más altas cotas de satisfacción.

Objetivos:

- Difundir entre el personal, en tiempo y forma, los planes y las acciones a poner en marcha para alcanzar sus metas y objetivos.
- Involucrar al personal en dichos planes y acciones desde el principio, explicando a cada cual el qué, cómo y porqué se tienen que hacer las cosas.

**La
comunicación
interna
busca
favorecer la
implicación
de
profesionales
en las
estrategias
promovidas
por cada
uno de los
Planes**

- Unificar criterios entre el personal sobre los modos de actuación.
- Establecer y/ o reforzar las bases sobre las que se sustentan los métodos de trabajo.
- Encauzar los esfuerzos del personal hacia un mismo fin.
- Resaltar la importancia que tiene para el alcance de los objetivos la labor cotidiana de cada persona trabajadora.
- Facilitar la aceptación de lo que se tiene que hacer y la forma en qué se hará.
- Crear conciencia de que nuestro trabajo es una labor de equipo.
- Hacer partícipes a la totalidad de personas involucradas de los resultados obtenidos.

El ámbito interno de la comunicación del Plan Integral debe favorecer el proceso de implantación del programa con un propósito claro:

- Transmitir los objetivos, prioridades y cronograma.
- Informar sobre los recursos específicos.
- Promocionar los planes de formación.
- Conseguir la implicación de las y los profesionales.

Consideraciones:

En su planificación no hay que olvidar las expectativas profesionales, teniendo en cuenta siempre la posible existencia de reivindicaciones de colectivos específicos que, en un determinado momento, pueden hacer que el mensaje se reciba de forma distorsionada.

- Para los diversos grupos profesionales, la comunicación va encaminada a ser un instrumento de apoyo a sus necesidades, favoreciendo el conocimiento y la motivación y contribuyendo a la optimización del clima laboral.

- Lo importante aquí son las personas y, por tanto, no se trata sólo de informar para ponerlas en relación con los acontecimientos, sino de comunicar y relacionar a las personas entre sí, creando comunidad. De este modo se busca influir positivamente en el cambio de actitudes, en el lenguaje, los comportamientos y en definitiva, la cultura de la organización.

c. Comunicación externa-interna.

Se debe cuidar especialmente la comunicación con las personas afectadas, con sus asociaciones, así como con las sociedades científicas, ya que constituyen población mixta (interna/externa): las primeras por su alto grado de conocimiento del problema de salud y del funcionamiento del SSPA, con una gran sensibilización e implicación emocional^{73,74}, las segundas, por su labor a la hora de incidir en la percepción de los mensajes.

Qué. El contenido de la información que, según el tipo de público destinatario hacia el que nos dirigimos, puede tener diferentes características. No obstante, hay que considerar que los mensajes institucionales deben tener, en líneas generales, carácter informativo, sin olvidar el aspecto promocional. Los mensajes de carácter técnico serán, en mayor medida, informativos y promocionales.

Para qué. Del análisis de la situación, realizada previamente dentro del Plan Integral, se desprende la percepción del problema y de las oportunidades de mejora y, por ende, de la formulación de objetivos, se establece el mensaje que se aspira a transmitir. En conclusión, los objetivos del Plan Integral ayudan a definir la finalidad de la comunicación.

Cómo. Definir las acciones tanto de comunicación interna como externa, utilizando las relaciones que, con carácter dinámico y bidireccional, pueden contribuir a transformar la imagen percibida actualmente sobre el problema de salud a la imagen ideal a la que se aspira a llegar.

Dónde. Hay que conocer nuestro repertorio de comunicación: herramientas, espacios y canales de difusión que la organización puede poner a nuestra disposición para iniciar acciones de comunicación internas y externas. Este catálogo de iniciativas puede clasificarse, además, según criterios de idoneidad para cada tipo de mensaje.

En este aspecto hay que considerar también la aplicación de Nuevas Tecnologías y Sistemas de Información en la relación con las poblaciones usuarias.

Cuándo. Dada la amplia vigencia de los Planes Integrales, decidir un *calendario de comunicación por períodos anuales* sirve de ayuda para:

- Perfilar los grupos destinatarios según la evolución de la implantación del Plan.
- Definir los mensajes adaptados a situaciones concretas.
- Beneficiarse de nuevos canales y herramientas que surjan a lo largo del desarrollo del plan.
- Incluir instrumentos de control y seguimiento de la repercusión en la población-destino.

Estas premisas deberían considerarse de forma transversal al desarrollar la estrategia de comunicación de un Plan Integral, teniendo en cuenta que influyen tanto en las “líneas-macro” de comunicación (permanentes) como en las “acciones-micro” (puntuales).

Instrumentos de control. Elaborar un cronograma por períodos trimestrales o semestrales sirve de ayuda para chequear el cumplimiento de las acciones de comunicación emprendidas.

**Se debe
cuidar
especialmente
la comunicación
con las
personas
afectadas,
con sus
asociaciones,
así como con
las sociedades
científicas,
ya que
constituyen
población
mixta**

POBLACIÓN, OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES EN COMUNICACIÓN DE PPII

POBLACIÓN	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	ACCIONES*
Profesionales (procedentes de distintos sectores)	Dar a conocer los objetivos del Plan Integral, sus principales líneas de acción y actividades más relevantes. Propiciar la implicación de los actores profesionales. Implicar a colectivos profesionales ajenos a la organización sanitaria. Motivación e información para la toma de decisiones y participación en el Plan.	Desarrollar campañas de promoción de los contenidos del Plan Integral. Fomentar la participación de los agentes profesionales a través de canales de comunicación interna. Desarrollar estrategias pro-activas para el cambio de mentalidad ante el problema de salud. Implementación de nuevas habilidades y aptitudes de comunicación sobre el problema que aborda el Plan Integral. Estrategia de transparencia informativa sobre el desarrollo del Plan Integral. Facilitar información sobre el desarrollo, ejecución y seguimiento del Plan.	Divulgación de los manuales de gestión por procesos asistenciales. Difusión de la normativa relacionada con el Plan Integral mediante las NTI disponibles en los organismos profesionales. Establecer líneas de comunicación con profesionales (vía fax, correo-e, foro interactivo o buzón de sugerencias en web). Coordinación con cursos de formación. Balances periódicos sobre la implantación del Plan Integral remitidos por correo-e a los agentes responsables de la coordinación del Plan en sus respectivas áreas.

TABLA 30: sigue en la página 137



TABLA 30: viene de la página 136

Poblaciones afectadas y grupos de riesgo	Aumentar el conocimiento sobre el problema de salud. Implicar en su tratamiento y seguimiento. Informar a familiares para conseguir su sensibilización hacia el problema. Facilitar la accesibilidad a la información.	Divulgación de las estrategias, recursos y oportunidades de mejora del problema de salud. Establecer acciones conjuntas con el tejido asociativo para lograr su implicación en la implantación efectiva del Plan Integral. Elaboración del mapa de necesidades en cuanto a información por parte de los personas afectadas y familiares. Proporcionar instrumentos adaptados a las TIC para el acceso a la información.	Difusión de información específica a través de los canales propios de las asociaciones de personas afectadas y grupos de riesgo. Elaboración directorio de contactos en coordinación con áreas de Promoción y Participación Social. Edición de soportes explicativos del proceso de la enfermedad desde la perspectiva de la persona afectada y sus familiares. Apoyo a las campañas de divulgación de las asociaciones en el ámbito local (colaboración, líneas de subvenciones que incidan en la aplicación de la normativa). Promocionar el empleo de las TIC para la amplificación de los mensajes en sus respectivos canales. Coordinación con las áreas de Innovación y Tecnología.
--	--	---	--

TABLA 30: sigue en la página 138





TABLA 30: viene de la página 135

Población general	Sensibilizar sobre la importancia del problema de salud y sus repercusiones. Incidir en la prevención del problema de salud e informar sobre los factores de riesgo. Favorecer el cambio en la percepción del problema de salud.	Hacer accesible la información sobre el problema de salud a la ciudadanía. Ampliar el conocimiento sobre la enfermedad mediante campañas de información. Fomentar el espíritu crítico de la población y la construcción de una "opinión" contrastada.	Utilizar los canales de comunicación profesional con las personas usuarias: en AP y AE. Diversificar campañas de información según públicos-objetivo (edición de soportes informativos/divulgativos en formato texto y audiovisual y para su descarga en página web y móvil).
Medios de comunicación social	Mejorar la imagen pública del problema de salud en la prensa general y los medios especializados. Implicar a profesionales de los medios de comunicación en la difusión de los mensajes del Plan Integral. Dar respuesta a las demandas informativas coyunturales y estructurales.	Crear plataformas de comunicación directa entre el sector especializado. Fomentar el conocimiento de las necesidades de ambos colectivos. Definir los medios adecuados a cada momento para la difusión de la información.	Creación de directorio de contactos con medios de comunicación especializados. (conexión a través de Gabinete de Comunicación). Establecer contactos continuados y permanentes. Calendarización de las prioridades informativas según necesidades coyunturales. Atención puntual a las peticiones de información: definir argumentos y escenarios para situaciones de "demanda" mayor. Editar herramientas de soporte a la comunicación: notas, comunicados, dossier, que sirvan de apoyo a la promoción de los mensajes.

TABLA 30: sigue en la página 139 



TABLA 30: viene de la página 138

Agentes sociales Asociaciones de consumidoras y consumidores y colectivos vecinales y sociales	Captar su colaboración como agentes intermediarios de la comunicación entre equipos gestores del Plan, población general, profesionales, personas afectadas y poblaciones de riesgo. Fomentar la implicación de los agentes sociales. Aprovechar su conocimiento sobre la población usuaria -sus problemas e intereses- para facilitar la llegada del mensaje.	Colaborar en la creación de un estado de opinión. Difundir información real sobre el problema, previniendo la aparición de rumores y falsos datos. Conseguir que las personas usuarias sientan que reciben información de primera mano. Tener en cuenta la opinión de las y los consumidores para elaborar futuras campañas informativas.	Creación de una agenda de contactos con las diferentes asociaciones de consumidoras y consumidores, así como colectivos vecinales y sociales de las distintas zonas. Celebración de jornadas o encuentros puntuales con una agenda ya definida.
---	---	---	---

* Las acciones de comunicación no tienen por qué corresponderse de forma literal con las estrategias de comunicación y además no es necesario emprenderlas todas, una por una, ni al mismo tiempo. Lo ideal es establecer las estrategias y las acciones sobre un calendario de periodicidad variable (anual, semestral, trimestral, mensual...)



ABREVIATURAS

APVP: Años Potenciales de Vida Perdidos

CS: Consejería de Salud (referida a la Consejería de Salud de Andalucía)

MIPSE: Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAFAE: Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada

PAI: Procesos Asistenciales Integrados

PAS: Plan Andaluz de Salud (III PAS: Tercer Plan Andaluz de Salud)

PI: Plan Integral (referido a los Planes Integrales de Salud de Andalucía)

PITA: Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía

PPII: Planes Integrales (referido a los Planes Integrales de Salud de Andalucía)

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SP: Salud Pública

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

ZNTS: Zonas con Necesidades de Transformación Social

DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE num. 128 de 29 de mayo de 2003. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf
2. Consejería de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=institucional_PAS
3. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2002. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/especiales/plan%20oncologico/oncologia.pdf>
4. Consejería de Salud. II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2007. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_oncologia/plan_oncologia?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_oncologia/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_oncologia/plan_oncologia
5. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/i_plan_salud_mental?perfil=ciud
6. Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2008. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/II_plan_salud_mental/II_plan_salud_mental?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/II_plan_salud_mental/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/II_plan_salud_mental/II_plan_salud_mental

7. Consejería de Salud. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_integral_diabetes_antiguo?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_integral_diabetes_antiguo
8. Consejería de Salud. II Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2009. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_diabetes/pidma2.pdf
9. Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan%20Cardiopatias.pdf>
10. Consejería de Salud. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_tabaquismo/plan_integral_tabaquismo
11. Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad de Andalucía 2006-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_accidentabilidad/plan_accidentabilidad
12. Consejería de Salud. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad
13. Consejería de Salud. Caminando hacia la Excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/II_plan_calidad/II_Plan_de_calidad
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Plan Director de Oncologia en Catalunya: 2001-2004. Institut Català d'Oncologia; 2001. Disponible en: http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/67608AEC-1145-4F17-9106-5BEFD316BFCB/223/Plan_Director_de_Oncologia_de_Catalu%C3%B1a.pdf

15. Consellería de Sanidad. Plan Oncológico de Galicia 2002-2005. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad; 2002
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: http://www.sediabetes.org/documentos/noticias/estrategia_en_diabetes_del_sistema_nacional_de_salud_2007.pdf
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
18. National Board of Health. National Cancer Plan II. Denmark. Copenhagen: National Board of Health; 2005
19. Department of Health del Reino Unido. El Plan de Cáncer del NHS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002
20. Jovell Fernández AJ. Avanzando hacia una sanidad mejor: decisiones fundamentadas en la evidencia científica. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 1997; 20(2). En línea: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n2/colab.html> [consultado: 23/12/2008]
21. Ortegón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Julio 2005. Disponible en: [http://www.fcs.edu.uy/enz/ desarrollo/modulodes/archivos/tecnicapestrategica/Ortegon%20et%20al%20-%20\[consulta:13/01/2009\]](http://www.fcs.edu.uy/enz/ desarrollo/modulodes/archivos/tecnicapestrategica/Ortegon%20et%20al%20-%20[consulta:13/01/2009])
22. Haugland C, Gjøs T, Hagen S, Ronning A, Samset K, Sletten E, Stoll I, Strand A. Enfoque del Marco Lógico como herramienta para planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos. Septiembre 1992. Disponible en: <http://www.ucm.es/cont/descargas/documento19154.pdf> [consulta: 13/01/2009]
23. Gispert R, Tresserras R. De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo. Gac Sanit 2001; 15 (4): 291-293 Disponible en: http://www.planificacionsanitaria.com/articulos/ArtRosaGispert_RicardTresserras.pdf [consulta: 24/02/2009]
24. Morales Ascencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos F, Morilla Herrera JC. Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev Esp Salud Publica 2008; 82: 5-20 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n1/colaboracion1.pdf> [consultado: 23/12/2008]

25. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting framework. Disponible en: http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/grading_evidence.pdf [consulta: 27/12/2008]
26. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> [consulta: 27/12/2008]
27. Marzo Castillejo M, Viana Zulaica C. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. Guías Clínicas 2007;7 supl 1:6 Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1978,14856 [consulta: 23/12/2008]
28. Olmos ME, Sánchez R, Venegas MA. Los consensos de expertos: una metodología útil en la toma de decisiones en salud. Rev Colomb Cancerol 2006; 10 (1): 50-60
29. Pons JMV, Castells X. Conocimiento, evaluación y práctica: introducción a una serie de artículos sobre evaluación de tecnologías médicas. Gac Sanit 2003; 17(5). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500012 [consulta: 27/12/2008]
30. National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health Programme Guidance. Behaviour change. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH6/Guidance/doc/English> [consulta: 27/12/2008]
31. National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health Programme Guidance. Community engagement: guidance. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH009GuidanceWord.doc> [consulta: 27/12/2008]
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health Programme Guidance. Maternal and child nutrition: guidance. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH011guidanceword.doc> [consulta: 27/12/2008]
33. Asua Batarrita J. Entre el consenso y la evidencia científica. Gac Sanit 2005; 19 (1): 65-70 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112005000100013&script=sci_arttext&tlng=pt [consulta: 23/12/2008]
34. Lorenzo S, Mira J. La Técnica Delphi de investigación cualitativa. Disponible en: <http://www.aecirujanos.es/secciones/gestiondecalidad/cap4.pdf> [consultado el 3/01/09]
35. Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. Cienc. Enferm. 2008; 14(1): 9-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000100002&script=sci_arttext&tlng=es

36. Fitch K, Bernstein S, Aguilar M, Burnand B, la Calle J, Lázaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader J, Kahan JP. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Disponible en: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/index.html [consulta: 23/12/2008]
37. Dobbie A, Rhodes M, Tysinger J, Freeman J. Using a modified nominal group as a curriculum evaluation tool. *Fam med*, 2004; 36 (6): 402-6
38. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13 (4): 312-9
39. Peiró, S. Portella, E. El grupo nominal en el entorno sanitario. *Quaderns Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública* 1994; 1: 5-29
40. RSC: The Academies of Arts, Humanities and Sciences of Canada. Expert Panels. Disponible en: http://www.rsc.ca/index.php?page=expert_panels_since1995&lang_id=1&page_id=133 [consulta:29/12/2008]
41. National Institute of Health. Consensus Development Program. Disponible en: <http://consensus.nih.gov/aboutCDP.htm> [consulta: 23/12/2008]
42. Campbell S, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*, 2003; 326: 816-9
43. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Descripción de Iniciativas de Participación Ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/contenidos/aetsa/pdf/participación_ciudadana [consulta: 27/12/2008]
44. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:276-279. En línea: http://www.secalidad.org/revista/articulos/2001_mayo/r-16-4-008.pdf [consultado el 3/01/09]
45. Comisión Europea. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores. Foro Europeo sobre Política Sanitaria. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/health_forum/hforum_intro_es.pdf [consulta:28/12/2008]
46. National Health Service. Commission for Patient and Public Involvement in Health. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH_4031635 [consulta:28/12/2008]

47. Díez E y Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):158-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v18s1/04intervenciones.pdf> [consulta:23/03/2009]
48. Health 21. The health for all policy framework for the WHO region. Copenhagen: World Health Organization, 1999.
49. Oficina regional Europea de la OMS. Programa de Mainstreaming de Género. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. Declaración de Madrid, 2002. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf> [consulta:14/01/2008]
50. Amo Alfonso M. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2008. ISBN: 978-84-691-7409-8. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=plan_genero
51. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intervention guidance on workplace health promotion with reference to physical activity. Mayo 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH13> [consulta: 16/01/2009]
52. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Effectiveness of mental health promotion interventions: A review. Junio 1997. Disponible en: http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/effectiveness_of_mental_health_promotion_interventions_a_review.jsp [consulta: 16/01/2009]
53. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Workplace interventions to promote smoking cessation. Abril 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH5> [consulta: 16/01/2009]
54. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population. Julio 1997. Disponible en: http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/health_promotion_interventions_to_promote_healthy_eating_in_the_general_population.jsp [consulta: 16/01/2009]
55. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Sexual health in cyberspace: Overcoming the obstacles to promoting sexual health on the Internet. Junio 1998. Disponible en: http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/sexual_health_in_cyberspace_overcoming_the_obstacles_to_promoting_sexual_health_on_the_internet.jsp [consulta: 16/01/2009]

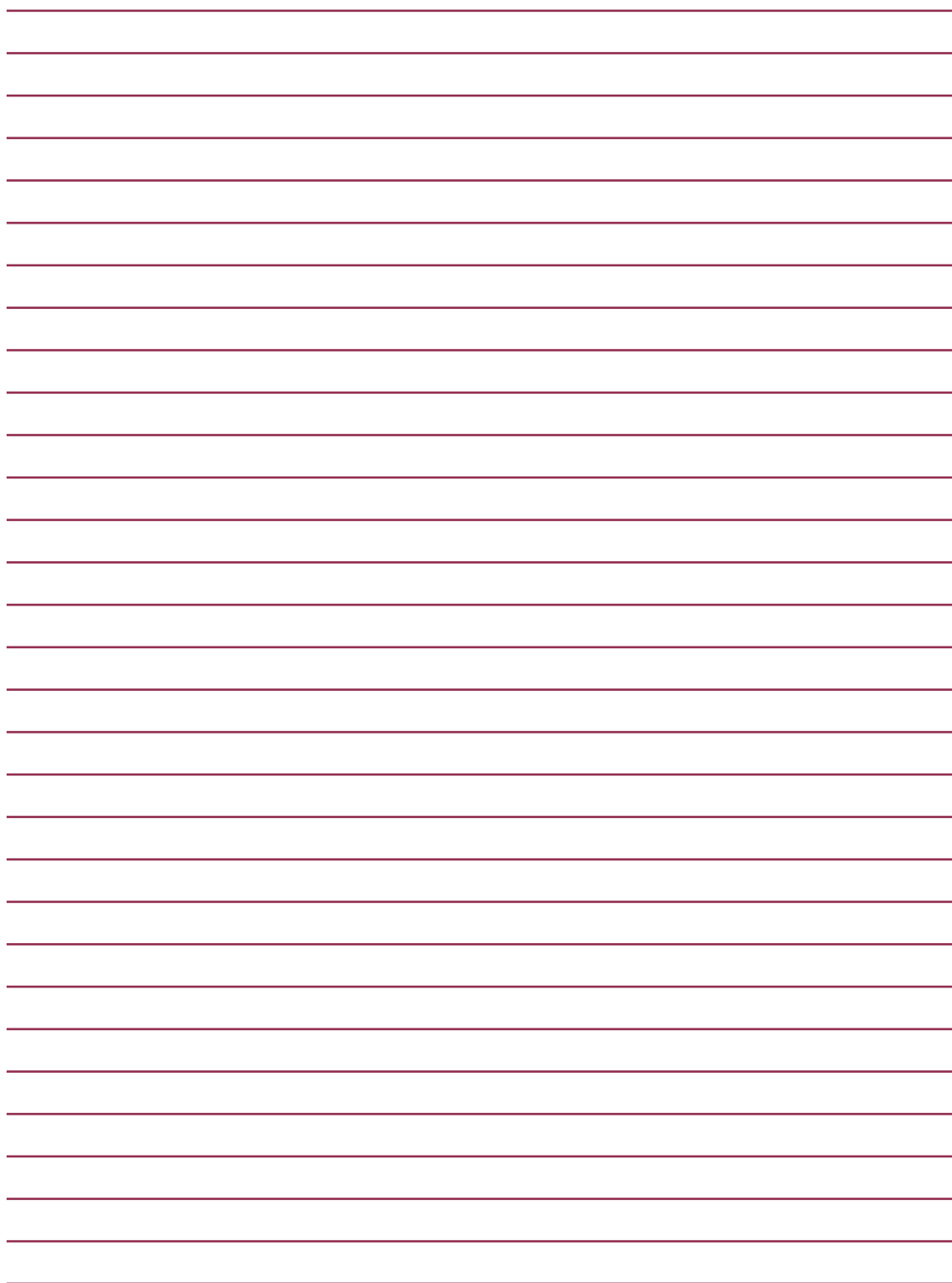
56. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Oral health promotion: A guide to effective working in pre-school settings. Junio 1999. Disponible en: http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/oral_health_promotion_a_guide_to_effective_working_in_preschool_settings.jsp [consulta: 16/01/2009]
57. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: A review. Junio 1998. Disponible en: http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/effectiveness_of_health_promotion_interventions_in_the_workplace_a_review.jsp [consulta: 16/01/2009]
58. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guidance by topic. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/Topic> [consulta: 16/01/2009]
59. Arévalo López JM. Plataforma de Usuarios/as de Andalucía. La perspectiva de los usuarios/as en el enfoque de la recuperación. Octubre 2008. Disponible en: http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion/Jose_Manuel_Arevalo.pdf [consulta: 16/01/2009]
60. Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec01.htm> [consulta: 28/12/2008]
61. Beck T, Burchanan-Smith M. Joint evaluation coming of age? The quality and future scope of joint evaluations [En línea] <http://www.alnap.org/publications/7RHA/Ch3.pdf> [consulta 19/11/2008]
62. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting framework. Disponible en: http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/grading_evidence.pdf [consulta: 27/12/2008]
63. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> [consulta: 27/12/2008]
64. Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados. Evaluation and Aid Effectiveness N°6. OECD-DAC. Paris. (2002) Disponible en: <http://webnet1.oecd.org/pdf/M00030000/M00030075.pdf> [consulta: 31/01/2009]
65. Natalia Yavich. Evaluación de políticas y programas de Salud. Disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/clase%20evaluacion%20format.ppt> [consulta: 31/01/2009]
66. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: A Systematic Approach, 6th edition. Thousand Oaks: Sage, 1999. Citado en Eiliana Montero Rojas: Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica Volumen 1, número 2, artículo 6 Enero - junio, 2004. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/download.php> [consulta: 31/01/2009]

67. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966; 44: 166-206.
68. Consejería de Salud. Vigilancia del cáncer en Andalucía. Evaluación de resultados de Salud Pública. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/vigilanciaepi/herramientas/libro_cancer1.pdf [consulta: 20/03/2009]
69. Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud de Perú. Guía metodológica. Comunicación estratégica en Salud Pública. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
70. 69 Corcoran N. *Communicating health: strategies for health promotion*. Los Ángeles (USA): SAGE, 2007. ISBN 1412924030, 9781412924030
71. Forero Santos JA. El marketing social como estrategia de promoción de la salud. En: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol%207/El%20Marketing%20Social%20Como%20Estrategia%20para%20la%20Promoci%C3%B3n%20de.pdf> [consulta: 29/06/2009]
72. Martín Criado E, Moreno Pestaña JL. Conflictos sobre lo sano. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.
73. Domínguez-Nogueira C; Expósito-Hernández J, García-Wiedemann E. Análisis de la calidad de los documentos informativos destinados a pacientes con cáncer. En: *Revista Calidad Asistencial* 2005; 20(5): 377-384. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13081931&pident_usuario=0&pident_revista=256&fichero=256v20n07a13081931pdf001.pdf&ty=89&accion=L&origen=instituciones&web=www.elsevierinsituciones.com&lan=es [consulta: 29/06/2009]
74. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Pacientes con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud mental y medios de comunicación. Manual para Entidades. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/BF7CFD37-0F12-4B18-A2FE-FB8C850BDB20/22716/GuademediosManualparaentidades.pdf> [consulta: 29/06/2009]
75. Fernández Iglesias JL. Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006. Disponible en: http://estudiantes.umh.es/discapacitados/documentos/medios_comunicacion.pdf [consulta: 29/06/2009]



NOTAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



JUNTA DE ANDALUCÍA