

---

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

### ***Criteria for drawing up the Navarra Health Plan 2001-2005***

---

**J.J. Viñes**

---

#### **CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN**

Una de las responsabilidades de la función pública sanitaria consiste en el establecimiento de orientaciones, fines y objetivos a los que deben tender las acciones sanitarias y los recursos aportados de todo carácter. De este modo, la planificación que acoge el conjunto de acciones que tienden a la consecución ordenada de los fines propuestos, contribuye a satisfacer el derecho a las prestaciones sanitarias y, en consecuencia, a alcanzar el mejor estado de salud posible; entendido éste como la mejor capacidad de funcionamiento de las personas, y en modo alguno como la ausencia de la enfermedad.

La intensidad y nivel de acción planificadora depende del Modelo Sanitario que se haya adoptado, siendo al efecto inexistente en modelos de corte liberal, en tanto que en los modelos de mayor socialización y, en consecuencia, de mayor intervención pública, los niveles de planificación pueden alcanzar a cualquier actividad técnica, administrativa o económica en el campo de la Sanidad. De este modo, el Sistema Sanitario de Navarra, como consecuencia y formando parte del Sistema Nacional de Salud derivado de la Ley General de Sanidad de 1986, adopta un modelo sanitario altamente publicado, al que se le exige tanto por la

norma anteriormente citada, como por la Ley Foral de Salud 10/1990, el establecimiento de un Plan que oriente las actividades del conjunto del Sistema y cuyo Plan, sumado a los planes de otras Comunidades Autónomas y a los planes del Ministerio, constituye el Plan Integrado de Salud.

Este mandato legal trajo como consecuencia el que las distintas Comunidades Autónomas y, en consecuencia, sus servicios regionales de salud, iniciaran un proceso a final de los años 80 para confeccionar los planes de salud que estuvieron a su vez orientados por las estrategias, objetivos y directrices de la Oficina Regional para Europa de la OMS, propuestas en 1985, las que a su vez fueron inspiradas en la Declaración sobre Atención Primaria de Salud en la Conferencia celebrada en Alma-Ata en 1978.

Debe señalarse que tales planes de salud fueron abordados en España en un momento de transformación de su organización sanitaria, consistente en la asunción de competencias por parte de algunas de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria y, en consecuencia, de la responsabilidad por parte de los gobiernos regionales de la elaboración de sus propios planes de salud. En esos momentos (finales de los años 80), algunas comunidades asumían, además, la organización y

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 3): 9-25.

Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

#### **Correspondencia:**

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

gestión de los recursos asistenciales, y no sólo los derivados del ejercicio de la función pública sanitaria de la planificación. Si además tenemos en cuenta que la Organización Mundial de la Salud no puede, por su propia naturaleza, abordar objetivos tácticos u operacionales, los planes de salud formulados por las CC.AA. en esa época tuvieron la característica de estar orientados a objetivos de salud, dentro de un esquema de determinantes, derivado de una concepción ecológica de la salud asumida por la OMS en la estrategia de Salud para Todos en el año 2000. Las orientaciones resultantes, lo eran de carácter genérico, planteando objetivos deseables pero poco fundamentados en análisis locales, sin comprometer en acciones o estrategias concretas a los servicios sanitarios asistenciales.

### **EL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 1991-2000**

En Navarra el Plan de Salud fue elaborado con estos planteamientos generales, y con anterioridad a la transferencia de los servicios sanitarios asistenciales del Instituto Nacional de la Salud. En aquella época el Departamento de Salud ejerció sus competencias como función pública (planificación sanitaria) elaborando y aprobando un Plan de Salud que respondiendo al esquema antes señalado, establecía objetivos finalistas en salud y objetivos instrumentales en las principales estrategias establecidas. No cabe duda, que la no asunción de las transferencias sanitarias durante el periodo de elaboración del Plan influyó en el carácter y naturaleza de los objetivos enunciados en el Plan. Además de este ámbito competencial limitado, el Plan de Salud de Navarra, siguiendo las orientaciones de la OMS y sus directrices, fue dirigido a conseguir como visión política: la equidad en el Sistema Sanitario; a añadir vida a los años; a añadir salud a la vida; y a añadir años a la vida. Para su consecución se plantearon unas estrategias de: promover hábitos de vida saludables; reducir las situaciones medioambientales evitables y mejorar el sistema de cuidados en base a la atención primaria; esto es avanzar hacia la universalización y hacia objetivos de

salud poblacional en una concepción holística y multisectorial.

Estos objetivos de carácter finalista con pocas especificaciones que orientaran y obligaran al Sistema Sanitario Asistencial, se han mantenido por un período de 10 años, al cabo de los cuales, puede analizarse el nivel o el grado de acierto en su formulación ([www.cfnavarra.es/docencia.investigacion/](http://www.cfnavarra.es/docencia.investigacion/)); pero que en su conjunto resulta difícil en este tipo de planificación, el valorar si el cumplimiento de objetivos se ha debido a la formulación del Plan, o más bien a la coincidencia entre los objetivos propuestos y los alcanzados.

En Navarra, al igual que en la gran mayoría de las CC.AA., los planes de salud han aportado un análisis de la situación en salud de sus respectivas comunidades y han identificado o establecido áreas de intervención prioritaria. En consecuencia se han enunciado objetivos, coherentes con la situación y con los medios disponibles. Pero a continuación, la inmensa mayoría de planes de salud no han pasado a la consideración de los responsables de las diferentes etapas de planificación, de forma que los enunciados estratégicos en salud no se han acompañado de la instrumentación u operativización necesaria. Así, las instituciones sanitarias y sus profesionales y las estructuras de gestión de los sistemas sanitarios han actuado de forma independiente a lo comprometido en el Plan de Salud; y en consecuencia, han expresado el ideario en políticas sanitarias de los departamentos de salud correspondientes, pero no se han sido capaces de transformar sus enunciados en acciones operativas en las estructuras sanitarias.

El Plan de Salud, tal como lo expresa la Ley Foral de Salud, debe ser expresión de la política intersectorial a desarrollar en la Comunidad Foral. El Plan de 1991 establecía objetivos y líneas de acción que necesariamente debían articularse con otros departamentos del Gobierno de Navarra. En este periodo de diez años la colaboración habida entre departamentos diferentes para temas de interés común ha sido bajo, y en casi ningún caso como consecuencia de necesidades o políticas recogidas en el Plan de Salud. La mayoría de

colaboraciones han sido consecuencia de las líneas de trabajo adoptadas en los años 80, como es el caso del trabajo conjunto con el Departamento de Educación y las coordinaciones con Bienestar Social, en el ámbito de la Salud Mental principalmente.

No obstante, y además de la aportación en calidad de análisis de situación, cabe identificarse resultados directamente vinculados al Plan de Salud de 1991. Entre ellos destacan:

- La línea de trabajo promovida en el contexto del desarrollo del apoyo social a las personas necesitadas. Identificación de las organizaciones informales relacionadas con la salud, promoción y ayuda a los grupos de autoayuda, y fomento del voluntariado.

- La línea de trabajo orientada a la articulación de actuaciones frente al principal problema de salud identificado en el Plan, la enfermedad cardiovascular. Entre otras consecuencias, los trabajos iniciados han llevado al establecimiento de una sistemática de trabajo de valoración del riesgo cardiovascular por parte de los profesionales de atención primaria.

- La realización de dos encuestas de salud, que ha permitido conocer la distribución de la salud y de los determinantes relacionados con las personas en nuestra comunidad al inicio del Plan en 1991, diez años después en el 2000.

## **LA SALUD DE LOS NAVARROS DIEZ AÑOS DESPUÉS**

En el balance realizado una vez transcurridos diez años de la aprobación del Plan de Salud de 1991, destacamos a la luz de los objetivos evaluados los siguientes aspectos:

- Un importante estancamiento en el tamaño de la población, con un proceso constante de envejecimiento. Los incrementos de los últimos años son atribuibles principalmente a población inmigrante.

- Los objetivos de equidad quedan parcialmente logrados en la medida en que en estos años, el sistema asistencial público ha quedado realmente accesible a toda la población, mediante la aprobación formal de procedimientos administrativos

que han habilitado el acceso a: población sin título jurídico para el acceso a la prestación y últimamente a la población inmigrante en Navarra.

- Una fuerte reducción de la mortalidad en todas las edades excepto en los adultos jóvenes de ambos sexos (25 a 35 años). Esta disminución se ha dado en todos los grupos de patologías que constituyen las 5 principales causas en cada sexo, con la única excepción de la mortalidad por tumores que presenta una tendencia ascendente constante en los hombres y estabilización en las mujeres.

- En la morbilidad, con la excepción de la difusión de la infección por el VIH, el resto de patología infecciosa ha sufrido una gran reducción de incidencia. Importantes reducciones en la incidencia de enfermedad bucodental en población infantil y en patologías prevenibles como el Síndrome de Down. Buena participación en los programas de prevención secundaria ofertados con buenos resultados parciales, destacando el programa de detección precoz del cáncer de mama y la incorporación de la detección de hipoacusias en recién nacidos.

- Fuerte desarrollo de la estructura asistencial tanto en atención primaria como en especializada, con estándares dotacionales altos, con una incipiente adecuación a las políticas de calidad basadas en el ciudadano.

- Importante nivel de gasto en el sector sanitario, con estancamiento en el indicador de participación del gasto sanitario en el PIB en los últimos 5 años (alrededor del 5,2%).

- Escasa cultura de la evaluación que, unido a la desigual disponibilidad de sistemas de información, limitan de forma importante la posibilidad de emitir juicios acerca de la efectividad en el uso de los recursos, de la calidad de las actuaciones, de la razonabilidad de los costes o de mejoras en desigualdad.

A pesar de las mejoras descritas, no permiten realizar atribución alguna como consecuencia del Plan de Salud, dada la falta de programas específicos que acometerían los principales problemas o que

desarrollaran operativamente los grandes objetivos en salud formulados en aquél.

Por el contrario, el importante desarrollo social y económico de nuestra comunidad en las últimas décadas y el contar con un sistema sanitario adecuado de tamaño, tanto en su aspecto asistencial como de salud pública, accesible para la población y bastante modernizado en cuanto a tecnología, explicarían en buena parte dichos avances.

Buena parte de los incumplimientos reflejados en la evaluación del Plan de Salud de 1991 son atribuibles a la inadecuada formulación de objetivos. En unos casos por tratarse de objetivos trasladados de otros escenarios internacionales sin conocer su realidad en nuestro medio; por carecer de información antes y ahora al respecto (véase información sobre incidencia de patologías); en otros casos porque las actuaciones desarrolladas en los años noventa nada tenían que ver con los enunciados realizados; y por la falta de realismo y exceso de voluntarismo teórico en las metas previstas en otros casos; y finalmente por la ausencia de instrumentos y recursos necesarios para su operatividad.

La situación del Sistema Sanitario en el año 2000 ha cambiado radicalmente respecto a las posibilidades de actuación en relación al año 1991.

En primer lugar, la integración en el Gobierno de Navarra de todos los recursos sanitarios referidos tanto a la Administración Sanitaria (dispositivos de salud pública, de protección y promoción de la salud), como a los recursos clínico-asistenciales públicos, a la capacidad normativa reguladora y, entre ésta, la cobertura sanitaria pública a toda la población de Navarra. Se añade a ello: la unidad de acción en un marco normativo propio compuesto por la Ley Foral de Salud; la integración de todos los servicios asistenciales de diverso origen en el Servicio Navarro de Salud; la homologación funcional de todos los recursos de personal; y la unidad de financiación pública presupuestaria. Esta plena publicación del Sistema Sanitario de Navarra, no sólo permite, sino que exige que las acciones que se desarrollen tengan un sentido de orientación armónica y coherente, siendo suscep-

tible y exigible que las instituciones de Navarra puedan adoptar un Plan, que siendo objetivable, pueda ser implantado, dirigido y evaluado en tanto se ajuste a la realidad de las necesidades y a la factibilidad en su aplicación, tanto por sus recursos como por sus planteamientos técnicos, económicos, humanos y sociales. Esta nueva configuración permite el planteamiento de objetivos más realistas y exigibles a los actores del Sistema Sanitario, si ellos mismos constatan la necesidad y conveniencia de seguir la senda marcada por los objetivos del Plan; siendo a tal efecto imprescindible la coincidencia de criterios e intereses entre los planificadores, los gestores y los profesionales encargados de la aplicación de los programas operativos.

#### **PLAN DE SALUD 2001-2005**

Por cuanto venimos exponiendo, el Plan de Salud 2001-2005 se presenta como más limitado en el tiempo y orientado no a objetivos de salud desde un punto de vista abstracto y deseable, sino a objetivos de cuidados de salud; y en la medida que estos se cumplimenten, tendrá como consecuencia la mejora del estado de salud individual y colectivo. El Plan de Salud 2001-2005 va a ser, en consecuencia, dirigido fundamentalmente a objetivos tácticos y exigibles de forma expresa a las diferentes piezas que componen el Sistema Sanitario, de acuerdo a las siguientes orientaciones: respeto a los valores políticos y sociales que configuran el modelo sanitario de Navarra; y que las acciones se dirijan en beneficio directo del ciudadano.

#### **Valores que lo informan**

Es evidente que el Plan de Salud no va a modificar los valores que informan el modelo sanitario de Navarra, sino que por el contrario, estos valores, en la medida que no estén suficientemente expresados, deberán potenciarse en cada uno de los objetivos que se vayan a plantear. De este modo, los logros ya alcanzados en la universalidad o en la equidad, deberán tener un avance cualitativo de acuerdo a las expectativas de las personas. Así mismo, valores que todavía están pendientes de alcanzar niveles deseables, como es la libertad de elección responsable

de centros y servicios sanitarios; o la exigencia de la efectividad en resultados medibles de salud; o la mejora en la calidad técnica y humana de las atenciones, van a estar presentes en el diseño de los objetivos.

Resulta difícil evaluar el grado en que estos valores se han alcanzado, pero deberá reconocerse la mejora constante de los mismos en la evaluación del Plan de Salud 1990-2000.

### Orientado al ciudadano

El Plan de Salud 2001-2005 va a plantear objetivos orientados al ciudadano, necesitado de asistencia y cuidados de salud, de tal manera que la mejora de los cuidados en los estados de enfermedad reconocida o reconocible, como también los cuidados en las situaciones de pérdida de función social va a permitir la mejora de los niveles de salud de la comunidad. Sólo si se mejoran los cuidados asistenciales y la gestión del proceso asistencial, tanto en base a los resultados finales de salud individual como en base a la calidad de los cuidados, se habrá alcanzado la satisfacción de las personas y el mejor nivel de salud real y percibida alcanzable.

El Plan de Salud debe hacer énfasis en la calidad asistencial entendida ésta tanto desde el punto de vista técnico, en razón a la medicina basada en la evidencia, como en el cuidado de la personalización de la atención humana.

El diseñar, en consecuencia, un Plan de Salud basado en objetivos de cuidados de la salud de las personas, lleva a la decisión de formular una planificación de segundo

y tercer nivel (Tabla 1); es decir, plantearnos no sólo qué deberíamos alcanzar como resultado deseable sino qué es lo que deseamos hacer en el período 2001-2005. Esto es, definir las áreas prioritarias de actuación, seleccionar las necesidades y formular lo que se va a hacer en el período, señalando objetivos para programas y proyectos concretos a implantarse en el período.

Esta orientación conduce, inexorablemente, una vez analizado el estado de situación, a la formulación de objetivos estratégicos a modo de Plan Director y, derivados de ellos, a definir objetivos tácticos en Programas definidos como actuaciones concretas y continuas de las áreas prioritarias elegidas.

### Características de la planificación

El carácter de la Planificación de cuidados va a diferir del formulado hasta ahora por las Comunidades Autónomas y, en consecuencia, al Plan de Salud de Navarra 1991-2000, en tanto éste era orientado a la Planificación de la Salud; esto es, dirigido a mejorar la salud colectiva con intervenciones sobre los determinantes de la salud, en tanto que el presente Plan de Salud se formula como planificación de cuidados asistenciales, dirigido a mejorar el rendimiento de los servicios, con el fin de mejorar la eficiencia de los servicios, interviniendo en la organización y gestión de los mismos; y a mejorar la efectividad de los actos médicos, interviniendo sobre los resultados que mejoren los niveles individuales de salud (Tabla 2).

**Tabla 1.** Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Propuesta de elaboración.

Fases de Planificación	
1. <sup>er</sup> Nivel	<i>Planificación política.</i> ¿Qué deberíamos hacer? Visión. Dirección en la que hay que supeditar todas las acciones Valores. Abstenerse de acciones contrarias.
2. <sup>o</sup> Nivel	<i>Planificación estratégica.</i> ¿Qué deseamos hacer? Fines. Prioridades. Selección de necesidades.
3. <sup>er</sup> Nivel	<i>Planificación táctica.</i> Lo que vamos a hacer Programas y proyectos.
4. <sup>o</sup> Nivel	<i>Planificación operativa.</i> ¿Cómo lo vamos a hacer? Actividades. Calendario. "Planes" de Gestión.

**Tabla 2.** Planificación sanitaria.

	<i>Fin o Misión</i>	<i>Intervenciones</i>
Planificación de Salud	Mejorar los niveles de salud colectiva	Sobre determinantes de salud
Planificación de cuidados o de atención sanitaria	- Mejorar el rendimiento de los servicios	
• Institucional	- Mejorar la eficiencia	Sobre organización y gestión de servicios
• Funcional	- Mejorar la efectividad	Sobre resultados clínicos
	Mejorar los niveles individuales de salud	

## Formulación del Plan estratégico

### *Lo que contempla; sus limitaciones*

Los objetivos estratégicos del Plan de Salud de Navarra 2001-2005 van a ser seleccionados con los siguientes criterios de inclusión. En primer lugar, se ha de actuar sobre las patologías que se van a entender como prioritarias por ser mayor su impacto social medido tanto por su morbilidad y mortalidad como, sobre todo, por el impacto individual y carga de sufrimiento de las personas, medido en años de esperanza de vida libre de incapacidad, y años de vida perdidos cuando la mortalidad es prematura. En segundo lugar, se van a considerar las posibilidades de actuación, teniendo en cuenta la efectividad de las acciones a realizar, la estructura asistencial y la posibilidad técnica de las actuaciones. En tercer lugar, al seleccionar las prioridades del Plan en áreas concretas de actuación, la formulación de los objetivos estratégicos va a eludir los indicadores de salud que se pretendan alcanzar, ya que al ser un Plan operativo que va a introducir las actividades consideradas de mayor efectividad, el resultado final que se obtenga será el máximo que pueda alcanzarse si los objetivos operativos del Plan y de carácter intermedio se han cumplido. De este modo si, de acuerdo a la medicina basada en la evidencia, se establece una guía clínica para el tratamiento del cáncer de colon y se evalúan y se cumplen los resultados intermedios, el resultado final

de la mejora en la supervivencia que se alcance será la consecuencia máxima factible y exigible.

En cuanto a los criterios de exclusión, debemos considerar en primer lugar que son ya muchos los logros alcanzados hasta el momento en la Sanidad de Navarra, tanto en resultados individuales como comunitarios, sobre los que no se va a insistir en el Plan; ya que éste ha de pretender impulsar aquellas acciones no realizadas o insuficientemente cubiertas que todavía permitan mejorar los resultados. De este modo, el Plan no se va a ocupar de temas que forman parte de manera satisfactoria del quehacer diario de los servicios y que no necesitan un nuevo impulso: es el caso de los programas ya implantados o en marcha, como son los sistemas de prevención de la enfermedades transmisibles; el control medioambiental con coberturas cercanas al 100%; ni del desarrollo de la red asistencial tanto en Atención primaria o especializada. En este sentido, el Plan 2001-2005 hará referencia solamente a los planes o programas en marcha y que se relacionen con las áreas prioritarias seleccionadas, de tal modo que sin nuevas formulaciones quedarán integrados en el Plan (Tabla 3). Así por ejemplo, el Plan contra el Tabaco se integrará con las acciones que formulen los programas de las enfermedades cardiovasculares y de las enfermedades oncológicas; y del mismo modo se integrará el Plan de Atenciones Sociosanitarias en los programas que lo requieran

**Tabla 3.** Programas que se integran en el Plan de Salud 2001-2005.

- 
- Prevención del cáncer de mama (detección precoz).
  - Detección precoz del cáncer de cérvix.
  - Valoración del riesgo cardiovascular.
  - Programa de asistencia al enfermo diabético en Atención Primaria de Salud.
  - Cesación del hábito tabáquico.
  - Plan Foral de drogodependencias.
  - Plan integral contra el tabaco.
  - Plan Foral de Atención sociosanitaria.
- 

*Otros programas no contemplados en el Plan de Salud 2001-2005.*

- Detección de metabopatías congénitas.
  - Detección precoz de hipoacusia congénita.
  - Vacunaciones.
  - Control y prevención del SIDA.
  - Control de tuberculosis.
  - Programa de Atención dental infantil.
  - Programa de diagnóstico prenatal.
  - Cartera de servicios de Atención Primaria.
- 

de entre las prioridades seleccionadas; o el Plan Foral sobre drogodependencias se contemplará sin nuevas formulaciones en el Área de Enfermedades mentales. En segundo lugar, se va a prescindir de los abordajes a grupos sociales vulnerables en su conjunto, de acuerdo a una atención personalizada y priorizando patologías y no grupos de riesgo, por cuanto que en el Sistema Sanitario Asistencial las necesidades se presentan y abordan de forma individual y no colectiva, descartando un abordaje intersectorial. El Plan no va a pretender impulsar aquellas acciones que no resultan prioritarias en un sistema sanitario y sociedad desarrollados, sin perjuicio de su continuidad en los niveles actuales satisfactorios; y en tercer lugar, no van a ser abordadas intervenciones que se escapan de la normal actuación y ámbito del sistema sanitario, aun reconociendo la importancia de los determinantes de la salud del entorno social en el resultado final del Estado de Salud.

### **LAS PRIORIDADES DEL PLAN**

Para la selección de las Áreas Prioritarias se van tener en cuenta los dispositivos de información de que se dispone. A tal efecto, pueden consultarse las siguientes publicaciones del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra: *Diagnóstico de Salud y formulación de programas*

*para 1986; La Salud en Cifras en Navarra, 1988; Informe Técnico nº 2, 1989; ¿Cómo estamos de salud? Encuesta Salud 1990-91, Departamento de Salud, 1993; Diagnóstico de Salud de Navarra 1993; Informe Técnico 11, 1995; La opinión pública y el Sistema Sanitario, 1999, ANALES Sis. San. Navarra, Monografía de Salud Pública y Administración Sanitaria nº 3; ¿Cómo estamos de salud? Encuesta de salud 2000 ([www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion](http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion)); Instituto de Salud Pública de Navarra, Informe 2000; Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo 1997. INSL, 1998; Referencia a Salud Laboral en los Convenios Colectivos de aplicación en Navarra, Años 1995-1998. INSL, 1999. Estas fuentes publicadas son suficientes para el conocimiento de la mayoría de los problemas de salud y para la evaluación de necesidades, a través de los sucesivos diagnósticos de salud que se vienen realizando en Navarra en los últimos lustros, a los que se añaden la disponibilidad de las estadísticas permanentes de vigilancia epidemiológica; de registros de enfermedades; de estadísticas vitales del INE y de propia elaboración; como también de las estadísticas asistenciales en el conjunto mínimo de bases de datos (CMBD) y de la determinación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRDs), y los indicadores de gestión en el Sistema de Información*

Sanitario de Navarra (SISNA) del Servicio Navarro de Salud.

Del análisis del impacto se han evaluado los criterios referentes a: incidencia, prevalencia, mortalidad, mortalidad prematura, los años potenciales de vida perdidos, la minusvalía generada, el sufrimiento indivi-

dual y familiar, las cargas familiares y sociales, el impacto social, y la eficacia y efectividad de las intervenciones disponibles, con el fin de establecer el escenario posible de actuación. Este análisis nos sitúa a las siguientes patologías como de intervención preferente (Tabla 4).

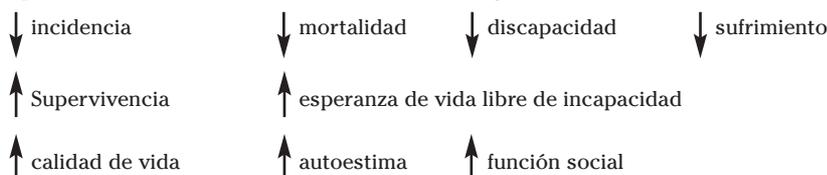
**Tabla 4.** Selección de prioridades.

Criterios	Patologías (Criterios de los que participan)
1. Alta incidencia	Cardio-cerebrovasculares
2. Alta prevalencia	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10
3. Alta mortalidad	Oncológicas
4. Mortalidad prematura	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10
5. APVP	Neurodegenerativas
6. Minusvalía	6, 7, 8, 9
7. Sufrimiento	Mentales
8. Cargas familiares y sociales	2, 6, 7, 8, 9
9. Impacto social	Accidentalidad
10. Eficacia y efectividad de intervención	1, 3, 4, 5, 6, 9, 10

Estas informaciones previas nos han llevado a constatar que los cinco grandes grupos de patología de mayor impacto y que son susceptibles de abordar como prioridades dentro de un Plan Director de carácter estratégico para mejorar la atención a las personas afectadas son:

- las enfermedades cardio y cerebrovasculares
- las enfermedades oncológicas
- las enfermedades neurodegenerativas
- las enfermedades mentales
- la accidentalidad

Los fines que se pretenden alcanzar en los citados grupos de patología prioritarios al intervenir en el proceso de enfermar de los enfermos, son los siguientes:



Los fines señalados se han de acomodar a cada una de la patologías según los conocimientos científicos y las posibilidades de actuación, ya que no en todas y cada una de las patologías se puede alcanzar todo el conjunto de los fines propuestos.

Este Plan de Salud de cuidados ha de formularse en cada una de las prioridades de acuerdo al Plan de Salud XXI de la Oficina Regional de Salud de la OMS, que formula fines y objetivos estratégicos orientados hacia la gestión de los servicios sanitarios con un "Cambio de enfoque: un

sector sanitario orientado hacia los resultados”, definiendo el “Objetivo 16º: gestionar para una atención sanitaria de calidad”, lo que exige orientar las acciones del Plan para obtener:

- Garantía de las mediciones de los resultados sanitarios como parte de la práctica cotidiana.
- Mayor énfasis en la medicina basada en la evidencia y en la evaluación de tecnologías.
- Aplicación más efectiva y eficiente de las intervenciones diagnósticas y curativas.
- Mejor calidad y coste/efectividad de la atención sanitaria.
- Mejor identificación de los elementos que funcionan; lo necesario de lo que no lo es; y reducir procedimientos, productos farmacéuticos y equipos innecesarios.

#### **ÁREAS DE INTERVENCIÓN FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL**

Una vez definidas las prioridades, el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 va a abordar los objetivos que se plantean para cada uno de los grupos de patologías seleccionadas. A este respecto, debemos considerar que la secuencia de las actuaciones sobre las patologías ha de respetar la historia natural de la enfermedad y, de este modo, el abordaje será completo y de forma continua, enhebradas en una actuación unitaria y programática de la que el enfermo será beneficiado, al contemplar “para su caso” los cuidados continuos. Al respecto utilizamos el esquema de Milos Jenicek que nos sitúa el mejor modo de comprensión del proceso de la enfermedad (Tabla 5), y nos permite sistematizar el proceso de planificación.

El abordaje de la Planificación para las diferentes patologías, siguiendo el esquema indicado, ha de ser el plantear las posibilidades de actuar en las diferentes fases sucesivas del proceso clínico, según posibilidades técnicas disponibles de intervención sobre:

- Incidencia de la enfermedad, a través de la Vigilancia epidemiológica y conocimiento de riesgos.

- Actuaciones en Prevención Primaria y Promoción de la Salud.

- Actividades de detección precoz de enfermedades diagnosticables.

- Asistencia clínica correcta de acuerdo a guías de práctica clínica.

- Intervención en fases de convalecencia y de rehabilitación.

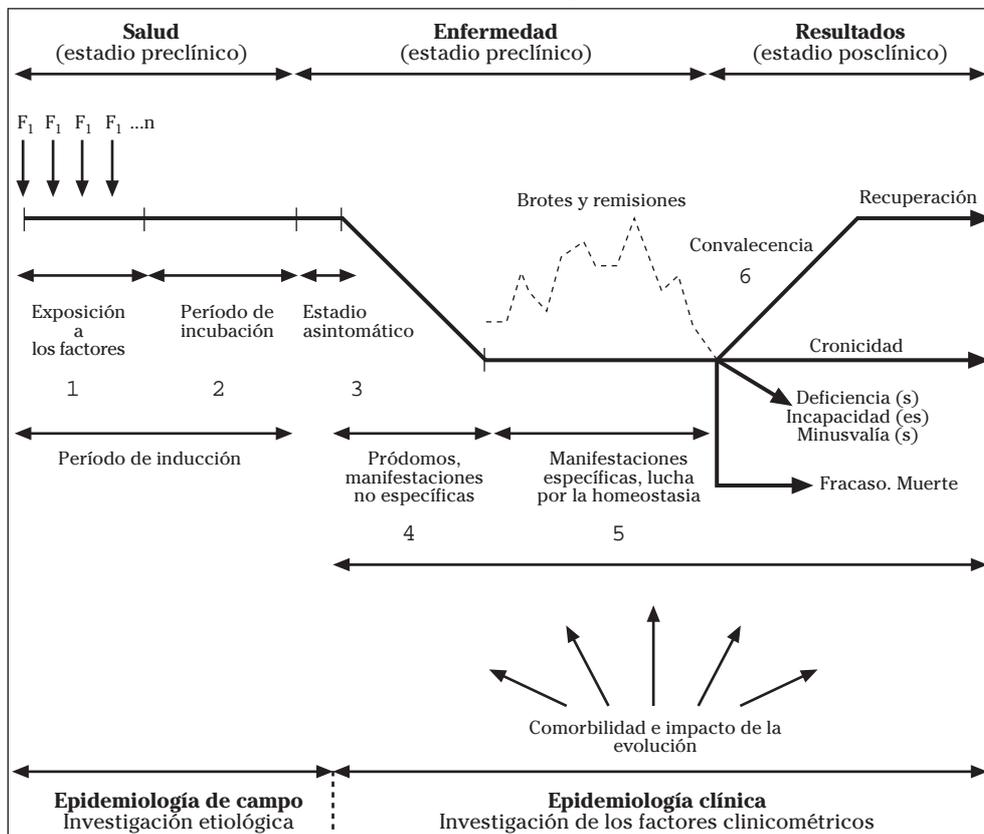
- Análisis del resultado del coste efectividad.

- Intervenciones sobre el proceso de gestión clínica y de calidad.

No todas las patologías elegidas han de tener posibilidades de actuación en todas las fases, pero de su análisis pueden deducirse y concretarse los objetivos tanto generales como específicos para cada fase, conociendo las limitaciones, las deficiencias y las posibilidades de actuación; objetivos que han de agruparse, a su vez, en Programas o Proyectos concretos de actuación sobre patologías definidas como son el IAM, el ictus o las enfermedades mentales. Este diseño de la planificación táctica y agrupada podemos esquematizarlo en la tabla 6.

El beneficio real sobre el ciudadano ha de lograrse no sólo por las intervenciones en los diferentes episodios de manera aislada, sino que sin perder de vista que la enfermedad es un proceso continuo, también los cuidados han de ser continuos, lo que obliga a un seguimiento de los enfermos y de las intervenciones del programa para asegurar que los diferentes servicios y profesionales actúan de forma adecuada y con oportunidad. Ello requiere una Dirección de los programas que ha de situarse en un estatus administrativo y de autoridad adecuada. Es por ello que de los programas ha de nacer un liderazgo que dirija y aglutine las intervenciones y, a la vez, asuma la evaluación continua de los resultados parciales; liderazgo y autoridad emanada de los propios actores del Programa con un sentido unitario de gestión clínica del mismo, que ha de requerir una cierta autonomía que propicie el mejor coste-efectividad.

**Tabla 5.** Historia natural de la enfermedad. Milos Jenicek, 1996.



**Tabla 6.** Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Propuesta de elaboración.

Nuevos campos de Intervención	Vig. Epid. y Determ. programas	Prev. Prim. y Prom.	Prev. Secund.	Asist. clínica	Eval. resultado	Determ.
Patologías Prevalentes						
Cardio y cerebro vasculares						
Cáncer						
Accidentalidad						
Neurodegenerativas						
Mentales						
Determinación de Estructuras operativas o "Planes" de gestión						

### Necesidades estructurales

La determinación de los objetivos tácticos va a poner en evidencia, en algunos casos, las carencias y las necesidades de orden estructural organizativo, necesarias para el desarrollo eficiente del programa. Las necesidades estructurales van a ser de dos tipos: las de carácter funcional y las de carácter organizativo.

### Estructuras funcionales

Observando la tabla 6, puede deducirse de una lectura vertical de la misma un resumen de las actuaciones que corresponden a diferentes áreas funcionales de actuación que afectan al conjunto del Plan de Salud:

- Actuaciones de Vigilancia epidemiológica y determinación de factores de riesgo.
- Intervenciones en prevención primaria que hayan de abordarse.
- Actividades de detección precoz que se determinen.
- Gestión de recursos asistenciales y de rehabilitación clínica.
- Evaluación de resultados en términos de incapacidades y pérdida de funcionalidad.

De este modo, puede valorarse si parte de las intervenciones de los programas de las patologías elegidas pueden descargarse en favor de programas por áreas temáticas y ser gestionadas de manera unitaria en nuevos programas de carácter funcional y vertical. El caso de las actuaciones de intervención sobre el tabaco es un claro ejemplo que beneficia tanto a los programas vasculares como a los oncológicos, si forman parte de una acción unitaria; pero del mismo modo puede observarse en otras materias como: la vigilancia epidemiológica poblacional; la detección precoz de enfermedades; las intervenciones en rehabilitación; la valoración del resultado en términos de capacidad o discapacidad funcional, o las necesidades socio-sanitarias. Con ello pueden surgir programas monográficos y temáticos susceptibles de una planificación operativa de apoyo a los Programas prioritarios.

### Estructuras organizativas

Los programas que surjan del Plan de Salud de Navarra, tanto si son diseñados por patologías o por áreas funcionales, han de ser soportados en principio por la actual estructura orgánica que en la tabla 7 contemplamos en vertical, comprendiendo a:

**Tabla 7.** Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Propuesta de elaboración.

Áreas de actuación	Nuevas estructuras	Instrumentos de gestión	Coordinación y dependencia	Reforma de gestión
Estructuras organizativas				
Dirección General	.....>			
Servicios Centrales SNS	.....>			
Atención Primaria	.....>			
Atención Especializada	.....>			
Salud Mental	.....>			
Atención no programada	.....>			
Salud Pública/Salud Laboral	.....>			
Investigación y Docencia	.....>			

- La Dirección General del Departamento.
- Los servicios centrales del Servicio Navarro de Salud.
- Las estructuras de Atención Primaria.
- La atención especializada.
- La red de Salud mental.
- Los servicios de Salud Pública y Salud Laboral.
- Los servicios de atenciones no programadas.

Los objetivos planteados en el Plan de Salud en algunos casos “no caben” en las actuales estructuras organizativas y modos de gestión, lo que requiere el prever actuaciones en algunos casos que corresponden a nuevos dispositivos que se resumen en horizontal en la tabla 7. En ella se plantea el análisis para cada Programa que se lleve a efecto en propuestas de actuación sobre:

- Nuevas estructuras.
- Nuevos instrumentos de Gestión.
- Coordinación y dependencia entre las partes del programa.
- Reformas en la Gestión de los servicios implicados.

## RECURSOS DE APOYO DEL PLAN DE SALUD

El Plan de Salud de Navarra 2001-2005, además de las modificaciones estructurales antes predefinidas, necesita de un conjunto de recursos de apoyo, en apariencia externos al plan, pero que son intrínsecos al mismo, constituyendo una planificación de apoyo. Estos son:

- *La investigación* aplicada a las materias programadas, de tal modo que las convocatorias de proyectos de investigación hayan de orientarse prioritariamente a las directrices del Plan de Salud por ser materias de atención prioritaria, abandonando en tal sentido que la investigación sea un objetivo en sí mismo sino que ésta se oriente a las necesidades del Plan de Salud.

- Disponibilidad de la *mejor evidencia científica* disponible, a los efectos de que

las decisiones clínica mejoren la probabilidad diagnóstica y de resultado terapéutico, satisfaciendo una gestión de calidad.

- *La docencia*, en el mismo sentido, debe socorrer en su vertiente de formación continuada a los programas que vayan a implementarse como consecuencias del Plan.

- *La financiación* ha de ser adecuada a los programas diseñados y no puede asumirse por la financiación presupuestaria habitual. Si el Plan se diseña para corregir deficiencias y evaluar necesidades, es evidente que las dotaciones habituales han de ser insuficientes. Un Plan no ha de ser un ejercicio teórico, sino que debe ser creíble, empezando por la viabilidad. La mejor viabilidad ha de ser adecuar las necesidades a los recursos; pero si estos son escasos o imprevisibles tampoco puede formularse un Plan de Salud, y solamente hacer sostenible lo que se dispone. Ello conduce de forma inexorable a proponer que exista un Programa económico-presupuestario de implementación del Plan, con una financiación oportuna y propia, cuando menos para las inversiones, de acuerdo a las previsiones al respecto en la Ley Foral 10/1990 de Salud.

- *La normativa* del Plan constituye uno de los elementos básicos de apoyo. La normativa jurídica no se considera habitualmente como un recurso, siendo por el contrario un recurso intangible fundamental. El Plan ha de tener el apoyo jurídico para la aplicación del mismo, por cuanto que se inicia por unos principios y visión política (Fines) de mejora de la protección de la Salud y de los derechos de los ciudadanos; pero, además, ha de considerarse su carácter plurianual, que trasciende a más de una legislatura. Ello obliga a un rango de aprobación no sólo administrativo sino de carácter político en el seno del Gobierno y de compromiso del Parlamento Foral, lo que constituye un requerimiento de garantía para su aplicación, y para la movilización de recursos, dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Foral 10/1990 de Salud.

## EL PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2001-2005

### Fines

- Mejorar las atenciones sanitarias a los ciudadanos contemplando los cuidados continuos a lo largo del proceso patológico.
- Mejorar la efectividad de los cuidados asistenciales, implantando criterios de evidencia científica y de evaluación de los resultados.
- Mejorar la Calidad de los cuidados con una concepción integral, extensiva a las necesidades sociales.
- Contribuir a mejorar el Estado de Salud de Navarra considerando que la mejora de los servicios sanitarios, son una parte proporcional en el resultado final del nivel del estado de salud/enfermedad de la población.

### Estrategias

- Formular un Plan Director de Salud para su desarrollo operativo durante cinco años, sin perjuicio de su evaluación en años sucesivos.
- Establecer prioridades de actuación en las patologías de mayor impacto epidemiológico y social, intensificando las intervenciones de forma programada.
- Orientar las actividades del Sistema Asistencial a los objetivos del Plan, requisito básico de su cumplimiento en tanto va orientado a la asistencia del ciudadano.

### Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)

- Aprobar los objetivos del Plan a nivel político para dar seguridad jurídica al ejercicio del reconocimiento del derecho a la Salud.
- ⇒ Publicación en el Boletín Oficial de Navarra de la decisión del Gobierno de Navarra sobre: objetivos de intervención, implantación del Plan y remisión al Parlamento para su conocimiento.
- Dotar de financiación suficiente para el desarrollo del Plan de Salud.

⇒ Inclusión de necesidades de financiación en el Plan Económico plurianual.

⇒ Aprobación en Presupuesto 2002-2005 de un Programa para las necesidades del Plan propias y sobrevenidas y de programas de salud incorporados.

⇒ Dotación de partidas en el Servicio Navarro de Salud para el desarrollo de las actividades propuestas en el Plan.

■ Crear un instrumento de seguimiento del Plan de Salud, con el fin de dar garantía a su aplicación y evaluación.

⇒ Creación de la estructura de: Dirección del Plan; Directores Técnicos para cada uno de los programas aprobados por el Gobierno; adscripción de funciones y responsabilidad a los órganos del Sistema Sanitario.

⇒ Comprobación efectiva de la implantación, desarrollo, cumplimiento y evaluación a través de las memorias anuales de las Direcciones Técnicas.

### Planificación estratégica

En un segundo nivel, el Plan de Salud de Navarra 2001-2005 se ha de ocupar de las acciones planificadas de las cinco patologías seleccionadas como áreas prioritarias, lo que requiere la definición de los fines que han de tenerse en cuenta para su desarrollo, y la justificación de los mismos para cada una de ellas, para posteriormente formular los objetivos operativos correspondientes.

Los fines, esto es, la visión de las políticas sanitarias perseguidas para las patologías seleccionadas como prioritarias, se expresan y justifican a continuación.

## TRASTORNOS MENTALES

### Fines

***Mejorar los cuidados asistenciales a los enfermos mentales con procesos graves, de manera continua a lo largo del proceso clínico***

Se trata de mejorar la asistencia a los enfermos mentales que requieren mayor atención y seguimiento, de acuerdo a su clasificación de los procesos graves como: Psicosis; Depresiones graves; Tentativas de sui-

cidio; Trastorno bipolar; Trastorno grave de personalidad; Trastorno obsesivo compulsivo; Agorafobia; Trastornos de conducta alimentaria; Trastornos profundos en el desarrollo psicoafectivo del niño; Repercusiones graves del maltrato y de la marginación.

Se desea desarrollar tres ejes de acciones: a) Especializar la Red de Salud Mental, normalizando la práctica clínica de acuerdo a la medicina basada en la evidencia; b) Desarrollar una asistencia integrada del enfermo durante los episodios de la enfermedad; c) Plantear una atención extensiva o de cuidados continuados a lo largo del proceso.

***Disminuir el impacto social del trastorno de la enfermedad mental grave***

El enfermo mental grave genera: en el entorno del sistema asistencial; en el del sistema de asistencia social; en el medio laboral; y en la convivencia social, unas actitudes de rechazo y marginalidad que conducen a la pérdida de la equidad y al desarraigo territorial. Desde el Sistema Sanitario se pretende actuar en la minoración de tal efecto.

***Potenciar la organización de Salud Mental como estructura especializada***

Si bien la estructura de Salud Mental de Navarra puede considerarse pionera de su tiempo; como también en el reconocimiento de las prestaciones sanitarias al enfermo mental, las actividades que se vienen desarrollando, requieren una nueva consideración, dejando de actuar como cajón de sastre para cualquier modificación psico-afectiva. Ello requiere, definir los procesos y los episodios de atención preferente, bien en Atención Primaria o en Salud Mental. Como consecuencia, la gestión de la Red de Salud Mental debe integrarse en el ámbito de la Atención Especializada para mejorar la funcionalidad y la coordinación de los Centros de Salud Mental con los Servicios psiquiátricos hospitalarios; y para la coordinación directa con otros programas asistenciales, como son los programas de carácter monográfico (Plan Foral de Drogodependencias), de

carácter global (Plan de Atención Socio-Sanitaria) o de convenios de estancias residenciales como receptor de cualquier alteración psico-afectiva o conductal. Todo ello requiere una dirección única que propicie el cambio hacia la gestión clínica y la organización autónoma de la Red.

**ENFERMEDADES  
NEURODEGENERATIVAS**

**Fines**

***Mejorar la atención integral a las personas con Enfermedad de Parkinson, con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias***

Las orientaciones de este programa se dirigen básicamente a los estados de demencia derivados en su mayor parte de la enfermedad de Alzheimer. La primera mejora ha de basarse en conocer el impacto epidemiológico, tanto numérico como de graduación clínica y de deterioro social, para poder arbitrar cuidados integrales. En segundo lugar el normalizar los cuidados continuos del proceso, tanto en el nivel asistencial de la Atención Primaria y Especializada, como en Instituciones. La normalización ha de extenderse también a la práctica clínica en estas enfermedades.

***Retrasar la manifestación y progresión clínica en las personas afectadas por estos procesos degenerativos***

En la medida en que existe evidencia, y esperando que ella mejore, el diagnóstico temprano de las demencias en el ámbito familiar y de la Atención Primaria, ha de conducir a una mejor atención clínica, cognitiva y psicosocial, que retrasen la evolución del proceso y alargue el tiempo de autovalimiento; siendo la mayor garantía para ello, la normalización de las actuaciones clínicas en todo el ámbito de la Red Asistencial.

***Disminuir la discapacidad funcional y social de las personas con demencia, y la carga de sufrimiento del entorno familiar***

Se reconoce que actuar en este objetivo requiere el tener en cuenta a los apoyos

informarles a los enfermos, en los que el Sistema Sanitario debe actuar a través del apoyo técnico a los cuidadores; valorar el momento adecuado del ingreso residencial, teniendo en cuenta la capacidad del enfermo y la de los apoyos informarles disponibles. Ello requiere orientar a los familiares y tutelar la atención sociosanitaria.

## ENFERMEDADES CARDIO-CEREBROVASCULARES

### Fines

***Minorar el incremento de la incidencia de la cardiopatía isquémica coronaria y del ictus cerebral***

La incidencia de patologías por cardiopatía coronaria, infarto agudo de miocardio (IAM) e ictus cerebral, si bien se sitúan en Navarra a niveles inferiores a otros países, aparecen a través de los insuficientes registros de vigilancia epidemiológica (ingresos hospitalarios y encuestas transversales sobre IAM, e ictus, cerebral), con tendencia al incremento. La mejora de registros epidemiológicos puede generar en un primer momento un sesgo por el incremento de la incidencia, pero a la vez la intervención activa sobre factores de riesgo conocidos, permiten el plantear como objetivo, el reducir el incremento que se observa, estabilizando la incidencia del IAM y minorando el crecimiento de nuevos casos de ictus cerebral.

***Disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica coronaria y por ictus cerebral y, en especial, la mortalidad prematura de la cardiopatía isquémica coronaria***

El espectacular descenso de la mortalidad tanto de ictus cerebral como del IAM en los últimos lustros, se ha debido a la mejora de los sistemas de diagnóstico y tratamiento tempranos propiciados por la mejora en los sistemas de asistencia en las situaciones de emergencias médicas. Se estima que ello puede mejorarse manteniendo una alerta constante, disminuyendo los tiempos entre el episodio y el diag-

nóstico y entre éste y la intervención, de manera especial en el ictus cerebral.

***Aumentar la supervivencia para ambas patologías de los enfermos beneficiados por un diagnóstico y tratamiento tempranos***

Las eficaces técnicas de diagnóstico y tratamiento y seguimiento, son garantes de mejorar la supervivencia con calidad de vida. Ello requiere mejorar los tiempos, las técnicas disponibles y la actuación normalizada para garantizar el diagnóstico y tratamiento adecuados.

***Mejorar los medios de rehabilitación clínica y funcional de las personas afectadas por ictus cerebral y por cardiopatía isquémica coronaria, favoreciendo la incorporación a su actividad habitual***

La mejora en la supervivencia debe asegurar un incremento de los años libres de incapacidad, considerando la continuidad de atenciones después del tratamiento de los episodios agudos, tanto del IAM como del ictus. La rehabilitación tanto clínica como funcional activas y tempranas, por si solas garantizan el cumplimiento de este objetivo.

## ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

### Fines

***Reducir el incremento de la incidencia de las enfermedades oncológicas en los tumores más prevalentes***

A pesar del progresivo incremento de la incidencia del cáncer en Navarra desde los últimos 25 años, el mejor conocimiento de factores causales reconocidos para algunas localizaciones, permite el plantear el reducir la tendencia a través de intervenciones activas sobre el tabaco y hábitos alimentarios. El horizonte temporal de esta minoración no es inmediato, debido a los largos periodos de inducción de las enfermedades cancerosas y a los cambios en los estilos de vida de la población en los últimos quinquenios. Sin embargo reducir

la tendencia del incremento de nuevos casos en localizaciones muy prevalentes, es un objetivo alcanzable.

***Aumentar la supervivencia de los enfermos con tumores malignos a los 5 años de ser diagnosticados y en períodos sucesivos***

Las acciones de detección precoz en aquellos tumores que reúnen condiciones diagnósticas y terapéuticas efectivas, permite plantear un avance progresivo de la supervivencia de las personas afectadas. Esta efectividad terapéutica alcanza al tratamiento a través de la incorporación de nuevas tecnologías, siempre que se apliquen de forma normalizada en base a la mejor evidencia disponible; como también los cuidados y atenciones mejoran cuantitativa y cualitativamente la calidad de la supervivencia. Esta necesaria actuación permitirá alcanzar cotas de supervivencia, equivalentes a los países más avanzados.

El aumento de supervivencia debe plantear a la vez la necesidad de mejorar la capacidad funcional de los enfermos, así como mejorar los cuidados paliativos a enfermos terminales.

***Reducir las tasas de mortalidad de las enfermedades oncológicas y, en especial, la mortalidad prematura***

Consecuencia de los dos objetivos anteriores ha de ser la reducción de la mortalidad ocasionada por los tumores malignos sobre los que se actúe. Esta intervención ha de priorizar la detección precoz y tratamiento efectivo de aquellos tumores de presentación en edades más jóvenes y que en consecuencia tienen mayor impacto en el número de años de vida perdidos, como son, el cáncer de mama, el cáncer colorectal, y el de cérvix.

## **ACCIDENTALIDAD**

### **Fines**

***Disminuir la incidencia de los accidentes laborales con baja durante la jornada de trabajo***

La alta accidentalidad laboral presenta tres componentes: accidentes "in itinere";

accidentes durante la jornada de trabajo debidos a causas no traumáticas (infarto agudo de miocardio); y accidentes traumáticos en jornada laboral. Este último tipo de accidentalidad es susceptible de actuación específica desde el ámbito de la Salud Laboral y a cuyo fin va dirigido básicamente el objetivo y las actuaciones que se derivan de este programa.

***Disminuir la incidencia de accidentes de tráfico en los grupos de especial riesgo***

Las intervenciones sobre los accidentes de tráfico desde el sector sanitario, se plantean en este objetivo desde el ámbito de la promoción de los comportamientos y de las conductas, de los estilos de vida saludables respecto a la accidentalidad; y a su vez la promoción de actitudes y comportamientos equilibrados en los sectores de mayor riesgo, respecto a: la educación vial y de la conducción de vehículos preventivas; los jóvenes conductores; y los hábitos de consumo de alcohol y droga.

***Intervenir preventivamente sobre los accidentes domésticos y de ocio***

Las acciones que conduzcan a un mejor conocimiento de la frecuencia y de los factores de la causalidad de los accidentes domésticos y de ocio, permitirán el desarrollo de intervenciones preventivas, que todavía no se encuentran desarrolladas desde el Sistema Sanitario.

***Disminuir las tasas de mortalidad por accidentes de cualquier carácter***

La reducción de las tasas de mortalidad van asociadas directamente a la prevención de riesgos y de ellos los laborales de forma prioritaria, por ser los mismos de carácter, no solo individual, sino social y organizativo. Las diferencias de la accidentalidad/mortalidad entre actividades laborales, orienta hacia una intervención intensiva sobre las mismas dirigida a la consecución de este objetivo.

***Mejorar la rehabilitación clínica y funcional en los distintos tipos de accidentalidad***

El resultado final del proceso asistencial de los accidentes se centra más que en las actuaciones clínico-traumatológicas, en la recuperación de la función personal, laboral y social, mediante una intervención adecuada a cada caso, pero siempre temprana y acorde con la necesidad sociolaboral, lo que resulta susceptible de mejora y se considera su factibilidad.

**INDICADORES DE EVALUACIÓN**

Se requiere llevar a cabo la evaluación del cumplimiento de los objetivos propuestos, siendo deseable que cada uno ellos disponga de indicadores específicos, y que éstos se definan con anterioridad a la aplicación de los programas propuestos.

Estos indicadores pueden ser de dos órdenes: aquéllos que midan el resultado intermedio (*output*) de los programas aplicados, esto es, en términos de productividad o de la eficacia del programa, y aquéllos otros que hayan de medirnos el resultado final en términos de garantía en salud (*outcome*).

Finalmente, deberá considerarse el momento de la medición de los indicadores.

Dada la característica del Plan de orden táctico, orientado a intervenir en las unidades de la salud/enfermedad de las personas, los indicadores de cumplimiento del programa parece hayan de ser suficientes, y el momento una vez finalizado el Plan, esto es, a partir del 2006. De este modo, podrá valorarse si el sistema asistencial se ha incorporado a la implantación del Plan, por ejemplo: si se ha establecido y estructurado un programa poblacional de alimentación comunitaria; si las empresas de Navarra tienen su plan de prevención y en qué porcentaje; si se ha aplicado el programa de detección precoz de cáncer colorectal; si existen guías clínicas para los trastornos mentales graves; si se han acortado los tiempos de rehabilitación en los accidentes y el ictus, y así sucesivamente.

Ello no impide que a la vez se pueda continuar una vigilancia epidemiológica de los resultados en salud de las Prioridades sobre las que se actúa, que pueden ser o no consecuencia del Plan; de este modo, cada área prioritaria ha de contemplar los indicadores de evaluación más adecuados, con preferencia los que midan la aplicación del Plan, aun sin descuidar los resultados en salud hacia los que el Plan se dirige, aunque no sean achacados plenamente a la intervención del Plan.