

## POLÍTICAS DE SALUD Y PLANIFICACIÓN

Sábado 8 de octubre de 2011. 11:00 a 12:00 h

Aula Profesor Laín Entralgo – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Moderadora: Rosa Ramírez

### 216. ESTRATEGIA PARTICIPADA Y SISTEMÁTICA PARA ELABORAR EL III PLAN DE SALUD DE SAN FERNANDO DE HENARES

I. Soriano Villarroel<sup>a</sup>, L. Mazarrasa Alvear<sup>a</sup>, E. Castellanos Torres<sup>a</sup>, F. Martínez Navarro<sup>a</sup>, M.C. Álvarez del Castillo<sup>a</sup>, M.D. Gerez Valls<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; <sup>b</sup>Centro Municipal de Salud de SFH.

**Antecedentes/Objetivos:** La evaluación del II Plan de Salud (2002-2005) es ex-posfacto, sumativa, participativa e instrumental. Sistemática, aplicada y con enfoque de género, se orientó a evaluar procesos, coordinación, integralidad y participación para elaborar el III Plan de Salud. El Programa SFH Saludable tiene una Comisión Técnica (CT) compuesta por la administración local y autonómica, y de Comisión de Participación (CP) por asociaciones, sindicatos y grupos políticos, que formaron parte de la evaluación. Objetivo: Mostrar que el proceso evaluativo participativo genera información útil para emitir juicios de valor que posibilita la rendición de cuentas y la toma de decisiones.

**Métodos:** Recogida de necesidades informativas a través de técnicas cuantitativas: encuesta poblacional, nivel de confianza 95% para  $P = Q = 50\%$ ; cualitativas: 14 entrevistas semiestructuradas a profesionales y asociaciones; 2 reuniones con CT y CP; explotación de fuentes secundarias. Se contactó con 1.089 personas (51% mujeres).

**Resultados:** Las recomendaciones se definieron y consensuaron con CT y CP, comunicándolas a la población en unas jornadas municipales y por la web del Ayuntamiento. Destacan: 1) necesidad de elaborar un plan capaz de vincular el análisis de salud con sus objetivos y actividades; 2) desagregación por sexo de los datos municipales; 3) establecimiento de reuniones puntuales entre la CT y la CP para compartir necesidades, expectativas y nuevas propuestas; 4) incorporación y mantenimiento de nuevos agentes críticos: asociaciones empresariales, sindicatos, movimiento asociativo y agrupaciones juveniles; 5) fortalecimiento de las propuestas y necesidades para diseñar los objetivos y actividades de todas las áreas y concejalías implicadas en el proyecto y así consolidar su apropiación. 6) mejora de la coordinación entre las áreas implicadas facilitando la toma de decisiones en la puesta en marcha y desarrollo del III Plan. 7) vinculación de los programas y actividades del proyecto con la idea de "Ciudad Saludable", para que la población, el personal técnico y el mundo asociativo se apropien del mismo. 8) contribución para que la población identifique la autoría municipal del proyecto.

**Conclusiones:** La metodología, además de innovadora, es útil y práctica para la planificación municipal en salud. Poner el foco en los problemas reales y evitar los diseños estáticos permite vincular la nueva política de salud con las necesidades sociales y reforzar los principios de democracia participativa. La apuesta política del Ayuntamiento por el Proyecto SFH Saludable es condición necesaria para su calidad y sostenibilidad.

Financiación: Ayuntamiento de San Fernando de Henares, Madrid.

### 660. ANÁLISIS DE LOS PLANES DE NUTRICIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN EL CONTEXTO ESPAÑOL Y EUROPEO

R. Ortiz-Moncada<sup>a,b</sup>, K. Cheikh Moussa<sup>a</sup>, J.M. Martínez Sanz<sup>a</sup>, M.C. Davó-Blanes<sup>a</sup>, C. Álvarez-Dardet<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia-Ciencia, Universidad de Alicante; <sup>b</sup>Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS).

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar los planes de acción de nutrición (PAN) en el contexto de Europa, España y comunidades autónomas (CC.AA.) después de su formulación en 2004.

**Métodos:** Revisión de literatura de últimos documentos-PAN disponibles públicamente en las CC.AA. enmarcadas en estrategia-NAOS y Segundo Plan de Acción para la política de alimentación y nutrición 2007-2012 (PAN-Europa) definido en OMS/Región-Europea. Los PAN-CC.AA. (n = 17) se obtuvieron en: enlace-web Ministerio Sanidad y Portal Consejería de Salud CC.AA. Se construyó un protocolo teniendo como patrón las variables globales del PAN-Europa. Se realizó un análisis de contenido de los documentos de política nacional y por CC.AA. Variables estudio: 1. Nombre, título, año del PAN; 2. organismo planificador-PAN y colaboraciones intersectoriales (pública, sector alimentario, sector empresarial, sector educativo, asociaciones); 3. recomendaciones nutricionales (objetivos globales descritos PAN-Europa); 4. evaluación de PAN (indicadores disponibles). Con ello se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados:** La estructura de los PAN-CC.AA. está basada en NAOS y PAN-Europa. Existen 5 PAN-CC.AA.: Andalucía (2004-2008), Madrid (2005-2008), Cataluña (2006-?), Cantabria (2010-?), Rioja (2009-2013). Todas los PAN tienen un organismo planificador-coordinador de política: Comité OMS/Región-Europa, AESAN-España y Consejería de Salud de CC.AA., quienes reconocen la importancia del trabajo intersectorial y de la participación del sector privado (asociaciones, sectores alimentario, empresarial, educativo). Entre las 28 recomendaciones nutricionales globales dadas en el PAN-Europa, la estrategia-NAOS adoptó 20, PAN-Andalucía 16, PAN-Rioja 13, PAN-Cataluña 12, PAN-Cantabria 10, PAN-Madrid 9. Recomendaciones nutricionales comunes a todos los PAN (n = 6): promover desarrollo preescolar, establecer programas nutrición-escolar, facilitar información-educación para nutrición escolar; desarrollar directrices dietéticas basadas en alimentos, aumentar oportunidades para actividad-física. Sólo en los documentos de PAN-Rioja, PAN-Andalucía, PAN-Cantabria mencionan explícitamente indicadores de evaluación.

**Conclusiones:** Actualmente, las directrices del PAN-Europa de la OMS/Región Europea proporcionan una base sólida de acción para iniciativas políticas en España y de sus 5 CC.AA., quienes adoptaron recomendaciones. Su respuesta ha sido matizada por el contexto local y existen variaciones considerables en el alcance, recomendaciones nutricionales y enfoque social de los PAN. Algunos proporcionan detalles de acción prácticos, mientras que otros son más generales.

### 703. POLÍTICAS SANITARIAS Y CARACTERIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN EL SISTEMA SANITARIO VASCO

I. Vergara, M. Pertika, A. Bilbao

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF).

**Antecedentes/Objetivos:** El Instituto Vasco de Investigación Sanitaria, O+Iker, es la herramienta del sistema sanitario vasco para organizar, administrar y promover su actividad de I+D. El objetivo de este trabajo es describir la investigación biomédica iniciada en los últimos 3 años y analizar la relación de su evolución con algunas políticas sanitarias vigentes.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Los sujetos a estudio son los proyectos de investigación que obtuvieron financiación en las convocatorias competitivas de ámbito autonómico, estatal e internacional, gestionados por O+Iker durante los años 2008, 2009 y 2010. Cada proyecto se ha definido mediante 5 variables (área temática y transversal, abordaje, tipo de condición y población diana).

**Resultados:** Se han analizado 322 proyectos de investigación por un total de 18.674.887,96 €. El 54,78% de la financiación lograda procede de convocatorias de ámbito estatal. El 60% de los proyectos estudia la cronicidad en sus diversas vertientes. La especialidad más relevante es la Neurología (16% de proyectos; 12% de fondos). Destaca el Área de Servicios y Tecnologías Sanitarias (33% de proyectos y de fondos). La Epidemiología y Salud Pública logra el 12% de proyectos y de los fondos. Los proyectos se centran en el tratamiento y el diagnóstico de las enfermedades (33% de proyectos y de financiación en ambos casos). La promoción de la salud tiene una presencia residual (3% de proyectos y de financiación). Se observa un cambio significativo en el tipo de proyectos financiados en las convocatorias de origen autonómico, en las que se observa un crecimiento en la financiación de proyectos del área de la epidemiología (10% en 2008; 24% en 2010;  $p < 0,0001$ ), la atención primaria (2% en 2008; 10% en 2009;  $p < 0,0001$ ) y los proyectos centrados en la patología crónica (50% en 2008; 75% en 2010;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Los proyectos de investigación que lograron financiación en la CAPV a lo largo del último trienio se centran en el estudio de la patología crónica. Son escasos los estudios dirigidos a la promoción de la salud, predominando los centrados en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se observa una tendencia creciente, tanto en el número de proyectos como en su envergadura económica, de proyectos de investigación relacionados con la cronicidad de su perspectiva epidemiológica y abordaje desde atención primaria, financiados en convocatorias de origen autonómico. Este crecimiento sería el reflejo del desarrollo de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

otras. Todos los datos se han contabilizado en € de 2010, actualizando los valores monetarios cuando ha sido necesario. Se ha realizado un análisis de sensibilidad, utilizando los valores máximos de algunas estimaciones.

**Resultados:** Con los datos disponibles hasta el momento, el beneficio económico de 10 años de políticas de seguridad vial en Cataluña es de 8.046 millones €. El beneficio más importante corresponde al valor de las muertes evitadas (8.036 millones €). El análisis final permitirá calcular y ver la importancia relativa de los costes indirectos y los costes de atención especializada.

**Conclusiones:** Las políticas de seguridad vial llevadas a cabo en los últimos años en Cataluña han tenido una gran efectividad, disminuyendo el número de colisiones por tráfico, lesionados y muertes, lo que se traduce en grandes beneficios económicos para la sociedad. El desarrollo y mantenimiento de esas políticas preventivas deberá hacer posible la reducción adicional del 15% en el número de fallecimientos y hospitalizaciones, previsto en el Plan Catalán de Seguridad Vial en los próximos 3 años.

## 798. EVALUACIÓN DE 10 AÑOS DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD VIAL EN CATALUÑA: IMPACTO ECONÓMICO

A. García-Altés<sup>a</sup>, J.M. Suelves<sup>b</sup>, E. Barbería<sup>c</sup>

*Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; Direcció General de Salut Pública; Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC), Departament de Justícia.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las lesiones por colisiones de tráfico son una de las principales causas de mortalidad tanto en España como a nivel mundial. En Cataluña, a partir del año 2000 se iniciaron numerosas acciones preventivas para alcanzar el objetivo en el año 2010 de reducción del 50% en la mortalidad por esta causa. Como consecuencia, en el periodo 2000-2010 se registró una reducción en la mortalidad por lesiones de tráfico del 57% que ha supuesto el ahorro de 2.890 vidas humanas, una reducción de más del 40% en el número de ingresos hospitalarios por esta causa y de más del 50% en el número de colisiones con víctimas mortales. El objetivo de este trabajo es evaluar en términos económicos el impacto para la sociedad de las políticas de seguridad vial llevadas a cabo en los últimos 10 años.

**Métodos:** Se ha realizado un análisis coste-beneficio parcial, utilizando la perspectiva de la sociedad. Como beneficios se ha tenido en cuenta el valor económico del número de eventos evitados: muertes, lesiones, ingresos hospitalarios, transportes en ambulancia, atención especializada, adaptación a la dependencia, costes materiales, costes administrativos, intervención de los cuerpos de policía y bomberos, asistencia en carretera, costes indirectos por institucionalización y por baja laboral de los lesionados y de los cuidadores. Como fuentes de información se ha utilizado el CMBDAH, el registro de mortalidad del IMLC, tarifas de reembolso y datos de empresas aseguradoras, entre