

# **CONDICIONES EX ANTE**

## **OBJETIVO TEMÁTICO 9: PROMOVER LA INCLUSIÓN SOCIAL Y LUCHAR CONTRA LA POBREZA Y CUALQUIER FORMA DE DISCRIMINACIÓN**

Octubre de 2014



## I. OBJETIVO TEMÁTICO 9: PROMOVER LA INCLUSIÓN SOCIAL Y Luchar CONTRA LA POBREZA Y CUALQUIER FORMA DE DISCRIMINACIÓN

### I.1. CONDICIONALIDAD EX ANTE 9.1

<b>Objetivo Temático</b>	<i>9. Promover la inclusión social, luchar contra la pobreza y cualquier tipo de discriminación.</i>
<b>Prioridad de inversión FSE</b>	<i>9.1. Inclusión activa, también con vistas a promover la igualdad de oportunidades y la participación activa y mejorar la empleabilidad</i>
<b>Condición ex ante (Anexo XI)</b>	<i>Existencia y aplicación de un marco político estratégico nacional para la reducción de la pobreza a través de la inclusión activa de las personas excluidas del mercado laboral a la luz de las orientaciones para las políticas de empleo.</i>
<b>Criterios de cumplimiento (Anexo XI)</b>	<i>Existencia de un marco político estratégico nacional para la reducción de la pobreza, dirigido a la inclusión activa, que:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ofrezca datos suficientes para desarrollar políticas para reducir la pobreza y hacer un seguimiento de los avances</li><li>- Contiene medidas de apoyo para lograr el objetivo nacional en materia de pobreza y de exclusión social (tal y como se define en el Programa Nacional de Reformas), y que incluya la ampliación de oportunidades de empleo sostenible y de calidad para personas con alto riesgo de exclusión social, incluidas las pertenecientes a comunidades marginadas.</li><li>- Involucra a las partes interesadas en la lucha contra la pobreza</li><li>- Bajo petición y cuando sea necesario las partes interesadas pueden ser provistos de soporte para presentar solicitudes de proyectos y la ejecución y gestión de los proyectos seleccionados.</li></ul>

#### I.1.1. Órganos competentes

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es el órgano responsable de la puesta en marcha de medidas para la promoción de la igualdad social a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

#### I.1.2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

<b>Condición ex ante (Anexo XI)</b>	<i>9.1. Inclusión activa, en particular, con el fin de mejorar la empleabilidad</i>
-------------------------------------	---

#### 9.1.1 Existencia de un marco político estratégico nacional para la reducción de la pobreza, dirigido a la inclusión activa, que:

Existen dos iniciativas principales que abordan la inclusión activa en España:

- **Informe Nacional Social (INS).** En estos momentos el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través de la Dirección General de Ordenación la Seguridad Social, están coordinando la elaboración del Informe Nacional Social que deberá presentarse al Comité de Protección Social en breve y que constituirá la estrategia del Gobierno español en los ámbitos de inclusión social, pensiones, atención sanitaria y cuidados de larga duración. El [INS 2012](#) estableció la estrategia en línea con el Programa Nacional de Reformas 2012 según lo acordado en el Método Abierto de Coordinación (MAC) con el resto de estados miembros.

La estrategia del Gobierno en inclusión social, además de en el INS, se plasmará en el **Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016** cuya aprobación está prevista para junio de 2013. Este nuevo Plan pretende avanzar en una estrategia real de inclusión activa que, bajo principios básicos

asociados entre sus ejes, articule verdaderamente de forma eficaz y eficiente las medidas orientadas a la inclusión laboral junto con las de garantía de ingresos, a la vez que se proporciona el acceso de todos a servicios públicos de calidad.

- **Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020.** Persigue mejorar el bienestar de las personas con discapacidad y en ella se diseñan las líneas básicas de las políticas públicas. Su marco de actuación está acotado por la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 y por los objetivos enumerados y cuantificados con carácter global en la Estrategia Europa 2020 que a su vez han sido concretados a nivel nacional en el Programa Nacional de Reformas de España 2011. De los objetivos de la Estrategia Europa 2020 tres tienen relación directa con las políticas sobre discapacidad: **aumentar la población ocupada**, aumentar el nivel de capital humano mediante la reducción de la tasa de abandono escolar y reducir la población con riesgo de pobreza o exclusión. En la Estrategia se definen unas medidas estratégicas que se concretan en tareas y actuaciones temporalizadas, realizadas a través de un Plan de Acción, que se configura en dos etapas, una inicial de 2012 a 2015, a cuyo final se realizará una evaluación, y una final de 2016 a 2020.

Otras estrategias también dirigidas a la reducción de la pobreza a través de la inclusión activa son:

- **Estrategia integral española de cultura para todos. Accesibilidad a la cultura para las personas con discapacidad**, aspira a fomentar y normalizar la accesibilidad en la ejecución de todas las iniciativas en el ámbito cultural de modo que se cumplan las más altas exigencias de calidad, tecnología y adaptabilidad. El objetivo 6 de esta estrategia está orientado a la inclusión a través del empleo:

*Objetivo 6: -Promover una política de obras y compras públicas en los espacios y acciones culturales orientada a garantizar la accesibilidad a través del diseño para todos, la responsabilidad social empresarial y el empleo de las personas con discapacidad*

- **Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020** derivada de la Comunicación de la Comisión (COM (2011) 173 final). La Estrategia incide en las cuatro áreas clave para la inclusión social: Educación, Empleo, Vivienda y Salud. En cada una de ellas marca unos objetivos cuantitativos, que se concretan en porcentajes de población, a alcanzar en el año 2020, así como unas metas intermedias para 2015. Además de estas cuatro áreas, la Estrategia establece líneas de actuación complementarias en materia de acción social, participación, mejora del conocimiento de este colectivo, igualdad de la mujer, no discriminación, promoción de la cultura y una especial atención a la población romaní procedente de otros países.
- **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2013-2015.** El artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres (en adelante, LOIEMH), establece que “en las materias que sean de la competencia del Estado, se aprobará periódicamente un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (en adelante PEIO) que incluirá medidas para alcanzar el objetivo de igualdad entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo. En la actualidad, la Dirección General para la Igualdad de Oportunidades está preparando el nuevo Plan 2013-2015 que dé continuidad al anterior Plan 2008-2011.

### **9.1.2 Ofrezca datos suficientes para desarrollar políticas para reducir la pobreza y hacer un seguimiento de los avances.**

El **Informe Nacional Social** apoya su estrategia en un análisis de contexto socioeconómico ligado a la protección social y la inclusión social (apartado I). Además, como anexo incorpora los indicadores de contexto nacionales y europeos más relevantes en términos de inclusión social desde 2005 a 2011.

El PNR 2013 contempla nuevas políticas de inclusión social activa las cuales se dirigirán a (i) promover la inserción laboral y (ii) proporcionar unos servicios básicos necesarios para cualquier ciudadano.

- Entre las actuaciones a desarrollar, destaca el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016, que incluirá medidas destinadas al apoyo a la inclusión social, con especial hincapié en la

pobreza infantil, a partir del fomento del empleo de los colectivos más vulnerables y mediante la garantía de un sistema de prestaciones que apoye a las personas más necesitadas.

- En segundo lugar, se apoyará a las familias en situación de dificultad o riesgo de pobreza, con medidas diversas, como las dirigidas a una mejor conciliación entre vida laboral y familiar, a otorgar ciertas ventajas fiscales a las familias con hijos y ayudas especiales en los núcleos familiares en los que se detecte pobreza infantil. Todo se enmarcará en el futuro Plan Integral de Apoyo a la Familia, en fase de elaboración.
- Y, en tercer lugar, destacar el apoyo a las personas con discapacidad, para garantizar y reforzar la no discriminación por razón de discapacidad en el ámbito laboral y social. Estas medidas se incluirán en el próximo Plan de Acción de la Estrategia Española de Discapacidad 2012-2020, que se configura en dos etapas: una inicial de 2012 a 2015, a cuyo final se realizará una evaluación, y una final de 2016 a 2020. Estos planes de acción supondrán la implicación de distintas administraciones competentes, especialmente las comunidades autónomas, por lo que su elaboración deberá contar con la participación activa de todas las administraciones implicadas, y las medidas que les afecten deberán ser consensuadas con ellas.

La **Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020** cuenta con un diagnóstico de la situación de partida basado también en datos estadísticos.

**9.1.3 Esté en línea con la pobreza nacional y el objetivo de exclusión social (tal y como se define en el Programa Nacional de Reformas), y que incluya la ampliación de oportunidades de empleo a grupos desfavorecidos.**

El Informe Nacional Social (INS) se basará en el Programa Nacional de Reformas 2012 para la definición de la estrategia.

La Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020 también está en sintonía con el aumento de las oportunidades de empleo de los grupos desfavorecidos definidos en el Programa Nacional de Reformas de España del año 2012. Entre estos grupos de personas se cita a las personas con discapacidad, colectivo sobre el que el IMSERSO tiene competencia en materia de rehabilitación y recuperación profesional.

El Programa Nacional de Reformas habla de la puesta en marcha de acciones dirigidas a atender los seis objetivos prioritarios de la política de empleo:

1. Reducir la tasa de desempleo juvenil.
2. Mejorar la empleabilidad de los demás colectivos afectados por el paro.
3. Apoyar a los emprendedores a través de medidas que contribuyan a crear empleo y posibilitar el mantenimiento de los mismos en el mercado de trabajo.
4. Acentuar la colaboración público-privada con el fin de realzar los mecanismos de búsqueda de empleo de los desempleados.
5. ***Desarrollar medidas de fomento del empleo para colectivos específicos, con especial atención a las personas con discapacidad y en situación de exclusión.***
6. Luchar contra el fraude.

Además, los Fondos Estructurales y de Inversión reforzarán las medidas previstas con objeto de conseguir el aumento de la participación en el mercado laboral y la mejora de los niveles de inclusión de la población vulnerable y esto se basa en:

1. **El enfoque de la inclusión activa:** El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (2013-2016) persigue tres objetivos estratégicos:
  - Impulsar la inclusión socio-laboral a través del empleo de las personas más vulnerables teniendo en cuenta a las familias con hijos menores de edad en situación de riesgo de exclusión

- Garantizar un sistema de prestaciones que permitan apoyar económicamente a aquellas personas en situación de vulnerabilidad y reducir la pobreza infantil.
- Garantizar la prestación de unos servicios básicos a toda la población enfocados de forma particular hacia los colectivos más desfavorecidos, especialmente el caso de servicios sociales, educación, sanidad, vivienda y sociedad de la información.

## **2. Medidas y programas con los grupos más vulnerables:**

- Se priorizará la integración de los grupos vulnerables y con menores ingresos, especialmente la de las personas que tienen cargas familiares, así como la integración de las personas paradas de larga duración y a personas trabajadoras mayores. Además se propone la integración de las personas más desfavorecidas y excluidas tales como minorías étnicas, inmigrantes y personas con discapacidad, mejorar la atención de niños, niñas y personas mayores y promover la existencia de servicios de calidad que lleguen a toda la ciudadanía.
- Los Fondos Europeos reforzarán los Programas y estrategias nacionales de Inclusión, infancia, discapacidad, migración, gitanos, drogas, personas sin hogar, etc.
- Se prestará especial atención a la pobreza infantil, especialmente en relación al acceso a los bienes básicos de vivienda, educación y sanidad.
- Asimismo también se refuerza la protección social, jurídica y económica de las familias y se prestará especial atención a la conciliación, el empleo, la salud y la fiscalidad. Estas medidas formarán parte del Plan Integral de apoyo a las Familias que se presentará en este año.
- También se prevé aumentar la protección de las personas desempleadas con cargas familiares, incrementando, en el marco del programa de recualificación profesional de las personas que agoten su protección por desempleo, la cuantía de las ayudas al tiempo que se intenta fomentar su inserción laboral.
- Este Objetivo establecerá sinergias y vías de coordinación con otros Fondos, en particular con el Programa del Fondo de Ayuda a las Personas Más Desfavorecidas.

## **3. Refuerzo de la cooperación administrativa y territorial:**

- Los objetos de inclusión social y lucha contra la pobreza serán abordados tanto en uno de los Programas Operativos Nacionales (el de Inclusión Social), como en los Programas Operativos de las Comunidades Autónomas.
- Está previsto en el marco de los fondos FEI reforzar la cooperación interadministrativa, especialmente entre administración central y Comunidades Autónomas y entre departamentos y políticas de empleo y de servicios sociales.
- Refuerzo de la capacidad administrativa de las administraciones responsables de impulsar coordinar, apoyar hacer el seguimiento y evaluar las políticas y medidas relacionadas con la inclusión social y la lucha contra la pobreza.

## **4. Actuación en partenariatio con las entidades del Tercer Sector**

- Las entidades del Tercer Sector que han demostrado experiencia previa en el marco del PO Lucha contra la Discriminación seguirán teniendo un protagonismo en la gestión del nuevo programa operativo Inclusión.
- Al mismo tiempo se seguirá reforzando la colaboración con las entidades sociales tanto en el plano nacional como en el autonómico en el desarrollo y la implementación de las medidas.
- De acuerdo con el Código de Conducta, se reforzarán los sistemas de consulta e interlocución con las entidades sociales.

## **5. Fomento de la economía social y de las empresas sociales**

- Se fomentará el apoyo a las empresas de economía social especialmente en los ámbitos relacionados con los servicios sociales y la promoción de la inclusión social.
- Se apoyará especialmente a las cooperativas sociales, a los centros especiales de empleo y a las empresas de inserción como entidades clave a la hora de fomentar el empleo entre los grupos en situación de exclusión.
- Se desarrollarán actuaciones de apoyo al crecimiento y la internacionalización de las empresas de la Economía Social.

## **6. Fomento de la innovación social**

- Se fomentará la innovación social, en la búsqueda de nuevas respuestas a las necesidades de los grupos vulnerables, por parte de entidades públicas y privadas.
- Se fomentará la aplicación de los avances tecnológicos y de comunicación en el apoyo a las personas en situación de exclusión, de cara a favorecer su autonomía (personas dependientes, mayores, discapacitadas, personas con bajos niveles de instrucción, etc.)
- Se fomentarán estrategias de partenariado entre administraciones, empresas y ONG para la puesta en marcha de proyectos y programas innovadores orientados a la inclusión social, al fomento de la participación, etc.

### **9.1.4 Involucra a las partes interesadas en la lucha contra la pobreza**

A pesar de los esfuerzos realizados por todos los actores implicados en este marco de inclusión activa en su proceso de gobernanza, es imprescindible avanzar hacia una mayor coordinación vertical y horizontal entre las distintas administraciones públicas implicadas, mayor interconexión e integralidad de las políticas en los distintos ámbitos (sanidad, educación, servicios sociales, justicia, migración...) y hacia el alineamiento entre los distintos procesos abiertos de protección social (Leyes autonómicas de servicios sociales, Ley de Dependencia, Rentas Mínimas, Renta Activa de Inserción, etc.), siempre teniendo en cuenta la participación de actores sociales como las organizaciones del Tercer Sector de Acción Social.

Con la ayuda del Fondo Social Europeo, y en colaboración entre los Ministerios de Empleo y Seguridad Social y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se han puesto en marcha instrumentos como la **Red de Inclusión Social**, espacio de intercambio y de diálogo que tiene por objetivo general la articulación de vías de cooperación entre las administraciones públicas y las entidades de acción social, en materia de inclusión social y especialmente de la inclusión activa, así como el intercambio de buenas prácticas y análisis del impacto de las aportaciones del FSE en la mejora de la inclusión social.

El Tercer Sector de Acción social se configura como el principal colaborador de las administraciones públicas en la lucha contra la pobreza y la exclusión social. A tal fin se garantiza la financiación de los programas destinados a esa finalidad mediante las subvenciones que la administración del Estado convoca con cargo a la aportación del 0,7 por cien del Impuesto sobre la Renta de las Persona Físicas y otras subvenciones para garantizar el mantenimiento de las entidades.

Además, con objeto del consolidar el merecido reconocimiento y estabilidad futura de este sector, se llevará a cabo una modificación del marco normativo para potenciar el papel que desempeñan las Entidades del Tercer Sector de acción social, basándose en los criterios de innovación y rigor en la gestión de las políticas sobre inclusión social.

### **9.1.5 Según las necesidades identificadas, incluye medidas para la cambiar la asistencia institucional por una asistencia de carácter local**

La participación y colaboración de las Administraciones Públicas planteada en el PNAIN, da impulso y mejora la coordinación interadministrativa, que se ha articulado entre los distintos niveles administrativos

empleando para tal fin, los diversos cauces de cooperación oportunos entre la AGE, las comunidades autónomas y las entidades locales.

Además, el Plan fomenta la movilización, el apoyo y el fortalecimiento del Tercer Sector de Acción Social, que desempeña un rol crucial y fomenta la participación de la sociedad civil.

A tal fin, se llevarán a cabo las medidas que a continuación se detallan:

- Mejorar la interlocución entre la Administración General del Estado y los representantes de la sociedad civil a través de las entidades de acción social, mediante la Comisión para el Diálogo Civil con la Plataforma del Tercer Sector de Acción Social, que garantiza el diálogo permanente para la búsqueda de soluciones compartidas en la defensa de los derechos sociales, la cohesión y la inclusión social;
- Articular los cauces precisos para impulsar el diálogo y la implicación del Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social;
- Fortalecer el Tercer Sector de Acción Social mediante el apoyo institucional y financiero;
- Incentivar la participación de las empresas en la lucha contra la pobreza y la exclusión social
- En el marco de esta colaboración público-privada, enfocada a la lucha contra la pobreza y la exclusión social, se hace preciso contar con el sector empresarial. Por ello desde el PNAIN 2013-2016 se aboga por fomentar la Responsabilidad Social de las Empresas<sup>1</sup>.

El PNAIN establece entre sus objetivos el establecimiento de una coordinación eficaz entre los servicios de empleo y los servicios sociales, que son los más cercanos a las personas vulnerables. En este sentido, recoge las siguientes actuaciones específicas:

- Actuación. 23. Consensuar, en el marco de la Red de Inclusión Social, un protocolo de coordinación entre los servicios sociales y los servicios de empleo al objeto de que sea difundido y sirva de herramienta de referencia entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla que deseen implementarlo.
- Actuación. 24. Impulsar el diseño y la implementación de protocolos de coordinación entre los servicios sociales y los de empleo para poder actuar con mayor efectividad respecto a los colectivos más vulnerables.
- Actuación. 25. Avanzar en el diseño de sistemas de “ventanilla única” de empleo y servicios sociales al objeto de ofrecer una atención integral a las situaciones de vulnerabilidad que afectan a las personas y familias. En estos dispositivos, los profesionales de empleo y de los servicios sociales trabajan de forma conjunta para aplicar políticas sociales de apoyo más ágiles y simplificadas, con mayor coordinación, eficacia y eficiencia.

#### **9.1.6 Las partes interesadas, a petición propia, recibirán, cuando esté justificado, apoyo para la presentación de proyectos y la ejecución y gestión de los proyectos seleccionados.**

La Constitución española garantiza el sometimiento de las Administraciones Públicas al principio de legalidad, tanto con respecto a las normas que rigen su propia organización, como al régimen jurídico, el procedimiento administrativo y el sistema de responsabilidad.

La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común establece y regula estos elementos, siendo aplicable a todas las

- 
- <sup>1</sup> El pasado 16 de julio de 2014, el Pleno del Consejo Estatal de Responsabilidad Social de las Empresas (CERSE) ha dado luz verde a la Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas, un documento que dota a nuestro país de un marco común de referencia que permitirá armonizar las distintas actuaciones que, en relación a la RSE, se están desarrollando tanto en el ámbito público como en el privado.



Administraciones Públicas, entendiéndose por tales la Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas, las Entidades que integran la Administración Local y las Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica propia vinculadas o dependientes de cualquiera de las anteriores.

En su art. 3, esta Ley regula los principios generales que rigen para las Administraciones Públicas y, específicamente, en lo que concierne a sus relaciones con los ciudadanos, indica que han de actuar “de conformidad con los principios de transparencia y participación”.

Por su parte, los ciudadanos ostentan una serie de derechos frente a la Administración, recogidos en el art. 35, entre los que se contempla en el apartado g) el derecho a “obtener información y orientación acerca de los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones vigentes impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes que se propongan realizar”.

La responsabilidad directa de la tramitación recae en titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos que, a tenor del art. 41, “adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos”.

Los interesados podrán solicitar la exigencia de esa responsabilidad a la Administración Pública que corresponda.

La sección 4ª de la Ley regula la participación de los interesados. Así, el art. 85.3 estipula que, en cualquier caso, el órgano instructor adoptará “las medidas necesarias para lograr el pleno respeto a los principios de contradicción y de igualdad de los interesados en el procedimiento”.

Asimismo, tal y como contempla el art. 86.4, las Administraciones Públicas podrán establecer “otras formas, medios y cauces de participación de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la Ley en el procedimiento de elaboración de las disposiciones y actos administrativos”.

En definitiva, constituye una obligación para la Administración facilitar la tramitación de los procedimientos y que estos sigan el cauce adecuado y remover los obstáculos que pudieran perjudicar su buen desarrollo y, a su vez, esto supone un derecho de los interesados, que no solo pueden recibir orientación jurídica y técnica sobre los proyectos, actuaciones o solicitudes que pretendan realizar, sino que, además, pueden exigirla a la vez que pueden, en su caso, participar en el procedimiento de elaboración tanto por sí mismos como a través de entidades que los representen.

Si descendemos al ámbito concreto de las subvenciones, de acuerdo con lo establecido en los artículos 14.1.c) y 32.1 de Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y el capítulo IV del título II del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Subvenciones, las entidades u organizaciones beneficiarias de la subvención se someterán a las actuaciones de comprobación, seguimiento y evaluación que se determinen.

Estas actuaciones suelen venir determinadas en las órdenes de bases y en las convocatorias de cada una de las subvenciones y no se limitan exclusivamente a realizar una comprobación económica del gasto de la actuación o proyecto sino que también se presta asistencia y apoyo técnico para la correcta gestión de esa actuación o proyecto al objeto de garantizar su correcta ejecución y el cumplimiento satisfactorio de la finalidad de la ayuda.

En el marco del Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016 se contempla la existencia de mecanismos de consulta para la propuesta de solicitudes de proyectos, así como en su ejecución y gestión. Así, por ejemplo, la actuación 34 contempla la puesta en marcha de programas de acceso al autoempleo para personas en situación o en riesgo de exclusión social, contando, para tal fin, con el Tercer Sector de Acción Social, destinados a:

- a. Favorecer el autoempleo de las personas excluidas, a través del acceso al microcrédito, con asesoramiento para la solicitud del mismo y la puesta en marcha del proyecto.



- b. Preparar y acompañar las iniciativas de trabajo por cuenta propia de personas inmigrantes, con especial consideración por aquellos orientados a la economía social.

Asimismo, en el Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016 en relación con la movilización, apoyo y fortalecimiento del Tercer Sector de Acción Social, se ha adoptado el compromiso de Fortalecer el Tercer Sector de Acción Social mediante el apoyo institucional y financiero.

Ya en el contexto de la gestión de los Fondos EIE, la Subdirección General para la Igualdad de Trato y la No Discriminación de la Dirección General para la Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ejerce, además, las funciones de Secretaría del Consejo para la promoción de la Igualdad de Trato y No Discriminación, desarrollará un papel estratégico en la formación del personal de las autoridades que participen en la gestión y control de Fondos EIE, en los ámbitos de la legislación y la política de la Unión contra la Discriminación.

Se realizará un plan para la participación de los organismos responsables de la promoción de la igualdad y la no discriminación de todas las personas por los seis motivos protegidos por las directivas europeas (sexo, origen racial o étnico, discapacidad, orientación sexual, edad, religión y creencias) así como sobre la aplicación de los criterios de accesibilidad universal durante la elaboración y aplicación de los programas, incluida la prestación de asesoramiento sobre la igualdad, la no discriminación y la accesibilidad universal en las actividades relacionadas con los Fondos EIE.

A su vez, hay organismos intermedios del Fondo Social Europeo que promueven la participación en igualdad de condiciones de los colectivos a los que dirigen sus actuaciones, así como la capacitación de las organizaciones de estos colectivos y de las entidades que los representan. Así, por ejemplo, entre los objetivos específicos que tiene la Subdirección General de Integración de los Inmigrantes en el Programa Operativo de Lucha contra la Discriminación, está la de “Garantizar el acceso de las personas inmigrantes a los servicios públicos, especialmente el empleo, la educación, los servicios sociales, la salud y la vivienda, en igual de condiciones con la población autóctona”.

En este mismo Programa Operativo, Acción contra el Hambre, desarrolla los siguientes objetivos específicos: “Apoyo y fortalecimiento de las entidades que trabajan en el ámbito de la inserción socio-laboral y promueven programas en materia de empleo, inclusión social e igualdad de género”, “Formación del personal implicado en la formulación, el desarrollo, el seguimiento y la evaluación de las políticas, programas y proyectos en materia de empleo, inclusión social e igualdad de género, tanto del sector público como del privado, ”Asesoramiento de personal experto para fortalecer el Tercer Sector y contribuir a la mejora del conocimiento en materia de empleo, inclusión social e igualdad entre mujeres y hombres”.

Adicionalmente, a través de la Red de Inclusión Social las personas/organizaciones/asociaciones interesadas pueden establecer contacto para la propuesta de nuevas medidas que puedan contribuir a potenciar la inclusión social.

## 1.2. CONDICIONALIDAD EX ANTE 9.2

Objetivo Temático	<i>9. Promover la inclusión social y luchar contra la pobreza y cualquier tipo de discriminación.</i>
Prioridad de inversión FSE	<i>9.2. Integración socioeconómica de las comunidades marginadas como la de los gitanos.</i>
Condición ex ante (Anexo XI)	<i>Existencia de una marco político estratégico para la inclusión de los gitanos.</i>

**Criterios de cumplimiento (Anexo XI)**

*Existencia de una estrategia nacional de inclusión de los gitanos que:*

*-establezca objetivos nacionales a alcanzar relacionados con la integración de los gitanos para reducir la brecha existente con la población general. Estas metas deben abordar los cuatro objetivos de la UE sobre integración de los gitanos relacionados con el acceso a la educación, empleo, salud y vivienda.*

*--identifique, en su caso, micro-regiones desfavorecidas o barrios segregados, donde las comunidades están más necesitadas, usando indicadores socioeconómicos y territoriales ya disponibles (por ejemplo, nivel educativo muy bajo, desempleo de larga duración, etc.)*

*--incluya métodos de seguimiento sólidos y eficaces para evaluación el impacto de las medidas de integración de los gitanos y una revisión del mecanismo para la adaptación de la estrategia.*

*– está concebida, aplicada y supervisada en estrecha cooperación y permanente diálogo con la sociedad civil gitana.*

*Previa solicitud y, cuando sea necesario, los agentes interesados podrán recibir apoyo para la presentación de solicitudes de proyectos y por la ejecución y gestión de los proyectos seleccionados.*

### **1.2.1. Órganos competentes**

**El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)** es el órgano responsable de la puesta en marcha de medidas para la promoción de la igualdad social a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

El MSSSI, en concreto la D .G de Servicios para la familia y la Infancia, es el responsable del cumplimiento de los objetivos marcados por la Estrategia de Inclusión Social de la Población Gitana (constituyen el denominado punto nacional de contacto).

Las Comunidades Autónomas pueden desarrollar estrategias y medidas en el marco de sus competencias que materialicen la Estrategia Nacional.

**El Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MEYSS)**a través de la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo está financiando la **Red Euroma** cuyo principal objetivo es mejorar el efecto de los Fondos Estructurales respecto a la inclusión Social de la población gitana y cuyo resultado más eficaz a corto plazo ha sido la elaboración de la **“Guía EURoma para la planificación de los Programas Operativos 2014-2020”**. Esta guía tiene como objetivo principal apoyar a las Autoridades de Gestión en el proceso de planificación de modo que los Programas Operativos 2014-2020 incorporen la inclusión social de la población gitana de manera más eficiente y con un mayor impacto sobre las condiciones de vida de la minoría gitana.

### **1.2.2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad**

**Condición ex ante (Anexo XI)**

**9.2. Integración de comunidades marginadas como la de los gitanos.**

**Existencia de una estrategia nacional de inclusión de los gitanos que:**

**9.2.1 – establece objetivos nacionales a alcanzar relacionados con la integración de los gitanos para reducir la brecha existente con la población general. Estas metas deben abordar los cuatro objetivos de la UE sobre integración de los gitanos relacionados con el acceso a la educación, empleo, salud y vivienda**

La [Estrategia para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020](#) deriva de la Comunicación de la Comisión (COM (2011) 173 final).

La Estrategia incide en las cuatro áreas clave para la inclusión social: Educación, Empleo, Vivienda y Salud. En cada una de ellas marca unos objetivos cuantitativos, que se concretan en porcentajes de población, a alcanzar en el año 2020, así como unas metas intermedias para 2015. Además de estas cuatro áreas, la Estrategia establece líneas de actuación complementarias en materia de acción social, participación,

mejora del conocimiento de este colectivo, igualdad de la mujer, no discriminación, promoción de la cultura y una especial atención a la población romaní procedente de otros países.

La gobernanza de la Estrategia quedará asegurada por los mecanismos de cooperación técnico–institucional entre los que destaca la creación de un Comité Interfondos, compuesto por representantes de las Unidades FSE, FEDER y FEADER, con el objetivo de articular de forma coordinada la programación, seguimiento y evaluación de actuaciones centradas en la población gitana.

### **Ministerio de Empleo y Seguridad Social.**

De cara al siguiente período de programación la UAFSE (MEYSS) lidera una nueva red transnacional; “Reinforcing Policy Learning for Roma inclusión “(EUroma +) cuyo objetivo es mejorar el impacto y eficiencia de los Fondos Estructurales. Este objetivo está en línea con la Promoción del enfoque integrado de los proyectos, la combinación de fondos de la UE, y la mejora los mecanismos de coordinación horizontal y vertical o una mayor implicación de las administraciones locales y de la propia comunidad gitana.

Esta nueva Red cuenta con 8 EEMM y está compuesta por las Autoridades de gestión de FSE y los puntos de contacto nacionales de las Estrategias Europeas de Inclusión Social de la Población Gitana, de cada Estado participantes. Esta composición refleja la intencionalidad de apostar por un enfoque integrado involucrando a los responsables de los recursos económicos (FSE) con los responsables de las políticas de inclusión social de la población Gitana.

Esta red tiene ha tenido en cuenta el impacto de la Red EUroma desarrollada durante el periodo de programación 2007-2013 cuyas lecciones aprendidas y metodología han traspasado las fronteras de los países de la UE, transfiriendo sus resultados a terceros Estados como países de los Balcanes, por ejemplo.

### **9.2.2 – identifica, en su caso, micro-regiones desfavorecidas o barrios segregados, donde las comunidades están más necesitadas, usando indicadores socioeconómicos y territoriales ya disponibles (por ejemplo, nivel educativo muy bajo, desempleo de larga duración, etc.)**

Es importante subrayar que la Estrategia no adopta un enfoque micro territorial específico dada la alta dispersión geográfica de la población gitana.

No obstante, muchas de las líneas de actuación previstas (especialmente las que corresponden a los ámbitos de educación, salud y vivienda), se concentran en aquellos barrios o zonas urbanas en los que hay una mayor prevalencia de población gitana. Hay dos tipos de líneas en las que se tendrá en cuenta el enfoque micro territorial:

- En las actuaciones de erradicación del chabolismo e infravivienda, que se concentran en barrios o zonas urbanas en las que son necesarias actuaciones específicas e integrales;
- En las actuaciones de rehabilitación urbana que llevan a cabo algunas comunidades autónomas (Ej. barriadas de actuación preferente) que se concentran en los barrios que necesitan mejoras urbanas y de equipamientos.

Cada objetivo tiene asociado unos indicadores socioeconómicos de tal forma que sea posible estudiar la evolución de los mismos. Estos indicadores además están clasificados según las cuatro prioridades de la estrategia.

La estrategia además tiene un enfoque micro territorial que se materializa en dos líneas de actuación: erradicación del chabolismo e infravivienda, que se concentran en barrios o zonas urbanas en las que son necesarias actuaciones específicas e integrales y rehabilitación urbana que llevan a cabo algunas comunidades autónomas.

En cumplimiento de la Estrategia Nacional, en concreto para el objetivo de vivienda se ha elaborado desde el MSSSI una propuesta concreta de **acciones integradas de realojo de población gitana**, dirigidas a

municipios de más de 50.000 habitantes. La implementación de esta propuesta refuerza la idea de complementariedad de los Fondos FEDER (en lo que respecta a la compra, adecuación o construcción de viviendas sociales) y FSE (para las acciones de acompañamiento). Esta intervención se plantea a través de programas monofondo (acogiéndose al 5% de coste subvencionable por otro Fondo) o mediante programas multifondo donde FSE, FEDER Y Fondo de Cohesión operan en un único programa.

En concreto la Estrategia para el área de vivienda se centra en la erradicación del chabolismo y la reducción de las situaciones de infravivienda, dentro del cual se marcan dos objetivos específicos: la reducción del chabolismo del 3,9% al 0,5% (2% como objetivo intermedio en 2015) y la reducción de los niveles de infravivienda del 7,8% al 3% (6% como objetivo intermedio en 2015).

Asimismo, se identificarán las microrregiones desfavorecidas o los barrios segregados donde las comunidades gitanas están más necesitadas, utilizando indicadores socioeconómicos y territoriales ya disponibles (nivel educativo muy bajo, desempleo de larga duración, etc) y se propondrán medidas para corregir la situación.

### **9.2.3 - incluye métodos de seguimiento sólidos para evaluación el impacto de las medidas de integración de los gitanos y una revisión del mecanismo para la adaptación de la estrategia,**

En el apartado 5 de Seguimiento y revisión de la Estrategia , sin perjuicio de las evaluaciones de ejecución e impacto sobre la población gitana, se prevé la elaboración de los siguientes estudios en 2015 (para el resultado intermedio) y 2020 ( para el resultado final) :

- Se replicará el estudio socio demográfico realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2007.
- Se prevé la replicación de la Encuesta Nacional de Salud a población gitana y su estudio comparativo con la Encuesta Nacional de Salud a población general.
- Se prevé la replicación del estudio de empleo, realizado ya en dos ocasiones, sobre indicadores comparados con la Encuesta de Población Activa (EPA).
- Se prevé la replicación del Mapa de la Vivienda Gitana en España que proporcione datos comparables con los resultados de los mapas previos.
- De forma análoga, los estudios que se lleven a cabo en el ámbito educativo proporcionarán datos que permitan el análisis diacrónico, así como la comparación con indicadores del Sistema Estatal de Indicadores del Ministerio de Educación.

Con la información que arrojen estos estudios en sus 2 fases se llevarán a cabo 2 informes de seguimiento de los objetivos: uno intermedio y otro al finalizar la estrategia.

Por lo tanto, el seguimiento y revisión de la Estrategia, en cuanto al cumplimiento de sus objetivos, se basará en los indicadores de resultado o de impacto (ver Anexo II). Por otro lado, el seguimiento de la ejecución de las actuaciones concretas que se lleven a cabo para alcanzar los objetivos se basará en el sistema de indicadores de proceso o de actividad acordado en el marco del Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana

La sección 3.4 de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020, *“Implementación y concreción de la Estrategia”*, prevé la puesta en marcha de planes sucesivos en los que se concretarán medidas y actuaciones que contribuyan a alcanzar los objetivos de la misma. En este contexto, tras haber evaluado el anterior *Plan de Acción para el Desarrollo de la Población Gitana 2010-2012*, se ha elaborado este nuevo Plan Operativo para la Implementación de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020, que cubrirá el periodo 2014-2016 (de aquí en adelante, ‘Plan Operativo 2014-2016’).

El Plan Operativo 2014-2016, además de concretar actuaciones para el cumplimiento de los objetivos y medidas definidos por la propia Estrategia de Inclusión Gitana 2012-2020, establece los marcos de trabajo a seguir, especialmente por las distintas administraciones y, en concreto, por la Administración General del Estado (AGE) y las Comunidades Autónomas (CC. AA.). De este modo, el Plan Operativo 2014-2016 pone el

énfasis no solo en actuaciones finalistas sino en los procesos en los que conviene avanzar para llevar a cabo una implementación más eficaz.

Los resultados de la evaluación del *Plan de Acción para el desarrollo de la Población Gitana 2010-2012* destacaban, en síntesis y de manera genérica para todas las áreas de trabajo, que los futuros planes operativos para la implementación de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020 deberían:

- Estar más focalizados en medidas y actuaciones realizables en el periodo previsto,
- Encontrar fórmulas más eficaces de implicar y coordinar la acción de las CC. AA. con los contenidos del plan en áreas de su competencia,
- Contar con mecanismos de recogida/transmisión de la información y seguimiento que permitan conocer mejor las actuaciones que se ejecutan y su impacto sobre la población gitana.

A partir de las lecciones y recomendaciones extraídas de la experiencia pasada, este Plan Operativo 2014-2016 avanza en tres direcciones y pretende ser:

- Un instrumento de planificación de la acción de la AGE (en las áreas relacionadas con la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020: educación, vivienda, empleo, salud, discriminación/igualdad de trato).
- Un instrumento de orientación y coordinación con la acción de las CC. AA.
- Un instrumento de apoyo a todos los actores implicados a través de las acciones del Punto Nacional de Contacto de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020.

El enfoque de este nuevo Plan Operativo 2014-2016, en línea con las políticas dirigidas a la inclusión social de la población gitana, se basa en la combinación y complementariedad de medidas genéricas o universales dirigidas al conjunto de la población que podrían tener efectos positivos en la población gitana y medidas específicas dirigidas a problemáticas particulares o de especial relevancia en la población gitana. Se busca por tanto la complementariedad entre las políticas generales y específicas, y entre los enfoques inclusivos (*mainstreaming*) y los enfoques específicos (*targeting*): hay estrategias, planes y políticas, en el ámbito estatal, dirigidas al conjunto de la población o centradas en las áreas principales para la inclusión social (educación, empleo, salud, vivienda, igualdad y no discriminación, etc.) que pretenden ser inclusivas con la población gitana y tener un impacto en la consecución de los objetivos de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020.

De este modo se da cumplimiento a los *Principios Comunes Básicos para la Inclusión de los Romaníes (PCB)* Nº 2 “Centrarse explícita pero no exclusivamente en la población gitana”, y Nº 4 “Apuntar a la integración total del colectivo gitano en la sociedad”<sup>2</sup>.

Por último, se trata de un Plan Operativo con un período de tres años de vigencia que no es cerrado, puesto que cada año se irá actualizando la planificación anual de actuaciones. Tras el término de su periodo de ejecución en 2016 se evaluará y elaborará el siguiente plan, coincidiendo con el momento en el que se prevé contar con nuevos datos relativos a todas las áreas que permitan reajustar los objetivos de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020 según estaba previsto en su texto.

La planificación para el periodo 2014-2016 ha sido coordinada por la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia del MSSSI como Punto Nacional de Contacto de la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020. Con objeto de concretar posibles actuaciones del Plan Operativo 2014-2016, se han efectuado consultas a los departamentos ministeriales de la AGE en las áreas clave que define la Estrategia Inclusión Gitana 2012-2020, a las CC. AA. y a la FEMP a través del Grupo de Cooperación Técnica sobre población gitana, y a las organizaciones del movimiento asociativo a través del Consejo Estatal del Pueblo Gitano (CEPG).

---

<sup>2</sup> Los 10 Principios Básicos Comunes para la Inclusión de los Romaníes se presentaron por primera vez en la reunión de la Plataforma Europea para la Inclusión de la Población Gitana en Praga el 24 de abril de 2009.

**9.2.4. - está concebida, aplicada y supervisada en estrecha cooperación y permanente diálogo con la sociedad civil gitana y las autoridades regionales y locales.**

Asimismo, el Plan Operativo mencionado pretende establecer las bases de un proceso de gobernanza que deberá retroalimentarse y fortalecerse de manera progresiva a lo largo de su ejecución.

La experiencia acumulada de planes anteriores ha señalado el reto de mejorar la cooperación y la coordinación entre los diferentes agentes implicados en la inclusión social de la población gitana, en especial los distintos niveles de las administraciones públicas. Con este propósito, este nuevo Plan Operativo define los marcos de un proceso de trabajo que debe consolidarse en la práctica y para cuyo desarrollo resultarán indispensables la disposición y el compromiso de los principales agentes implicados en todos los niveles de gobierno, así como de la participación activa de la sociedad civil.

La implementación de la *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020* en el plano de las políticas autonómicas y en el plano local exige mayor comunicación, cooperación e intercambio de información y de conocimiento, actividades que serán impulsadas, en primera instancia, por la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, departamento designado como Punto Nacional de Contacto de la *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020*.

La Estrategia nacional para la inclusión de la Población Gitana prevé la promoción de la presencia, participación y liderazgo de personas gitanas en la esfera política y social y en las instituciones públicas, con paridad de género. Se pretende reforzar y mejorar los trabajos del Consejo Estatal del Pueblo Gitano y de sus grupos de trabajo; fomentar las líneas de coordinación entre el Consejo Estatal del Pueblo Gitano y los órganos de participación de la población gitana en los ámbitos autonómico y local; fortalecer el movimiento asociativo gitano, en especial de las asociaciones de mujeres, promoviendo el desarrollo de capacidades en las organizaciones y su funcionamiento democrático y fomentar las actuaciones que favorezcan la participación de la población gitana en espacios organizados de la sociedad civil, especialmente de jóvenes y mujeres.

**9.2.5. - Previa solicitud y, cuando sea necesario, los agentes interesados podrán recibir apoyo para la presentación de solicitudes de proyectos y por la ejecución y gestión de los proyectos seleccionados.**

La Constitución española garantiza el sometimiento de las Administraciones Públicas al principio de legalidad, tanto con respecto a las normas que rigen su propia organización, como al régimen jurídico, el procedimiento administrativo y el sistema de responsabilidad.

La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común establece y regula estos elementos, siendo aplicable a todas las Administraciones Públicas, entendiéndose por tales la Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas, las Entidades que integran la Administración Local y las Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica propia vinculadas o dependientes de cualquiera de las anteriores.

En su art. 3, esta Ley regula los principios generales que rigen para las Administraciones Públicas y, específicamente, en lo que concierne a sus relaciones con los ciudadanos, indica que han de actuar “de conformidad con los principios de transparencia y participación”.

Por su parte, los ciudadanos ostentan una serie de derechos frente a la Administración, recogidos en el art. 35, entre los que se contempla en el apartado g) el derecho a “obtener información y orientación acerca de los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones vigentes impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes que se propongan realizar”.

La responsabilidad directa de la tramitación recae en titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos que, a tenor del art. 41, “adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus



intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos”.

Los interesados podrán solicitar la exigencia de esa responsabilidad a la Administración Pública que corresponda.

La sección 4ª de la Ley regula la participación de los interesados. Así, el art. 85.3 estipula que, en cualquier caso, el órgano instructor adoptará “las medidas necesarias para lograr el pleno respeto a los principios de contradicción y de igualdad de los interesados en el procedimiento”.

Asimismo, tal y como contempla el art. 86.4, las Administraciones Públicas podrán establecer “otras formas, medios y cauces de participación de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones y asociaciones reconocidas por la Ley en el procedimiento de elaboración de las disposiciones y actos administrativos”.

En definitiva, constituye una obligación para la Administración facilitar la tramitación de los procedimientos y que estos sigan el cauce adecuado y remover los obstáculos que pudieran perjudicar su buen desarrollo y, a su vez, esto supone un derecho de los interesados, que no solo pueden recibir orientación jurídica y técnica sobre los proyectos, actuaciones o solicitudes que pretendan realizar, sino que, además, pueden exigirla a la vez que pueden, en su caso, participar en el procedimiento de elaboración tanto por sí mismos como a través de entidades que los representen.

Si descendemos al ámbito concreto de las subvenciones, de acuerdo con lo establecido en los artículos 14.1.c) y 32.1 de Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y el capítulo IV del título II del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Subvenciones, las entidades u organizaciones beneficiarias de la subvención se someterán a las actuaciones de comprobación, seguimiento y evaluación que se determinen.

Estas actuaciones suelen venir determinadas en las órdenes de bases y en las convocatorias de cada una de las subvenciones y no se limitan exclusivamente a realizar una comprobación económica del gasto de la actuación o proyecto sino que también se presta asistencia y apoyo técnico para la correcta gestión de esa actuación o proyecto al objeto de garantizar su correcta ejecución y el cumplimiento satisfactorio de la finalidad de la ayuda.

En el marco del Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016 se contempla la existencia de mecanismos de consulta para la propuesta de solicitudes de proyectos, así como en su ejecución y gestión. Así, por ejemplo, la actuación 34 contempla la puesta en marcha de programas de acceso al autoempleo para personas en situación o en riesgo de exclusión social, contando, para tal fin, con el Tercer Sector de Acción Social, destinados a “Favorecer el autoempleo de las personas excluidas, a través del acceso al microcrédito, con asesoramiento para la solicitud del mismo y la puesta en marcha del proyecto”.

En algunos casos se adoptan medidas que van más allá del apoyo a la presentación de solicitudes, ejecución y gestión, planteándose una colaboración conjunta en el desarrollo de programas, como en la Actuación. 19. “Desarrollar, en colaboración con el Tercer Sector de Acción Social, programas específicos para la formación y el empleo de las personas gitanas en riesgo de exclusión y, en especial, para las mujeres gitanas y los jóvenes”.

Asimismo, en el Plan Nacional para la Inclusión Social 2013-2016 en relación con la movilización, apoyo y fortalecimiento del Tercer Sector de Acción Social, se ha adoptado el compromiso de Fortalecer el Tercer Sector de Acción Social mediante el apoyo institucional y financiero. Y aquí se hace referencia a entidades del Tercer Sector no solo prestándoles apoyo sino también colaborando de manera conjunta con la Administración: Actuación. 133. “Apoyar a las entidades del Tercer Sector de Acción Social y realizar, en colaboración con ellas, programas de atención sanitaria -preventiva y asistencial- y rehabilitación de personas pertenecientes a grupos vulnerables de población: personas privadas de libertad, drogodependientes, personas con enfermedad mental, enfermas de SIDA y otras enfermedades, personas sin hogar o población gitana, entre otros”.



Finalmente, en el PNAIN se contempla el desarrollo de un Plan de Acción en colaboración con las administraciones públicas y las entidades que trabajan con la población gitana, en el marco de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020: Actuación. 216. “Implementar la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020 a través de un Plan de Acción en colaboración con las administraciones públicas y las entidades que trabajan con la población gitana”.

En la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020 destaca que el enfoque inclusivo de las políticas sociales de carácter universal ha sido complementado con medidas específicamente dirigidas a aquellas personas gitanas que tenían más dificultades para acceder a los servicios universales por su situación de desventaja o exclusión social.

Dentro de las medidas de carácter específico es necesario resaltar la cooperación financiera y técnica con organizaciones no gubernamentales (ONG) del movimiento asociativo gitano y/o que trabajan por el desarrollo de la población gitana. Esta cooperación se establece en una doble vertiente: (a) la de prestación de apoyo técnico a estas organizaciones, y (b) la de apoyo económico a los programas de interés social que realizan.

El Punto de Contacto Español para la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020 reside en la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, perteneciente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esta Dirección General es el departamento responsable de la coordinación de las políticas para la inclusión social de la población gitana en el Estado español, y en la misma existe una unidad dotada con un equipo de personas que tiene, entre otras funciones, las del diseño y planificación de la Estrategia y de los correspondientes planes de acción concretos para el desarrollo de la población gitana, la puesta en marcha de la Estrategia y el seguimiento de las medidas previstas.

Ya en el contexto de la gestión de los Fondos EIE, la Subdirección General para la Igualdad de Trato y la No Discriminación de la Dirección General para la Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ejerce, además, las funciones de Secretaría del Consejo para la promoción de la Igualdad de Trato y No Discriminación, desarrollará un papel estratégico en la formación del personal de las autoridades que participen en la gestión y control de Fondos EIE, en los ámbitos de la legislación y la política de la Unión contra la Discriminación.

Se realizará un plan para la participación de los organismos responsables de la promoción de la igualdad y la no discriminación de todas las personas por los seis motivos protegidos por las directivas europeas (sexo, origen racial o étnico, discapacidad, orientación sexual, edad, religión y creencias) así como sobre la aplicación de los criterios de accesibilidad universal durante la elaboración y aplicación de los programas, incluida la prestación de asesoramiento sobre la igualdad, la no discriminación y la accesibilidad universal en las actividades relacionadas con los Fondos EIE.

A su vez, hay organismos intermedios del Fondo Social Europeo que promueven la participación en igualdad de condiciones de los colectivos a los que dirigen sus actuaciones, así como la capacitación de las organizaciones de estos colectivos y de las entidades que los representan. En el caso de la población gitana, destaca la participación en el Programa Operativo de Lucha contra la Discriminación de la Fundación Secretariado Gitano cuya misión es la promoción integral de la comunidad gitana desde el respeto y apoyo a su identidad cultural. Las principales áreas de actuación se centran en proporcionar asistencia técnica y apoyo a los agentes relevantes (tales como las administraciones públicas a todos los niveles (local, regional, nacional e internacional) así como ONG), y desarrollar programas y servicios destinados a mejorar las condiciones de vida y la igualdad de oportunidades de la comunidad gitana (tales como programas en los ámbitos del empleo, la educación, la vivienda, la salud, la juventud y los migrantes gitanos).

Adicionalmente, a través de la Red de Inclusión Social las personas/organizaciones/asociaciones interesadas pueden establecer contacto para la propuesta de nuevas medidas que puedan contribuir a potenciar la inclusión social.

### I.3. CONDICIONALIDAD EX ANTE 9.3

Objetivo Temático	9. Promover la inclusión social y luchar contra la pobreza y cualquier tipo de discriminación
Prioridad de inversión FSE	9.3. Mejora del acceso a los servicios asequibles, sostenibles y de calidad, incluidos los servicios sanitarios y sociales de interés general.
Condición ex ante (Anexo XI)	<b>Salud: Existencia de un marco político estratégico nacional o regional para la salud, dentro de los límites del artículo 168 del TFUE asegurando la sostenibilidad económica.</b>
Criterios de cumplimiento (Anexo XI)	Existencia de un marco político estratégico nacional o regional de la salud que: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenga medidas de coordinación para mejorar el acceso a los servicios sanitarios</li> <li>- Contenga medidas para estimular la eficiencia del sector de la salud a través de la implementación de modelos de prestación de servicios y de la infraestructura</li> </ul> El Estado miembro o la región han adoptado un marco delineando los recursos presupuestarios disponibles a modo indicativo y una concentración de los recursos económicos en las necesidades prioritarias de atención sanitaria.

#### I.3.1. Órganos competentes

Para dar respuesta a la condición ex ante 9.3, relativa al área de salud, se debe tener en cuenta que, como consecuencia de la distribución competencial existente en la materia (artículos 149.1.16 y 148.1.21 de la Constitución Española), y de acuerdo con la legislación básica del Estado, las Comunidades Autónomas han asumido la gestión sanitaria, incluyendo la elaboración y ejecución de los planes de inversión sanitarios.

Por lo anterior, para dar cumplimiento a la condición mencionada, se ha elaborado una respuesta integrada que contempla las medidas implementadas por la Administración General del Estado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) así como por las Comunidades Autónomas

Condición ex ante (Anexo XI)	9.3. Salud.
------------------------------	-------------

#### I.3.2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

**Existencia de un marco político estratégico nacional o regional de la salud que:**

**9.3.1 – Contenga medidas de coordinación para mejorar el acceso a los servicios sanitarios y un marco en el que se perfilan los recursos presupuestarios disponibles.**

- Existe un enfoque estratégico nacional para la implantación y desarrollo de las medidas sanitarias, que se lidera desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se canaliza a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España.
- El CISNS aprueba las prestaciones sanitarias que se incluyen en la cartera de servicios del SNS y las estrategias de salud de ámbito nacional que se aplican en las CCAA. Estas estrategias constituyen el marco de coordinación y cohesión que garantiza la equidad entre los territorios.
- Existe un cronograma común de desarrollo e implementación de las estrategias para las CCAA. La estrategia para el abordaje de la cronicidad se aprobó en 2012 y la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en 2013. Ambas establecen en sus previsiones de implementación las intervenciones relacionadas con los principales determinantes de salud, promoviendo modelos de prestación de servicios y organización de los recursos adaptados para responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y socio-sanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas.

- El proyecto estratégico de sanidad en línea en el SNS incluye todos los sistemas de información que apoyándose en las TIC facilitan el conocimiento para profesionales sanitarios, gestores y ciudadanos. La implantación de los proyectos de Tarjeta Sanitaria, Historia Clínica Electrónica Interoperable y Receta Electrónica Interoperable, se está realizando a nivel nacional con el esfuerzo coordinado del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los Servicios de Salud de las CCAA.
- El Consejo Interterritorial del SNS realiza el seguimiento, revisión y difusión del desarrollo e implantación de las estrategias de salud y de los proyectos de sanidad en línea.
- Los recursos presupuestarios destinados a las estrategias provienen tanto de las CCAA, que gestionan la prestación sanitaria en el ámbito de sus respectivos territorios, como del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que asume el desarrollo e implantación de las estrategias para el abordaje de la cronicidad y de sanidad en línea con cargo a su presupuesto.
- No obstante, las cuestiones de mayor detalle deberán contestarse a nivel de PO Regional, para aquellas CC.AA. que hayan decidido programar en materia sanitaria.

El **Sistema Nacional de Salud de España (SNS)** tiene entre sus principales objetivos, a través de diversas estrategias de intervención, mejorar el acceso a unos servicios sanitarios asequibles, sostenibles y de calidad, así como mejorar las infraestructuras sanitarias que contribuyan al desarrollo nacional, regional y local, reduciendo las desigualdades en salud.

Estas estrategias se fundamentan en un marco normativo que articula las diversas iniciativas que el conjunto de agentes del SNS llevan a cabo. Son agentes esenciales las CCAA, quienes tienen a su cargo la gestión y aplicación de las prestaciones sanitarias, en un marco de coordinación y cohesión que garantiza la equidad entre los territorios. De hecho, **el SNS se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA convenientemente coordinados**. Para garantizar dicha coordinación, se creó el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España**, para dar cohesión al sistema y garantizar los derechos ciudadanos en todo el territorio.

Las normas principales que conforman el marco jurídico básico de la política sanitaria para el SNS son:

- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS)**. Ésta establece que el SNS es el conjunto de servicios de salud de la Administración General del Estado y de las CCAA, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, establece la equidad como principio general del SNS, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizan en condiciones de igualdad efectiva.
- En cuanto a la coordinación de la sanidad, debe entenderse como el establecimiento de los medios y sistemas de relación que posibiliten la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus competencias. A tal fin, se crea el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**.
- Posteriormente, la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, establece, entre otros mecanismos de cohesión interterritorial, un sistema de coordinación dentro del SNS para el acceso a la información clínica apoyado en las TICs. Esta ley atribuye además una nueva composición y funciones al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.
- **Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios**, que recoge la normativa sobre la receta en formato electrónico.
- **Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud**.
- **Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público**.

- **Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación**, que recoge los criterios generales, así como la coordinación dentro del SNS al respecto.
- **Ley 33/2011 General de Salud Pública** que impulsa el desarrollo de la Estrategia de Salud Pública, coordinando actuaciones y bases comunes para la organización planificada de la salud pública a nivel nacional, y promueve el Sistema de Información en Salud Pública.
- **Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011**. Establece que las administraciones sanitarias, en su ámbito de competencia, adoptarán las medidas precisas para que el aplicativo de la receta electrónica esté implantado y sea interoperable en todo el SNS antes del 1 de enero de 2013.
- **Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones**.
- **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS**.

Al amparo de este marco normativo, se han ido desarrollando diversos **elementos estratégicos de referencia, coordinados en el seno del Consejo Interterritorial**, como los siguientes:

- ✓ El [Plan de Calidad para el SNS](#) :
  - ✓ [Estrategias de salud para el SNS](#):
  - ✓ En especial, la [Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS](#):
- A nivel regional, las **CCAA vienen desarrollando diversos Planes de Salud y Planes específicos** que pretenden hacer efectivas las grandes líneas estratégicas acordadas para el conjunto del SNS. Se detalla información más adelante.
  - [Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en el siglo XXI](#): Este marco estratégico establece entre sus prioridades la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a la atención sanitaria, el incremento de la calidad de dicha atención y de la capacidad de resolución y la mejora de la eficiencia mediante, entre otras acciones, la reducción de las cargas burocráticas que realizan los profesionales sanitarios, reorganizando dichas cargas y, especialmente, reduciéndolas mediante el impulso de las nuevas tecnologías de la información. Todo ello bajo el prisma de contribuir a la sostenibilidad del SNS.
  - **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS**, aprobada por el CISNS el 27 de junio de 2012, que intenta reorientar el sistema sanitario hacia la cronicidad, contando con los sistemas de información y trabajando de manera coordinada entre todas las CCAA. La estrategia establece en sus previsiones de implementación la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aborda las intervenciones relacionadas con los principales determinantes de salud.
  - **Sanidad en línea en el SNS**. Incluye todos aquellos sistemas de información que, apoyándose en las TIC, facilitan la generación de conocimiento útil para la toma de decisiones, tanto para los profesionales sanitarios como los gestores de los servicios sanitarios y de los propios ciudadanos. Existen múltiples iniciativas en este campo:
    - La identificación inequívoca de los usuarios y pacientes (Tarjeta Sanitaria Individual)
    - La informatización de los datos clínicos (Historia Clínica Electrónica o Digital común)
    - La automatización de la prestación farmacéutica (Receta Electrónica)
    - Portal del ciudadano
    - Sistema de control centralizado de los servicios de trasplantes
    - Sistema de control de alertas médicas por epidemias

- Registro nacional de voluntades anticipadas
- Estrategia común para la atención a pacientes crónicos en el SNS.

Para que estos servicios funcionen a nivel nacional, el MSSSI trabaja aunando esfuerzos con las CCAA, intentando conseguir la interoperabilidad de los sistemas autonómicos, convirtiéndolos en sistemas capaces de “hablar” entre sí, lo que permitirá la integración de la información sobre salud relativa a un mismo paciente.

Se está trabajando igualmente en el proyecto epSOS de la UE, cuyo objetivo es realizar un estudio piloto a gran escala entre los Estados europeos que pruebe si es posible intercambiar los datos necesarios para garantizar la atención de los problemas de salud de los ciudadanos europeos cuando se encuentran en otro país distinto de aquel en que residen.

### **1.3.3. Medidas destinadas a estimular la eficiencia en el sector sanitario.**

#### **9.3.2 – Contenga medidas para estimular la eficiencia del sector sanitario mediante la adopción de infraestructuras y modelos de prestación de servicios.**

El Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través de la Dirección General de Ordenación la Seguridad Social, están coordinando la elaboración del **Informe Nacional Social (INS)** que deberá presentarse al Comité de Protección Social y que constituirá la estrategia del Gobierno español en los ámbitos de inclusión social, pensiones, atención sanitaria y cuidados de larga duración. El [INS 2012](#) estableció la estrategia en línea con el Programa Nacional de Reformas 2012 según lo acordado en el Método Abierto de Coordinación (MAC) con el resto de estados miembros

El Informe Nacional Social (INS) propone, por tanto, la estrategia nacional en cuanto a la Atención sanitaria y cuidados de larga duración.

La [Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2012](#) es el instrumento que permitirá adaptar el Sistema Nacional de Salud para poder responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y socio-sanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

Además, el MSSSI fomentará la Prioridad de Inversión “Acceso a servicios asequibles, sostenibles y de calidad, incluidos los servicios sanitarios y sociales de interés general”, mejorando dicho acceso a través de:

- Desarrollo de mecanismos de colaboración entre los servicios sanitarios y sociales para, mediante el establecimiento de equipos multidisciplinares, prestar atención a grupos de mayor vulnerabilidad social, como personas sin hogar con alguna enfermedad mental e intervenir en asentamientos marginales.
- Programas de atención sanitaria -preventiva y asistencial- y rehabilitación de personas pertenecientes a grupos vulnerables de población: personas privadas de libertad, drogodependientes, personas con enfermedad mental, enfermas de SIDA y otras enfermedades, personas sin hogar o población gitana, entre otros.

Si bien los elementos estratégicos comentados en el apartado anterior demuestran el avance hacia una mayor eficiencia en el sector sanitario en España, cabe citar otra serie de medidas, como:

- Refuerzo de la Evaluación de Tecnologías sanitarias, mejorando las garantías y la seguridad en el procedimiento de autorización de las nuevas tecnologías en el SNS, con mejores evidencias científicas y de coste-efectividad para la toma de decisiones, creando un modelo en red con las agencias estatal y autonómicas.
- Procedimiento de compras agregadas para el conjunto del SNS (año 2010) al que las CCAA se pueden sumar de manera voluntaria. Sistema de información que permitirá compartir información entre las CCAA sobre precios de compra a diferentes proveedores.

- Sistemas de ayuda a la prescripción, para facilitar a los profesionales el diagnóstico y tratamiento correspondiente.
- Sistemas de generación de alertas de medicamentos
- Catálogos de información comunes para determinadas áreas clínicas como medicina nuclear, pruebas radiológicas, o registros de centros y de profesionales.
- Servicios de seguridad, como la validación de certificados.

#### **I.3.4. Contiene un sistema de seguimiento y revisión.**

Cada uno de los sistemas de información que aporta datos al SNS mantiene un proyecto asociado de estudio de calidad y evaluación de las políticas acordadas:

- Historia Clínica Digital SNS
- Estratificación de la población para aplicación de intervenciones
- Receta Electrónica
- Gestión del gasto farmacéutico
- Control de alertas en medicamentos
- Control de la financiación de los medicamentos.

#### **I.3.5. Comunidades Autónomas**

<i>Condición ex ante (Anexo XI)</i>	<i>9.3. Salud: Existencia de un marco estratégico político nacional o regional en materia de Sanidad dentro de los límites del artículo 168 del TFUE que garantiza la sostenibilidad económica.</i>
---	---

#### **ANDALUCÍA**

La Consejería de Salud y Bienestar Social ha terminado recientemente el IV Plan Andaluz de Salud Pública. Este Plan constituye un marco estratégico regional para el desarrollo de todas las actuaciones con incidencia sobre la salud de los residentes de Andalucía, dentro de los límites establecidos en el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la UE, relativo a la salud pública, con el que se pretende asegurar la suficiencia financiera necesaria para el desarrollo del amplio conjunto de actuaciones que contempla.

El Plan apela a la estrecha coordinación con las entidades locales para asegurar el acceso de los ciudadanos a los servicios y actuaciones previstos en las mejores condiciones, así como a la colaboración con el resto de agentes existentes en el ámbito sanitario.

Contiene medidas destinadas a mejorar la eficiencia en el sector sanitario, tanto en infraestructuras, como en los modelos de prestación de servicios. De hecho el Plan pretende fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población: implantación generalizada de guías de incorporación de nuevas tecnologías en los centros sanitarios, accesibilidad completa de los ciudadanos a los servicios de salud mediante procesos telemáticos antes de finales del 2015, a título de ejemplo.

Es necesario señalar que el Plan Económico Financiero de Reequilibrio 2012-2014 contiene todo un paquete de medidas de ahorro y de mejora en la eficiencia de la gestión sanitaria, para asegurar la existencia de financiación suficiente para abordar las actuaciones recogidas en el Plan.

El Plan contiene así mismo un sistema de seguimiento y revisión en su última parte, evaluación no sólo interna, sino también externa, a cargo de un órgano independiente de referencia en la evaluación de políticas de salud pública.



## ASTURIAS

La normativa básica en esta materia son el Decreto 9/2007, que delimita el Mapa Sanitario de Asturias, y el Decreto 71/2002, de 30 de mayo, por el que se regulan la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, que establece los recursos sanitarios de uso público con los que cuenta actualmente la región.

La Consejería mantiene cinco **líneas de actuación fundamentales** para la Comunidad Autónoma:

1. La mejora integral de todas las políticas de salud, poniendo especial énfasis en el fomento de hábitos de vida saludables y prevención de la enfermedad, en la mejora de la atención sanitaria, y en la calidad de los cuidados de las personas, especialmente las más vulnerables.
2. La culminación de los trabajos necesarios para poder poner al servicio de la ciudadanía en el menor plazo posible de tiempo los dos nuevos hospitales de la red pública asturiana: el Vital Álvarez Buylla, en Mieres, y el Hospital Universitario Central de Asturias, en Oviedo. Actualmente están en proceso de adquisición del equipamiento que resta y el presupuesto de la consejería incluye 3,8 millones de euros para completar la informatización del HUCA.
3. El mantenimiento de la actual cartera de servicios y de toda la red asistencial en funcionamiento, de las inversiones estratégicas que la consejería tiene en marcha, como puede ser la renovación tecnológica y la inversión en nuevas tecnologías de la información y comunicación; y la renovación de la colaboración con las entidades no gubernamentales que mantienen servicios asistenciales que dan apoyo a la red sanitaria.
4. El desarrollo de nuevas formas de atención a las personas de mayor edad y personas con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta la especial demografía de la Comunidad Autónoma con un alto índice de envejecimiento y con prevalencia significativa de algunas enfermedades crónicas, especialmente las relacionadas con la actividad minera e industrial.
5. El impulso de la investigación e innovación en el ámbito sanitario, desarrollando líneas prioritarias de investigación, fomentando la investigación de excelencia, generando infraestructuras y equipamientos para el desarrollo de la investigación biomédica. Igualmente, impulsando cambios organizativos apoyados en la incorporación de las tecnologías de la información y, por otro lado, desarrollando cambios en la gestión de los servicios generales y áreas no asistenciales del sistema sanitario.

En lo que se refiere a las previsiones de desarrollo normativo, la principal iniciativa tiene que ver con la reorganización de la oferta asistencial de servicios. Dando respuesta legal a:

- Las nuevas necesidades de la población. En los últimos 30 años, se han producido movimientos demográficos y cambios sociales y económicos en la Comunidad que obligan a replantear la actual cartera de servicios.
- La disponibilidad de mejoras en infraestructuras de comunicaciones terrestres, la necesidad de adaptación a los recursos tecnológicos disponibles en materia de sistemas de información, comunicación y equipamientos biosanitarios.
- La promoción del sector sanitario como eje de desarrollo económico de la región, potenciando la innovación tecnológica y la incorporación de las empresas al sector de la investigación y la innovación en las ciencias biosanitarias.

Por último, las actuales líneas de trabajo en materia sanitaria en el Principado de Asturias pasan por las siguientes actuaciones:

- Desarrollo normativo de la Ley de Ordenamiento del Mapa Sanitario y la Oferta de Servicios Sanitarios Públicos del Principado de Asturias.
- Implantación de sistemas para la gestión de procesos crónicos en las actuales áreas sanitarias de Mieres y Valle del Nalón, incorporando nuevas tecnologías de la información (Internet de las cosas) y la documentación y un nuevo modelo organizativo que permita realizar el seguimiento de procesos mediante teleasistencia. Actualmente en fase de análisis. El sistema estaría disponible en el primer semestre de 2014.



- Adecuación de espacios en los terrenos del nuevo HUCA para dotar de infraestructuras a la futura Fundación para la Investigación Biosanitaria en Asturias, (FINBA). La FINBA tendrá que estar operativa al final de la actual legislatura, promoviendo la generación de empresas de base biotecnológica en el actual vivero creado en el entorno del nuevo hospital.

## CANARIAS

El Gobierno de Canarias está tramitando un Plan de Salud que se encuentra en fase de borrador “2º Anteproyecto del **III Plan de Salud de Canarias 2013-2018**”, que contempla los siguientes objetivos estratégicos:

- **Influir sobre los determinantes de la salud:** Reduciendo el impacto de los determinantes de la salud en la población de Canarias y mejorar la capacidad del Sistema Canario de Salud para prevenir la enfermedad, y promocionar y proteger la salud.
- **Reorientar el sistema canario de la salud centrándolo en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios:** Reorientando el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud y que trabaje en clave poblacional.
- **Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales:** Potenciando una herramienta para la gestión de la información y del conocimiento que incremente la masa crítica profesional, investigadora y ciudadana. Ello contribuirá a generar las dinámicas de innovación y cambio que el Sistema Canario de Salud demanda, para hacerlo más eficiente, eficaz, equitativo, humano y sostenible.
- **Garantizar la sostenibilidad del sistema canario de la salud:** Desarrollando mejoras de la eficiencia de la organización, tratando de ganar en productividad, y seguir profundizando en la introducción de medidas correctoras en la organización y actividad del Sistema Canario de la Salud, para afrontar el reto que supone la crisis, minimizando su impacto negativo y convertirla en una oportunidad real de cambio y mejora del sistema.

## CANTABRIA

**Ley 7/2002** de 10 de diciembre, de **Ordenación Sanitaria de Cantabria**, que regula el sistema autonómico de salud, estableciendo derechos y deberes ciudadanos respecto de los servicios sanitarios. Concibe el **Plan de Salud** como el marco estratégico regional en materia de sanidad. Actualmente, y una vez expirados los anteriores, se está desarrollando el próximo plan de salud para el periodo **2013-2018**, que se presentará a lo largo del presente año 2013.

En tanto finaliza la elaboración del plan, la Consejería ha aprobado la “Estrategia de Atención Primaria 2012-2015”, un “Plan integral de reducción de listas de espera” y está trabajando en Planes Funcionales de hospitales públicos de la región, todos ellos vinculados a la mejora del acceso a los servicios sanitarios y al estímulo de la eficiencia y calidad en los mismos.

## CASTILLA-LA MANCHA

El Gobierno de Castilla-La Mancha aprobó en octubre del año 2011 el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha. Este Plan tiene por objeto garantizar la sostenibilidad económica y la viabilidad financiera de los servicios sociales básicos de los ciudadanos en Castilla-La Mancha.

Este Plan de Garantía se ha configurado como el marco estratégico regional para conciliar la capacidad económica de la Región con la prestación de asistencia sanitaria que precisan los ciudadanos de Castilla-La Mancha, estableciendo líneas de trabajo que incidan en mejorar el acceso de los ciudadanos a los recursos sanitarios, la calidad y eficiencia de los mismos.

En el marco del Plan de Garantías de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha se han iniciado los trabajos de evaluación de las diferentes Áreas de Salud a fin de identificar correctamente los recursos destinados a las diferentes estructuras operativas (Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Sociosanitaria y Salud Pública), analizar la actividad desarrollada en cada Área de Salud, comprobar desigualdades y establecer criterios y estándares homogéneos en todo el Sistema Regional de Salud que corrijan las mismas. La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de los ciudadanos de Castilla-La Mancha, en los términos de aseguramiento establecido por la normativa estatal, es uno de los objetivos transversales de las líneas de trabajo.

La variedad y complejidad de los recursos sanitarios determinan que existan diferentes vías de acceso a los mismos por parte de los ciudadanos. Las necesidades sanitarias son ilimitadas pero los recursos disponibles son limitados. Esta premisa determina la necesidad de establecer medidas para garantizar no solo el acceso a los ciudadanos a los servicios sanitarios, sino garantizar el acceso al recurso sanitario adecuado.

El Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos contempla las medidas de integración de niveles asistenciales como pieza fundamental para garantizar el acceso a la prestación sanitaria en condiciones de equidad.

### **Unificación de los órganos administrativos y de gestión.**

La existencia de un órgano administrativo encargado de cada nivel asistencial determina problemas en la continuidad asistencial en la transferencia del paciente desde un nivel asistencial a otro. La unificación de la gestión y dirección de los niveles asistenciales de atención primaria y de atención especializada, así como de la atención sociosanitaria, permite mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios que precisen, de forma coordinada. A este respecto cabe citar la Orden de 28/12/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención integrada.

### **Reorganización de la Atención Sanitaria**

Las condiciones físicas y poblacionales de Castilla-La Mancha condicionan fuertemente la disposición de recursos sanitarios a fin de que estos sean lo más eficientes y mejore el acceso a la atención sanitaria.

Castilla-La Mancha tiene una extensión geográfica 79.462 Km, y una densidad de población en el año 2013 de 26.5 Hab/km<sup>2</sup>. Estos datos constatan la existencia de amplias zonas de territorio con muy poca o escasa población, habitadas por personas que en su mayoría superan los 65 años de edad. Esta circunstancia, junto con otras, ha de ser tenida en consideración en la planificación de los recursos.

Se está llevando a cabo un estudio de las diferentes zonas básicas de todas las Áreas de Salud a fin de determinar los recursos sanitarios suficientes para la garantizar el acceso y la calidad en la atención sanitaria.

En relación a la atención especializada, esta debe ser considerada unitaria para todos los ciudadanos de Castilla-La Mancha, con independencia de la ubicación de los recursos sanitarios. La prestación de la atención sanitaria en la atención especializada se presta en los diferentes centros hospitalarios debiendo garantizar el acceso en condiciones de equidad a todos los ciudadanos. A tal fin, se ha procedido a evaluar las diferentes carteras de servicios que se prestan en los hospitales de Castilla-La Mancha para establecer una cartera común en todos los centros hospitalarios y establecer los servicios de referencia de las especialidades médicas que, figurando en la Cartera Común Básica del Sistema Nacional de Salud, no se encuentre en la cartera común de cada hospital de Castilla-La Mancha.

A fin de facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios, comunes o de referencia, se han suscrito convenios de cooperación con otras Comunidades Autónomas, como el convenio con la Comunidad Valenciana para la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha de las zonas limítrofes por recursos sanitarios de la Comunidad Valenciana. En la actualidad se está trabajando con Aragón.

### **Plan de Tecnologías de la Información Sanitaria**

La atención sanitaria requiere cada vez de más medios tecnológicos que permitan un acceso y satisfacción de las demandas de asistencia sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha.

En la actualidad la Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas del Gobierno de España ha establecido líneas de actuación que, implicando el uso y fomento de las TIC, aporten valor, eficiencia y calidad en la atención sanitaria.

Las líneas establecidas son principalmente:

- El establecimiento de la receta electrónica interoperable entre Servicios de Salud autonómicos.
- La creación de una base de datos de usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- La implantación de una historia clínica digital interoperable.

En el ámbito autonómico, la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, a través del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), está desarrollando estas líneas con un programa específico para la implantación de la receta electrónica tanto para atención primaria, como para atención especializada. En junio de 2013 se han conectado al sistema de receta electrónica el 100 % de los centros de atención primaria y el 100% de las farmacias de la Región.

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, a través del SESCAM, prosigue la implantación de la historia clínica digital en atención especializada, a través del proyecto Mambrino XIX, en los diferentes hospitales públicos de la Región.

Esta estrategia tecnológica no sólo se centra en la gestión y práctica clínica, sino que también incide en la relación con los usuarios, facilitando la intercomunicación con los servicios sanitarios, a través de medios telemáticos. La utilización de medios telemáticos supone una forma de acceso rápido a los servicios sanitarios, acercando las diferentes especialidades médicas de los centros sanitarios más cercanos a los ciudadanos, como ocurre con el programa DERCAM , que persigue potenciar la resolución de los médicos de atención primaria en procesos asistenciales dermatológicos o poder recibir consejo o asesoramiento médico o sanitario mediante el call center establecido en el programa de atención telefónica “Sanidad Responde” .

Por su parte, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha establece como herramienta de planificación estratégica, el Plan de Salud.

Este Plan deberá contener las orientaciones básicas y actuaciones fundamentales del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma y el conjunto de actuaciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, así como los mecanismos de evaluación del desarrollo del Plan y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo.

## **CASTILLA Y LEÓN**

La **Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León**, establece en su artículo 2 sus principios rectores, entre los que se incluyen:

- La universalización de la atención sanitaria prestada por el Sistema Público de Salud, que garantice la igualdad efectiva en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y la equidad en la asignación de los recursos.
- El principio de accesibilidad o de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de colectivos especialmente vulnerables.
- La superación de las desigualdades socioeconómicas y la eliminación de los desequilibrios territoriales.

Para avanzar en dichos principios, se ha elaborado el plan “Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015” que busca definir un marco común que sirva de pauta a la organización en su conjunto, mediante la determinación de medidas orientadas a la mejora en la organización y la gestión de nuevos recursos, así como con el perfeccionamiento de servicios y dotaciones ya en marcha.

En la identificación de las líneas estratégicas, se ha partido de un panorama en Castilla y León determinado por la dispersión de los núcleos de población y por el envejecimiento de la población. Estas características determinaron que las actuaciones en años anteriores se centraran en adecuar y mejorar las

infraestructuras, aumentar las prestaciones y equipamientos tecnológicos y en mejorar la accesibilidad en el medio rural. Para su consecución se diseñó el I Plan de Infraestructuras Sanitarias 2000-2010 dirigido a:

- Acercar los servicios asistenciales a los ciudadanos mediante la modernización y reforzamiento de la red de centros de salud y el fomento de las instalaciones sanitarias en el medio rural (subvencionando a las entidades locales la construcción y reforma de los consultorios).
- Renovar los hospitales de la Comunidad para poder acoger los nuevos servicios asistenciales.
- Actualizar el equipamiento de todos los centros sanitarios de la Comunidad, la infraestructura de telecomunicaciones y los centros de proceso de datos.

Por otra parte el **III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012** estableció una serie priorizada de problemas de salud de los ciudadanos de Castilla y León, con una selección de objetivos dirigidos a la mejora del estado de salud de la población. Una vez que se acaben de definir los procesos de reordenación territorial con la consiguiente adecuación y coordinación de las estructuras asistenciales y de salud pública, se dará continuidad a este modelo de planificación estratégica con el nuevo Plan de Salud.

Los avances conseguidos, gracias a las actuaciones llevadas a cabo en el ámbito de las infraestructuras, permiten ahondar en los próximos años en el desarrollo de las prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y en la optimización y la eficiencia del uso de los recursos con el fin de alcanzar el mayor grado de salud de la población. Para ello en el documento de “Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015” se incluyen las siguientes 7 líneas:

*Línea 1. Trazabilidad de la información clínica como elemento de mejora de la calidad y continuidad asistencial.*

*Línea 2. Adaptación del Servicio de Salud a los nuevos modelos de atención, hacia un nuevo enfoque de atención al paciente, abordando los problemas de salud crónicos emergentes en la sociedad y asegurando la continuidad de la atención, para lo que **se ha aprobado, en enero de 2013, la Estrategia al Paciente Crónico en Castilla y León.***

*Línea 3. Ordenación, accesibilidad y equidad bajo la perspectiva de la efectividad y la eficiencia.-* Facilitar la planificación y asignación adecuada de recursos, tanto materiales como humanos, mediante la definición e instauración de criterios técnicos adecuados para maximizar la eficiencia de los servicios asistenciales. En este sentido, resulta fundamental la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos de su propia práctica clínica, lo que ha conllevado el diseño de un nuevo modelo de gestión clínica, implantado de forma piloto en dos unidades de atención especializada, pretende ir consolidando su expansión, a partir de su correspondiente desarrollo normativo, desde el año 2013.

*Línea 4. Compromiso con el profesional.-* Disponer de profesionales con las mejores condiciones laborales, con un elevado nivel de preparación y capacitación e implicados activamente en la gestión asistencial.

*Línea 5. Sostenibilidad del Sistema Público de Salud.-* La racionalización en la indicación y utilización de los medios diagnósticos terapéuticos, así como en la distribución de los recursos asistenciales. En este contexto, se ha diseñado un **Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.**

*Línea 6. Investigación e Innovación.-* Dotar a los centros con capacidad investigadora de los medios y recursos adecuados y coordinar la cooperación entre todas las instituciones implicadas en la investigación biomédica. En este marco, se ha aprobado el Plan estratégico de investigación biomédica y ciencias de la salud de Castilla y León que estará en vigor durante el periodo 2011-2013, desplegado en seis ejes de actuación, 30 planes de acción, dieciocho líneas específicas y 129 medidas con los que alcanzar los tres objetivos primordiales: 1) Mejorar la coordinación y articulación de los agentes públicos y privados del sistema de investigación e innovación de la Comunidad; 2) Fomentar la actividad de los institutos de investigación sanitaria con el fin de impulsar las actividades traslacionales; y 3) Potenciar el espíritu emprendedor, la creación de empresas y la capacidad de innovación en el sector biomédico.

*Línea 7. Orientación al usuario.-* En un modelo sanitario en el que el ciudadano es el eje central del sistema sanitario es necesario arbitrar mecanismos dirigidos a mejorar la información a los usuarios mediante la potenciación de los servicios *on line* (Portal de Salud, Aula de Pacientes) y el fomento de la participación ciudadana.

## CATALUÑA

La **ley 15/1990**, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, indica que con carácter quinquenal se establecerá el Plan de Salud de Catalunya, que constituye el instrumento indicativo y marco de referencia para todas las actuaciones públicas en materia de salud a desarrollar por la Generalitat.

Actualmente está vigente el **Plan de Salud de Cataluña 2011-2015**, aprobado por acuerdo de gobierno GOV/13/2012, de 21 de febrero 2012 (DGOIC 6073, de 23/02/2012).

El Plan articula la reforma del sistema sanitario público catalán sobre 3 ejes de acción, para dar una mejor respuesta a las nuevas necesidades sociales:

1.- Abordar mejor de las enfermedades más comunes. El envejecimiento de la población y los hábitos de vida poco saludables están incidiendo en las enfermedades más comunes, como pueden ser la diabetes, el cáncer, la insuficiencia cardiaca y respiratoria,... es necesario abordar mejor este tipo de patologías, tanto desde el punto de vista de la prevención como de su tratamiento, a fin de que la población y los enfermos puedan vivir más y con una mejor calidad de vida.

2.- Atención integral a los pacientes crónicos, con el objetivo de ofrecer una atención más próxima, más individualizada y con mejores resultados para los enfermos crónicos.

3.- Modernización organizativa del sistema público de salud, con el objetivo de fomentar la proximidad y reducir el tiempo de espera en la visita al especialista, a la hora de realizar pruebas de diagnóstico y para realizar operaciones. Se priorizan especialmente los diagnósticos rápidos de cáncer y los plazos de inicio del tratamiento para esta enfermedad.

Por otro lado, el uso de las TIC es un elemento estratégico de primer orden para mejorar la salud de la ciudadanía y garantizar un sistema sanitario de calidad, moderno y sostenible. En este sentido, la Generalitat de Catalunya impulsa el uso de las TIC en salud a través del segundo Plan Estratégico de Investigación y Innovación en Salud 2012 - 2015 (Plan estratégico SITIC 2012-2015) y las acciones desplegadas por l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) y la Fundación TicSalut (como, por ejemplo, la implantación de la receta electrónica).

El plan estratégico SITIC 2012-2015 se articula en torno a tres grandes líneas estratégicas:

1.- Transformación de la Historia Clínica Compartida (HC3) en una red de información y servicios que facilite la integración entre todos los proveedores.

2.- Despliegue de una red multicanal de comunicación e interacción con la ciudadanía.

3.- Garantizar las infraestructuras y servicios necesarios para consolidar el nuevo modelo asistencial.

Finalmente, el Gobierno de la Generalitat es consciente de que la mejora del modelo sanitario catalán sólo será posible si éste es sostenible en el tiempo. Por ello se ha encomendado al Departamento de Salud para que a lo largo del período 2011 – 2014 defina los escenarios para la sostenibilidad y progreso del sistema sanitario catalán.

Entre las actuaciones desarrolladas hasta el momento destacan:

- Creación del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario.
- Plan de medidas urgentes para la sostenibilidad del sistema sanitario (2011).
- Acuerdo de Gobierno para blindar la calidad del sistema sanitario y garantizar la atención urgente, la primaria y la de enfermedades graves.
- Análisis exhaustivo de todas las informaciones existentes sobre sostenibilidad, para orientar al Gobierno en la toma de decisiones.

## COMUNIDAD VALENCIANA

Los instrumentos estratégicos de la Generalitat Valenciana que afectan al cumplimiento de esta condición ex ante son:

- **PLAN SALUD 2010-2013.**
- **PLAN ESTRATÉGICO DE LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD 2006.**
- **ACUERDO MARCO DE GESTIÓN DE LA C. SANIDAD 2013.**
- **PLAN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD 2009-2011 (este plan sustenta también el cumplimiento de la condición ex 2.1 del objetivo temático 2)**

### [PLAN SALUD 2010-2013](#)

El Plan de Salud es el instrumento de planificación y programación del sistema sanitario valenciano. En él se recogen la valoración de las necesidades de salud de la población, los objetivos básicos de salud y las prioridades de política sanitaria.

Es a partir de la **Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana**, cuando se explicita que el Plan de Salud será aprobado por el Consell de la Generalitat, a propuesta del conseller de Sanitat, y será remitido a les Corts Valencianes para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación. Esta transparencia en las políticas de salud constituye una novedad y una de sus fortalezas.

En la elaboración de este Plan de Salud se ha partido de la evaluación del Plan de Salud del periodo 2001-2004. Existe una continuidad en la metodología utilizada, ésta es participativa, y sigue una estructura y técnicas de consenso similares. La perspectiva de la planificación está basada en un modelo determinista de la salud y en las necesidades de la población. No obstante, incorpora cambios e innovaciones, producto de la experiencia y resultados del Plan de Salud anterior.

El marco de referencia utilizado, contempla las principales estrategias que emanan de los organismos supranacionales, especialmente del documento de Salud para Todos en el siglo XXI de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las conclusiones del grupo de expertos en política y planificación sanitaria, reunidos en Madrid en mayo de 2003. Estos documentos, orientan el desarrollo de políticas sanitarias en la Región Europea e identifican los valores y principios de la fijación de objetivos de salud en Europa, con el fin de aumentar el potencial de cooperación europea en el establecimiento de unos valores comunes que puedan adoptarse y aplicarse a todos los niveles.

El Marco de Madrid inspira el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana en sus doce dimensiones: Ganancia de salud, equidad y justicia, libertad de elección, receptividad a la sociedad, inversión en salud, evidencia, eficiencia, cooperación intersectorial, participación local, sostenibilidad, interdependencia y complejidad. Con el fin último de mejorar los niveles de salud colectiva.

El Plan de Salud orienta la cartera de prestaciones sanitarias del sistema con relación a los objetivos marcados; está orientado hacia el ciudadano, incidiendo especialmente en el cuidado personalizado en salud y enfermedad, atención continuada a lo largo del proceso, mejora del resultado de la función social y de la salud real y percibida.

Como documento de planificación, otra de sus características es su dinamismo y la utilización de indicadores para su seguimiento y evaluación, lo que permite la retroalimentación de la información y cerrar el ciclo evaluativo. Incluye un planteamiento transversal de las acciones planteadas y la convergencia con otros Planes de Gobierno de la Generalitat Valenciana.

### [PLAN ESTRATÉGICO DE LA AVS 2006](#)

La Agència Valenciana de Salut (AVS) está viviendo una serie de cambios de gran magnitud: en primer lugar el hito de su creación y constitución como entidad jurídica propia dentro de la estructura de la Conselleria de Sanitat, en segundo lugar la apuesta decidida por proyectos innovadores y con gran capacidad transformadora y alto valor estratégico, como son la financiación capitativa o el énfasis en la actualización y modernización de las TIC y, por último, el enfoque hacia un modelo sostenible y de compromiso con los ciudadanos basado en una gestión eficiente. En este entorno de cambio importante y multitud de iniciativas confluyendo en el tiempo, es necesario agrupar, ordenar y racionalizar estas iniciativas y otras que las complementan, en un Plan Estratégico.



Para llevar a cabo el Plan Estratégico, desde la Agència Valenciana de Salut se ha optado por una metodología sencilla, concreta, pragmática, enfocada a sintetizar y extraer lo realmente importante de la estrategia, a profundizar en los mecanismos de seguimiento y evaluación de los objetivos estratégicos y a detallar las iniciativas concretas que hacen que el Plan Estratégico sea una realidad. La metodología utilizada permitirá en el futuro que la AVS pueda realizar un seguimiento y control exhaustivo y puntual de su Plan Estratégico en cada nivel de la organización. Esta metodología garantizará la alineación de los Planes de Desarrollo elaborados para cada Departamento con la Estrategia de la AVS.

La elaboración del Plan Estratégico ha sido un proceso en el que han intervenido más de 200 profesionales. El denominador común de estas personas es su conocimiento global de la organización, su experiencia y su compromiso con la misión y valores de la Agència Valenciana de Salut. Se desarrolla desde cuatro perspectivas:

- La población y sus problemas de salud
- La prestación de los servicios asistenciales
- Los costes y la financiación de los servicios de salud
- La organización y gestión actual de la AVS

### **ACUERDO MARCO DE GESTIÓN DE LA C. SANIDAD 2013 - ACTUALIZACIÓN DEL ACUERDO MARCO PREVISTO EN EL MENCIONADO PLAN ESTRATÉGICO.**

Los acuerdos de gestión son una herramienta básica actualmente en nuestra organización. La evaluación de los indicadores que los conforman sirve para obtener resultados del desempeño de los diferentes departamentos, de sus unidades funcionales e inclusive de los profesionales a título individual. Así mismo permite establecer una relación con la productividad variable y con la carrera profesional. Sin embargo hay que señalar que los acuerdos de gestión son necesarios por sí mismos, como lo es el desarrollo del Plan de Calidad o del Plan Estratégico.

Los Acuerdos de Gestión se iniciaron en el año 2004 y fueron evolucionando hasta la aparición en el año 2007 del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de la Salud. A partir de ese momento se establecieron una serie de indicadores que han sido la base de los diferentes Acuerdos de Gestión durante los últimos 6 años.

La definición de estos indicadores está contenida en el catálogo denominado BOOK DE INDICADORES, en la versión de Centros y Departamentos de Salud.

De dicho catálogo de indicadores se extraían cada año una serie de indicadores que conformaban los indicadores de los Acuerdos de Gestión.

A pesar del tiempo transcurrido y del desglose en cascada de los acuerdos de gestión en los departamentos de salud, hay que realizar un esfuerzo para conseguir que los profesionales conozcan los objetivos y metas de esta herramienta de gestión tan importante.

### **Acuerdos de gestión 2013**

En este momento se pretende incidir en la eficiencia del sistema para garantizar la sostenibilidad, mediante la contención del gasto y la mejora de la utilización de los recursos. Todo ello sin obviar la calidad y la seguridad en la atención al paciente.

Los anteriores acuerdos de gestión tenían una serie de características que hacen necesario su reformulación. En primer lugar consideramos que existía un elevado número de indicadores, en segundo lugar que los indicadores de gestión de los recursos económicos y humanos tenían poco peso en la puntuación a obtener, en tercer lugar se analizaban y evaluaban una vez transcurrido un año y en cuarto lugar no estaban en sintonía con las medidas del programa CAPAVANT de las Generalitat Valenciana.

En los nuevos Acuerdos de Gestión del 2013 se introducen una serie de cambios que se resumen en lo siguiente:



- Un total de 48 indicadores
- 29 indicadores procedentes del BOOK DE INDICADORES de Centros y Departamentos de Salud
- 19 indicadores nuevos o que se han modificado.
- Tres grandes agrupaciones de indicadores
  - A.- Calidad
  - B.- Asistenciales
  - C.- Gestión
- Independientemente de la evaluación anual de los Acuerdos de Gestión, se realizará el seguimiento de los resultados de los indicadores con periodicidad mensual.
- Las metas (objetivos a alcanzar son de tres tipos:
  - Comunes a todos los departamentos
  - Comunes a todos los departamentos; pero modulables
  - Específicas de cada departamento
- Puntuación específica para cada uno de los bloques y por lo tanto peso específico diferenciado para cada grupo de indicadores

Grupo de indicadores	Nº de indicadores	Peso
Calidad	9	18 puntos
Asistenciales	19	30 puntos
Gestión	20	52 puntos

Toda esta nueva estructura está en consonancia y por lo tanto se ha reformulado siguiendo las líneas establecidas en el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de la Salud.

#### [PLAN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD 2009-2011](#)

El Plan de Sistemas de Información 2009 – 2011 surge con la visión de ofrecer a los pacientes y ciudadanos, a los profesionales y a los gestores del sistema de salud valenciano las mejores herramientas en el ámbito de los sistemas de información y así proporcionar una asistencia sanitaria de calidad y hacer un uso eficiente de los recursos públicos, garantizando a su vez la sostenibilidad del sistema.

La misión del presente plan es normalizar y profundizar en las actuaciones del Plan de Sistemas de Información 2004 – 2008, e impulsar la utilización de la información como base para la generación de conocimiento

- mejorando la calidad asistencial,
- mejorando la gestión eficiente y equitativa de los recursos, y
- facilitando la toma de decisiones.

Son dos los objetivos estratégicos a alcanzar:

1.- Potenciar la **integración** global de los sistemas proporcionando soporte a tres niveles:

- a. Soporte a la asistencia sanitaria, mediante la integración de sistemas y la coordinación de todos los recursos para la mejora de los procesos, culminando la ejecución de los proyectos existentes e impulsando nuevas iniciativas (Historia Clínica, Receta Electrónica, etc.)

b. Soporte a la gestión, evolucionando hacia un Sistema Corporativo de Gestión integrado, que permita un uso eficiente de los recursos públicos, liberando recursos y orientándolos a la mejora de la calidad del servicio.

c. Soporte a la toma de decisiones basada en conocimiento, asegurando la calidad de la información a través del dato único, accesible y fiable, mediante políticas de seguridad y ofreciendo una herramienta útil y versátil, que dé respuesta a las necesidades de los distintos gestores.

2.- Garantizar la **sostenibilidad** del sistema a través de:

a. Mejora de la eficiencia, aprovechando sinergias entre sistemas y beneficiándose de las economías de escala, a la vez que se eliminan las duplicidades funcionales y se ponen en marcha metodologías normalizadas y contrastadas de gestión de proyectos (CMMI, PMI, etc.).

b. Mejora de la integración y normalización, homogeneizando arquitecturas y herramientas y normalizando los catálogos.

c. Mejora de la calidad del servicio, orientándose al cliente interno a través de la definición de una cartera de servicios y los procesos que los articulan; centralizando la gestión informática e incorporando metodologías que garanticen el nivel de servicio.

d. Mejora de la función informática, definiendo el modelo de relación del Área de Informática, Telecomunicaciones y Organización con las Direcciones Generales, Departamentos de Salud, y otros organismos de la Conselleria de Sanitat.

**Nota aclaratoria en cuanto a los horizontes temporales de los planes mencionados:**

Los horizontes temporales son los que se indican en los Planes. No obstante, cuando un Plan de ámbito transversal no precisa una fecha posterior se entiende que las orientaciones estratégicas mantienen - salvo actualización - su vigencia aunque se haya superado el periodo previsto. Es el caso del Plan de Sistema de Información 2009-2011, o del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud 2006 (si bien en este caso, existen actualizaciones puntuales del mismo, como ocurre con el Acuerdo Marco de Gestión de la C. de Sanidad 2013) que siguen estando vigentes a fecha de hoy aunque, en ambos casos, está en ciernes una nueva publicación actualizada.

## **EXTREMADURA**

Mecanismos existentes:

- [Plan de Salud de Extremadura 2009-2012](#). Eje estratégico III: La mejora continua de la calidad de la atención sanitaria.
- [Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2009-2012](#). Objetivo nº 6: Adecuar los recursos humanos y materiales a las nuevas necesidades.
- [Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público Extremeño](#). Pilar Estratégico de Calidad Relacional, entre cuyos objetivos destaca "Favorecer la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario".
- [Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016](#). Estrategia 2: Sistemas de Gestión de Riesgos y Seguridad de Pacientes.
- [Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013](#). Humanización de la Atención sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. 4º Eje Estratégico: Infraestructura y Hostelería.
- [Decreto 305/2011](#), de 23 de diciembre, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la Consejería de Salud y Política Social en materia de planificación, formación y calidad sanitaria.

- [Decreto 51/2012](#), de 30 de marzo, por el que se modifican el Decreto 305/2011, de 23 de diciembre, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar en materia de planificación, formación y calidad sanitaria.
- [Orden de 4 de abril de 2012](#) por la que se convocan las subvenciones a otorgar por la Consejería de Salud y Política Social a las Corporaciones Locales destinadas a la mejora de la infraestructura y equipamiento de los centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, correspondientes al año 2012.
- En las Leyes anuales de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, se asignan los recursos presupuestarios necesarios para dar cobertura a una asistencia sanitaria y de atención a la dependencia, y la discapacidad, suficiente y eficiente, dentro del marco asignado (diferenciados del resto de recursos mediante la Fuente de Financiación)

La ejecución de esos recursos presupuestarios se realiza conforme a la normativa vigente tanto a nivel europeo, estatal y regional.

#### **Mecanismos a actualizar:**

- Está en fase de elaboración el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 que vendrá a sustituir al correspondiente al periodo 2009-2012.
- Así mismo, está en fase de preparación el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud. También en sustitución y actualización del Plan Estratégico del SES 2009-2012.

## **GALICIA**

Estrategia del Servicio Galego de Saúde 2014:

[http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)

La “**Estrategia Sergas 2014: la sanidad pública al servicio del paciente**”, supone cumplir uno de los objetivos planteados en el proceso de modernización del Servicio Gallego de Salud al imponer la hoja de ruta para los próximos años para lograr su transformación y la consolidación de un modelo sanitario innovador, centrado en los ciudadanos y que asegure la continuidad asistencial, la seguridad, la eficiencia y la implicación de los profesionales.

Las estrategias del Servicio Gallego de Salud van encaminadas a:

- Optimizar los dispositivos asistenciales integrados en ella, mediante la distribución equitativa de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria de cobertura pública, mediante la doble función de compra y acopio de servicios sanitarios.
- Garantizar los derechos de la ciudadanía
- Modernizar y humanizar el Sistema Público de Salud de Galicia, incorporando modelos de gestión que lo dinamicen
- Promover la continuidad asistencial mediante una organización centrada en el paciente como base para asegurar la calidad de la asistencia, que supere la tradicional separación entre la atención primaria y la atención especializada y que abarque la atención socio - sanitaria, integrando todas las modalidades asistenciales de atención al usuario
- Introducir fórmulas organizativas con una visión longitudinal e integradora de los procesos asistenciales basada en la continuidad de la atención sanitaria, con el fin de conseguir la coordinación, colaboración y cooperación de todos los proveedores públicos, teniendo cómo centro de atención el paciente, al cual se le deben garantizar una calidad objetiva y unos tiempos de atención acomodados

Complementariamente se elaboró por la Consellería de Sanidad el **Plan de prioridades Sanitarias 2011-2014 y la Estratexia da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública**. Para el control de Plan de Prioridades Sanitarias está previsto un Sistema de indicadores, seguimiento y evaluación basado en el método Isikawa para la solución de problemas y a cargo de la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da

Saúde Pública (con la colaboración de los diferentes centros directivos responsables de las acciones previstas).

Por su parte, el apartado 2.3.2 del Plan Estratégico de Galicia 2010-2014, desarrolla el objetivo estratégico 1.2: Garantizar una prestación sanitaria pública y de calidad para todos los gallegos y gallegas.

Estrategia Sergas 2014: [http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)

Plan de Prioridades Sanitarias 2011-2014:

<http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF-2058-es.pdf>

Estratexia da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública 2012:

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/SaludPublica/PDF-2160-ga.pdf>

Plan estratégico de Galicia 2010-2014: <http://www.conselleriadefacenda.es/plan-estratexico/index.html>

## LA RIOJA

Dispone del **II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013**:

[http://www.riojasalud.es/ficheros/2\\_plan\\_salud\\_la\\_rioja\\_2009-2013.pdf](http://www.riojasalud.es/ficheros/2_plan_salud_la_rioja_2009-2013.pdf)

Como desarrollo de este II Plan de Salud, se han acometido los siguientes planes de acción:

- [Plan de Promoción de Hábitos Saludables](#)
- [Plan Riojano de Tabaquismo](#)

Y se mantienen las intervenciones ya consolidadas como: Calendario de Vacunación Infantil, Educación Sanitaria, Programas de Prevención Drogodependencias, Detección Precoz del Cáncer de Mama, etc. que se venían realizándose antes de la puesta en marcha del II Plan de Salud.

El II Plan de Salud de la Rioja 2009-2013, al promover la gestión clínica, la calidad y la seguridad del paciente, estimula la revisión de los procesos asistenciales y favorece la eficiencia, mejorando la prestación del proceso de atención. Es una de sus características la adopción de una metodología de evaluación que se aplica de forma continuada y sistemática anualmente (evaluación del proceso de implementación de las acciones) y un proceso definido de evaluación final (evaluación de resultados, logros).

El Segundo Plan de Salud de La Rioja 2009-2013, se apoya en el decreto 18/2008, de 15 de febrero, por el que se aprueban las normas para la elaboración y evaluación del Segundo Plan de Salud de La Rioja. En el artículo 3.4 del citado decreto, se dispone que el período de vigencia del Segundo Plan será determinado en el propio Plan, no siendo superior a siete años. Conforme a los resultados de la evaluación parcial a fecha del 31 de diciembre de 2012 (un 73%) de las acciones iniciadas o implementadas y considerando la situación económica, en sesión del Consejo de Dirección del Segundo Plan, el Consejero de Salud y Servicios Sociales, en uso de la habilitación a la que se refiere la Disposición Final Primera del citado decreto 18/2008, que habilita al Consejero de Salud para que dicte cuantas normas sean necesarias en desarrollo y ejecución del decreto, comunicó su decisión de prorrogar por un año la vigencia del Segundo Plan de Salud, siendo entonces su período de 2009-2014 a fin de simultanear los trabajos de redacción de un Tercer Plan de Salud con los de implementación y consolidación, en su caso, de las intervenciones diseñadas para el Segundo Plan de Salud. A este propósito, se está actualmente redactando un Acuerdo de ampliación de plazo de la vigencia del Segundo Plan de Salud de La Rioja, así como un Plan de Evaluación del ejercicio 2013 y un Plan Anual de implementación y desarrollo para el 2014, tomando como base el Segundo Plan de Salud.

De lo expuesto, se deduce que se pretende asegurar la continuidad de acción entre el Segundo Plan de Salud y el Tercer Plan de Salud de La Rioja que deberán desarrollarse durante el período 2014 – 2020.

Con el objetivo de promover el desarrollo rural, desde el ámbito de la salud, se han adoptado diversas inversiones conducentes a favorecer la equidad. Entre ellas, cabe destacar la construcción de nueva planta, o la mejora y/o ampliación, de centros de salud y de consultorios locales y auxiliares de salud, adecuando estos a los profesionales y a las necesidades de la población a la que atienden. En este sentido, se ha incrementado las posibilidades de resolución de problemas ampliando las capacidades diagnósticos terapéuticas de los profesionales de Atención Primaria y dotando de diversas unidades móviles para

mejorar la accesibilidad a determinadas pruebas diagnósticas (TAC, RMN, ...) evitando desplazamientos y disminuyendo riesgos.

Por lo que se refiere a la atención hospitalaria, se ha incrementado la cartera de servicios en aquellos procedimientos que por sus requerimientos tecnológicos requerían de desplazamientos pero que por criterios de indicación y número de beneficiarios podían ser realizados a nivel local, manteniendo las habilidades y destrezas necesarias para su segura y eficaz prestación. Para ello se ha realizado inversiones importantes en infraestructuras y equipamiento.

En lo que al Plan de Promoción de Hábitos de Vida Saludables se refiere, interesa destacar que el mismo, tiene la duración del Segundo Plan de Salud, en tanto que surge como desarrollo del mismo. Sus objetivos no disponen de una referencia temporal y contiene un sistema de evaluación anual que se reporta en memorias y artículos *ad hoc* en base a los indicadores de proceso (veinticinco) que describen la realización/implementación de las acciones y de resultado (dieciséis) que se refieren al cambio de actitud de las personas respecto de la actividad física y la alimentación, ejes del Plan de Promoción de Hábitos de Vida Saludables. La intemporalidad del objetivo general ("Promover la actividad física y la alimentación equilibrada para mejorar la salud y la calidad de vida de la población riojana") y su paralelismo con el Segundo Plan de Salud permite la consecución del fin y la implementación de las acciones enlazando con el Tercer Plan de Salud.

Por lo que al Plan Riojano de Tabaquismo 2009-2013, señalar que conforme se señala en el propio Plan, se ha realizado una evaluación intermedia con el alcance de aquellos objetivos y medidas que tenían un período de consecución antes del 2012 (año en el que se realiza la evaluación intermedia) y en el 2014 está previsto realizar la evaluación final. El Plan Riojano de Tabaquismo es un desarrollo de los objetivos y acciones que se contienen en el Segundo Plan de Salud respecto del factor de riesgo: tabaquismo; en consecuencia, las acciones propias se prorrogan por un año. Todo ello sin perjuicio de la finalización del Plan Riojano de Tabaquismo, que se continuará con nuevas medidas en orden a reforzar las actitudes sociales y personales frente al tabaco que redunden en una mayor efectividad de la legislación contra el tabaco vigente en España.

La asignación de recursos económicos para el desarrollo del Segundo Plan de Salud de La Rioja y de las actuaciones satélites al mismo que se vienen desarrollando por los diferentes actores del sector público y/o privado, tanto en el ámbito de la salud, como servicios sociales, educación, medioambiente, trabajo, etc. se plasma en los presupuestos anuales de gasto aprobados para cada Consejería dentro de su ámbito competencial y, en este sentido, concretamente en el ámbito de la salud, los presupuestos afectados por la actividad planificada se consigna en los presupuestos de la Consejería de Salud y Servicios Sociales: servicios centrales, Dirección General de Salud y Consumo, Dirección General de Asistencia, Farmacia y Prestaciones, Servicio Riojano de Salud (atención primaria y asistencia especializada); de Fundación Rioja Salud y de Fundación Hospital Calahorra. Todos los centros gestores disponen anualmente del Plan de Implementación y Evaluación de las acciones del Segundo Plan conforme a un calendario de prioridades. Para el ejercicio 2014, se está elaborando en la actualidad.

Así mismo, en el presupuesto de ingreso se consignan las cuantías económicas que se reciben (o esperan recibir) de los diferentes fondos de financiación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, otros) específica para determinadas acciones: drogodependencias, enfermedades raras, etc.

Una de las inversiones más importantes en valoración económica y en impacto de mejora del proceso de atención y de satisfacción de los usuarios en los sistemas de comunicación e información sanitaria.

Una de las estrategias a destacar en La Rioja es el fomento del aprendizaje permanente a fin de satisfacer la necesidad de actualización de los profesionales de la salud tanto en cuanto a conocimientos como en las habilidades. En este sentido, cada año se diseña y estructura y Plan de Formación Continuada que tiene como objetivo la modificación de comportamientos al promover actividades formativas interactivas, basadas en problemas cotidianos que se presentan en el quehacer profesional diario y en el marco de una formación continuada. En este sentido, y sin perjuicio de la amplia oferta formativa de sociedades científicas, universidades, centros de formación, colegios profesionales, administración pública, etc. se

debe destacar el Plan de Formación Continuada Anual que desde el ámbito sanitario se oferta a los trabajadores de salud (Programa gestionado por Fundación Rioja Salud) que consta de 207 actividades formativas durante este ejercicio 2013, agrupadas en las siguientes áreas temáticas: Gestión Sanitaria y Bioética (13), Investigación Médica y Producción Científica en Ciencias de la Salud (9), Formación Sanitaria (142, en donde es de reseñar la programación de 112 cursos en relación a “Técnicas y Entrenamiento Sanitario”), Formación en Servicios Sociales y Habilidades Específicas (16), Prevención de Riesgos Laborales Sanitarios (22) y Formación de Formadores y Tutores en Ciencias de la Salud (5). Para el desarrollo de estas actividades (gastos corrientes) se dispone de una cuantía económica de 134.118,00 €.

## PAIS VASCO

**La Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi** contribuye a completar una de las más importantes facetas del principio de legalidad en sus vertientes democrática y social, dotando a la Comunidad Autónoma de Euskadi de una organización y funcionamiento adecuados a nuestro modelo social.

Esta ley viene a desarrollar el modelo con el que se encuentran comprometidos los poderes públicos y los ciudadanos ante el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, en el marco del artículo 43 de la C.E., catalogado a la sazón como principio rector de la política social y económica, y sobre el que confluye uno de los más altos consensos ideológicos de todas las sociedades desarrolladas.

Una de las peculiaridades de esta ley es su vocación de desplegar una significativa actividad de prestación e intermediación social y, en consecuencia, a configurar todo un dispositivo de servicios públicos sanitarios.

En su conjunto, la sanidad, además de ser un sector presupuestariamente importante, constituye un instrumento básico de solidaridad y redistribución. Representa, sin lugar a dudas, una inversión social esencial para garantizar el bienestar e impulsar el desarrollo. Y supone, por último, un sector económico que produce valor y riqueza, contribuyendo a la estabilidad de los niveles económicos, tanto por la actividad que genera como por la fuerza laboral que emplea.

La política sanitaria -el modelo sanitario- no constituye en ningún caso una concepción técnica o social autónoma. Es el fiel reflejo del modelo de sociedad y del subsiguiente concepto de salud. Vaya por delante la adscripción de esta ley al modelo cuyas características básicas son las de un sistema capaz de satisfacer las necesidades sanitarias del conjunto de la ciudadanía bajo las premisas de universalidad, equidad y calidad. Todo ello, naturalmente, unido a su imprescindible eficacia y eficiencia, así como a la racionalidad de las prestaciones a que nos conduce la administración de los recursos públicos disponibles.

**Plan de Salud de Euskadi.** El Consejero de Salud presentó en el mes de Febrero de 2013 las líneas generales para la X Legislatura, siendo éstas las siguientes:

- Personas como eje central de la acción.
- Cronicidad, vejez y dependencia
- Sostenibilidad del sistema sanitario
- Profesionales del sistema sanitario
- Innovación e investigación
- Consumo

Las líneas de actuación parten de considerar a las políticas de salud como un pilar fundamental de la calidad de vida y del bienestar de las personas. Por ello, las personas serán el objeto principal de la política sanitaria del este departamento, constituyendo el eje central de las acciones a llevar a cabo.

El objetivo básico es que el sistema sanitario de Euskadi, de acuerdo a lo definido en la Ley 8/1997, (de 26 de junio), de Ordenación Sanitaria de Euskadi, profundice ahora más que nunca, en los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana.

En consecuencia se elaborará un **nuevo Plan de Salud 2013–2020**, que debe constituirse en el instrumento aglutinador de todas las estrategias dirigidas a la mejora del nivel de salud de la población vasca. El Plan de Salud de Euskadi es el instrumento superior de planificación y programación del sistema, por el que se

establecen los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

El Plan de Salud incluirá las siguientes determinaciones:

- Evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, así como de las condiciones de acceso a los servicios sanitarios.
- Prioridades de política sanitaria con respecto a patologías, riesgos de salud y grupos sociales de atención preferente, así como en relación a modalidades asistenciales y tipología de servicios a desarrollar preferentemente.
- Directrices y criterios estratégicos sobre la cartera de prestaciones sanitarias del sistema y sobre los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para el desarrollo del plan de salud.
- Indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.

Durante el año 2013 se aprobará un nuevo Plan de Salud 2013–2020 que sustituirá al Plan de Salud 2002-2010, que debe constituirse en el instrumento aglutinador de todas las estrategias dirigidas a la mejora del nivel de salud de la población vasca.

### **El Plan de Salud de Euskadi y la lucha contra la pobreza.**

Son destacables ciertas actuaciones relacionadas con la lucha contra la pobreza y la exclusión social, (relacionadas con el Objetivo Temático 9. -Promover la inclusión social y luchar contra la pobreza-), relativas a las desigualdades en materia de salud.

En el Plan de Salud 2002-2010 se determinan como desigualdades sociales en salud, las relacionadas con la clase social y las condiciones socio-económicas de vida y se contempla su corrección con la finalidad de lograr la equidad en la provisión de servicios.

Son especialmente destacables las actuaciones relacionadas con:

- La asistencia sanitaria a los extranjeros en situación de residencia no legal.
- El reconocimiento de la asistencia sanitaria en la CAPV a personas que no tienen la condición de asegurados ni de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud.

### **MELILLA**

La confluencia de un modelo sanitario en la ciudad de Melilla en el que confluyen competencias de la Administración estatal, de la Administración regional y concurrentes entre ambas Administraciones, implica que las actuaciones públicas en materia de sanidad sean el resultado de, en la gran mayoría de los casos, acciones coordinadas entre ambas Administraciones.

En este contexto, integrador de competencias de ambas Administraciones, son de destacar las siguientes actuaciones:

- 1.- Medidas coordinadas para mejorar el acceso a los servicios sanitarios, que se concreta en el establecimiento de protocolos de actuación conjuntos con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria al objeto de mejorar los servicios en el ámbito de las competencias propias.
- 2.- Medidas destinadas a estimular la eficiencia en el sector sanitario, mediante el desarrollo de infraestructuras y modelos de prestación de servicios, a destacar las mejoras de las dependencias sanitarias respetando la accesibilidad de edificios.
- 3.- Sistema de seguimiento y revisión, que se va a realizar mediante las reuniones periódicas del Consejo Asesor de Vacunas de la Ciudad Autónoma de Melilla y otros análogos con representación de ambas instituciones sanitarias de la ciudad.

### **NAVARRA**

Se dispone del Documento completo “Plan de Salud de Navarra 2006-2012”.