Conselleria de Sanitat

ACORD de 20 de maig de 2011, del Consell, pel qual s'aprova el III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013. [2011/6947]

El Consell, en la reunió del dia 20 de maig de 2011, va adoptar l'acord següent:

El II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, aprovat pel Decret 154/2006, de 13 d'octubre, del Consell, va ser l'instrument estratègic de planificació i programació del sistema sanitari valencià, el qual incloïa els objectius i prioritats en política sanitària durant el període 2005-2009.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat, establix, en l'article 70.1, que «L'Estat i les comunitats autònomes aprovaran plans de salut en l'àmbit de les seues respectives competències, en els quals es preveuran les inversions i accions sanitàries per a desplegar-les anualment o plurianualment».

Per la seua banda, i en el ordenament jurídic autonòmic valencià, la Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana, establix, en l'article 11, el següent:

«El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana serà aprovat pel Consell, a proposta del conseller de Sanitat, i serà remés a Les Corts perquè en prenga coneixement en el termini màxim de 30 dies des de la seua aprovació.

Per al seguiment, coordinació i avaluació del Pla de salut hi haurà l'oficina permanent.

El Pla de Salut inclourà la la vigència que determine.

El Pla de Salut, una vegada aprovat pel Consell, serà remés al Ministeri competent en matèria sanitària per a la seua inclusió en el Pla Integrat de Salut, en els termes previstos en el capítol IV del títol III de la Llei General de Sanitat».

El Pla de Salut 2010-2013 és l'instrument estratègic de planificació i programació del Sistema Sanitari Valencià fins a final de l'any 2013.

A la Comunitat Valenciana, és el III Pla de Salut. En este document s'arrepleguen els objectius de salut i les prioritats en política sanitària per als pròxims anys, prenent com a base, entre altres criteris: el diagnòstic de salut dels valencians, l'avaluació del Pla de Salut 2005-2009, la recent Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010, així com l'experiència acumulada en estos nou anys amb els dos Plans de Salut anteriors: 2001-2004 i 2005-2009.

Per això, i conscients de la importància que en la planificació sanitària té l'opinió de la ciutadania, este nou Pla introduïx, com a element innovador, la realització de dotze fòrums de participació i comunicació ciutadana.

Este tercer Pla es desenvolupa sobre la base de sis apostes estratègiques que impregnaran el Pla 2010-2013 com a valors fonamentals, que marcaran les polítiques sanitàries i que aposten pel foment de la participació, informació, comunicació; garantia de sostenibilitat; protecció, promoció de la salut i prevenció de la malaltia; atenció a la cronicitat; aplicació de les noves tecnologies en la salut i equitat en salut.

En conseqüència, d'acord amb el que preveu l'article 11 de la Llei d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana, conforme al qual el Pla de Salut de la Comunitat Valenciana serà aprovat pel Consell, i a proposta del conseller de Sanitat, el Consell

ACORDA

Primer

Aprovar el III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013, el text del qual figura adjunt al present acord. També, estarà disponible en format electrònic per a la consulta pública en les adreces següents:

<http://www.san.gva.es/val/ciud/homeciud.html>; <http://www.san.gva.es/val/prof/homeprof.html>;

<http://www.san.gva.es/val/inst/homeinst.html>;

Conselleria de Sanidad

ACUERDO de 20 de mayo de 2011, del Consell, por el que se aprueba el III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013. [2011/6947]

El Consell, en la reunión del día 20 de mayo de 2011, adoptó el siguiente acuerdo:

El II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, aprobado por el Decreto 154/2006, de 13 de octubre, del Consell, fue el instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario valenciano, en el que se recogieron los objetivos y prioridades en política sanitaria durante el periodo 2005-2009.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece, en el artículo 70.1, que «El Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán Planes de Salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar anual o plurianualmente».

Por su parte, y en el ordenamiento jurídico autonómico valenciano, la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, establece, en su artículo 11, lo siguiente:

«El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana será aprobado por el Consell a propuesta del conseller de Sanidad, y será remitido a Les Corts para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación.

Para el seguimiento, coordinación y evaluación del Plan de Salud existirá la oficina permanente del mismo.

El Plan de Salud tendrá la vigencia que en el mismo se determine.

El Plan de Salud, una vez aprobado por el Consell, será remitido al Ministerio competente en materia sanitaria para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, en los términos previstos en el capítulo IV del título III de la Ley General de Sanidad».

El Plan de Salud 2010-2013 es el instrumento estratégico de planificación y programación del Sistema Sanitario Valenciano hasta el fin del año 2013.

En la Comunitat Valenciana, es el III Plan de Salud. En este documento se recogen los objetivos de salud y las prioridades en política sanitaria para los próximos años, tomando como base, entre otros criterios: el diagnóstico de salud de los valencianos, la evaluación del Plan de Salud 2005-2009, la recién terminada Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, así como la experiencia acumulada en estos nueve años con los dos Planes de Salud anteriores: 2001-2004 y 2005-2009.

Por ello, y siendo conscientes de la importancia que en la planificación sanitaria tiene la opinión de la ciudadanía, este nuevo Plan introduce, como elemento innovador, la realización de doce foros de participación y comunicación ciudadana.

Este tercer Plan se desarrolla sobre la base de seis apuestas estratégicas que van a impregnar el Plan 2010-2013 como valores fundamentales, que marcarán las políticas sanitarias y que apuestan por el fomento de la participación, información, comunicación; garantía de sostenibilidad; protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad; atención a la cronicidad; aplicación de las nuevas tecnologías en la salud y equidad en salud.

En consecuencia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, conforme al cual el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana será aprobado por el Consell, y a propuesta del conseller de Sanidad, el Consell

ACUERDA

Primero

Aprobar el III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013, cuyo texto figura adjunto al presente acuerdo. Asimismo, estará disponible en formato electrónico para su consulta pública en las siguientes direcciones:

<http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html>; <http://www.san.gva.es/cas/prof/homeprof.html>;

<http://www.san.gva.es/cas/inst/homeinst.html>;

Segon

Enviar el Pla de Salut a Les Corts perquè en prenga coneixement en el termini màxim de 30 dies des que s'aprove, d'acord amb el que preveu l'article 11 de la Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana.

Tercer

En compliment del que establix el precepte esmentat de la Llei 3/2003, de 6 de febrer, després de l'aprovació del III Pla de Salut, el titular de la Conselleria de Sanitat l'enviarà al ministeri competent en matèria de sanitat perquè l'incloga en el Pla Integrat de Salut.

Quart

El present acord es publicarà en el *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana*.

València, 20 de maig de 2011

El vicepresident primer i secretari del Consell,
VICENTE RAMBLA MOMPLET

Segundo

Remitir el Plan de Salud a Les Corts para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación, de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.

Tercero

En cumplimiento de lo establecido en el citado precepto de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, tras la aprobación del III Plan de Salud, el titular de la Conselleria de Sanidad lo remitirá al Ministerio competente en materia de sanidad para su inclusión en el Plan Integrado de Salud.

Cuarto

El presente acuerdo se publicará en *el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana*.

Valencia, 20 de mayo de 2011

El vicepresidente primero y secretario del Consell,
VICENTE RAMBLA MOMPLET

pla de salut de la Comunitat Valenciana 2010/2013

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

ÍNDEX

Introducció **3**
1 Marc normatiu 4
2 Antecedents 6

Enfocament del III Pla de Salut 2010-2013 **11**
1 Establiment de les bases del nou pla 11
2 Establiment dels agents i òrgans encarregats del desenrotllament d'este nou projecte 12

Context planificador **15**
1 Marc general de referència en planificació normativa i política sanitària 16
2 Estratègies i plans del Sistema Nacional de Salut i de la Conselleria de Sanitat 19
3 Estudi comparatiu de les àrees d'intervenció dels plans de salut de les comunitats i ciutats autònomes 21

Avaluació del Pla de Salut 2005-2009 **27**
1 Resultats, en xifres, per àrees d'actuació 27
2 Principals èxits aconseguits 29

Fòrums de comunicació i participació ciutadana **33**
1 Fòrums realitzats i metodologia 33
2 Fòrums representatius dels ciutadans 35
2.1 Conclusions per apostes estratègiques 35
2.2 Reflexions finals 39
3 Fòrums del Consell de Salut de la Comunitat Valenciana i dels informadors clau de la Conselleria de Sanitat 41
3.1 Conclusions per apostes estratègiques 41
3.2 Reflexions finals 43

Anàlisi de la situació actual de salut dels valencians **47**
1 Demografia 47
1.1 Distribució geogràfica de la població 47
1.2 Estructura de la població 50
1.3 Evolució de la població a la Comunitat Valenciana 60
1.4 Natalitat i fecunditat 60
2 Desenrotllament econòmic i social 63
2.1 Llindar de pobresa 63
2.2 Indicadors de treball 64
3 Anàlisi dels principals indicadors 65
3.1 Esperança de vida 65
3.2 Esperança de vida lliure de discapacitat 66
3.3 Mortalitat infantil 67
3.4 Mortalitat proporcional 68
3.5 Morbiditat 77
4 Salut percebuda i estils de vida 82
4.1 Percepció de la salut 82
4.2 Conductes i estils de vida 84

Sistema Sanitari Públic Valencià: Recursos **93**
1 Organització 93
2 Recursos humans 97
3 Estructura 99
4 Sistemes d'informació 101

Metodologia **107**
1 Convergència amb el Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut 107
2 Fases de l'elaboració del III Pla de Salut 109

Mapa Estratègic **115**

Seguiment i avaluació **173**

Finançament **177**

Bibliografia **181**

Annexos **187**
Annex I Indicadors i fonts d'informació dels objectius específics del Mapa Estratègic del Pla de Salut 2010-2013 187
Annex II Comité de Direcció del Pla de Salut 2010-2013 210
Annex III Comissió Tecnicodirectiva d'elaboració i seguiment del Pla de Salut 2010-1013 211
Annex IV Consell de Salut de la Comunitat Valenciana 212
Annex V Òrgans responsables de les àrees d'actuació prioritzades 213
Annex VI Òrgans responsables dels objectius de caràcter transversal 215
Annex VII Relació de coordinadors per àrea d'actuació 216
Annex VIII Relació de coordinadors dels objectius de caràcter transversal 217
Annex IX Relació d'experts per àrea d'actuació 218
Annex X Relació de participants d'altres conselleries designats per a facilitar la intersectorialitat del Pla de Salut 223
Annex XI Relació de participants en l'elaboració dels capítols del Pla de Salut 2010-2013 224
Annex XII Sigles i abreviatures utilitzades 225

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

El Pla de Salut 2010-2013 és l'instrument estratègic de planificació i programació del Sistema Sanitari Valencià fins a la fi de 2013.

A la Comunitat Valenciana, és el nostre III Pla de Salut. En este document es recullen els objectius de salut i les prioritats en política sanitària per als pròxims anys, prenent com a base, entre altres criteris, el diagnòstic de salut dels valencians, l'avaluació del Pla de Salut 2005-2009, l'acabada de finalitzar Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010, així com l'experiència acumulada en estos nou anys amb els dos Plans de Salut anteriors, 2001-2004 i 2005-2009.

Per això, i sent conscients de la importància que en la nostra planificació sanitària té l'opinió de la nostra ciutadania, este nou Pla introduïx, com a element innovador, la realització de 12 fòrums de comunicació i participació ciutadana, en els quals han col·laborat al voltant de 200 representants del teixit social de la Comunitat Valenciana.

En total, el treball realitzat ha sigut fruit de la col·laboració d'aproximadament 500 persones involucrades en el desenrotllament del projecte.

D'altra banda i com a punt de partida, s'ha realitzat una Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010, amb una mostra de més de 5.000 ciutadans representativa de la població de la Comunitat (mostratge realitzat per l'Institut Valencià d'Estadística).

El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013 s'ha elaborat amb una metodologia innovadora que combina la ja clàssica, de priorització per problemes de salut o àrees d'intervenció, amb la metodologia utilitzada per l'Agència Valenciana de Salut, *Balanced Scorecard*, per a la configuració del mapa estratègic.

El procés d'elaboració seguit en este III Pla serà desenrotllat en detall, en apartats posteriors d'este document.

4

1 MARC NORMATIU

Els plans de salut han sigut objecte de regulació tant en l'àmbit de l'Estat com de les comunitats autònomes (CCAA).

Normativa de l'Estat

La Llei General de Sanitat, Llei 14/1986, de 25 d'abril, recull en l'article 54:

"*Cada comunitat autònoma elaborarà un pla de salut que comprendrà totes les accions sanitàries necessàries per a complir els objectius dels seus servicis de salut.*

El pla de salut de cada comunitat autònoma, que s'ajustarà als criteris generals de coordinació aprovats pel Govern, haurà d'englobar el conjunt de plans de les diferents àrees de salut".

L'art. 74 de l'esmentada llei preveu l'elaboració del Pla Integrat de Salut que, tenint en compte els criteris de coordinació general sanitària, recollirà en un únic document els plans estatals, els plans de les comunitats autònomes i els plans conjunts.

La disposició addicional novena assenyala que el Govern establirà el procediment i els terminis per a la formulació dels plans integrats de salut, i basant-se en això, el Reial Decret 938/1989, de 21 de juliol, va establir en el seu moment el procediment i els terminis per als plans integrats de salut. L'art. 9 de l'esmentat reial decret va fixar que «*els plans de salut hauran d'incloure, almenys, els capítols següents: anàlisi i diagnòstic dels problemes sanitaris, establiment d'objectius, programes a desenrotllar, finançament, execució i avaluació*». La necessitat de l'elaboració dels plans integrals de salut es constata també en l'art. 64 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut.

Normativa de la Comunitat Valenciana

La Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana, establix en l'art. 11:

«*El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana és l'instrument estratègic de planificació i programació del sistema sanitari valencià. En este es recolliran la valoració de les necessitats de salut de la població, així com els objectius bàsics de salut i prioritats de la política sanitària.*

El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana serà aprovat pel Consell de la Generalitat, a proposta del conseller de Sanitat, i serà remés a les Corts Valencianes perquè en prenguem coneixement en el termini màxim de 30 dies des de la seua aprovació.

Per al seguiment, la coordinació i l'avaluació del Pla de Salut n'existirà l'oficina permanent.

El Pla de Salut tindrà la vigència que en este es determine.

5

El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, una vegada aprovat pel Consell de la Generalitat, serà remés al ministeri competent en matèria sanitària per a incloure'l en el Pla Integrat de Salut, en els termes que preveu el capítol IV del títol III de la Llei General de Sanitat».

El contingut que ha de tindre el Pla de Salut queda determinat segons el que disposa l'art. 12:

«El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana haurà de determinar:

- L'avaluació dels nivells i les necessitats de salut de la població, així com els diferents recursos existents
- Avaluació dels resultats dels plans de salut anteriors
- Els objectius i nivells de salut a aconseguir, especificant indicadors de salut i malaltia.
- Programes i actuacions a desenrotllar.
- L'estimació de la proposta dels recursos necessaris per a atendre el compliment dels objectius proposats, tant respecte a l'organització i desenrotllament de les activitats, servicis, plans sectorials i programes com als mitjans materials i personals que es necessiten.
- Prioritats d'intervenció respecte als diferents grups socials i modalitats d'atenció sanitària.
- Cartera de prestacions sanitàries del sistema amb relació als objectius marcats.
- Previsions econòmiques i de finançament.
- Calendari general d'actuació.
- Els mecanismes i indicadors d'avaluació de l'aplicació i desenrotllament del Pla».

El Decret 120/2007, de 27 de juliol, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic i Funcional de la Conselleria de Sanitat, establix en l'art. 12 que la Direcció General d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària «*Exercirà l'elaboració, coordinació, seguiment i avaluació del Pla de Salut de la Comunitat Valenciana*».

Esta tasca és realitzada a través de l'Oficina del Pla de Salut, adscrita a l'esmentada direcció general, com també va quedar reflectit en el Decret 154/2006, de 13 d'octubre, del Consell, pel qual es va aprovar el II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana.

6

2 ANTECEDENTS

La Comunitat Valenciana ha elaborat dos plans de salut:



El I Pla de Salut va tindre com a vigència el període 2001-2004 i el II Pla de Salut, el període 2005-2009.

Ambdós plans de salut es van elaborar amb la metodologia clàssica, basada en la fixació d'objectius, després de la priorització de problemes de salut o àrees d'intervenció.

7

Les àrees d'actuació prioritzades es recullen en la taula següent, i es van fixar en total 78 objectius per al I Pla, i 90 per al II Pla 2005-2009.

~ ***Àrees d'actuació en què es fixen objectius en el I i II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana***

	I Pla de Salut 2001-2004	II Pla de Salut 2005-2009
Hàbits i estils de vida		
Tabac		
Alcohol i drogues		
Alimentació i nutrició		
Exercici físic / activitat física		
Salut sexual i reproductiva		
Entorn i salut		
Salut laboral		
Medi ambient i salut		
Seguretat alimentària		
Salut perinatal		
Salut en la infància i adolescència		
Malalties prevenibles per mitjà de vacunació		
Malalties cardiovasculars i cerebrovasculars		
Diabetis		
Càncer		
Malalties neurodegeneratives. Demències		
VIH/SIDA		
Vigilància en salut de problemes emergents		
Hemovigilància		
Tuberculosi		
Malalties osteoarticulars		
Salut mental		
Lesions per accidents de trànsit		
Lesions per violència domèstica		
Sociosanitària		
Ús racional del medicament		
Urgències i emergències		
Desigualtats en salut		
Polítiques públiques saludables		

ENFOCAMENT DEL III PLA DE SALUT 2010-2013



ENFOCAMENT DEL III PLA DE SALUT 2010-2013

1 ESTABLIMENT DE LES BASES DEL NOU PLA

La idea de com havia de configurar-se el III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana partix ja de la Comissió Tecnicodirectiva del II Pla, la qual es planteja, basant-se en l'experiència acumulada dels dos plans de salut anteriors, 2001-2004 i 2005-2009, quin rumb i quines directrius havien d'orientar este III Pla, per a constituir-se en el verdader instrument de planificació del Sistema Sanitari Valencià fins a la fi de l'any 2013.

En este sentit, es considera imprescindible per a este III Pla:

Dotar el ciutadà d'un major protagonisme en la presa de decisions per a la millora de la seua salut.

Este protagonisme es posa de manifest com hem vist ja, des del mateix disseny del procés d'elaboració d'este nou Pla de Salut, per mitjà de la incorporació de les necessitats de salut expressades pels ciutadans, a partir de la constitució de 12 fòrums de participació i comunicació ciutadana.

L'opinió dels ciutadans en relació a la salut s'incorpora, per tant, junt amb altres indicadors i altres factors, a l'anàlisi de la situació de la salut dels ciutadans, i es convertix en punt de partida per a la planificació d'accions en el període 2010-2013.

Aconseguir una planificació cohesionada amb el Pla de l'Agència Valenciana de Salut, per a optimitzar els resultats de guany en salut de la nostra població.

Finalment, establir els pilars fonamentals sobre els quals hauria de constituir-se el III Pla, com ara apostes o valors fonamentals, que havien d'impregnar el nou Pla i que aposten pel foment de la:

- Participació, informació, comunicació.
- Garantia de sostenibilitat.
- Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia.
- Atenció a la cronicitat.
- Aplicació de les noves tecnologies en la salut.
- Equitat en salut.

12

2 ESTABLIMENT DELS AGENTS I ÒRGANS ENCARREGATS DEL DESENROTLLAMENT D'ESTE NOU PROJECTE

Per a l'elaboració d'este III Pla s'ha comptat amb:

1. La creació del Comité de Direcció del III Pla de Salut, com a màxim òrgan encarregat de conéixer i proposar la posterior aprovació del III Pla de Salut, constituït segons la Resolució de 8 d'octubre de 2010, del conseller de Sanitat (DOCV 30/12/2010).
2. La creació d'una Comissió Tecnicodirectiva d'Elaboració i Seguiment del III Pla (d'ara en avant, la Comissió Tecnicodirectiva), com a òrgan consultiu encarregat de formular i dissenyar les grans línies estratègiques, establir els objectius generals, el desenrotllament i seguiment del III Pla, i definir la metodologia de cada etapa del procés d'elaboració d'este, constituïda segons la Resolució del 23 de setembre de 2010, del conseller de Sanitat (DOCV 28/12/2010).
3. L'establiment dels òrgans, dependents de la Conselleria de Sanitat, responsables últims de la formulació, impuls, seguiment i avaluació dels objectius específics, indicadors i línies d'actuació de les diferents àrees del Pla de Salut, i dels objectius de caràcter transversal.
4. La designació, per part dels òrgans responsables de les àrees, del personal coordinador de cada àrea d'actuació i coordinador dels objectius de caràcter transversal, responsables, al seu torn, de facilitar a l'Oficina del Pla de Salut la informació requerida durant el procés d'elaboració (establiment d'objectius específics, indicadors i línies d'actuació) i posterior avaluació del III Pla sobre el compliment d'objectius, seguiment dels indicadors i estat de desenrotllament de les diferents línies d'actuació per a la monitorització i avaluació del Pla de Salut durant el període de vigència d'este. En el desenrotllament d'esta tasca comptaran amb els grups d'experts formats en les diferents àrees i que queden reflectits en el punt següent.
5. La designació pel personal coordinador dels grups d'experts de cada àrea. Estos grups, de reconegut prestigi professional, s'han constituït en funció de l'àrea a tractar, a fi d'afavorir el coneixement integral d'esta, des de diferents punts de vista, i d'advocar per la creació de grups intersectorials i multidisciplinaris. Estos grups d'experts col·laboraran amb el coordinador / la coordinadora de l'àrea en aquelles tasques que els siguen encomanades per a garantir l'èxit d'objectius i actuacions d'esta.
6. L'establiment de referents d'altres conselleries del Govern Valencià, com a nexe d'unió amb el Pla de Salut, i responsables de la presa de decisions i de la construcció de canals d'intersectorialitat amb el III Pla. Estos referents comptaran amb responsables en el seu àmbit d'actuació, que s'integraran amb els grups d'experts, quan així es considere convenient.
7. L'Oficina del Pla de Salut, dependent de la Direcció General d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària, per a la coordinació de totes les actuacions, i la col·laboració de l'Oficina del Mapa Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut en la metodologia de treball, dins de la idea força de la convergència d'este III Pla de Salut i el Pla Estratègic de l'Agència Valenciana.

De cada una de les etapes fonamentals del procés d'elaboració del III Pla s'ha donat oportú trasllat al Consell de Salut de la Comunitat Valenciana. En total, el treball realitzat ha sigut fruit de la col·laboració d'aproximadament 500 persones involucrades en el desenrotllament del projecte. S'ha comptat amb més de 300 professionals, així com amb l'opinió manifestada per aproximadament 200 representants del teixit social de la Comunitat, per mitjà dels fòrums de comunicació i participació ciutadana.

CONTEXT PLANIFICADOR



CONTEXT PLANIFICADOR

De manera prèvia a la fixació dels objectius del nou Pla de Salut, s'ha procedit a realitzar l'estudi de l'anàlisi de la situació de la salut dels valencians, per a donar a conéixer a la Comissió Tecnicodirectiva quin era el punt de partida en què ens trobàvem en relació a la salut de la nostra població.

Per a això s'ha realitzat la valoració del diagnòstic de salut a partir de:

- Els resultats de l'Avaluació del Pla de Salut 2005-2009
- Les necessitats de salut manifestades pels nostres ciutadans en els fòrums de comunicació i participació ciutadana
- Els principals indicadors demogràfics, socioeconòmics, sanitaris, etc.
- L'Enquesta de Salut 2010

Complementàriament, s'ha considerat convenient realitzar una anàlisi del context planificador en què ens trobem per a planificar el nou període de vigència del Pla de Salut 2010-2013 a partir del coneixement de:

- Les directrius de l'OMS per a la seua oficina a Europa, i de la Unió Europea en matèria sanitària, i de les estratègies i la resta de documents en matèria de planificació d'actuacions sanitàries en l'àmbit nacional establides pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.
- Les estratègies i plans vigents a la nostra Comunitat en relació amb la Salut.
- L'estudi comparatiu dels plans de salut vigents de les diferents comunitats autònomes, a fi de valorar les àrees d'actuació que s'han prioritzat per a l'establiment d'objectius per la resta de comunitats.

Tots estos documents van servir de base a la Comissió Tecnicodirectiva per a la presa de decisions a l'hora de fixar les línies estratègiques, els objectius generals i la priorització de les àrees d'actuació del nou Pla de Salut.

16

1 MARC GENERAL DE REFERÈNCIA EN PLANIFICACIÓ NORMATIVA I POLÍTICA SANITÀRIA

Com és sabut, és necessari establir una coherència del nou Pla de Salut amb els principis orientadors de la planificació sanitària per a garantir l'alineament del projecte amb altres iniciatives nacionals i internacionals promogudes per l'OMS, la Unió Europea o el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.

a) Organització Mundial de la Salut

Cal destacar, entre altres, documents de referència com ara:

- **Salut per a tots en el segle XXI**. El seu principal objectiu és aconseguir que totes les persones aconseguisquen plenament el seu potencial de salut. Consta de dos metes principals: "promoure i protegir la salut de les persones" i "reduir la incidència de les principals malalties i lesions, així com el patiment que originen".

  Els tres valors bàsics que constituïxen els fonaments ètics de Salut 21 són:
  - ~ La salut com a dret fonamental.
  - ~ L'equitat en matèria de salut i la solidaritat d'acció.
  - ~ La participació i la responsabilitat de les persones, grups, institucions i comunitats en el desenrotllament continu de la salut.

  Centrats en quatre principals estratègies d'acció, els seus 21 objectius constituïxen el marc de desenrotllament de les polítiques sanitàries de la regió europea i representen l'essència de la política europea.
- **L'Estratègia mundial per a la prevenció i control de les malalties no transmissibles**. Les dades científiques revelen que les malalties cardiovasculars, càncers, malalties respiratòries cròniques i diabetis exigixen l'adopció de mesures coordinades que aborden els factors de risc comú com ara l'alcohol, tabac, dieta inadequada i inactivitat física. En l'objectiu 2 del Pla d'Acció 2008-2013 es determina que els estats membres necessiten establir polítiques i plans nous o enfortir els existents, a fi d'incorporar la prevenció i el control de les malalties no transmissibles, com a part integral de les seues polítiques sanitàries.
- **Els determinants socials de la salut, 2003**. Sota el concepte de determinants socials de la salut (pendent social, estrés, treball, desocupació, exclusió social, addiccions, etc.) es recull la influència que l'entorn social exercix sobre la salut. Les institucions han d'implicar-se en l'elaboració de polítiques que pal·lien la mala distribució de recursos, reforçant el paper del personal sanitari per a actuar sobre els dits determinants.
- **La política de l'OMS en matèria de gènere. Integració de les perspectives de gènere en la labor de l'OMS, 2002**. La seua meta és contribuir a la millora de la salut tant d'hòmens com de dones per mitjà d'investigacions, polítiques i programes de salut que presten la deguda atenció a les qüestions de gènere i promoguen l'equitat i la igualtat entre l'home i la dona. En l'**Estratègia europea per a la salut i el desenrotllament de la infància i adolescència: ferramenta de gènere, 2007**, s'establix com el gènere es referix a les característiques d'hòmens i dones que són construïdes socialment, mentres que el sexe preveu aquells atributs determinats biològicament. En el **Resum analític: les dones i la salut. Les dades de hui, l'agenda de matí, 2009**, s'assenyala el camí cap a les mesures necessàries per a millorar la salut de les xiquetes i dones de tot el món.

b) Unió Europea

En l'àmbit de la UE, les diferències en salut dels ciutadans són cada vegada majors, la qual cosa representa una gran preocupació i un gran repte. L'augment de la desocupació com a conseqüència de la crisi econòmica i financera també està agreujant esta situació. Així, cal destacar els següents documents marc:

- L'estratègia **Junts per la salut: un plantejament estratègic per a la UE 2008-2013**, adoptada el 23 d'octubre de 2007, basada en 4 principis:
  - ~ Una estratègia basada en valors compartits de la salut (equitat, solidaritat, participació en la presa de decisions, reducció de desigualtats, i establiment de polítiques basades en dades científiques)
  - ~ La salut és la major riquesa
  - ~ La salut en totes les polítiques
  - ~ L'enfortiment de la veu de la UE en la salut mundial

  i en 3 objectius:
  - ~ Promoure la bona salut d'una Europa que envellix
  - ~ Protegir els ciutadans contra les amenaces sanitàries
  - ~ Fomentar sistemes sanitaris i noves tecnologies

  proporciona per primera vegada un marc estratègic global.
- Comunicació de la Comissió: **Europa 2020: una estratègia per a un creixement intel·ligent, sostenible i integrador**, del 3 de març de 2010, en especial, la iniciativa Plataforma Europea contra la Pobresa, i la comunicació de la Comissió: **Iniciativa emblemàtica d'Europa 2020: Unió per la innovació**, de 6 d'octubre de 2010, que establix una associació europea experimental per a la innovació en l'àmbit d'un envelliment actiu i sa, per a aconseguir tres objectius: millorar la salut i la qualitat de les persones majors, perquè puguen permetre's portar unes vides actives i autònomes; contribuir a la sostenibilitat dels servicis socials i de la salut, i estimular la competitivitat i les oportunitats de negoci.
- El **II Programa d'Acció Comunitari en l'Àmbit de la Salut, 2008-2013**, basat en els èxits del programa anterior a què substituïx, dóna suport a les polítiques dels estats membres amb tres objectius principals: millorar la seguretat sanitària dels ciutadans, promoure la salut i generar i difondre informació i coneixements sobre la salut. Este programa proclama la naturalesa transversal de la salut en el conjunt de les polítiques de la Unió. La coordinació amb altres polítiques i altres programes comunitaris es configura, així com un element clau per a integrar la salut, i particularment, la seua promoció en altres polítiques.
- La COM (2009) 567. La Comissió Europea va publicar al setembre de 2009 **Solidaritat en matèria de salut: reducció de les desigualtats en salut en la UE**, en la qual es posa de manifest una vegada més, que la lluita contra les desigualtats en salut, és una acció clau de l'Estratègia de Salut de la UE (2008-2013), la qual ha de tractar qüestions clau com ara, la distribució equitativa de la salut o la satisfacció de les necessitats de grups vulnerables, entre d'altres.
- La importància de l'ús de les noves tecnologies d'informació i comunicació (TIC) en matèria sanitària està present a la UE i la Comissió anima els estats membres a treballar junts per a identificar les seues necessitats i prioritats en l'àrea de la telemedicina [COM (2008) 689].

18

c) Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat

- **El Pla de Qualitat 2010 del Sistema Nacional de Salut**. Este Pla substituïx el Pla de Qualitat 2006, recentment avaluat. El Pla 2010 té present que el concepte de qualitat d'un sistema de salut incorpora atributs com ara la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, la garantia que l'atenció sanitària es preste en el moment oportú i també la garantia que els pacients tinguen una participació informada sobre les decisions relacionades amb la seua salut. Altres components són: l'excel·lència clínica, la medicina basada en l'evidència i la seguretat dels pacients. També formen part del concepte de qualitat l'equitat i la utilització eficient dels recursos. Tots estos atributs es troben presents en les sis àrees i 12 estratègies del Pla de Qualitat del SNS 2010.
- **L'Informe Salut i Gènere 2005, de l'Observatori de Salut de les Dones**, posa de manifest com l'equitat de gènere tracta els plans de salut de les comunitats autònomes, fonamentalment en l'àmbit del discurs, però amb escassa concreció en objectius operatius i mesures instrumentals. L'article 27.1, de la Llei Orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i hòmens establix que «*les polítiques, estratègies i programes de salut integraran en la seua formulació, desenrotllament i avaluació les necessitats de dones i hòmens i les mesures necessàries per a tractar-les adequadament*», per a això, **la guia per a facilitar la incorporació de la perspectiva de gènere en els plans integrals de salut de la Junta d'Andalusia, 2008** va ser també part del material facilitat als grups d'experts com a ferramenta de treball per a difondre i facilitar l'enfocament de gènere en les polítiques i estratègies de salut per al nou període de vigència del Pla.

2 ESTRATÈGIES I PLANS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT I DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

A continuació es recullen les estratègies en matèria de salut, en vigència, desenrotllades pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, i els actuals plans duts a terme per la Conselleria de Sanitat.

Alguns dels actuals plans, estratègies, etc. de la Conselleria de Sanitat han sigut adaptats a partir de les estratègies del Sistema Nacional de Salut (SNS).

~ ***Estratègies del Sistema Nacional de Salut i la seua consegüent adaptació a la Comunitat Valenciana***

Estratègies actuals del Sistema Nacional de Salut	Plans Estratègics actuals de la Conselleria de Sanitat
Estratègia nacional sobre drogues 2009-2016	**Pla estratègic sobre drogodependències i altres trastorns addictius a la Comunitat Valenciana 2006-2010 (adaptat de l'anterior Estratègia Nacional sobre Drogues 2000-2008)**
Estratègia en cures pal·liatives del SNS 2007	**Pla Integral de cures pal·liatives de la Comunitat Valenciana 2010-2013**
Estratègia en càncer del SNS 2006, actualitzada en 2009	**Pla oncològic de la Comunitat Valenciana 2007-2010**
Estratègia d'atenció al part normal en el SNS 2007	**Estratègia per a l'atenció del part normal a la Comunitat Valenciana 2009**
Estratègia de diabetis del SNS 2006	**Pla de diabetis de la Comunitat Valenciana 2006-2010**
Estratègia en MPOC del SNS 2009	**Pla de salut en MPOC de la Comunitat Valenciana 2010-2014**
Estratègia de l'ICTUS del SNS 2008	**Pla d'atenció a l'ICTUS a la Comunitat Valenciana 2011-2015**

Altres estratègies del Sistema Nacional de Salut poden servir de referència per a posteriors actuacions a la nostra Comunitat.

- Pla per a la Prevenció i Control de la Tuberculosi a Espanya 2008
- Estratègies Bàsiques de Tractament de les Malalties Infeccioses en Immigrants, Viatgers i Immigrants Viatgers 2009
- Marc Estratègic per a la millora de l'Atenció Primària a Espanya 2007-2012. Projecte AP 21
- Estratègia de Salut Mental del SNS 2009-2013
- Estratègia Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat (NAOS) 2005
- Estratègia en Malalties Rares del SNS 2009
- Estratègia sobre Salut Sexual i Reproductiva (en desenrotllament)
- Estratègia sobre Salut i Gènere (en desenrotllament)
- Estratègia de Cardiopatia Isquèmica del SNS 2006, actualitzada en 2009

20

Altres plans sobre l'abordatge de determinades patologies i sobre la pròpia gestió interna han sigut desenrotllats a iniciativa de la Conselleria de Sanitat.

- Pla de Seguretat Alimentària de la Comunitat Valenciana 2001
- Pla Estratègic d'I+D+i en Salut Pública de la Comunitat Valenciana 2009-2013
- Pla Estratègic d'Investigació Sanitària i Biomèdica 2006-2010
- Pla Estratègic per a la Gestió de la Formació Especialitzada en Ciències de la Salut a la Comunitat Valenciana 2008-2011
- Atenció a persones amb malalties cròniques 2008: una estratègia per a la gestió per processos en hospital de mitjana i llarga estada
- II Pla per a la Prevenció i Control de l'Osteoporosi a la Comunitat Valenciana 2009-2013
- Pla de Gestió de la Seguretat del Pacient de la CV 2009-2013
- Pla Estratègic de la Direcció General de Salut Pública 2004
- Pla Integral d'Atenció Sanitària a les Persones Majors i als Malalts Crònics de la Comunitat Valenciana 2007-2011
- Pla d'Excel·lència de la Sanitat Valenciana 2005
- Pla Estratègic per al Control i Qualitat de la Farmàcia, Medicaments i Productes Sanitaris a la Comunitat Valenciana 2007
- Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut 2009-2011
- Pla de Prevenció de Malalties Cardiovasculars de la Comunitat Valenciana 2009
- I Pla de la SIDA de la Comunitat Valenciana 1997
- Pla de Sistemes d'Informació 2009-2011
- Pla d'Inspecció de Servicis Sanitaris de la Conselleria de Sanitat 2010

En este apartat, i tenint en compte que la intersectorialitat és un dels valors clau en el III Pla de Salut, i sent conscients de la importància del concepte de **salut en totes les polítique**s, cal destacar, entre altres, els següents plans estratègics d'altres conselleries del Govern Valencià relacionats d'una manera o d'una altra amb la salut: II Pla d'Integració de la Família i Infància 2007-2010, Conselleria de Benestar Social; Pla d'Igualtat d'Oportunitats 2010-2013, Conselleria de Benestar Social; Pla Integral per a l'Atenció a Persones amb Discapacitats Persistents per Malaltia Mental 2009-2015, Conselleria de Benestar Social; Pla Director d'Immigració i Convivència 2008-2011, Conselleria d'Immigració i Ciutadania; I Pla d'Igualtat entre Dones i Hòmens de l'Administració de la Generalitat 2010-2012, Conselleria de Justícia i Administracions Públiques i Pla Estratègic per a la Millora Contínua de la Seguretat i Salut Laboral dels Empleats Públics de la Generalitat 2010-2013, Conselleria de Justícia i Administracions Públiques.

3 ESTUDI COMPARATIU DE LES ÀREES D'INTERVENCIÓ DELS PLANS DE SALUT DE LES COMUNITATS I CIUTATS AUTÒNOMES

Com és sabut, la necessitat de l'establiment dels plans de salut té el seu origen en la Llei General de Sanitat i la seua evolució ha sigut diferent en cada comunitat autònoma, segons s'hagen assumit o no les competències en matèria de sanitat.

Els primers plans de salut, plans de primera generació, consistien bàsicament en un catàleg d'objectius de salut, formulats de manera més o menys coherent amb l'anàlisi de la situació que els acompanyava, amb estadístiques menys desenrotllades que en l'actualitat, i en absència d'indicadors assistencials.

Amb l'experiència acumulada, es constaten canvis en la formulació de la majoria de plans de salut de segona generació. Els objectius dissenyats i promoguts en estos es dirigien a problemes de salut específics, amb necessitats assistencials constatades, d'enorme repercussió global sobre la salut col·lectiva, establint àrees d'intervenció prioritzades per processos de major prevalença.

En l'actualitat, en la major part de les comunitats autònomes es desenrotllen els plans de tercera generació.

Com a part de l'anàlisi de la situació i, prèviament a l'establiment d'objectius del III Pla de la Comunitat Valenciana, s'ha considerat necessari realitzar una anàlisi comparativa de les àrees d'actuació sobre les quals els diferents plans de salut de les comunitats autònomes han fixat objectius de millora en salut. Per a això, s'han seleccionat aquells plans que l'any 2010, data de començament del III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, es trobaven vigents.

Així, s'ha realitzat un estudi de nou plans de salut de comunitats autònomes i d'un Pla de Salut d'una Ciutat Autònoma, Ceuta, que comprenien el període esmentat. No s'ha seleccionat el Pla de Salut de Canàries 2010-2015, per no estar el text definitiu publicat, ni el Pla de Governança de Cantàbria 2008-2012, ni el Pla de Salut, Seguretat i Medi Ambient Laboral 2007-2010 del Principat d'Astúries, per comprendre altres aspectes diferents dels propis dels plans de Salut que a continuació s'enumeren, i que impedixen comparar-los basant-se en criteris uniformes.

S'han analitzat, doncs, els següents plans de salut:

- Pla de Salut Castella-la Manxa 2001-2010
- Pla de Salut del País Basc 2002-2010
- Pla de Salut de Galícia 2006-2010
- Pla de Salut de Navarra 2006-2012
- Pla de Salut de La Rioja 2009-2013
- Pla de Salut de Múrcia 2010-2015
- Pla de Salut de Catalunya en l'horitzó 2010
- Pla de Salut d'Extremadura 2009-2012
- Pla de Salut de Castella i Lleó 2008-2012
- Pla de Salut de Ceuta 2008-2011

22

Les àrees d'actuació en què amb major freqüència es fixen objectius en els plans de salut analitzats són: tabac, alcohol, drogues, alimentació/obesitat, exercici físic, salut laboral, seguretat alimentària, salut i medi ambient, vacunació, VIH/SIDA, infeccions de transmissió sexual, accidents de treball, accidents domèstics, accidents de trànsit, violència documentada, salut mental, càncer, diabetis mellitus, MPOC, malalties musculoesquelètiques, envelliment/dependència, hepatitis víriques, tuberculosi, infeccions nosocomials, malalties cardiovasculars i ús racional del medicament.

~ ***Àrees d'actuació en què s'establixen objectius en els plans de salut vigents de les diferents comunitats i ciutats autònomes***

ÀREES D'ACTUACIÓ	Castella-la Manxa 2001-2010	País Basc 2002-2010	Galícia 2006-2010	Navarra 2006-2012	La Rioja 2009-2013	Múrcia 2010-2015	Catalunya 2010	Extremadura 2009-2012	Castella i Lleó 2008-2012	Ceuta 2008-2011
Tabac	■	■	■	■	■	■	■			■
Alcohol	■	■	■	■	■	■	■	■		■
Drogues		■	■	■	■	■	■	■		■
Alimentació / Obesitat		■		■	■	■	■	■		■
Exercici físic		■		■	■	■	■			
Salut sexual i reproductiva					■	■				
Salut bucodental	■						■			■
Detecció precoç tumors				■		■				■
Salut laboral					■	■	■	■	■	■
Seguretat alimentària	■				■		■	■	■	
Salut i medi ambient	■	■			■	■	■	■	■	■
Canvi climàtic i salut					■					
Salut maternoinfantil	■						■	■		
Vacunació	■	■	■		■	■		■	■	
VIH / SIDA	■	■	■		■	■	■	■		
Infeccions transmissió sexual			■		■	■	■	■		■
Toxiinfeccions alimentàries						■	■			■
Zoonosi	■				■			■		
Legionel·losi							■			
Encefalopaties espongiformes transmissibles							■	■		
Hepatitis víriques			■		■	■		■		■
Malalties cròniques del fetge						■				
Tuberculosi	■	■	■	■	■	■	■	■		■
Pneumònia / Grip						■	■			■
Malalties importades								■		
Infeccions nosocomials		■			■	■	■	■	■	
Malalties cardiovasculars		■	■	■	■	■	■	■	■	■

ÀREES D'ACTUACIÓ	Castella-la Manxa 2001-2010	País Basc 2002-2010	Galícia 2006-2010	Navarra 2006-2012	La Rioja 2009-2013	Múrcia 2010-2015	Catalunya 2010	Extremadura 2009-2012	Castella i Lleó 2008-2012	Ceuta 2008-2011
Malalties cerebrovasculars		■	■	■		■			■	
Malalties neurodegeneratives / Demències	■			■	■	■				
Malalties professionals		■							■	
Accidents de treball		■			■	■	■	■	■	
Accidents domèstics		■		■	■	■	■	■		
Accidents de trànsit		■	■	■	■	■	■	■	■	
Suïcidis		■				■				
Violència documentada					■			■		■
Salut mental	■	■	■	■	■		■	■	■	
Càncer		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diabetis mellitus		■	■		■	■	■	■	■	■
Malalt. respiratòries cròniques (MPOC, etc.)			■	■	■	■	■	■	■	
Malalties musculoesquelètiques						■	■		■	
Malalties rares				■		■		■		
Cures pal·liatives	■				■					
Envelliment / Dependència			■		■		■		■	
Grups vulnerables					■					
Desigualtat		■				■				
Discapacitat			■			■				
Sostenibilitat				■						
Ús racional del medicament	■			■	■	■	■			■
Noves tecnologies					■					
Donació d'òrgans i trasplantaments							■			
Atenció domiciliària	■									
Formació	■				■	■				
Investigació	■					■				
Sistemes d'informació				■						

AVALUACIÓ DEL PLA DE SALUT 2005-2009

AVALUACIÓ DEL PLA DE SALUT 2005-2009

1 RESULTATS, EN XIFRES, PER ÀREES D'ACTUACIÓ

L'avaluació del Pla de Salut és un procés continu de monitorització dels objectius i avaluació final una vegada complit el seu període de vigència. L'avaluació dels objectius és realitzada amb indicadors específics, utilitzant per a això fonts d'informació prèviament seleccionades.

L'avaluació final del Pla de Salut 2005-2009 constituïx un aspecte fonamental dins del procés planificador, ja que permet analitzar i comparar els objectius proposats l'any 2005 amb els objectius aconseguits en finalitzar l'any 2009, i com a conseqüència, conéixer els guanys obtinguts en salut. D'altra banda, constituïx el punt de partida per a la formulació d'objectius i actuacions del III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013, ja que de l'anàlisi efectuada sobre el compliment dels objectius proposats per al període 2005-2009, es desprenen accions de millora per als pròxims plans.

En el Pla de Salut 2005-2009 i amb la participació, entre altres, de 312 experts, es van formular un total de 90 objectius inclosos dins de les 17 àrees d'intervenció i 28 àrees d'actuació.

El grau d'execució dels objectius s'ha considerat de la manera següent:

Aconseguit: quan s'ha aconseguit plenament l'objectiu esperat.

Parcialment aconseguit: quan s'ha aconseguit la tendència desitjada i, almenys, s'ha aconseguit el 50% de l'objectiu.

No aconseguit: quan l'objectiu no s'ha aconseguit.

En procés d'avaluació: quan la informació recollida fins a la data no permet concloure la seua avaluació.

~ ***Avaluació dels objectius del Pla de Salut 2005-2009: resultats globals***

Consecució		Nre. objectius	% objectius
Avaluats	Aconseguits (A)	54	60,0
	Parcialment aconseguits (PA)	34	37,8
	No aconseguits (NA)	1	1,1
No avaluats	En procés d'avaluació (EA)	1	1,1

28

Dels 90 objectius marcats, n'han sigut avaluats 89; un d'estos pertany a l'àrea d'actuació de lesions per accidents de trànsit, no avaluable. Dels 89 objectius avaluats, 88 han sigut aconseguits o parcialment aconseguits, la qual cosa suposa un percentatge de compliment del 99%.

En la taula següent es recullen els resultats de l'avaluació d'objectius del Pla de Salut 2005-2009 per cada àrea d'actuació de les 17 àrees d'intervenció.

~ ***Avaluació d'objectius del Pla de Salut 2005-2009: resultats per àrees d'actuació***

Àrees de guany en salut	Nre. d'objectius	A	PA	NA	EA	% Consecució*
Hàbits i estils de vida						
Tabac	7	1	6			C
Alcohol i drogues	5	4	1			B
Alimentació i nutrició	5	1	4			C
Exercici físic / activitat física	1		1			C
Salut sexual i reproductiva	4	4				A
Entorn i salut						
Salut laboral	2	1	1			B
Medi ambient i salut	2	1	1			B
Seguretat alimentària	8	7	1			B
Salut perinatal	2	1	1			B
Salut en la infància i adolescència	1		1			C
Malalties prevenibles per mitjà de vacunació	2	1	1			B
Malalties cardiovasculars i cerebrovasculars						
Malalties cardiovasculars	5	4	1			B
Malalties cerebrovasculars: Ictus	3	2	1			B
Diabetis	5	2	3			C
Càncer	7	7				A
Malalties neurodegeneratives: Demències	1		1			C
VIH/SIDA	3	3				A
Vigilància en salut de problemes emergents						
Hemovigilància	1		1			C
Tuberculosi	3		2	1		D
Malalties osteoarticulars	2		2			C
Salut mental	8	4	4			B
Lesions per accidents de trànsit	2	1			1	A
Lesions per violència domèstica	1	1				A
Sociosanitari						
Envelliment	1	1				A
Cures pal·liatives	1	1				A
Ús racional del medicament	5	5				A
Urgències i emergències	1	1				A
Desigualtats en salut	2	1	1			B

**Factor de càlcul: 1 aconseguit; 0,5 parcialment aconseguit; 0 no aconseguit.*
***A**: objectius aconseguits al 100%; **B**: objectius aconseguits entre 75% i 99,9%; **C**: objectius aconseguits entre 50% i 74,9%;*
***D**: objectius aconseguits entre 25% i 49,9%; **E**: objectius aconseguits entre 0% i 24,9%*

2 PRINCIPALS ÈXITS ACONSEGUITS

Durant este període s'han aconseguit importants èxits en totes les àrees d'actuació, entre els quals cal assenyalar:

- L'increment de cobertura assistencial per al tractament de les distintes addiccions. Els recursos d'este tipus han passat de 152 a 169 en estos cinc anys.
- La disminució superior a l'1,5% fixat anualment per a la mortalitat per cardiopatia isquèmica. En concret, s'ha passat d'una taxa de 10^5,4 morts per cada 100.000 habitants en 2005 a 87,7 per cada 100.000 habitants en 2008.
- La disminució superior a l'1% fixat en mortalitat per ictus, tenint en compte que en els anys de vigència del Pla ha decrescut en més de 10 punts, passa d'una taxa de 78,4 per 100.000 habitants en 2005 a 68,3 per cada 100.000 habitants en 2008. Accions com ara: la creació de quatre unitats d'ictus en quatre hospitals de la Comunitat Valenciana, de diferents unitats de dany cerebral adquirit en la xarxa assistencial, la implantació del codi ictus en els departaments de l'Hospital General de València, Hospital La Fe de València, Hospital General d'Alacant i a tota la província de Castelló, i l'augment de la cobertura del tractament anticoagulant en pacients amb fibril·lació auricular han contribuït significativament a això.
- L'augment significatiu en el diagnòstic de la diabetis a fi de reduir la diabetis no diagnosticada, passa de tindre un 10,4% de diabetis no diagnosticada en 2005 a un 6,9% en 2009, la qual cosa suposa que la diabetis no diagnosticada s'ha reduït en més d'un 33% de 2005 a 2009.
- L'important control dels increments del gasto farmacèutic dels grups terapèutics de major consum i tendència de creixement, i de les novetats terapèutiques. La prescripció de genèrics ha passat d'un 9,6% en 2005 a un 15,3% en 2009, amb una previsió d'aconseguir més d'un 19% en 2010. En la mateixa línia, l'increment anual del gasto farmacèutic que en 2005 se situava per damunt de la mitjana del Sistema Nacional de Salut, a partir de l'any 2008 i, gràcies a les mesures adoptades a la nostra Comunitat, el percentatge de creixement ha anat disminuint i en 2009 se situa per davall de la mitjana del SNS (4,5 per al SNS i 3,06 a la Comunitat Valenciana).
- En matèria de salut mental, cal esmentar la creació del Consell Assessor de la Comunitat Valenciana. S'ha millorat i augmentat l'atenció prestada i els recursos en salut mental tant d'hospitalització d'aguts, hospitalització de mitjana estada en el Pare Jofré, hospitals de dia, unitats de salut mental infantoadolescent.
- L'elaboració d'un Pla Integral d'Atenció Sanitària a Persones Majors i Malalts Crònics de la Comunitat Valenciana 2007-2011.
- S'ha elaborat el Pla Integral de Cures Pal·liatives per als pròxims anys, que ha sigut el resultat d'un treball coordinat i una aposta clara per millorar l'atenció de les persones al final de la vida. Els hospitals d'atenció a crònics i llarga estada (HACLE) i les unitats d'hospital a domicili (UHD) han incrementat durant este període de manera progressiva l'atenció prestada en cures pal·liatives avançades. Igualment s'ha impulsat la formació de cures pal·liatives tant en nombre de cursos com en la qualitat d'estos.
- La millora dels servicis d'urgència hospitalaris encaminada a: la millora de la qualitat percebuda pel pacient i els seus familiars, l'organització interna dels servicis i aconseguir importants accions per a la reforma estructural de nombrosos servicis d'urgència de la Comunitat Valenciana.
- En les àrees d'estils de vida i entorn i salut s'han dut a terme nombroses actuacions en este període, com per exemple: la promoció d'hàbits saludables d'alimentació, exercici físic, prevenció de l'obesitat i sobrepés en la infància i adolescència, l'edició de material amb els centres de salut sexual i reproductiva, la realització de diversos materials gràfics divulgatius sobre educació sexual, la notable millora de la cobertura i qualitat de la vigilància de la salut dels treballadors, l'elaboració del manual per a la implantació de l'anàlisi de perills i

30

punts de control crítics en la indústria alimentària i de la guia genèrica de pràctiques correctes d'higiene, la inclusió del full resum de l'embaràs en la història clínica, etc.

- S'ha reduït la mortalitat per càncer de mama que ha passat de 23,7 a 17,2 morts per 100.000 dones. El triatge mamogràfic junt amb la millora en els tractaments està influint favorablement en esta evolució. El Pla de Prevenció del Càncer Colorectal cobrix 300.000 valencians entre 50 i 69 anys, és a dir, el 20% del total de la població diana.

Els resultats obtinguts d'esta avaluació han de servir, sens dubte, de reflexió per al disseny dels objectius del nou Pla de Salut 2010-2013.

FÒRUMS DE COMUNICACIÓ I PARTICIPACIÓ CIUTADANA



FÒRUMS DE COMUNICACIÓ I PARTICIPACIÓ CIUTADANA

Sent conscients de la importància de l'aposta estratègica: "participació, informació i comunicació", i considerant la comunicació com una aposta transversal prioritària, s'han realitzat 12 fòrums per a conéixer les opinions, necessitats i expectatives de la nostra societat en relació amb les apostes estratègiques fixades per la Comissió Tecnicodirectiva del II Pla de Salut, amb vista al disseny del III Pla, i integrar l'opinió dels ciutadans des dels inicis del procés d'elaboració.

1 FÒRUMS REALITZATS I METODOLOGIA

S'han realitzat tres grups de fòrums amb perfils diferents:

Deu fòrums representatius dels ciutadans de la nostra Comunitat.
Un fòrum del Consell de Salut de la Comunitat Valenciana.
Un fòrum amb informadors clau de la Conselleria de Sanitat.

Els fòrums de participació ciutadana es van dur a terme en els mesos de maig i juny de 2009, i els dos restants en els mesos de març i abril de 2010.

La investigació es va realitzar en col·laboració amb el Departament de Sociologia i Antropologia Social de la Universitat de València. La tècnica d'investigació dels fòrums s'emmarca dins de la perspectiva metodològica qualitativa i aconseguix ampliar i aprofundir certes dimensions de la realitat sociocultural a les quals no s'accedix amb la perspectiva quantitativa.

Els fòrums en l'àmbit de la comunicació es consideren com un grup de debat i reflexió sobre un tema, un programa, o un fenomen social conduït per un moderador o moderadora. Són essencialment una tècnica de comunicació oral, basant-se en un contingut d'interés general que pot generar una discussió. L'objectiu del fòrum és conéixer les opinions sobre un tema concret, motivar la participació i recollir les aportacions que sorgisquen del mateix grup.

El contingut temàtic dels fòrums va girar d'acord amb les apostes estratègiques del III Pla de Salut. L'aposta d'equitat en salut no queda reflectida en estos fòrums, ja que es va afegir en una etapa posterior del Pla.

34

Les sessions són gravades i, posteriorment, transcrites per a analitzar-les i interpretar-les. Es transcriuen selectivament els discursos emesos en cada un dels fòrums, respectant el llenguatge empleat per les persones participants amb l'objectiu de reproduir el seu missatge tal com va ser formulat durant el debat. Posteriorment, es realitza la primera categorització de l'anàlisi, i es procedix a continuació a l'anàlisi interpretativa de cada un dels discursos generats en els diferents fòrums.

L'anàlisi del contingut qualitatiu s'ha efectuat per mitjà de l'aplicació informàtica ATLAS.ti, versió 5, amb dos nivells d'anàlisi: textual i conceptual. L'anàlisi textual permet seleccionar i treballar amb cites o paràgrafs dels textos, i el conceptual permet l'obtenció dels mapes conceptuals o Networks.

Els resultats que a continuació es mostren s'han organitzat en dos grups. El primer recull les principals opinions dels 10 fòrums representatius del teixit social de la Comunitat Valenciana "fòrums representatius dels ciutadans" i, el segon, les opinions dels dos últims fòrums realitzats: Consell de Salut de la Comunitat Valenciana i informadors clau de la Conselleria de Sanitat, tractats conjuntament, per la seua especial vinculació al Sistema Sanitari Valencià.

2 FÒRUMS REPRESENTATIUS DELS CIUTADANS

La tipologia d'estos fòrums s'ha efectuat en funció de la composició del teixit social de la Comunitat Valenciana. En la proposta s'ha optat per l'agregació d'entitats i agents socials en funció de les afinitats existents en els seus objectius i interessos. Esta agregació permet combinar en els fòrums l'homogeneïtat amb l'heterogeneïtat, a fi d'aconseguir una major riquesa en el discurs conjunt. Els fòrums realitzats han sigut els següents:

Fòrum 1: col·legis professionals: Medicina, Infermeria, Psicologia (clínica), Fisioteràpia, Farmàcia, Veterinària, Odontologia i Estomatologia, Biologia, Física (nuclear, radiofísica), Treball Social, Dret, Logopèdia, Òptica i Optometria, Podologia, Arquitectura (urbanisme), Química i Enginyeria.

Fòrum 2: docents (Ensenyança Primària, Secundària, Batxiller, FP, Universitat; pública i privada).

Fòrum 3: sindicats, empresaris, cambres de comerç.

Fòrum 4: mitjans de comunicació i periodistes.

Fòrum 5: associacions de dones.

Fòrum 6: associacions de joventut.

Fòrum 7: associacions de persones majors.

Fòrum 8: associacions de malalts i cuidadors; associacions de persones amb discapacitat.

Fòrum 9: associacions en general, consumidors i usuaris, associacions d'immigrants, de donants de sang, esportives, ONG, gastronòmiques.

Fòrum 10: Federació Valenciana de Municipis i Províncies.

Per a cada un d'estos fòrums es va convocar una mitjana de 15 representants.

2.1 Conclusions per apostes estratègiques

A continuació es recullen les opinions que amb major freqüència van ser repetides, en els 10 fòrums representatius del teixit social de la Comunitat Valenciana, agrupades en les apostes estratègiques del III Pla de Salut.

Participació, informació i comunicació

«És absolutament necessari augmentar la informació en matèria de salut a la població en general, tenint en compte la joventut com un sector molt especial. A este efecte, l'escola pot ser un mitjà idoni per a transmetre-la, ja que pot incidir des de les edats més primerenques. Altres dos agents imprescindibles en la transmissió de la informació de manera adequada són els mitjans de comunicació i les empreses».

«La informació ha de començar fonamentalment pels professionals sanitaris, i han d'estar complementats per altres professionals, com ara educadors, psicòlegs, logopedes…».

«La informació que es proporcione a la població ha d'estar diferenciada segons col·lectius (no tot val per a tots). Els principals col·lectius són les persones majors, els menors, jóvens i les dones. A això poden contribuir les noves tecnologies, especialment Internet i els programes específics. Internet, concretament, exigix una adequació i millora de la pàgina web de Sanitat i una millor vinculació amb altres pàgines relacionades».

36

«Hem de tendir a una nova cultura de la salut que supose la humanització de les relacions en el camp sanitari (especialment, personal metge-pacient) i l'ètica en la informació, que passa per millorar la claredat del que es diu. En eixa nova cultura és necessari comptar amb els professionals sanitaris, així com amb les xarxes d'associacions especialitzades existents».

«La millora de la comunicació passa per adoptar i ampliar els protocols entre administracions, sobretot, entre aquelles que treballen amb els mateixos col·lectius. L'existència de protocols implica la coordinació prèvia. Esta ha d'establir-se entre institucions, especialment, entre Sanitat i Benestar Social i entre Sanitat i Educació».

«Un espai idoni per a ampliar i millorar la participació és el que ens oferixen els consells de Salut, sobre els quals s'afirma que és necessari dinamitzar i ajustar. Són desconeguts per la població i necessiten d'una reformulació bàsica».

Garantia de sostenibilitat

«Cal aconseguir que la ciutadania se sensibilitze sobre l'ús racional dels recursos sanitaris, per a això és imprescindible comptar amb el sector de l'educació, ja que este incidix directament en la transmissió de valors. Un complement imprescindible en esta sensibilització és la informació i la formació».

«Alguns problemes en l'ús dels recursos vénen donats per la pressió dels mateixos pacients, cosa que els professionals sanitaris no han de cedir-hi».

«El control del gasto farmacèutic passa, entre altres factors, per l'augment dels medicaments genèrics i essencials i l'ús de la recepta electrònica, la qual cosa ha de completar-se amb una labor educativa dels professionals sanitaris».

«El control del gasto sanitari passa per millorar la disfunció existent entre sector públic i privat i per millorar el sistema d'inversions. S'ha de proporcionar una major informació de la gestió que es realitza, la qual cosa, sens dubte, milloraria la sostenibilitat del sistema».

«Relacionats amb la sostenibilitat trobem factors culturals i també de polítics. Entre els primers, els principals són el mal ús que es realitza dels servicis d'urgències, i l'automedicació o excés de medicalització de totes les àrees de la vida. Entre els polítics, la necessitat de transparència en la gestió, l'elecció entre el model privat i públic i una major inversió en prevenció i educació».

«Entre les pràctiques que poden contribuir a millorar la sostenibilitat del sistema s'assenyalen les següents: informació a la població de la universalitat de la sanitat i el que això implica, potenciar l'ús racional de recursos i medicaments, mesures encaminades al millor funcionament de les urgències, l'ús de la factura informativa o estudiar la possibilitat del copagament, i l'elaboració d'un catàleg de bones pràctiques que estiga a l'abast de la població».

«La prevenció és una de les millors ferramentes relacionades amb la sostenibilitat. L'opció d'una medicina preventivista enfront de l'assistencialista es troba en el centre del debat. Per això, és necessari millorar el funcionament de l'Atenció Primària i de les especialitats com a mitjà per a evitar el col·lapse dels recursos hospitalaris i d'urgències. Un agent complementari és l'escola i l'educació als més xicotets».

«L'Atenció Primària és el recurs bàsic de la sostenibilitat del sistema. En esta, s'ha de millorar la relació amb els pacients, augmentar el temps d'atenció que els facultatius tenen assignat i potenciar la coordinació amb altres recursos sanitaris i socials».

«La coordinació que més pot contribuir a la sostenibilitat és aquella que involucre les instàncies sanitàries i socials, sobretot, en el camp de les persones majors i dependents. S'ha d'intentar evitar duplicitats en les actuacions, la qual cosa milloraria l'ús de recursos».

Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia

«La millor promoció de la salut passa per la prevenció, tractant d'evitar que apareguen problemes sanitaris. La prevenció en este aspecte passa per millorar el funcionament de l'Atenció Primària i els centres de salut, sobretot, pel que fa a la informació de la població i a la millora de la formació dels professionals. El paper dels professionals de la infermeria és vital en este nivell, junt amb la col·laboració amb altres professionals (psicòlegs/psicòlogues, treballadors/treballadores socials…)».

«En la prevenció, alguns sectors han de ser prioritaris: dones, xiquets/xiquetes, majors i dependents. També cal cuidar més la salut dels professionals sanitaris».

«L'extensió d'informació sobre hàbits saludables és imprescindible en la promoció i la prevenció. Entre estos es destaquen l'alimentació saludable, l'esport, l'educació postural o la salut visual, la prevenció de riscos i malalties laborals, la millora de les condicions generals en el treball, l'atenció a les addiccions (es fa especial esment en el tabaquisme), la informació sobre sexualitat, evitació d'embarassos no desitjats, la prevenció de la discapacitat i de les malalties hereditàries i l'augment de la investigació en prevenció. Es realitza una menció especial a la salut mental, a l'augment de les malalties psíquiques i la transcendència que té per a les famílies».

«Un component essencial de la promoció de la salut és la informació, en la qual és tan important el que es diu com el canal que utilitzem. Els mitjans de comunicació són els protagonistes essencials de la informació dirigida a tota la població, i especialment, a la joventut. Per això, és important que les notícies que arriben siguen adequades i es tinga molta cura amb la qualitat de la publicitat, moltes vegades enganyosa».

«Un agent bàsic receptor de la informació és la família, i particularment, les cuidadores o cuidadors. Altres agents protagonistes són l'escola, que ha de tindre el suport adequadat del personal sanitari i les farmàcies, com a instància més pròxima a la ciutadania».

«És important la coordinació en este camp, però amb el factor afegit de la transversalitat de la salut en totes les àrees de la vida, allò que fa referència a l'acció concertada entre els distints departaments del Govern autonòmic. Per a una adequada coordinació en la promoció de la salut són necessaris els protocols, és a dir, saber què cal fer quan és necessari i saber qui ho ha de fer».

«El factor bàsic per a la promoció de la salut és l'alimentació i la seua relació tant amb l'obesitat infantil com amb el conjunt d'hàbits de vida relacionats amb la higiene o l'esport, els trastorns alimentaris (anorèxia, bulímia…)».

«La promoció de la salut està molt relacionada amb l'educació en valors: allò saludable enfront d'allò més efímer de la moda, el respecte als drets humans, etc. El suport de professionals de la salut a l'escola és important».

«És interessant crear un fòrum de bones pràctiques, celebrar unes jornades o seminaris sobre este tema, en el qual no s'ha d'oblidar el paper de les associacions o entitats sense ànim de lucre, perquè es coneguen i tinguen en compte les seues iniciatives i experiències».

Atenció a la cronicitat

«Cronicitat no és només atenció a les persones majors, sinó també a totes aquelles amb malalties de llarga duració i dependents. Especialment vulnerables en este camp són els menors, per la qual cosa han de rebre una atenció molt particular des dels centres escolars, els quals han de fer l'esforç d'adaptar les seues instal·lacions i les seues pràctiques a les necessitats d'eixos alumnes».

«Un dels moments més importants en l'atenció a la cronicitat és el de les altes hospitalàries. La seua importància va des del moment idoni en què s'ha de produir fins a les condicions que l'envolten ja siga

en un mitjà residencial o a la mateixa llar. Una modalitat interessant de gestionar la cronicitat és l'hospitalització a domicili que té moltes potencialitats, però també les seues limitacions».

«Són importants les cures pal·liatives, sobretot, pel que fa al fet de facilitar a les persones els tractaments de manteniment, evitació del dolor i proporcionar a les seues famílies la corresponent informació. La preparació a la mort des d'uns principis bàsics de dignitat, respecte i evitació del dolor innecessari, són aspectes a tindre en compte».

«La salut mental es considera com una de les més greus cronicitats, a la qual, no obstant això, no s'atén degudament. L'escola, per exemple, és un escenari en què estes malalties són especialment temudes i estigmatitzants. En les nostres modernes societats, les malalties mentals són cada vegada més freqüents, però no hi ha recursos suficients com per a tractar-les, per la qual cosa la major càrrega de l'atenció recau sobre les famílies».

«Els recursos que podrien complementar l'atenció que necessiten les persones que patixen malalties mentals són: el suport psicològic sobretot si es pot triar el professional; els centres de dia i els de mitjana estada, i el suport efectiu a les cuidadores o cuidadors».

«Els recursos específics que són necessaris per a l'atenció a la cronicitat són: la millora del funcionament de l'Atenció Primària, la complementarietat d'altres professionals en els equips multiprofessionals (geriatres, psicòlegs, logopedes), un paper més actiu de professionals de la infermeria i del treball social en els diferents nivells, la formació en l'autoatenció, la creació de places per a crònics i de centres de dia degudament preparats».

«En este camp, és particularment important la labor de les cuidadores o cuidadors; necessiten per a elles mateixes suport, formació i ajudes tècniques i econòmiques. Un suport important per a les famílies amb persones malaltes cròniques és el que aporten els servicis a domicili, generalment dependents dels servicis socials municipals, que tenen també les seues limitacions (poques hores d'atenció, rotació de treballadors / treballadores...). Per això, és important comptar amb la xarxa de voluntariat existent o els «bancs del temps», experiència nova que pot ser un important complement».

«Especialment important en l'àrea de la cronicitat és la coordinació, sobretot, la que ha d'existir entre les àrees social i sanitària. S'està elaborant un document o protocol, actualment, molt esperat per a l'atenció de les persones dependents. Una de les seues finalitats ha de ser humanitzar l'atenció, especialment important en la satisfacció dels pacients».

«Inclús en el cas dels malalts o malaltes crònics, és important activar mesures preventives, sobretot, aquelles que eviten l'aparició de malalties oportunistes, l'empitjorament d'algun dels seus símptomes».

«L'aplicació de l'anomenada llei de la dependència és un tema preocupant per a la sanitat, especialment pel que fa a la tardança en les valoracions i resolucions, el tipus de servicis i prestacions que recull, el finançament que comporta i, com a factor positiu, les possibilitats d'ocupació que hi podria generar».

Aplicació de les noves tecnologies en la salut

«Les noves tecnologies identificades en l'Atenció Primària han sigut: el sistema Abucasis, la recepta electrònica, la història clínica digital i la petició de cita per Internet».

«En general, està ben valorat el sistema informàtic Abucasis, encara que hi ha alguns problemes relacionats amb la seua pràctica, per la qual cosa és important continuar millorant-lo».

«La recepta electrònica és una altra de les millores que ha possibilitat la informatització del sistema. És un recurs valorat positivament, sobretot, per la connexió que permet establir entre centre de salut i oficines de farmàcia».

«La història clínica digital és considerada en esta societat globalitzada com un recurs imprescindible. Valorats també positivament estan la petició de cita per Internet i la utilització d'SMS per a cites, recordar proves…»

«No obstant això, per a tots estos recursos se sol·liciten més mitjans per a extendre'ls i adequar-los. En l'àmbit rural, particularment, és necessari implantar-los de manera més generalitzada».

«Les noves tecnologies haurien d'incidir més en el camp de la informació, per això s'analitzen els problemes existents en la pàgina web de la Conselleria de Sanitat i les seues possibilitats en el camp educatiu».

«En l'anàlisi de la telemedicina s'assenyalen els seus avantatges i inconvenients. Entre els avantatges, la proximitat i immediatesa en la relació metge-pacient, particularment interessant en el cas de les malalties cròniques. Entre els inconvenients, les dificultats per a interpretar símptomes a distància i les ferramentes de connexió que moltes vegades fallen».

«El finançament de les noves tecnologies pot contribuir a la sostenibilitat del sistema sanitari, per mitjà de la racionalitat de l'ús de recursos, i la millora de l'atenció en general».

«És necessari realitzar millores relacionades amb les noves tecnologies: major formació per als professionals sanitaris respecte a estes, facilitar major informació a la població sobre eixes tecnologies, la utilització de la pàgina web per a comunicar emergències, augmentar l'ús de la teleassistència, la interconnexió entre centres hospitalaris, l'adaptació de les noves tecnologies per a persones amb discapacitat o majors, crear xarxes d'associacions de pacients, col·legis professionals… i evitar l'ús d'estes per a fins propagandístics o polítics».

«Finalment, s'assenyalen a continuació els problemes que plantegen les noves tecnologies. Entre estos, dos d'importants: el fet que no tota la població hi té accés (persones majors, zones rurals…) i el risc que la relació metge-pacient, ja per si mateix limitada, pot veure's perjudicada per la llunyania i la falta de contacte personal».

2.2 Reflexions finals

Les **idees força**, que de manera més continuada i reiterada han sigut posades de manifest en els diferents fòrums celebrats amb els representants del teixit social de la Comunitat són:

Millora i potenciació de l'Atenció Primària.

En totes les apostes i en tots els fòrums han existit referències a la necessitat d'adequar l'Atenció Primària a les noves necessitats. Se li demana més implicació, i paral·lelament, s'assenyalen les seues carències.

Necessitat d'ampliar l'escenari participatiu.

Tots els col·lectius i entitats, que han participat en este projecte, han assenyalat expressament el seu desig que la participació que se'ls havia demanat continuarà en el futur i se sistematitzarà. Un element indispensable en la participació és el dels consells de salut, instàncies ja creades que no s'han consolidat en el temps i que potser podrien constituir el dispositiu des del qual impulsar una major participació.

Necessitat de major coordinació entre les administracions en temes de salut.

La idea plantejada en totes les apostes estratègiques és la necessitat d'impulsar una verdadera coordinació, sobretot sociosanitària. Això és especialment important per a les àrees de la cronicitat o la promoció

de la salut, però no sols es tracta d'esta, tot i que és la més repetida, sinó també amb altres àrees com les de l'educació, i també en general, tot l'escenari interadministratiu (central, autonòmic i local).

Foment de les pràctiques preventives enfront de l'assistència.

Han sigut moltes les veus i des de diferents punts de vista les que han advocat per remarcar en la necessitat d'impulsar la prevenció enfront de l'assistència. Els seus resultats podrien ser visibles tant en la promoció de la salut com en la sostenibilitat del sistema o en l'atenció a la cronicitat. En el camp de la prevenció té un paper fonamental la formació i la informació, i com a àrea de suport prioritari, l'escola.

Importància de la salut mental i la seua necessitat de tractar-la integralment.

És una idea base que transversalment ha anat apareixent en pràcticament tots els fòrums. El patiment que comporta per a les persones afectades i per a les seues famílies és de dimensions impressionants. La queixa de falta de recursos és general.

Valoració positiva de les noves tecnologies, però sense oblidar la importància de la relació del personal mèdic i dels pacients.

Han sigut molt valorades totes les innovacions tecnològiques que s'estan produint i que podrien aplicar-se en el futur, encara que no ha sigut un camp exempt de crítiques. S'exigix molt a les noves tecnologies (rapidesa, fàcil accés…), són un camp de gran transcendència per al sistema sanitari, però sense oblidar que la relació entre el personal facultatiu i la població ha de ser el més pròxima possible. Humanitzar la medicina ha sigut una idea transversal a totes les apostes.

Finalment, destaquen dos idees força més que s'han reiterat en estos fòrums:

La consideració del valor salut com a transversal que travessa tots els àmbits i parcel·les de la vida.

El foment d'una nova cultura de la salut on predominen valors ètics, humanitaris, solidaris, d'equitat i de qualitat.

3 FÒRUMS DEL CONSELL DE SALUT DE LA COMUNITAT VALENCIANA I DELS INFORMADORS CLAU DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

En una segona fase es van efectuar dos fòrums diferents dels de la fase anterior, tant per la seua composició com pel seu paper dins de l'estructura participativa de la mateixa Conselleria de Sanitat.

El fòrum del Consell de Salut, d'una banda, es va realitzar per a recollir l'opinió del màxim òrgan col·legiat de caràcter consultiu, constituït a fi de promoure la participació comunitària; i d'una altra, el fòrum dels informadors clau ha pretés recollir la diversitat i l'heterogeneïtat de les opinions de certs professionals, que per l'exercici de funcions i càrrec ocupat, són considerats clau per a enriquir el discurs.

La metodologia concreta d'ambdós fòrums va variar un poc respecte a la primera fase, ja que si bé en esta segona fase es va tornar a debatre sobre les apostes estratègiques del III Pla de Salut igual que en la primera, la diferència va consistir en el fet que en esta segona es van presentar les principals conclusions obtingudes en els fòrums celebrats anteriorment, per a proporcionar als experts la informació que els agents representatius de la societat civil van emetre, respecte d'això, el seu dia.

Les conclusions d'ambdós fòrums és recollida conjuntament per estar els seus integrants especialment involucrats en l'àmbit de la salut; els membres del Consell de Salut, com a màxim òrgan de participació comunitària, i els informadors clau, com a experts en el tema que exercixen les seues tasques dins de la Conselleria de Sanitat des de diferents perspectives.

3.1 Conclusions per apostes estratègiques

Participació, informació i comunicació

«La idea fonamental relacionada amb la participació és la de millorar el funcionament dels consells de Salut de la Comunitat Valenciana, institució clau per a canalitzar la participació ciutadana».

«Una idea fonamental que entronca directament amb la de participació és la de la coresponsabilitat: la salut incumbix a tota la població. No obstant això, com canalitzar-la queda més diluït en el discurs emés. S'apunten algunes instàncies participatives com els mateixos consells de Salut, els ajuntaments o els fòrums de pacients».

«És necessari potenciar la informació relativa a la salut i a tot allò que fa referència al sistema sanitari en dos dimensions: la informació interna (la de la mateixa organització), i l'externa, la que ha de rebre la ciutadania».

«Preocupació per la «desinformació» existent entre la població. De vegades, és font de molts dels problemes que es creen al sistema de salut. La «desinformació» unes vegades és fruit de l'ús indiscriminat de xarxes com ara Internet, i en altres, la mateixa «desinformació» és causa de la utilització no correcta dels recursos sanitaris. Un exemple d'esta «desinformació» pot ser el col·lapse dels servicis d'urgències».

«L'Atenció Primària és un element imprescindible per a la bona comunicació. La millora del «temps sanitari» que es dedica als pacients es considera necessària».

42

«Un altre element fonamental per a fomentar la participació, informació i comunicació és Internet i les seues ferramentes, com és el cas de la pàgina web institucional de la Conselleria de Sanitat. Esta ha de ser un referent fonamental de la informació formal que emana de la mateixa organització, encara que s'han d'introduir millores per a poder complir este objectiu».

Garantia de sostenibilitat

«Es relaciona la sostenibilitat del sistema amb millores en la gestió de l'organització, concretament, pel que fa a l'àrea d'informació i avaluació».

«En general, està molt ben valorat el sistema actualment vigent, però necessita de millores i d'ajustos per a aconseguir un nivell sostenible en la seua organització i funcionament. Com a exemple, es menciona la necessitat de fer arribar als usuaris o usuàries del sistema una informació clara sobre els drets i deures, i adequar els sistemes de control de gasto a les noves necessitats sanitàries».

«Preocupa el gasto sanitari en general, i el dels medicaments en particular, i especialment, el paper que la indústria farmacèutica i els professionals exercixen en este sentit».

«Dins del necessari control del gasto, s'assenyala amb preocupació el fet que existisquen grans bosses de frau (de servicis, de medicaments i de baixes laborals). La resposta que mereix esta situació passa per millorar el funcionament dels sistemes d'inspecció en el cas de les baixes per malaltia, i per la promoció de la coresponsabilitat ciutadana en la resta».

Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia

«La millor promoció de la salut és la prevenció. Agents com ara l'escola o l'empresa són imprescindibles per a desenrotllar adequadament programes preventius, informació sobre hàbits saludables, mesures d'higiene..., etc.».

«Perquè la promoció-prevenció siga efectiva, cal comptar amb l'adequada formació dels professionals sanitaris, especialment es destaca el paper del farmacèutic i del personal dels servicis d'Atenció Primària, com a principals agents per a l'èxit d'eixe objectiu».

«La promoció té també una dimensió bàsica i és la que s'ha identificat en estos fòrums amb la informació: els mitjans de comunicació i la publicitat són dos elements que han de tindre's en compte quan es tracta d'arribar a un públic ampli».

«Els sectors clau en què s'ha de fer una promoció de la salut específica són: els de la infància i el de les persones majors, per ser els dos col·lectius més vulnerables i desprotegits».

«Perquè totes estes accions siguen efectives cal comptar amb l'adequada coordinació, tant entre diferents àrees del sistema sanitari com amb altres instàncies externes pròximes a este».

Atenció a la cronicitat

«La cronicitat ha d'enfocar-se de manera transversal, ja que la seua atenció no incumbix a una sola àrea sanitària, sinó que totes aquelles que estan implicades en una problemàtica han de treballar de manera coordinada i complementària. Dins d'esta coordinació no hem d'oblidar que el pacient ha d'estar en el centre de qualsevol activitat o planificació».

«La relació entre cronicitat i dependència és clara. Les noves normes que s'han aprovat en els últims anys per a l'atenció de les persones dependents obliga al sistema sanitari a plantejar-se les cures d'estes persones de manera diferent, comptant amb la coordinació del sistema de benestar social».

«Influïx directament en l'atenció sanitària a la cronicitat els recursos amb què es compta: les residències, els hospitals de mitjana i llarga estada, els nous perfils en infermeria i el paper que en el món de la cronicitat juguen les farmàcies per la seua proximitat a la ciutadania i la seua important xarxa d'establiments i professionals».

«Un aspecte del problema a millorar és les de les cures pal·liatives, en les quals hi ha encara una important tasca per realitzar, així com en el de les cures a les cuidadores o cuidadors. Les unitats d'hospitalització domiciliària tenen en este camp un important paper».

«El pla de crònics és destacat per la seua importància i amb el qual, sens dubte, cal comptar».

Aplicació de les noves tecnologies en la salut

«No podem negar-nos a estes, les necessitem cada vegada més i només cal tractar que milloren i augmenten».

«Encara que la Comunitat Valenciana és considerada pionera en l'aplicació de les noves tecnologies en diferents àmbits sanitaris com la telemedicina, la recepta electrònica i la història clínica digital, es realitzen demandes d'ampliació de capacitat de les actuals ferramentes informàtiques o de la implantació d'unes altres de noves (per exemple, ecografies en Atenció Primària)».

«Es van assenyalar alguns problemes existents sobre la seua aplicació: la necessitat de millorar la capacitat dels programes actuals (per exemple, Abucasis i la seua extensió a tota la xarxa sanitària), problemes en la implantació de la recepta electrònica o la història clínica digital. És necessari que hi haja retroalimentació entre qui dissenya i qui executa».

«És necessari l'impuls de la formació específica en estes noves tecnologies, així com aprofitar-les per a millorar els nivells de formació interna dels professionals sanitaris (per exemple, cursos a distància)».

3.2 Reflexions finals

Al llarg dels discursos emesos en els dos fòrums objecte d'anàlisi, van sorgir una sèrie d'idees repetides en el debat de les apostes estratègiques plantejades, denominades **idees força** i això per ser conceptes molt potents, generalment transversals i que demostren una preocupació i un interés molt marcat entre els participants en els fòrums.

Algunes d'estes idees força són coincidents amb les manifestades en els fòrums realitzats amb els ciutadans. Això demostra la importància d'estes. En canvi, d'altres són diferents i estan relacionades directament amb la composició dels integrants d'estos dos fòrums: persones pròximes al sistema sanitari i professionals experts en salut.

Les idees força són:

Coresponsabilitat

Entesa com a responsabilitat compartida. És necessària la implicació de tota la població en l'àmbit de la salut, tant en l'àmbit intern (departaments, servicis...) com en l'extern (escoles, empreses, famílies...). Tots els sectors de la població tenen la responsabilitat de contribuir a la salut comunitària i a un millor funcionament del sistema sanitari. Sens dubte, la responsabilitat passa per una millor utilització dels recursos i un adequat control del gasto sanitari. D'altra banda, esta idea entronca directament amb la de participació, ja que és la via a través de la qual es pot aconseguir la coresponsabilitat plena. Fomentar i ampliar les possibles vies de participació ciutadana són clarament objectius a aconseguir.

44

Prevenció

Idea força relacionada, sobretot, amb la de la promoció de la salut, ha sigut també destacada quan s'ha parlat de l'atenció a la cronicitat, i sempre que han sorgit aspectes relatius a l'educació i a la formació de la població més jove. Així, l'escola i la família es convertixen en agents socials clau per al seu desenrotllament. S'apunta a la necessitat de promoció dels hàbits saludables, del foment de les mesures d'higiene i dels programes d'informació i formació en què s'entenga la salut com un valor transversal en tots els àmbits de la vida de les persones.

Formació

Moltes veus han advocat pel foment de la formació des de dos dimensions bàsiques:

- El reciclatge i la formació contínua del professionals del sistema sanitari. Destaca esta idea, sobretot, en l'àrea de la promoció de la salut i de les noves tecnologies.
- La formació que necessita el conjunt de la població. Informació i formació dirigida a conéixer: els drets i deures dels pacients, el bon ús dels servicis i recursos sanitaris, la utilització de les noves tecnologies en la seua relació amb el sistema i les fonts informatives adequades (pàgina web...).

Coordinació

Ha considerar-se des de dos perspectives complementàries:

- La coordinació interna entre els departaments, àrees, servicis... del mateix sistema sanitari. En este nivell, poden ser importants tant les comissions transversals que ja existixen com el funcionament d'una Intranet, mitjà de coordinació i comunicació internes.
- La coordinació externa amb altres instàncies i institucions amb què està relacionada la salut. Especial insistència cal fer en la necessitat de coordinació amb l'àrea social per a tot el que fa referència a l'atenció a la cronicitat, dependència i majors.

Noves tecnologies

La implantació de les noves tecnologies ha sigut una idea que ha estat present en el debat de totes les apostes estratègiques. S'ha relacionat amb les millores en la informació i la comunicació, però també amb l'atenció a la cronicitat, amb la sostenibilitat del sistema i amb la formació. La seua implantació ja no es qüestiona, sinó que es demana que siga millor, més participativa i amb més recursos. És, sens dubte, una àrea a cuidar i promocionar, perquè les noves tecnologies han de contribuir a realitzar millor el treball, i per tant, a proporcionar un millor servici a la ciutadania.

ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL DE SALUT DELS VALENCIANS



ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL DE SALUT DELS VALENCIANS

1 DEMOGRAFIA

Una de les novetats que introduïx este III Pla de Salut és la utilització del Sistema d'Informació Poblacional (SIP) com a font d'informació. El SIP registra el total de la població que ha entrat alguna vegada en contacte amb el Sistema Sanitari Valencià, i que és susceptible de generar un nou episodi d'atenció mèdica, així com aquells nous usuaris que requerixen per primera vegada atenció sanitària. Este sistema aporta clars avantatges sobre altres fonts d'informació:

- **És l'únic registre que incorpora la població estacional que demana servicis.** És a dir, a la població empadronada o resident se suma aquella part de població no empadronada, que demana servicis sanitaris. Esta última presenta règims d'estada molt diferents de la població empadronada, la qual provoca fluctuacions en la població total, sobretot en períodes vacacionals.
- **Recull variables de gran interés per a l'organització i gestió del sistema sanitari** com les geogràfiques i modalitat d'assegurament. La informació està estructurada pels departaments de salut que configuren el mapa sanitari de la Comunitat Valenciana, la qual cosa facilita la seua explotació posterior.
- **Permet creuar la informació amb altres registres del Sistema Sanitari Valencià** de la Conselleria de Sanitat.

Les dades de l'estudi demogràfic s'han recollit a data 1/1/2010.

1.1 Distribució geogràfica de la població

Per províncies

La província de València concentra el 51% de la població, la d'Alacant el 37% i la de Castelló el 12%. El total de població de la Comunitat Valenciana, a data 1 de gener de 2010, arriba a 5.266.092 d'habitants, dels quals 852.559 són estrangers, i representen el 16,2% del total.

48

~ ***Distribució de la població en la Comunitat Valenciana***

Província	Població empadronada	Població no empadronada	Total
Alacant	1.856.412	74.902	1.931.314
Castelló	608.857	33.776	642.633
València	2.643.326	48.819	2.692.145
Total	**5.108.595**	**157.497**	**5.266.092**

Font de dades SIP a data 1/1/2010

Per departaments de salut

El Sistema Sanitari Valencià s'ordena en departaments de salut (art. 22 de la Llei 3/2003, de 6 de febrer, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana), que equivalen a les àrees de salut previstes en la Llei General de Sanitat. Els departaments de salut són les estructures fonamentals del Sistema Sanitari Valencià; les demarcacions geogràfiques són els límits en què queda dividit el territori de la Comunitat Valenciana als efectes sanitaris.

L'actual mapa sanitari de la Comunitat va ser aprovat per Decret 224/2007, de 16 de novembre, del Consell, i ha sigut modificat posteriorment per a incloure el departament de Manises (Resolució de 15 d'abril de 2009, del conseller de Sanitat), per a la nova denominació dels departaments de salut (Resolució de 16 d'abril de 2009, del conseller de Sanitat) i per a la incorporació del departament Elx-Crevillent (Resolució de 10 de març de 2010, del conseller de Sanitat).

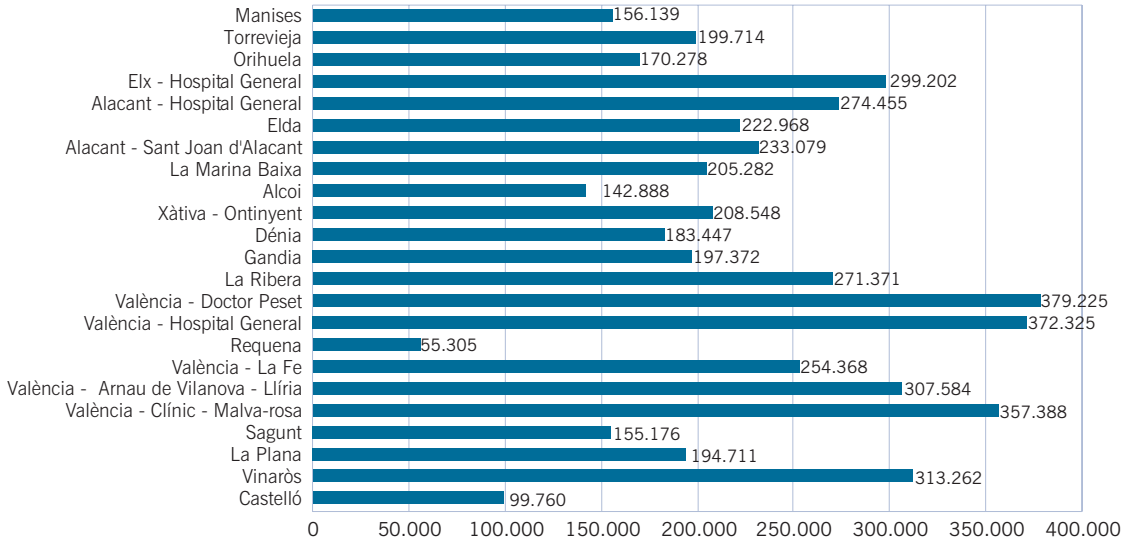
Així, doncs, la Comunitat Valenciana està integrada, en l'actualitat, per 24 departaments de salut:

Denominació departament	
Vinaròs	Dénia
Castelló	Xàtiva-Ontinyent
La Plana	Alcoi
Sagunt	La Marina Baixa
València-Clínic-Malva-rosa	Alacant-Sant Joan d'Alacant
València-Arnau de Vilanova-Llíria	Elda
València-La Fe	Alacant-Hospital General
Requena	Elx-Hospital General
València-Hospital General	Orihuela
València- Doctor Peset	Torrevieja
La Ribera	Manises
Gandia	Elx-Crevillent

En la figura següent es mostra la distribució de la població, en els 23 departaments de salut existents l'1/1/2010, data en què es va realitzar l'estudi demogràfic.

Per al conjunt de la població registrada es pot observar com els departaments que més població concentren són el departament València-Doctor Peset (7,2% de la població), seguit del departament València-Hospital General (7,1% de la població).

~ Gràfic de població en SIP per departaments



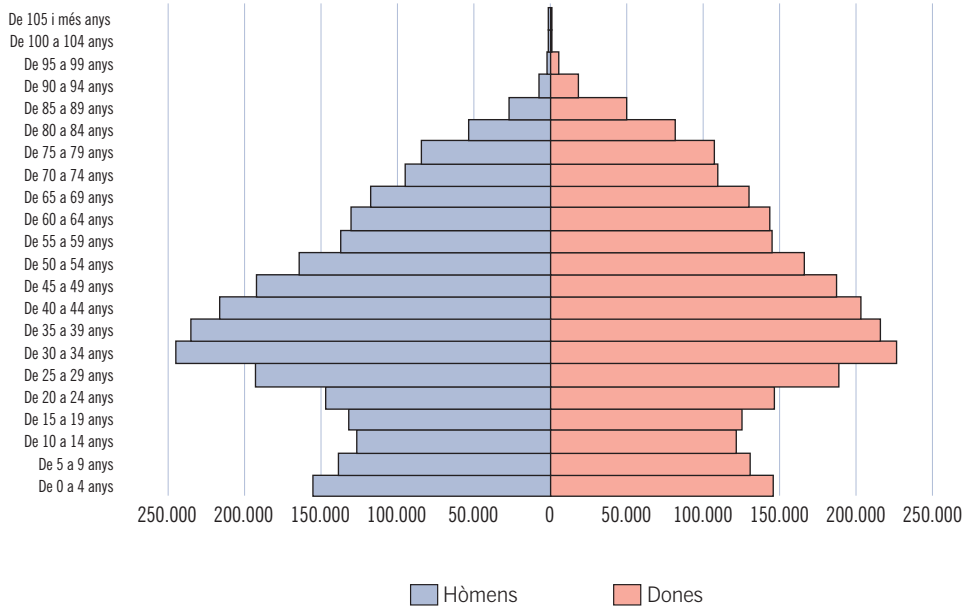
Font de dades SIP a data 1/1/2010

50

1.2 Estructura de la població

Població total de la Comunitat Valenciana

~ *Piràmide de població total a la Comunitat Valenciana*



Font de dades SIP a data 1/1/2010

La població valenciana és una població adulta-envellida. El procés d'envelliment, iniciat a mitjan dècada de 1980, s'ha ralentitzat des de l'any 2000 amb l'arribada d'importants fluxos immigratoris de persones en edats jóvens i adultes. Estos fluxos pareixen haver-se alterat sensiblement durant el 2009, com veurem més avant.

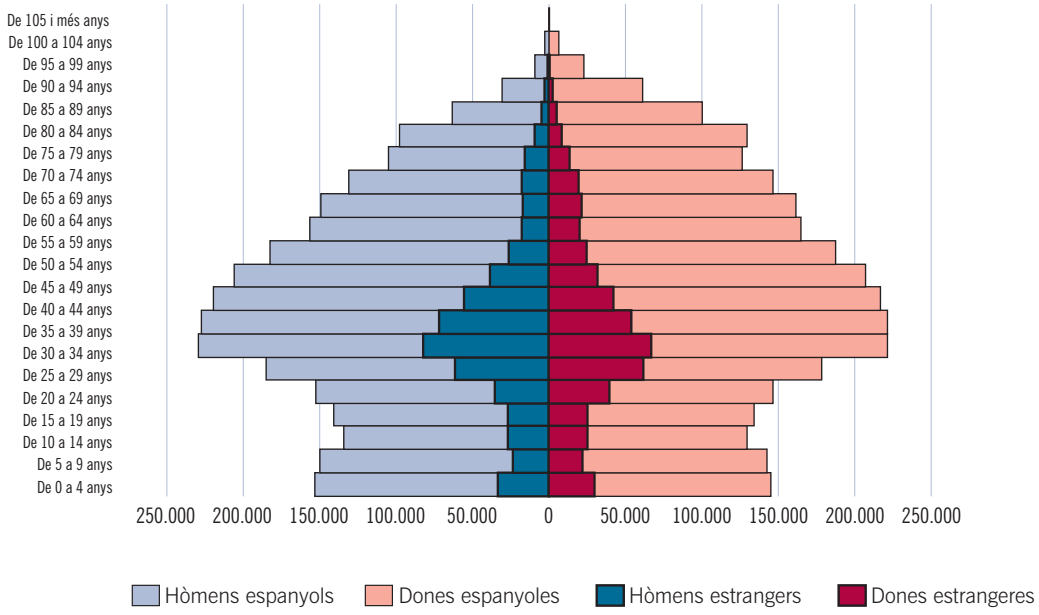
L'estructura de la població amb nacionalitat espanyola està molt més envellida que l'estructura de la població total. De fet, això és conseqüència de l'efecte rejovenidor que exercixen els i les jóvens immigrants sobre l'estructura poblacional.

No obstant això, l'impacte de l'envelliment en el territori és molt desigual. Hi ha departaments de salut amb un fort pes de persones majors com a conseqüència, per una banda, de l'èxode rural de persones en edat de treballar (comarques envellides de l'interior), i per una altra, pel flux continu d'entrades de persones jubilades que provenen de la UE15.

L'interval d'edat que té major pes és el de 30 a 34 anys d'edat, que representa el 9% del total de la població. Per damunt dels 30 anys, l'interval d'edat dels 35 als 64 anys, representa el 41% del total de la població, i l'interval

d'edat dels 65 als 10[5] i més anys, representa el 17% del total, la qual cosa ens indica que ens trobem davant d'una estructura d'edat adulta envellida.

~ ***Piràmides de població superposades d'espanyols i estrangers***



Font de dades SIP a data 1/1/2010

En les piràmides superposades veiem la importància numèrica que aconseguix la població estrangera en els histogrames corresponents a les edats jóvens i adultes. De fet, entre els hòmens de 25 a 39 anys, la població estrangera representa més d'un terç de la població d'hòmens espanyols. Encara que en menor grau, esta magnitud és també molt important entre les dones d'estes mateixes edats.

Població per departaments de salut

Les piràmides de població per departaments són analitzades a continuació, tant en població total com en estrangera, així com els índexs de masculinitat en cada cas.

El departament de Torrevieja i el departament de Requena posseïxen la població més envellida. En el primer, l'alt envelliment és a causa de la immigració de població major, mentres que en el segon, este és conseqüència de l'èxode de població jove-adulta. La població més jove es troba en el departament d'Orihuela i en el departament València-Clínic-Malva-rosa, en els quals la població de 0 a 14 anys representa el 18% i el 17% del total.

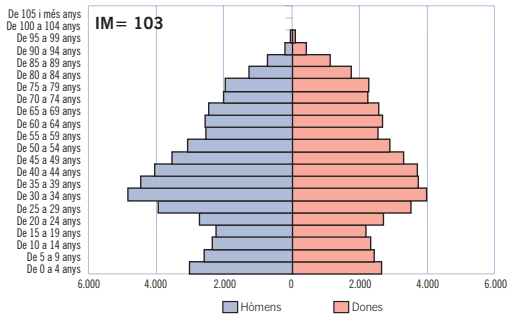
El nombre més gran de ciutadans estrangers el presenten el departament de Torrevieja, Dénia i la Marina Baixa, i exceptuan estos departaments en els quals les persones majors que provenen de la UE15 són molt nombroses, la població estrangera dels departaments està constituïda principalment per població jove-adulta.

52

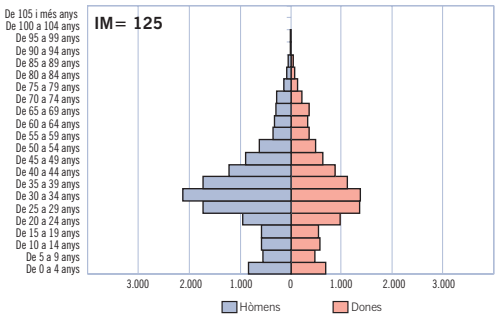
Per al conjunt de les dos poblacions, la població estrangera es troba més masculinitzada que el conjunt de població de cada departament.

~ *Departament Vinaròs*

Total departament

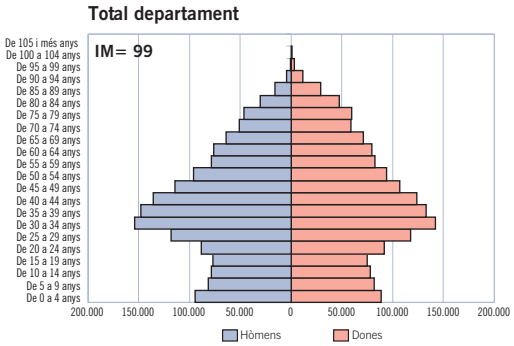


Estrangers

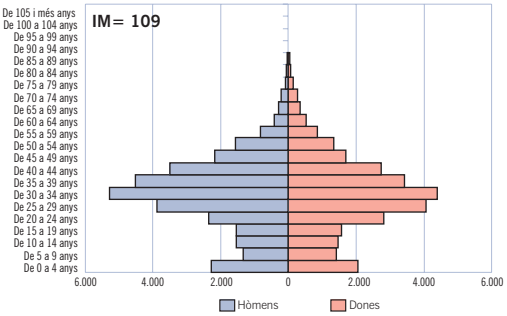


~ *Departament Castelló*

Total departament

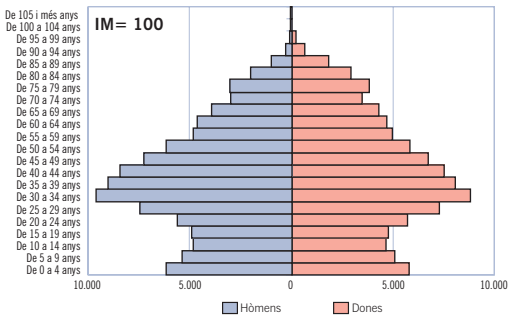


Estrangers

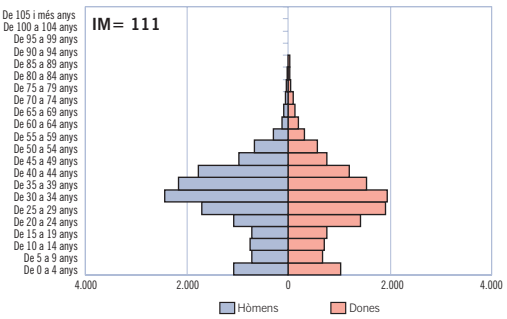


~ *Departament La Plana*

Total departament

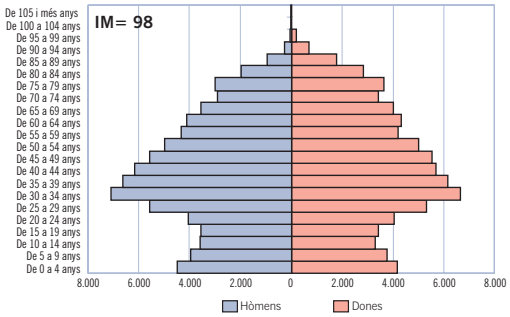


Estrangers

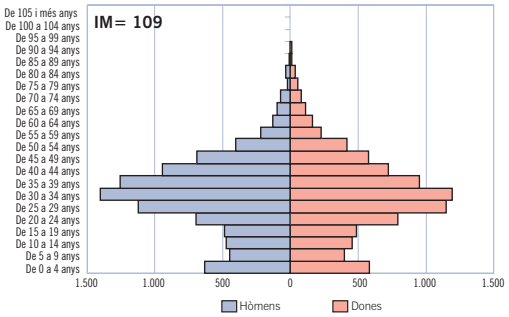


~ *Departament Sagunt*

Total departament

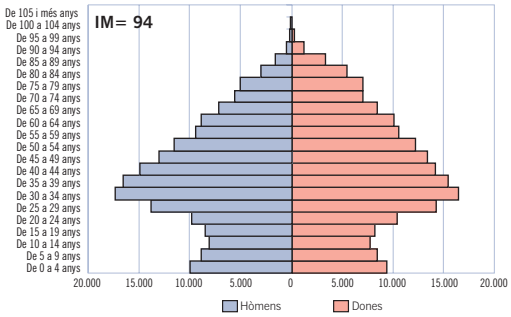


Estrangers

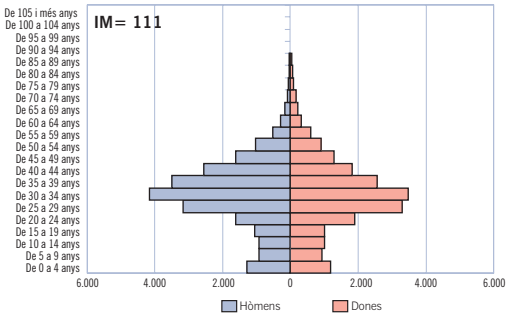


~ *Departament València-Clínic-Malva-rosa*

Total departament

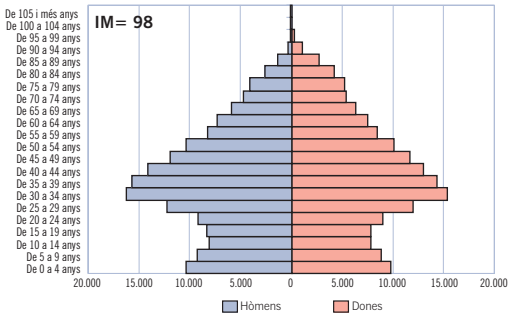


Estrangers

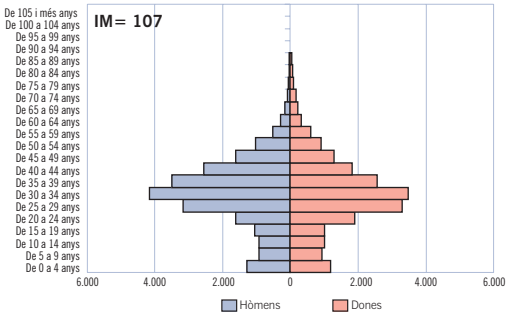


~ *Departament València-Arnau de Vilanova-Llíria*

Total departament



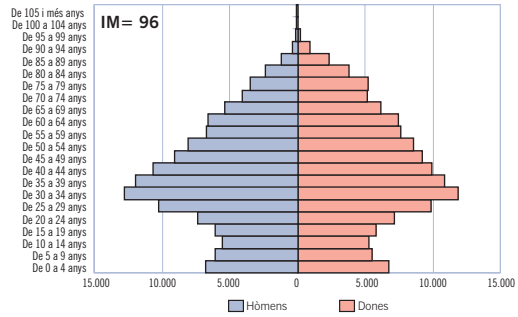
Estrangers



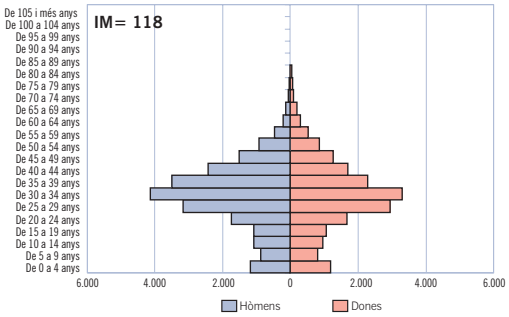
54

~ *Departament València-La Fe*

Total departament

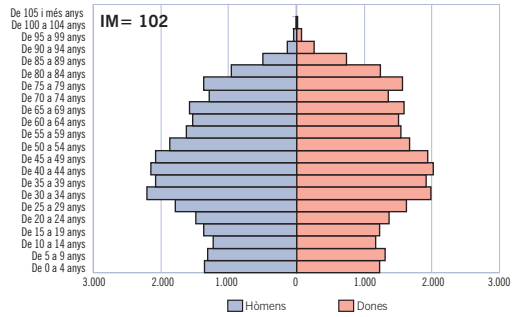


Estrangers

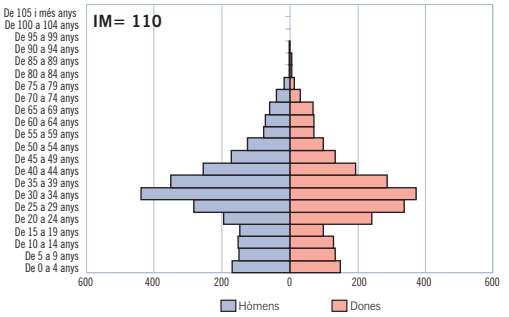


~ *Departament Requena*

Total departament

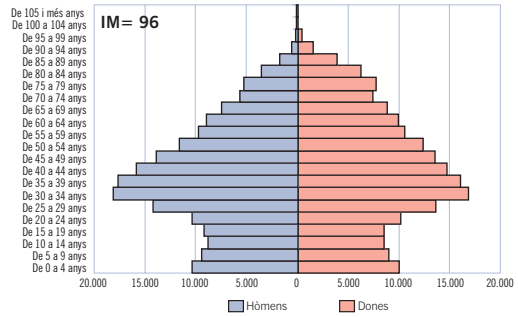


Estrangers

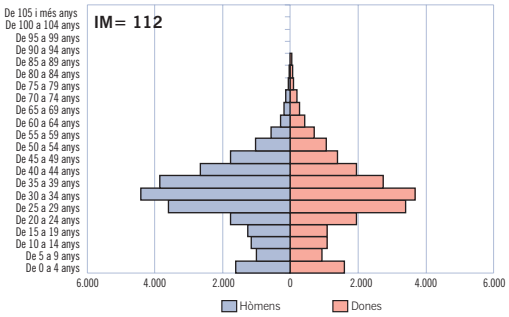


~ *Departament València-Hospital General*

Total departament

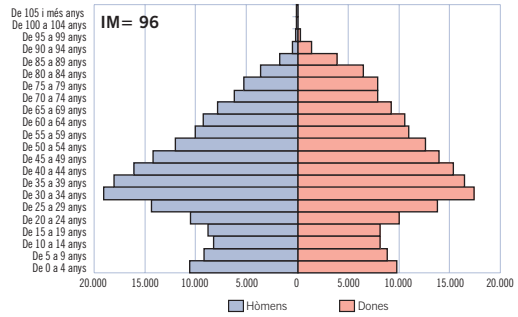


Estrangers

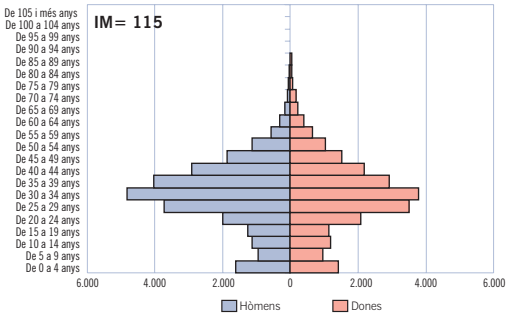


~ *Departament València-Doctor Peset*

Total departament

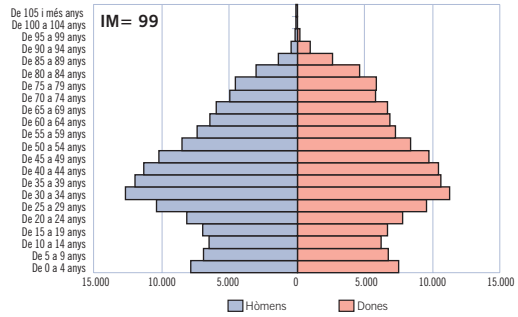


Estrangers

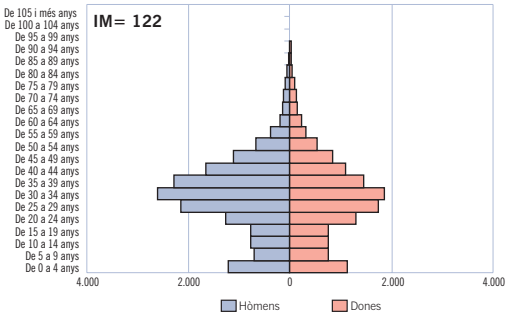


~ *Departament La Ribera*

Total departament

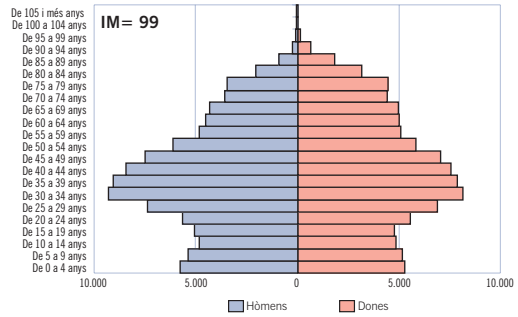


Estrangers

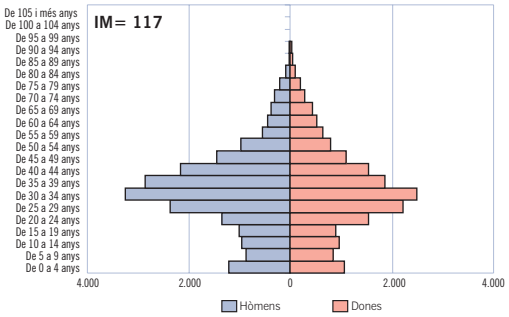


~ *Departament Gandia*

Total departament



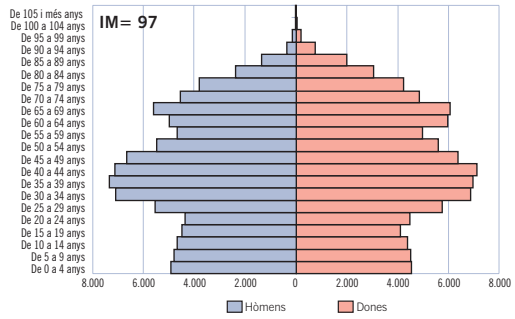
Estrangers



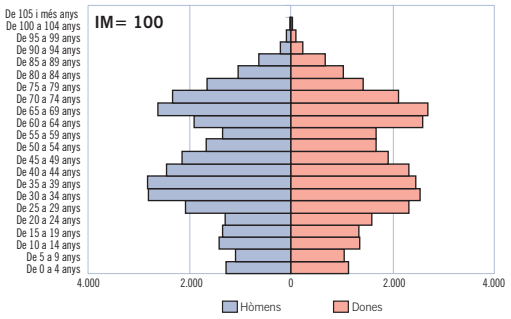
56

~ *Departament Dénia*

Total departament

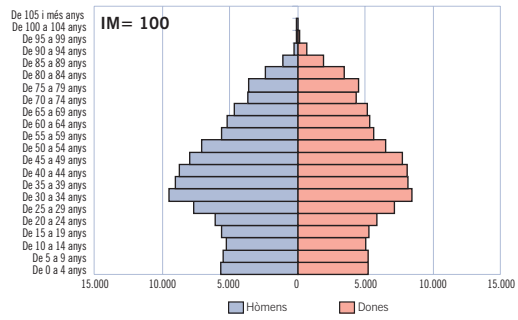


Estrangers

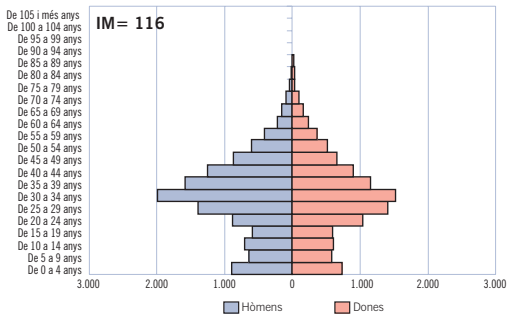


~ *Departament Xàtiva-Ontinyent*

Total departament

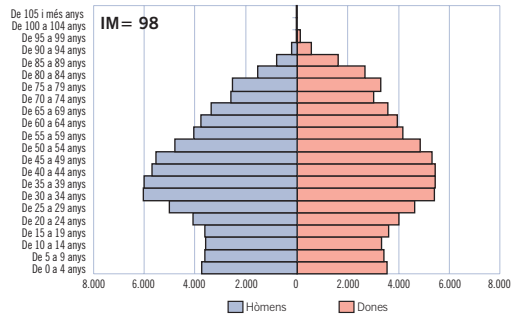


Estrangers

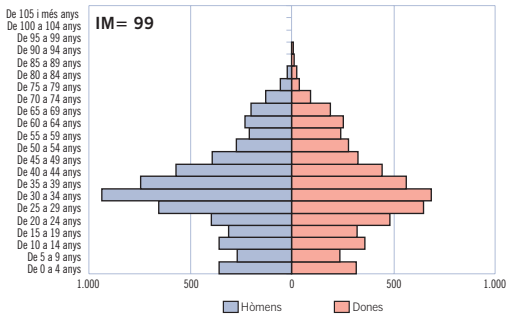


~ *Departament Alcoi*

Total departament

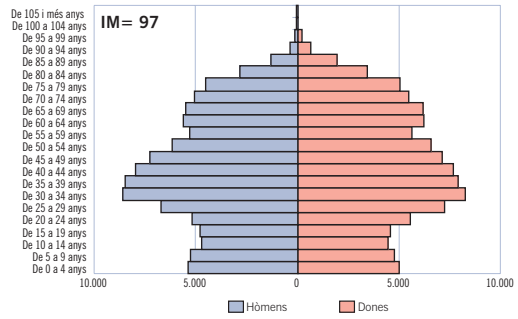


Estrangers

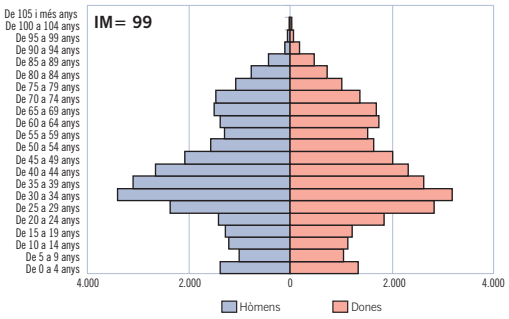


~ *Departament La Marina Baixa*

Total departament

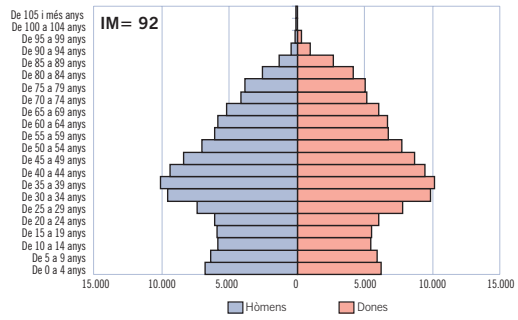


Estrangers

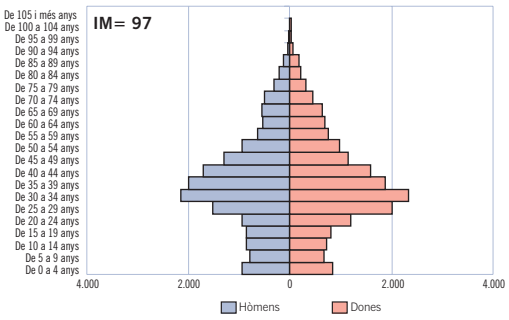


~ *Departament Alacant-Sant Joan d'Alacant*

Total departament

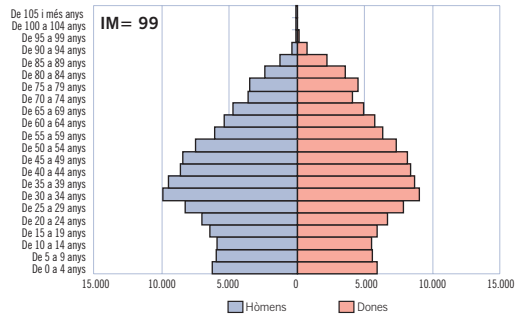


Estrangers

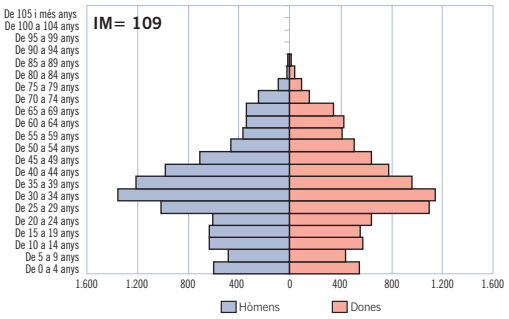


~ *Departament Elda*

Total departament



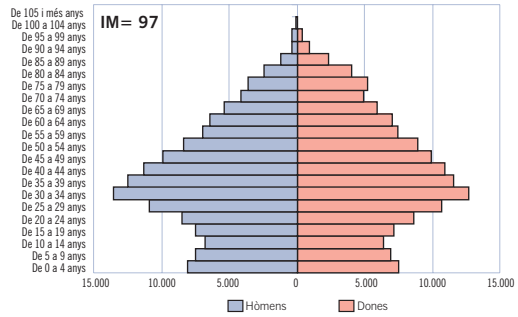
Estrangers



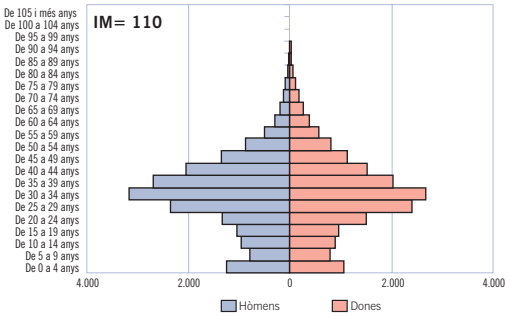
58

~ *Departament Alacant-Hospital General*

Total departament

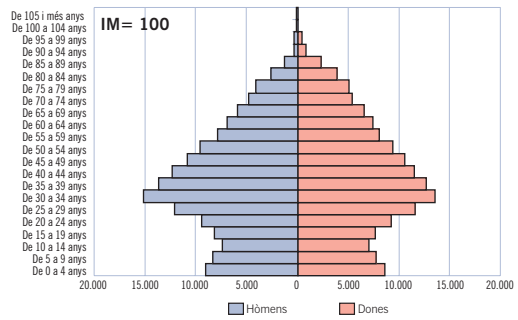


Estrangers

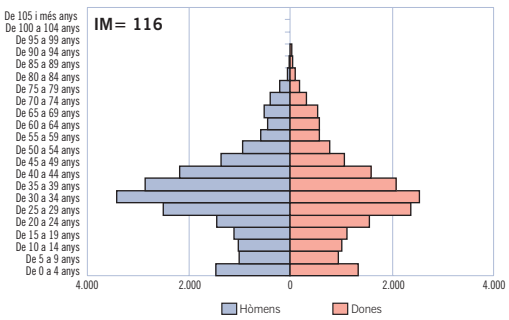


~ *Departament Elx-Hospital General*

Total departament

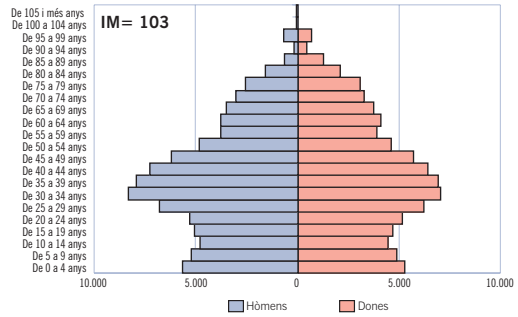


Estrangers

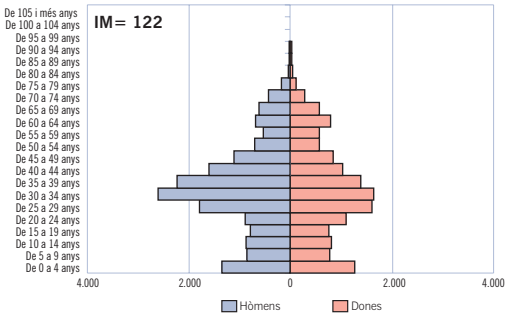


~ *Departament Orihuela*

Total departament

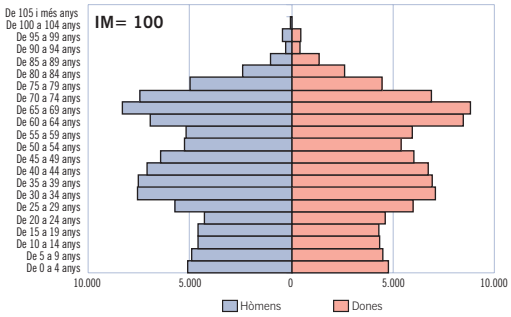


Estrangers

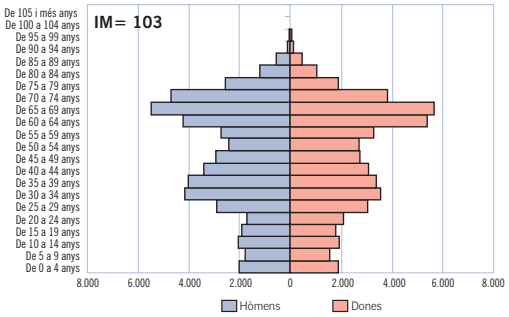


~ *Departament Torrevieja*

Total departament

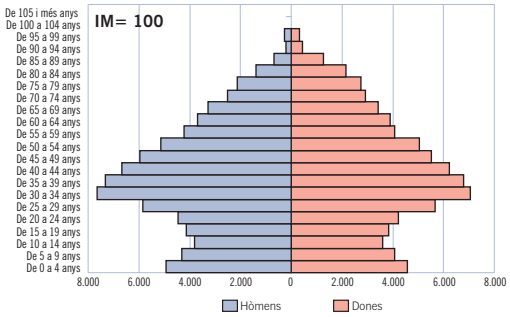


Estrangers

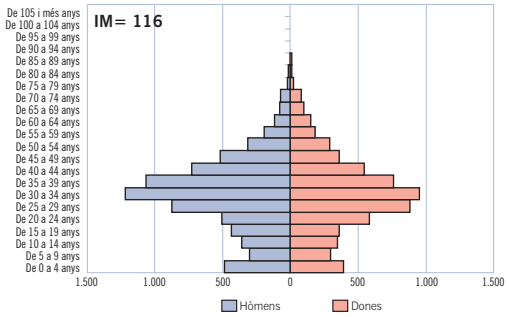


~ *Departament Manises*

Total departament

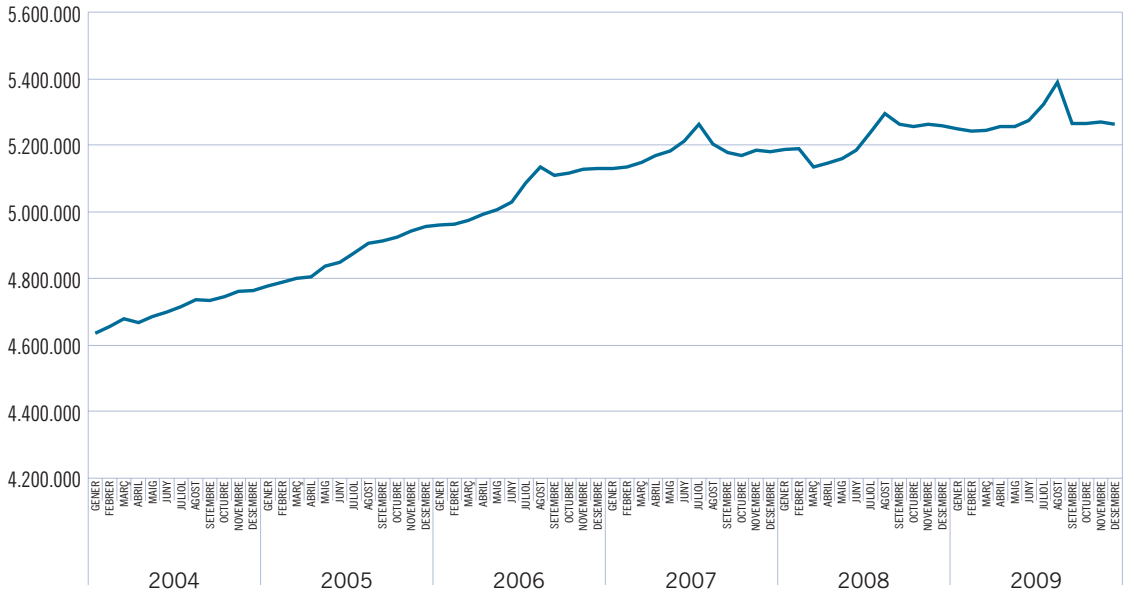


Estrangers



60

1.3 Evolució de la població a la Comunitat Valenciana



Font de dades SIP

En este gràfic es pot observar com el creixement disminuïx d'intensitat en la població registrada. L'1 de gener de 2009, la població arribava als 5.257.283, és a dir, 6.997 persones menys que dotze mesos després. En efecte, després d'anys d'elevat creixement, este s'ha ralentitzat fortament, al disminuir els fluxos d'immigracions, sobretot en l'últim any (hem deixat de créixer).

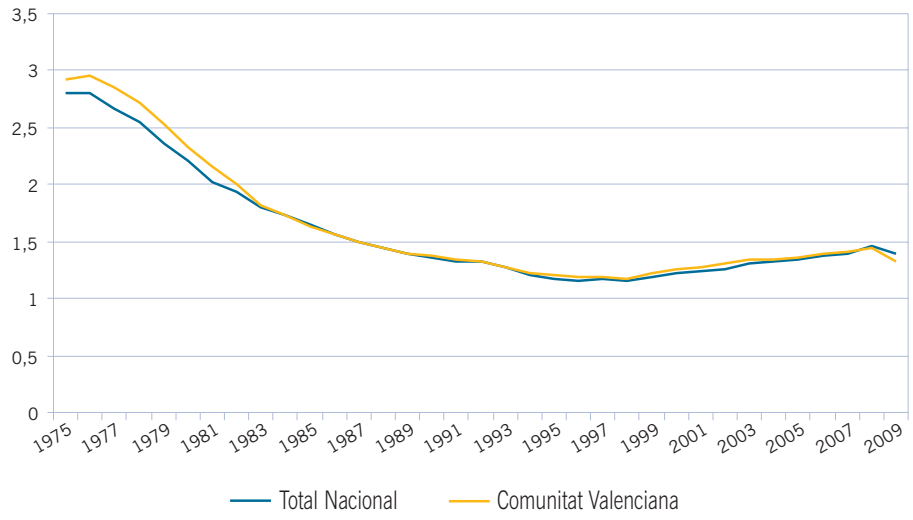
1.4 Natalitat i fecunditat

El nombre de naixements va disminuir un 4,9% a la Comunitat Valenciana l'any 2009, el seu primer descens en 10 anys. En concret, el nombre de naixements va descendir respecte a l'any anterior en un 4,9% i la taxa de natalitat va abaixar fins als 10,4 nascuts per cada mil habitants.

Els naixements de mare de nacionalitat estrangera també van disminuir, l'any 2008 suposaven el 23,75%, i l'any 2009, el 22,96% dels naixements.

L'evolució de la fecunditat a la nostra Comunitat ha seguit una evolució semblant a la resta d'Espanya, l'indicador conjuntural de fecunditat s'ha situat des de 1982 per davall del nivell de reemplaçament generacional, és a dir, ha sigut inferior a 2,1 fills per dona.

~ ***Evolució de la mitjana de fills per dona (ICF)***



Font: Estadístiques del Moviment Natural de la Població INE

A la Comunitat Valenciana, per cada mil dones d'edat compresa entre 30 i 34 anys, van nàixer 102 xiquets l'any 2008.

~ ***Evolució de la fecunditat per grups d'edat a la Comunitat Valenciana (taxes per 1.000 dones)***

Taxes de fecunditat	2004	2005	2006	2007	2008
Total Nacional					
De 15 a 19 anys	11,0	11,6	12,3	13,2	13,7
De 20 a 24 anys	30,7	31,0	33,0	35,3	38,5
De 25 a 29 anys	65,0	64,3	65,5	65,0	67,6
De 30 a 34 anys	99,7	100,4	100,6	98,6	101,2
De 35 a 39 anys	51,6	53,4	55,9	57,7	61,0
De 40 a 44 anys	8,8	9,4	10,0	10,5	11,5
De 45 a 49 anys	0,5	0,5	0,7	0,8	0,8
Comunitat Valenciana					
De 15 a 19 anys	10,8	12,5	12,5	13,5	14,6
De 20 a 24 anys	30,2	31,4	32,8	36,3	39,1
De 25 a 29 anys	69,8	67,0	69,3	70,2	69,1
De 30 a 34 anys	102,3	102,8	101,6	99,8	101,5
De 35 a 39 anys	49,7	51,0	53,7	54,4	57,0
De 40 a 44 anys	7,6	8,6	9,2	9,4	10,8
De 45 a 49 anys	0,4	0,5	0,8	0,8	0,8

Font: Estadistiques del Moviment Natural de la Població INE

62

L'edat mitjana de les dones espanyoles a la Comunitat Valenciana, que són mares per primera vegada, s'estabilitza al voltant dels 30 anys, mentres que per a les dones estrangeres l'edat mitjana és de 26 anys.

~ ***Edat mitjana al naixement del primer fill***

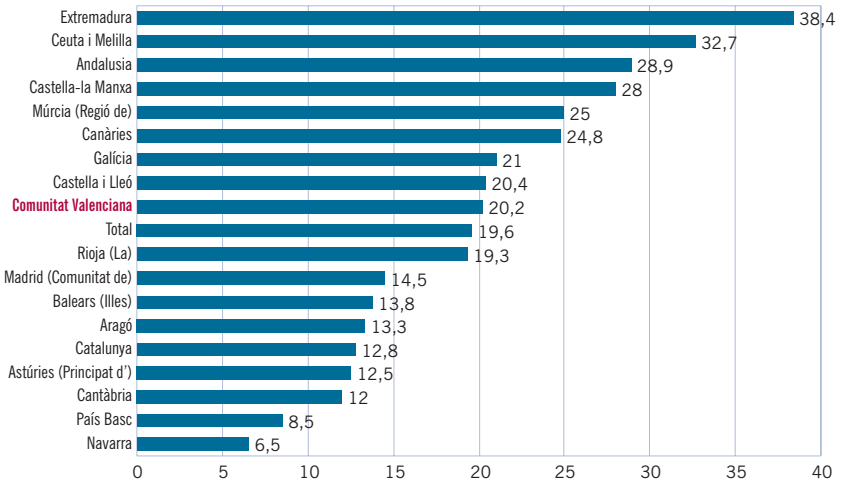
	2005	2006	2007	2008	2009
Total Nacional					
Espanyola	29,8	29,9	29,9	30,2	30,1
Estrangera	26,2	26,1	26,1	26,2	26,1
Ambdós nacionalitats	29,3	29,3	29,3	29,5	29,3
Comunitat Valenciana					
Espanyola	29,8	29,8	30,0	30,1	30,2
Estrangera	26,0	25,7	25,8	25,6	25,4
Ambdós nacionalitats	29,2	29,1	29,2	29,2	29,1

Font: Estadístiques del Moviment Natural de la Població INE

2 DESENROTLLAMENT ECONÒMIC I SOCIAL

2.1 Llindar de pobresa

~ Percentatge de persones per davall del llindar de la pobresa* 2008 per comunitats autònomes (%)



Font INE. Enquesta de condicions de vida.
** Llindar de pobresa: és el 60% de la mitjana dels ingressos de l'any anterior per unitat de consum. Els ingressos per unitat de consum s'obtenen dividint els ingressos totals de la llar entre el nombre d'unitats de consum.*

~ La taxa de risc de pobresa a Espanya en el període 2004-2009

Taxa de risc de pobresa	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Ambdós sexes						
Total	19,9	19,8	19,9	19,7	19,6	19,5
Menys de 16	24,3	24,2	23,8	23,4	24	23,2
De 16 a 64	16,5	16,4	16,3	16,8	16,7	17,1
65 i més anys	29,6	29,4	30,6	28,5	27,6	25,7
Hòmens						
Total	19	18,6	18,5	18,6	18,3	18,3
Menys de 16	25,7	24,5	23,6	23,5	23,2	22
De 16 a 64	15,7	15,6	15,3	15,9	15,8	16,4
65 i més anys	26,7	26,4	28	26,1	25	23,4
Dones						
Total	20,8	20,9	21,2	20,9	21	20,6
Menys de 16	22,7	23,9	24,1	23,2	24,9	24,5
De 16 a 64	17,2	17,3	17,4	17,8	17,7	17,8
65 i més anys	31,8	31,6	32,6	30,2	29,5	27,4

*Font INE (*dada provisional). Enquesta de condicions de vida*

64

La taxa de risc de la pobresa a Espanya ha tingut una evolució quasi constant en el període 2004-2009. L'any 2009, una quinta part de la població es troba sota el llindar de la pobresa, exactament el 19,5%; els més desfavorits són els menors de 16 anys i els majors de 65 anys. Cal destacar el major risc que té la dona de caure en la pobresa més que l'home.

2.2 Indicadors de treball

Els indicadors de treball de la Comunitat Valenciana, després d'un llarg període positiu mantenint un dinamisme per damunt de la mitjana espanyola, mostren des de l'any 2006 una tendència ascendent de la taxa de desocupació per damunt de les dades espanyoles.

Taxa d'activitat	2005	2006	2007	2008	2009
Comunitat Valenciana					
Total	59	60,2	60,5	61,6	61,2
Hòmens	70,6	70,7	70,7	70,3	69,6
Dones	47,7	50	50,5	53,1	52,9
Espanya					
Total	57,72	58,58	59,12	60,13	59,76
Hòmens	68,95	69	69,23	69,21	68,14
Dones	46,95	48,56	49,37	51,38	51,7

Taxa d'ocupació	2005	2006	2007	2008	2009
Comunitat Valenciana					
Total	54,3	55,1	55	52,4	47,4
Hòmens	66,2	66,3	65,1	60,5	53,4
Dones	42,7	44,2	45,1	44,6	41,4
Espanya					
Total	52,7	53,72	54,03	51,77	48,5
Hòmens	64,37	64,81	64,51	60,24	55,44
Dones	41,5	43,05	43,94	43,6	41,84

Taxa de desocupació	2005	2006	2007	2008	2009
Comunitat Valenciana					
Total	8	8,5	9	14,9	22,6
Hòmens	6,3	6,2	7,9	14	23,2
Dones	10,4	11,6	10,6	16	21,7
Espanya					
Total	8,7	8,3	8,6	13,91	18,83
Hòmens	6,64	6,06	6,83	12,96	18,65
Dones	11,61	11,36	11	15,14	19,07

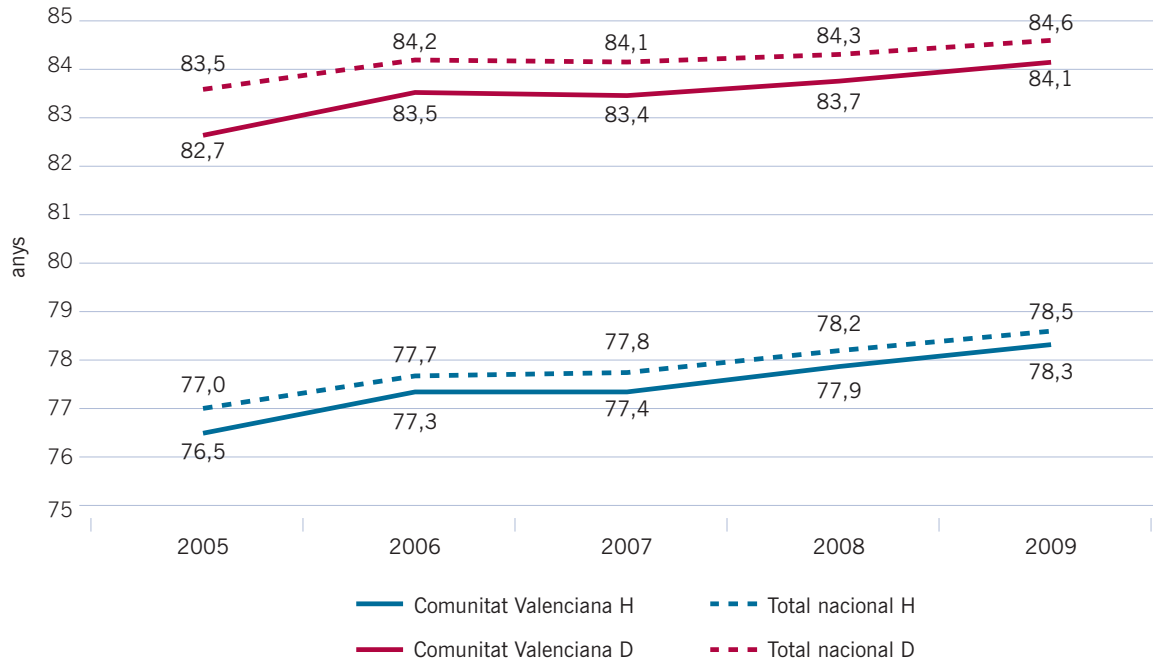
Font: Enquesta de població activa INE. Dades 4t trimestre

3 ANÀLISI DELS PRINCIPALS INDICADORS

3.1 Esperança de vida

L'esperança de vida de naixement a la Comunitat Valencià l'any 2009 és de 81,2 anys (78,3 anys per a hòmens i de 84,1 per a dones, amb una diferència entre sexes de 5,8 anys de vida), lleugerament inferior que la registrada a Espanya 81,6 anys (78,5 en hòmens i 84,6 en dones), fet que es manifesta al llarg del període 2005-2009. En el quinquenni estudiat, s'observa una tendència ascendent de l'esperança de vida per a ambdós sexes.

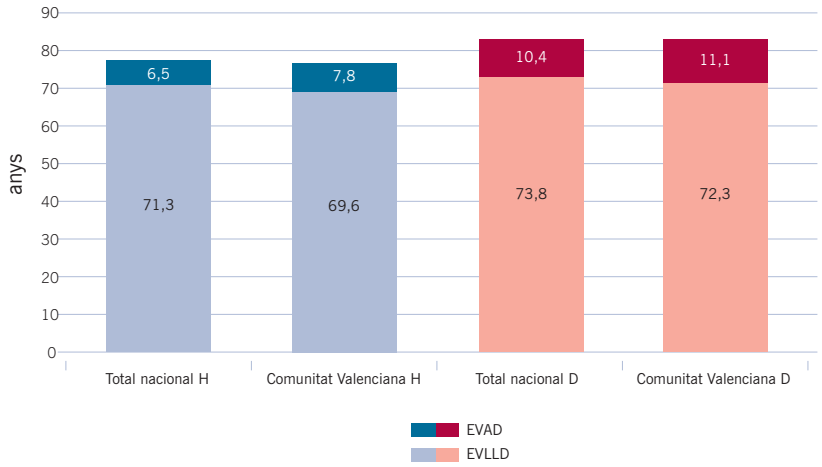
~ ***Evolució de l'esperança de vida al naixement segons sexe***



Font: Dades INE. Indicadors demogràfics bàsics. Elaboració pròpia

3.2 Esperança de vida lliure de discapacitat

~ ***Esperança de vida i esperança de vida lliure de discapacitat al naixement***



Font: Dades INE. Enquesta de discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència, 2008. Elaboració pròpia. Comunitat Valenciana i Espanya 2008.
EVAD= Esperança de vida amb discapacitat
EVLD= Esperança de vida lliure de discapacitat

A la Comunitat Valenciana, l'any 2008, les dones presenten una esperança de vida lliure de discapacitat major que els hòmens, però també s'espera que visquen més anys amb discapacitat (11,1 enfront de 7,8 anys).

3.3 Mortalitat infantil

La mortalitat infantil a la Comunitat Valencià l'any 2008 va ser de 3,7 per 1.000 nascuts vius, no s'observa cap variació respecte a l'any 2005.

~ ***Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius***

Sexe	2005	2006	2007	2008
Hòmens	4,1	3,6	4,3	3,9
Dones	3,4	3	3,2	3,5
Total	**3,7**	**3,3**	**3,8**	**3,7**

Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana.

~ ***Indicadors de mortalitat perinatal (Taxa per 1.000 nascuts vius)***

	2005			2006			2007			2008		
	Total			Total			Total			Total		
Mortalitat fetal	**4,8**	hòmens	4,4	**4,3**	hòmens	4,4	**4,1**	hòmens	4,1	**3,8**	hòmens	4,4
		dones	4,8		dones	3,6		dones	3,6		dones	4,8
Mortalitat neonatal	**2,5**	hòmens	2,9	**2,4**	hòmens	2,7	**2,6**	hòmens	3	**2,6**	hòmens	2,9
		dones	2,1		dones	2,1		dones	2,2		dones	2,1
Mortalitat neonatal precoç	**1,7**	hòmens	2	**1,6**	hòmens	1,7	**1,8**	hòmens	2,1	**1,7**	hòmens	2
		dones	1,5		dones	1,5		dones	1,5		dones	1,5
Mortalitat neonatal tardana	**0,8**	hòmens	0,9	**0,8**	hòmens	1	**0,8**	hòmens	1	**0,8**	hòmens	0,9
		dones	0,7		dones	0,6		dones	0,8		dones	0,7
Mortalitat perinatal	**7,3**	hòmens	7,3	**6,7**	hòmens	7,1	**6,7**	hòmens	7,1	**6,4**	hòmens	7,3
		dones	6,9		dones	5,7		dones	5,8		dones	6,9

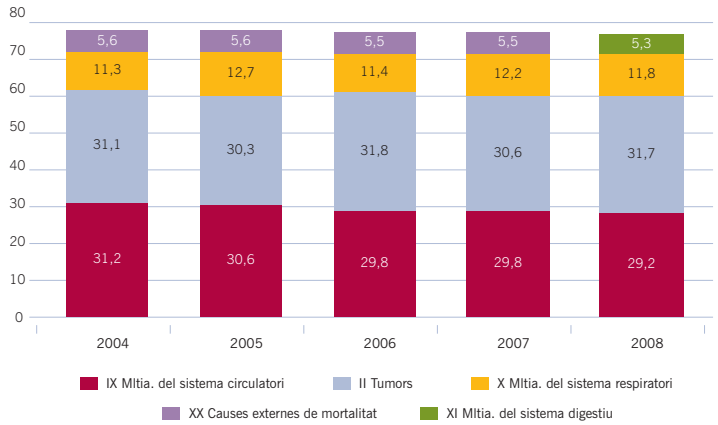
***Taxa de mortalitat fetal**: nombre de morts fetals (≥ 22 setmanes completes de gestació) en un any donat per 1.000 nascuts (nascuts vius més morts fetals) en eixe mateix any. **Taxa de mortalitat neonatal**: nombre de morts neonatals (entre el naixement i el 27 dia de vida) en un any donat per 1.000 nascuts vius en eixe mateix període. Precoç si la mort es produïx entre el naixement i el 6t dia de vida, i tardana si la mort es produïx entre el 7m i el 27 dia de vida. **Taxa de mortalitat perinatal**: nombre de morts fetals i de morts neonatals en un any donat per 1.000 nascuts (nascuts vius més morts fetals en eixe mateix any).*
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat Perinatal de la Comunitat Valenciana.

La mortalitat perinatal (22 setmanes de gestació - 28 dies de vida) l'any 2008 va ser de 6,4 defuncions per cada mil nascuts. S'observa, doncs, un lleuger descens respecte a l'any 2005 (7,3 per cada mil nascuts) influït fonamentalment per la disminució de la mortalitat fetal, ja que la mortalitat neonatal (relacionada amb la qualitat de l'atenció a la dona gestant i l'atenció neonatal) l'any 2007 a la Comunitat Valenciana va ser de 2,6 defuncions per cada 1.000 nascuts vius (2,5 en 2005).

68

3.4. Mortalitat proporcional

~ ***Mortalitat proporcional. Primeres causes de mort: hòmens. XXI Grans Grups CIE-10. Comunitat Valenciana***

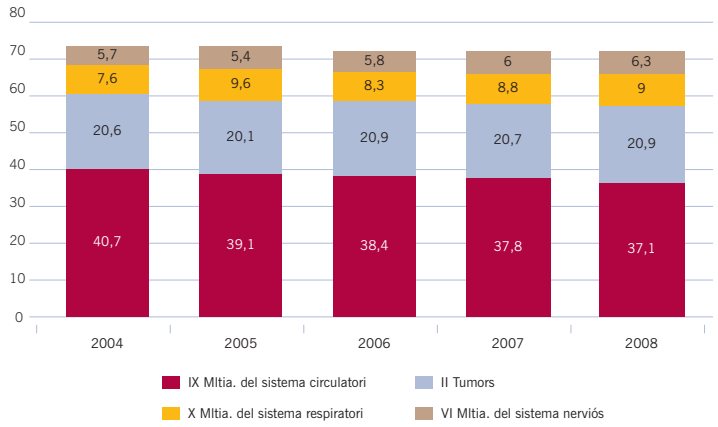


Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana

L'any 2008, la primera causa de mortalitat en hòmens van ser els tumors, seguida de les malalties de l'aparell circulatori. Estes dos primeres causes, amb pesos semblants sobre el total de defuncions, representen un percentatge un poc superior al 60% durant el període 2004-2008. Les malalties de l'aparell respiratori són la tercera causa de mortalitat. L'any 2008, a la Comunitat Valenciana, la quarta causa de mort en hòmens va ser a causa de les malalties del sistema digestiu. En els anys anteriors, la quarta causa estava representada per causes externes de mortalitat.

Segons dades provisionals de l'any 2009, la mortalitat proporcional seguix un patró semblant a l'observat en 2008.

~ ***Mortalitat proporcional. Primeres causes de mort: dones. XXI Grans Grups CIE-10. Comunitat Valenciana***

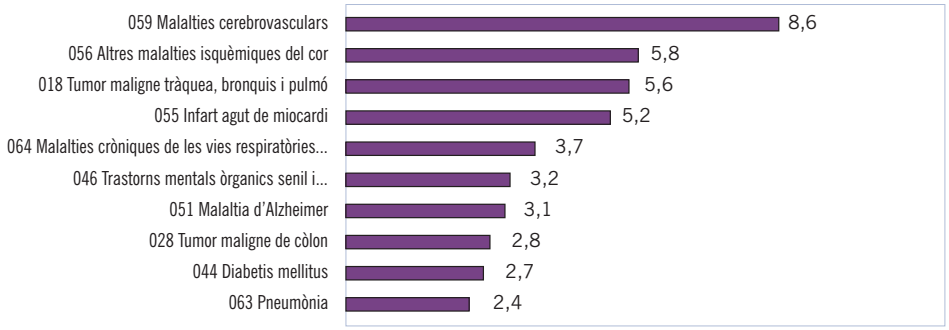


Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana

L'any 2008, la primera causa de mortalitat en dones van ser les malalties de l'aparell circulatori, seguida pels tumors. Estes dos primeres causes representen un percentatge entorn del 60% durant el període de 2004-2008, igual que en hòmens; no obstant això, en dones s'observa major diferència en els pesos entre les dos primeres causes. Les malalties de l'aparell respiratori constituïxen la tercera causa de mort i les malalties del sistema nerviós, la quarta causa com en anys anteriors. Les dades provisionals de l'any 2009 confirmen esta mateixa distribució.

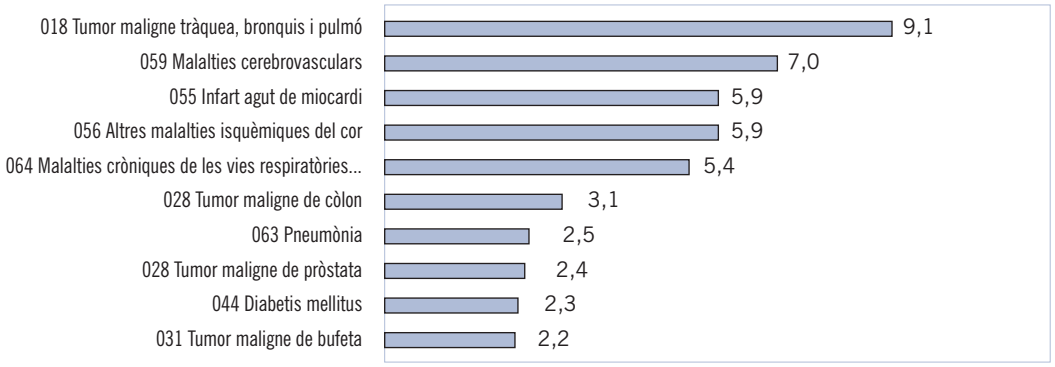
Les deu primeres causes de defunció de la llista abreviada de l'INE-CCAA (102 causes) per a hòmens i dones són recollides a continuació.

~ Mortalitat proporcional. Deu primeres causes de defunció per sexe a la Comunitat Valenciana 2008



Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

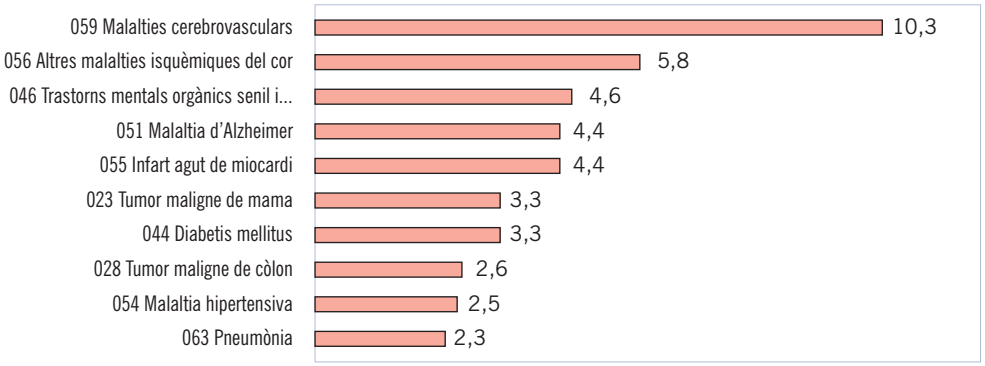
~ Mortalitat proporcional. Deu primeres causes de mort d'hòmens a la Comunitat Valenciana 2008



Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

70

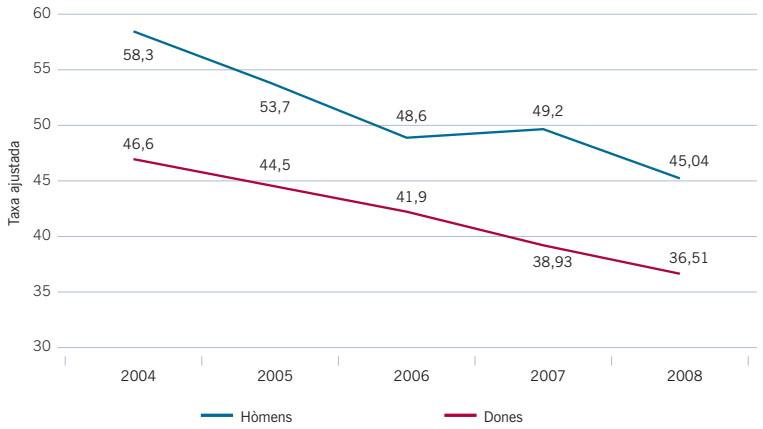
~ ***Mortalitat proporcional. Deu primeres causes de mort de dones a la Comunitat Valenciana 2008***



Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'evolució, en els últims anys, de cada una d'estes ha sigut la següent:

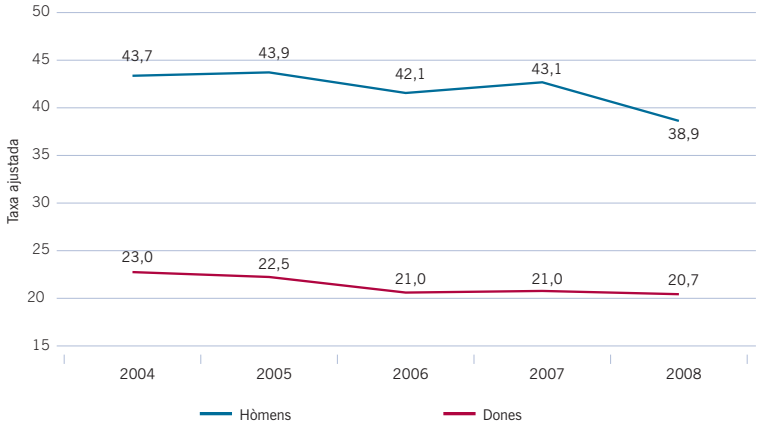
Malalties cerebrovasculars



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'any 2008 es van registrar a la Comunitat Valenciana 3.435 defuncions per malalties cerebrovasculars (taxa bruta de 68,3 defuncions per 10^5 habitants), que representen el 8,6% de les defuncions per totes les causes. És la primera causa de mortalitat d'este any.

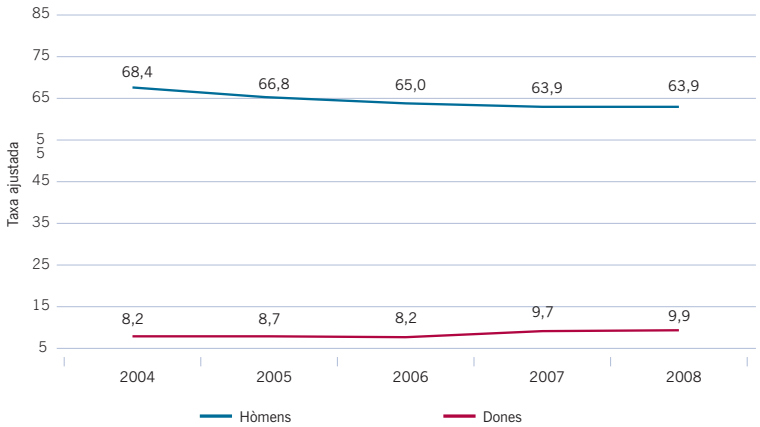
Altres malalties isquèmiques del cor



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

Constituïxen la segona causa de mortalitat de l'any 2008; es registren a la Comunitat Valenciana 2.340 defuncions per altres malalties isquèmiques del cor (taxa bruta de 46,5 defuncions per 10^5 habitants) i representen el 5,8% de les defuncions per totes les causes.

Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó

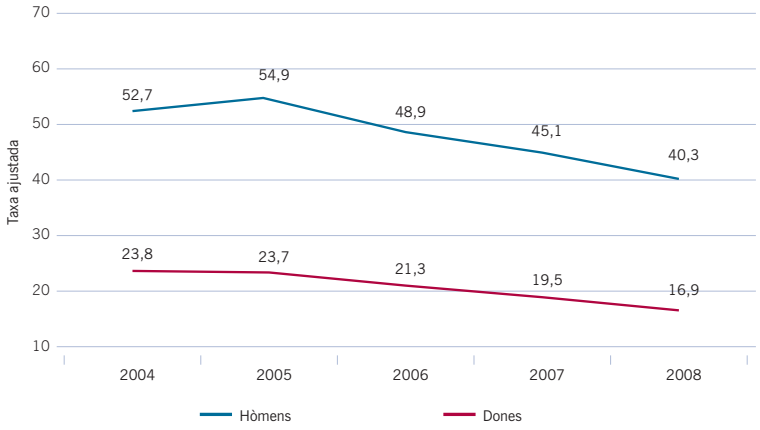


Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'any 2008 es van registrar 2.223 defuncions per tumor maligne de la tràquea, dels bronquis i del pulmó (taxa bruta de 44,2 defuncions per 10^5 habitants), que representa el 5,6% de les defuncions per totes les causes. És la tercera causa de mortalitat de l'any 2008. En dones, cal ressaltar l'increment gradual observat al llarg del període 2004-2008.

72

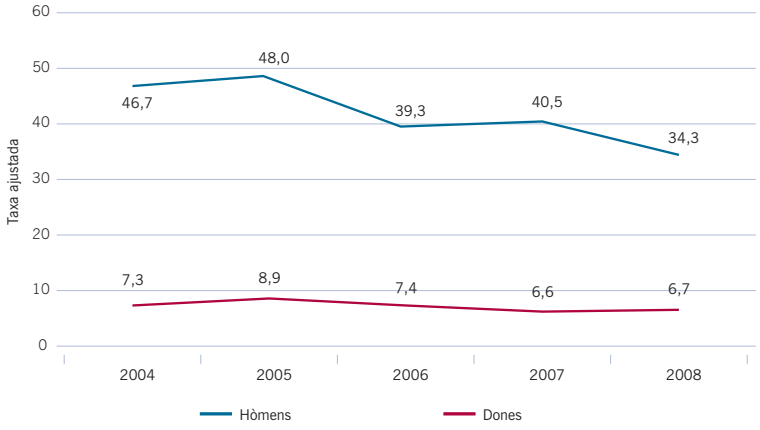
Infart agut de miocardi



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

El nombre de defuncions registrades l'any 2008 per infart agut de miocardi va ser de 2.071 i representen el 5,2% de les defuncions per totes les causes. És la quarta causa de mortalitat d'este any.

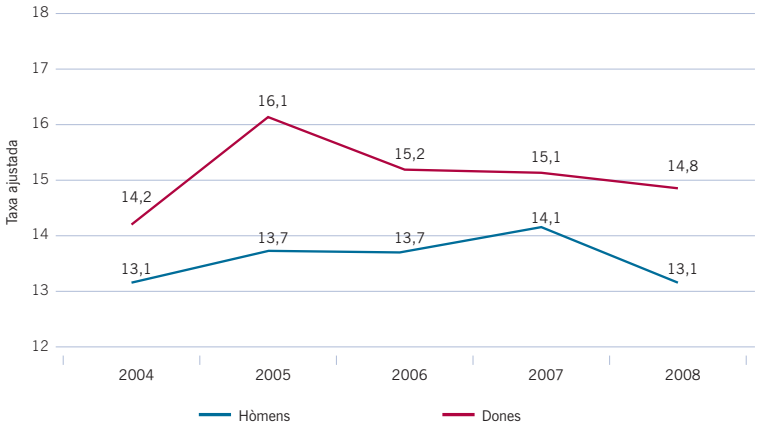
Malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

La quinta causa de mortalitat, amb 1.476 defuncions l'any 2008, la constituïxen les malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors (excepte asma) (taxa bruta de 29,3 defuncions per 10^5 habitants), i representen el 3,7% de les defuncions per totes les causes.

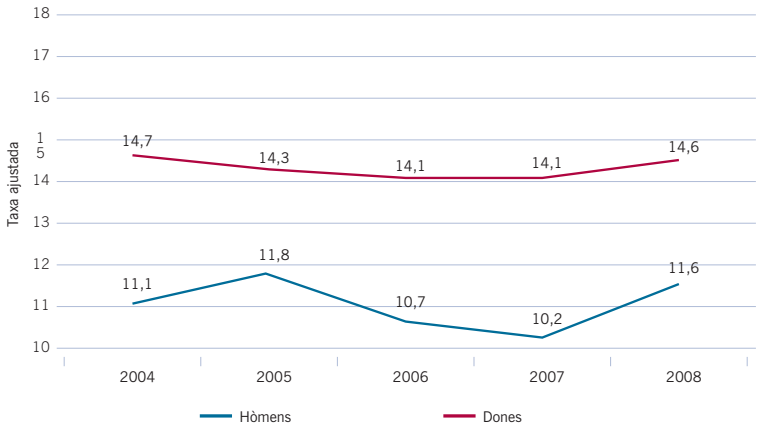
Trastorns mentals orgànics senil i presenil



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

El nombre de defuncions per trastorns mentals orgànics senil i presenil registrades a la Comunitat Valenciana l'any 2008 va ser de 1.298 defuncions (taxa bruta de 25,8 defuncions per 10^5 habitants), i representen el 3,2% de les defuncions per totes les causes; estes constituïxen la sexta causa de mortalitat.

Malaltia d'Alzheimer

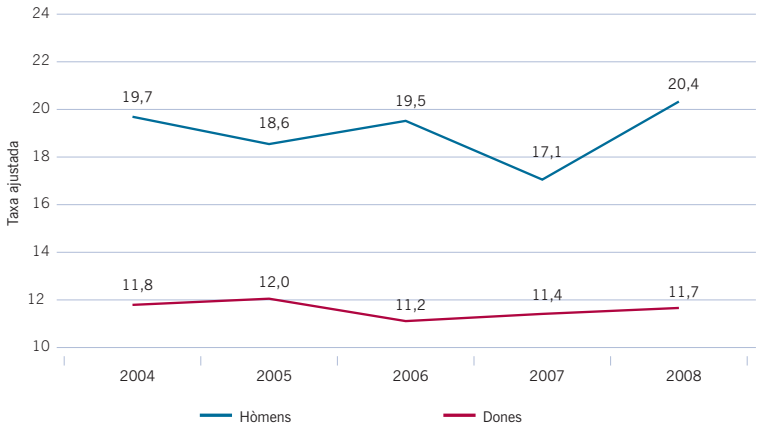


Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

La sèptima causa de mortalitat de l'any 2008 és la malaltia d'Alzheimer; es registren 1.241 defuncions (taxa bruta de 24,7 defuncions per 10^5 habitants), que representen el 3,1% de les defuncions per totes les causes.

74

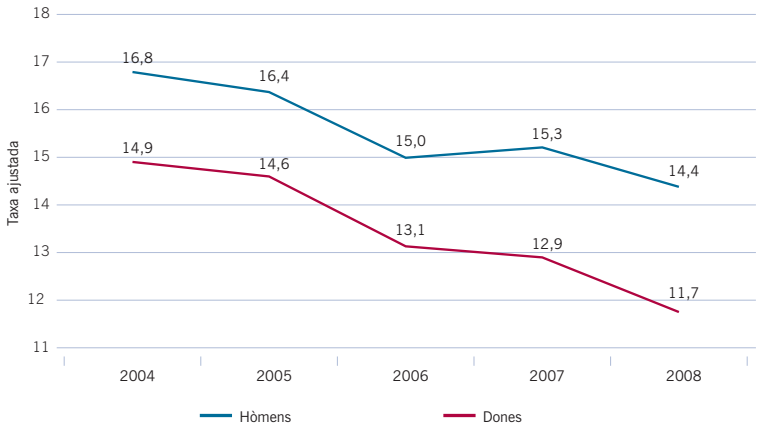
Tumor maligne del còlon



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'any 2008 es van registrar 1.138 defuncions per tumor maligne de còlon (taxa bruta de 22,6 defuncions per 10^5 habitants), les quals representen el 2,8% de les defuncions per totes les causes. És l'octava causa de mortalitat d'este any.

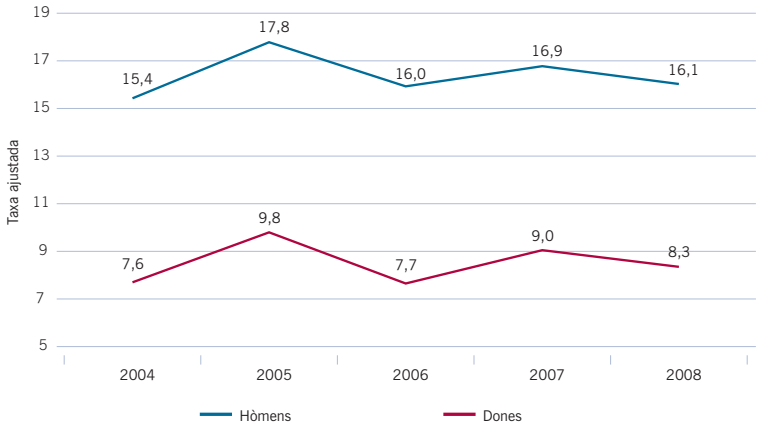
Diabetis mellitus



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

El nombre de defuncions registrades per diabetis mellitus l'any 2008 va ser de 1.097 defuncions (taxa bruta de 21,8 defuncions per 10^5 habitants), les quals representen el 2,7% de les defuncions per totes les causes; estes constituïxen la novena causa de mortalitat.

Pneumònia



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

La dècima causa de mortalitat de l'any 2008 va ser la pneumònia amb 965 defuncions (taxa bruta de 19,2 defuncions per 10^5 habitants), estes representen el 2,4% de les defuncions per totes les causes.

Malaltia hipertensiva

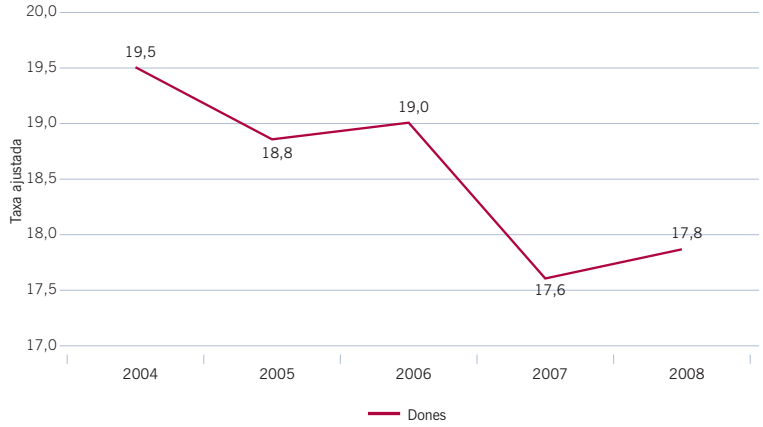


Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

És la novena causa de mort en dones l'any 2008 i es van registrar 483 defuncions (taxa bruta de 19,2 per 10^5 habitants), amb un pes del 2,5% sobre el total de causes en dones.

76

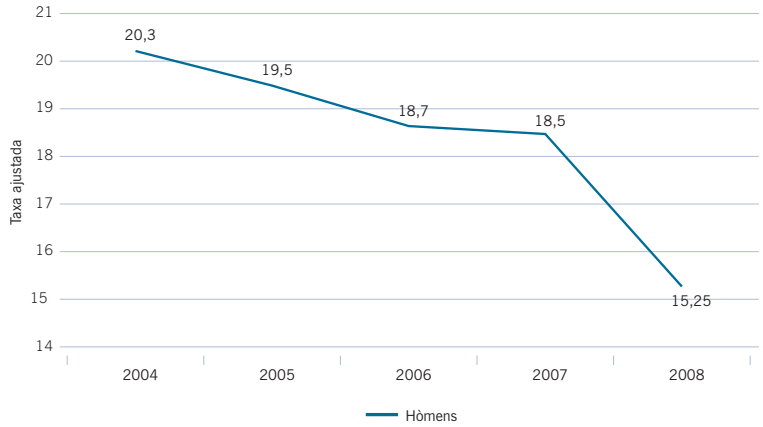
Tumor maligne de mama en la dona



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

La sexta causa de mortalitat de l'any 2008 en dones és el tumor maligne de mama. Es van registrar 631 defuncions per tumor maligne de la mama en la dona, que correspon a una taxa bruta de 25,0 defuncions per cada 10^5 habitants. Continua sent el responsable del nombre més gran de morts per càncer en la dona, seguit del càncer de còlon.

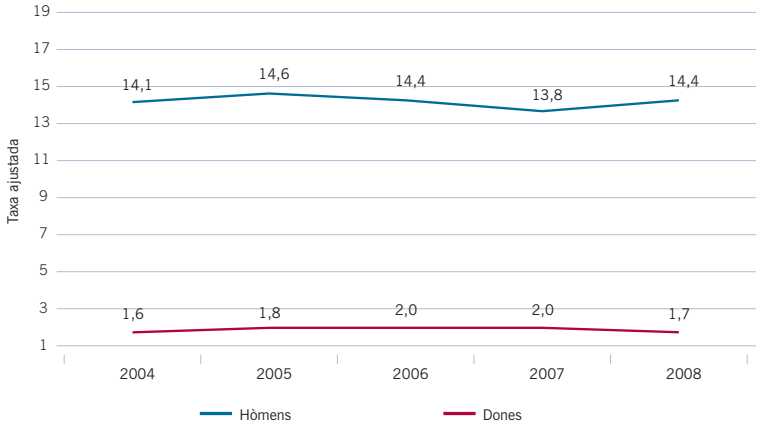
Tumor maligne de pròstata



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'any 2008 es van registrar 508 defuncions per tumor maligne de la pròstata, que correspon a una taxa bruta de 20,3 defuncions per 10^5 hòmens. Representen el 2,4% de les defuncions per totes les causes en hòmens. És l'octava causa de mortalitat d'este any i el tercer tumor que causa més morts en els hòmens.

Tumor maligne de la bufeta



Taxa de mortalitat per 10^5 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2008
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de Mortalitat de la Comunitat Valenciana. Elaboració pròpia.

El tumor maligne de bufeta és la dècima causa de mortalitat de l'any 2008 en hòmens i la responsable en quart lloc de la mortalitat per càncer en hòmens. Es van registrar 459 defuncions per tumor maligne de la bufeta, que correspon a una taxa bruta de 18,3 defuncions per 10^5 hòmens, semblant als trobats en els últims anys.

3.5 Morbiditat

Malalties de declaració obligatòria

Des de l'any 2004 s'està desenrotllant un sistema electrònic per a la vigilància epidemiològica a la Comunitat Valenciana i la seua anàlisi (AVE), que permet recollir en temps real les dades de les malalties de declaració obligatòria (MDO), dels brots i de les alertes, la seua anàlisi i difusió de la informació als usuaris de manera automatitzada. A continuació es mostren algunes de les dades més destacables:

- La tuberculosi a la Comunitat Valenciana presenta una tendència descendent que es manté des de 1998 a pesar del repunt experimentat en els anys 2006 i 2008. En 2009, s'han notificat al sistema de vigilància 724 casos. En els últims 11 anys, la taxa global de tuberculosi ha passat dels 24 casos per 100.000 habitants als 14,8 de 2009, la qual cosa suposa una disminució del 38,3% i representa un descens anual del 3,5%. La tuberculosi pulmonar representa el 69,4% dels casos, la qual cosa suposa una taxa de 10,3 casos per 100.000 habitants.
- L'Orde de 14 de febrer de 2006 (DOCV núm. 5211 del 3/03/2006) va modificar la pauta de vacunació sistemàtica infantil enfront de la malaltia meningocòccica. La incidència global de la malaltia meningocòccica a la Comunitat Valenciana durant la temporada epidemiològica 2008-2009 (setmana 41 de 2008 a la setmana 40 de 2009) ha sigut d'1,49 casos per 100.000 habitants, semblant a la temporada anterior i es manté molt baixa en relació a la temporada prevacunal.
- Pel que fa a les malalties de transmissió sexual, l'any 2009 es van declarar 497 casos d'infecció gonocòccica, amb una taxa d'incidència de 10,2 casos per 100.000 habitants. S'observa una tendència ascendent en

78

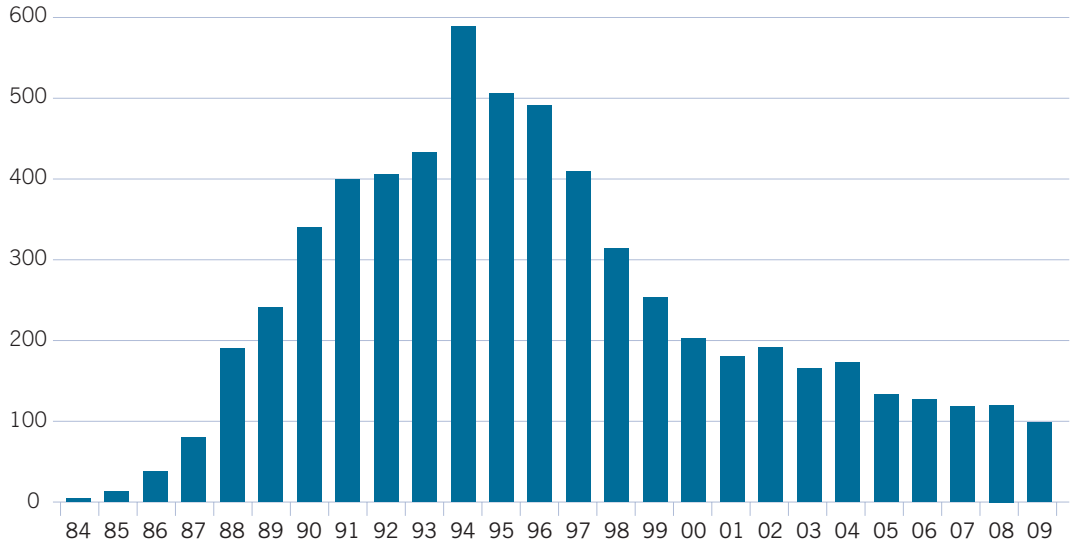
els últims anys en esta malaltia, que passa d'una taxa d'incidència de 3,1 en 2005 a 10,2 casos per 100.000 habitants en 2009. La taxa d'incidència de sífilis va augmentant en el període de 2005 a 2009, que passa de 3,1 a 7,3 casos per 100.000 habitants.

- Excepte en el cas de la parotiditis, en general, les malalties prevenibles per vacunació mostren una clara tendència descendent, a causa de les elevades cobertures de vacunació aconseguides. El Pla d'Eliminació de la Pallola Autòctona va ser prorrogat fins a 2010.

SIDA

Els casos de SIDA declarats en 2009 (corregits per retard en la notificació) han disminuït un 19% respecte a 2008. La taxa d'incidència a la Comunitat Valenciana en 2009 és de 14,9 per milió d'habitants.

~ Casos de SIDA per any de diagnòstic. Comunitat Valenciana, 1984-2009.



Casos a 31/12/09 corregits per retard en la notificació.
Font: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registre de casos de SIDA

A la Comunitat Valenciana, el perfil de la corba epidèmica de la SIDA és molt semblant a la que s'observa en el conjunt d'Espanya. En els últims anys tendix a estabilitzar-se.

Un dels principals problemes que presenta l'atenció sanitària a la infecció per VIH i SIDA a la Comunitat Valenciana, és la freqüència de diagnòstics tardans. En el quinquenni 2005-2009, el 37% dels casos de SIDA en persones d'origen espanyol van rebre un diagnòstic tardà d'infecció per VIH. Esta proporció és encara superior (69%) en les persones d'origen estranger. En la majoria dels casos, els diagnòstics tardans corresponen a persones que es van infectar per via sexual.

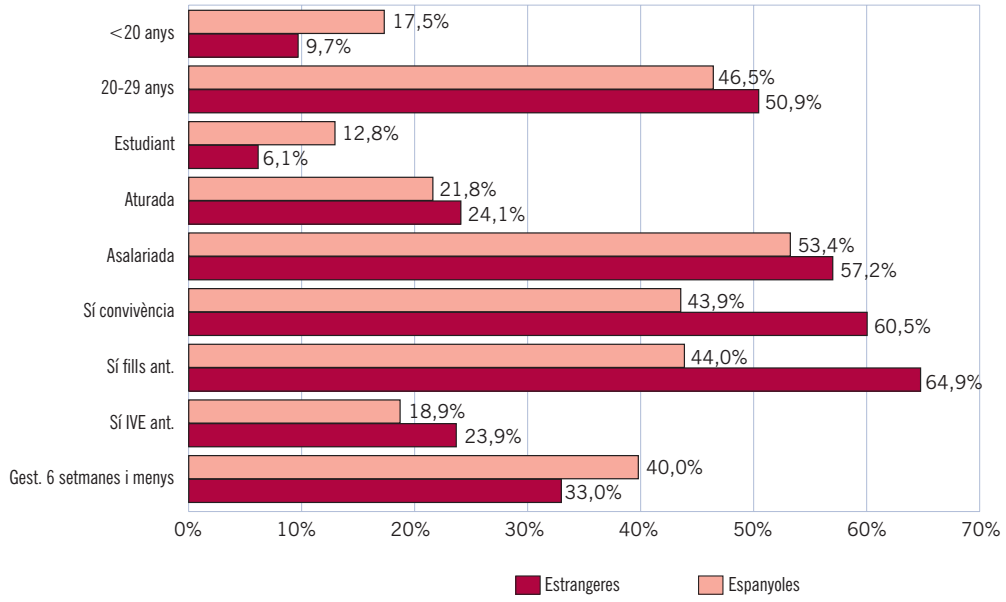
Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)

A la Comunitat Valencià, l'any 2008 el nombre absolut d'interrupcions voluntàries d'embaràs, notificades al Registre de la Comunitat Valenciana, ha sigut d'11.590.

L'any 2008, la taxa per mil dones, entre 15-44 anys residents a la Comunitat Valenciana, ha sigut de 10,4, és la taxa més alta observada des de l'inici del Registre. La situació a Espanya és idèntica, encara que la taxa és superior, 11,8.

El perfil de dones del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs de la Comunitat Valenciana en 2008 és el següent:

~ Perfil comparatiu estrangeres i espanyoles. 2008



Font: Conselleria de Sanitat. Àrea d'Epidemiologia. Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs.

Morbiditat hospitalària

En la xarxa hospitalària pública, la morbiditat atesa amb règim d'internament en 2009 va generar 402.168 altes (0,5% menys que l'any anterior), de les quals el 47,5% van ser en hòmens i el 40,05% de les altes van ser produïdes en una persona major de 64 anys.

80

~ *Nombre d'altes hospitalàries segons categoria diagnòstica major (CDM) per sexe, Comunitat Valenciana, 2009*

CDM	Descripció CDM	Ambdós sexes	Hòmens	Dones
00	No consta	63	33	30
01	Sistema nerviós	25.924	13.779	12.145
02	Ull	3.657	2.014	1.643
03	Orella, nas, boca i faringe	20.058	11.759	8.299
04	Aparell respiratori	47.182	29.163	18.019
05	Aparell circulatori	47.913	28.163	19.750
06	Aparell digestiu	44.377	25.635	18.742
07	Sistema hepatobiliar i pancreàtic	20.018	10.748	9.270
08	Sistema musculoesquelètic	40.399	18.587	21.812
09	Pell, teixit subcutani i mama	9.779	3.201	6.578
10	Endocrí, nutrició i metabolisme	8.690	3.454	5.236
11	Renyó i vies urinàries	21.593	13.193	8.400
12	Aparell reproductor masculí	5.763	5.763	0
13	Aparell reproductor femení	11.027	0	11.027
14	Embaràs, part i puerperi	49.481	0	49.481
15	Patologia perinatal	9.176	5.029	4.147
16	Sang i sistema immunitari	4.930	2.512	2.418
17	Trastorns mieloproliferatius	5.371	3.089	2.282
18	Malalties infeccioses i parasitàries	6.981	3.813	3.168
19	Trastorns mentals	7.341	3.885	3.456
20	Alcohol i drogues	1.027	791	236
21	Lesions i enverinaments	4.596	2.475	2.121
22	Cremades	325	206	119
23	Altres causes d'atenció sanitària	4.749	2.380	2.369
24	Infeccions per HIV	1.349	947	402
25	Traumatismes múltiples	399	277	122
	TOTAL	**402.168**	**190.896**	**211.272**

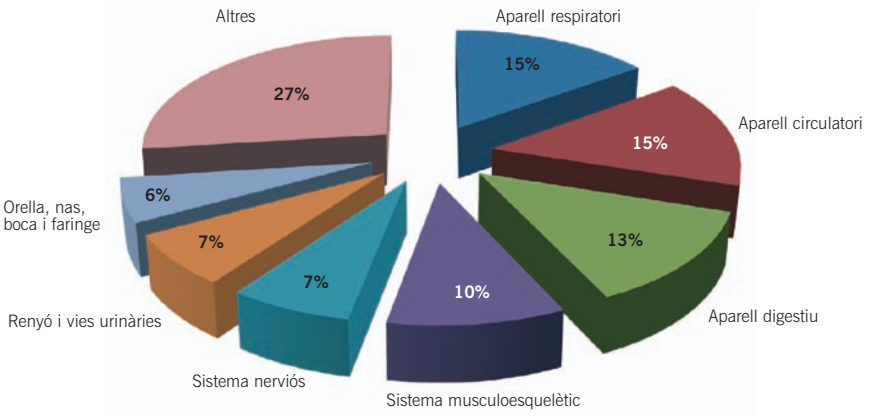
Font: Conselleria de Sanitat. Servici d'Anàlisi de Sistemes Informació Sanitària. CMBD Elaboració pròpia

Les altes més freqüents, segons categoria diagnòstica major (CDM, d'ara en avant) són en primer lloc, les produïdes amb motiu d'embaràs, part i puerperi, seguides de les malalties de l'aparell circulatori i malalties de l'aparell respiratori, que representen el 12,3%, l'11,9% i l'11,7%, respectivament.

La distribució dels percentatges de les altes hospitalàries segons CDM diferixen segons sexe.

En hòmens, el nombre més gran d'episodis d'hospitalització amb internament en 2009 va correspondre a les malalties de l'aparell respiratori, que van generar 29.163 altes, estes representen el 15,3% dels ingressos hospitalaris. En segon lloc, les malalties de l'aparell circulatori van produir 28.163 altes, i van representar el 14,8% de les altes en el sexe masculí. Li seguixen les malalties de l'aparell digestiu amb 25.635 altes (13,14%), i en quart lloc, les malalties del sistema musculoesquelètic, que van generar 18.587 altes (9,7%). Estos quatre grups, són els responsables del 53,9% del total d'altes hospitalàries d'este any en hòmens.

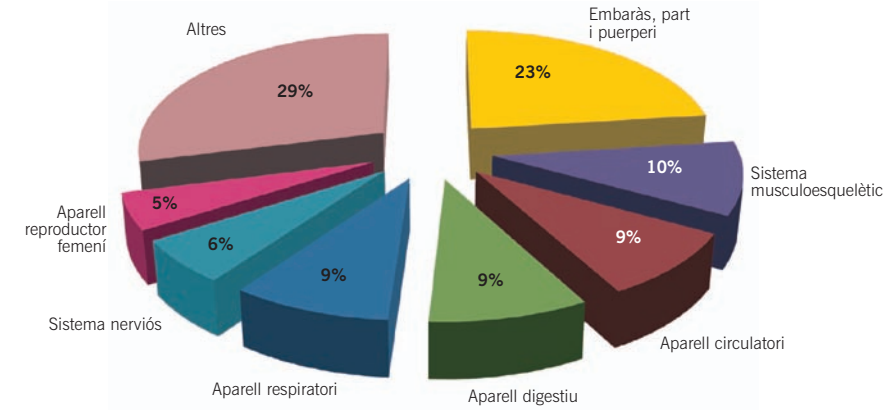
~ ***Percentatges d'altes hospitalàries en hòmens segons CDM. Comunitat Valenciana 2009***



Font: Conselleria de Sanitat. Servici d'Anàlisi de Sistemes Informació Sanitària CMBD. Elaboració pròpia

En dones, el major percentatge d'altes hospitalàries va correspondre a embaràs, part i puerperi, que van generar 49.481 altes (23,4% dels ingressos en dones), seguides del grup de malalties del sistema musculoesquelètic, malalties de l'aparell circulatori i malalties de l'aparell digestiu. Estos quatre grups representen el 51,9% del total d'altes d'este any en dones.

~ ***Percentatges d'altes hospitalàries en dones segons CDM. Comunitat Valenciana 2009***



Font: Conselleria de Sanitat. Servici d'Anàlisi de Sistemes Informació Sanitària CMBD. Elaboració pròpia

82

4 SALUT PERCEBUDA I ESTILS DE VIDA

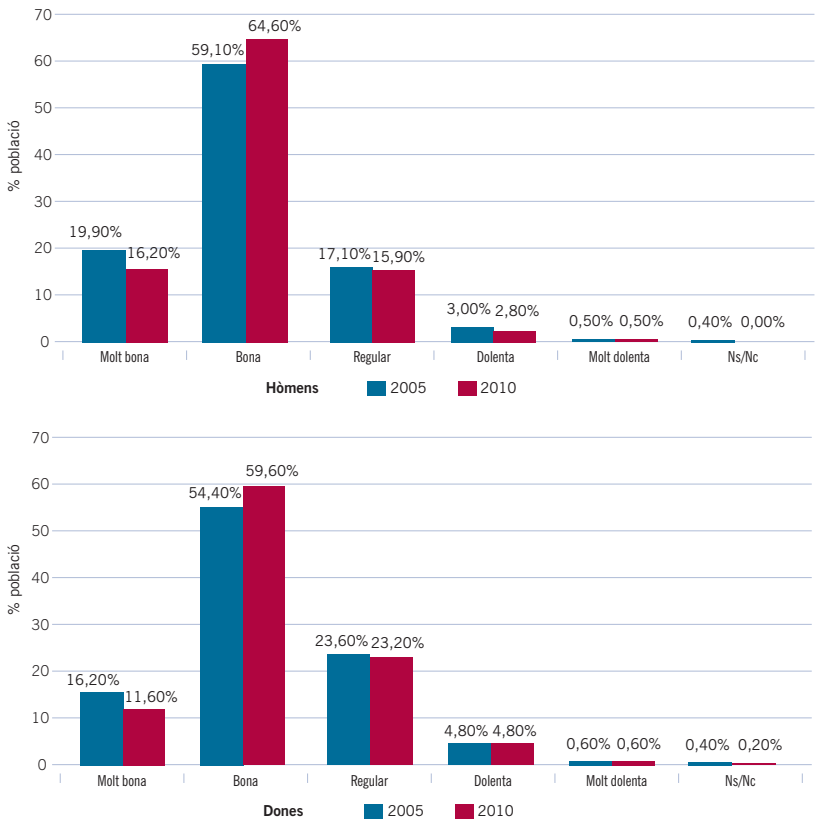
La informació obtinguda d'este apartat s'ha extret de l'Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa). Els resultats de l'enquesta de salut han sigut analitzats en funció de les següents variables: sexe, edat, nivell d'estudis, nivell d'ingressos familiars i classe social, tant per al col·lectiu d'adults com de menors.

4.1 Percepció de la salut

La valoració positiva de l'estat de salut és superior en els hòmens que en les dones i, com calia esperar, disminuïx en ambdós sexes amb l'edat.

El 80,8% dels hòmens i el 71,2% de les dones a la Comunitat Valenciana han declarat que la percepció de la seua salut és bona o molt bona. Estos resultats són semblants als registrats en l'Enquesta de Salut de l'any 2005.

~ ***Autopercepció de la salut***

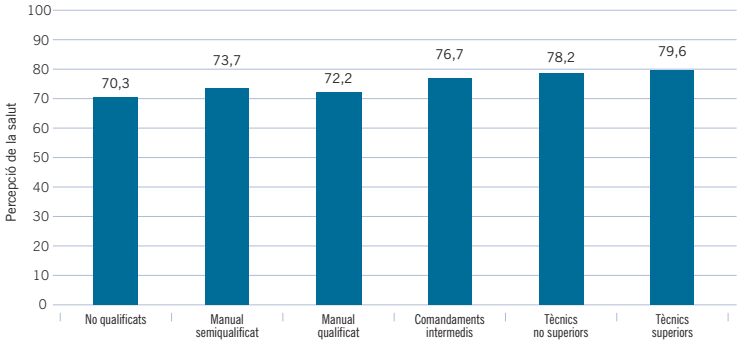


Font: Enquestes de Salut de la Comunitat Valencina 2005 i 2010 (en premsa)

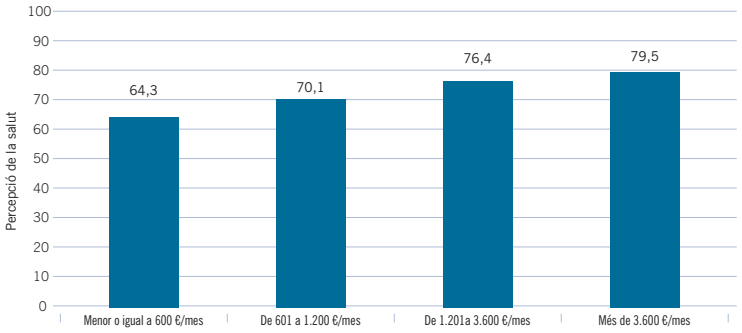
La percepció de la salut varia considerablement d'uns grups socials a uns altres. En tots estos, la percepció de la salut disminuïx en disminuir el nivell d'estudis, la classe social i el nivell d'ingressos.

~ ***Salut percebuda segons determinants socials en adults***

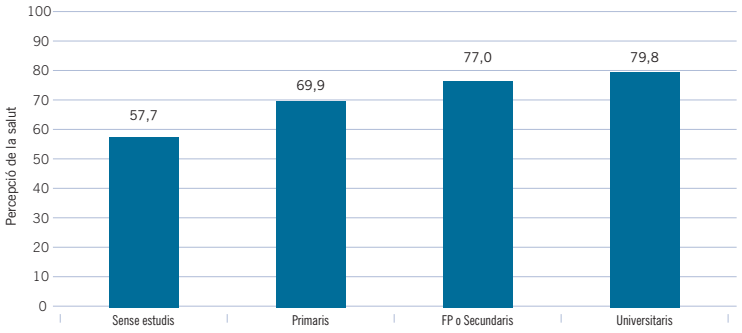
Classe social. Percepció de la salut 2010 (rang de 0 a 100). El valor mitjà total és de 73,4



Nivell d'ingressos familiars. Percepció de la salut 2010 (rang de 0 a 100). El valor mitjà total és de 73,4



Nivell d'estudis. Percepció de la salut 2010 (rang de 0 a 100). El valor mitjà total és de 73,4



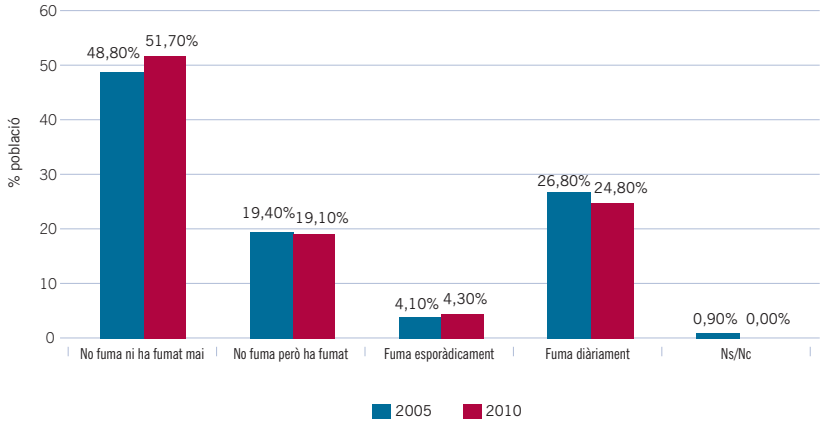
Font: Enquesta de Salut 2010 (en premsa)

4.2 Conductes i estils de vida

Consum de tabac

En l'actualitat, el percentatge de persones que manifesten no haver fumat mai és del 51,7%, enfront del 48,8% de 2005. De manera coherent, s'observa una certa reducció del col·lectiu de població que fuma diàriament (26,8% i 24,8% en 2005 i 2010, respectivament). El col·lectiu de població exfumadora i de la que fuma esporàdicament es manté en nivells semblants als observats en l'enquesta anterior. Un 19,10% de la població és exfumadora i un 4,3% de la població fuma esporàdicament l'any 2010.

~ ***Consum de tabac a la Comunitat Valenciana***



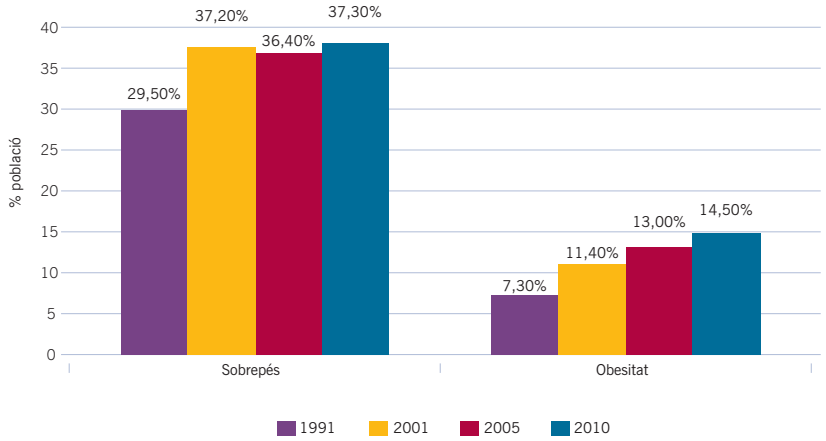
Font: Enquestes de Salut de la Comunitat Valenciana 2005 i 2010 (en premsa)

L'edat mitjana d'inici del consum del tabac se situa l'any 2001 en els 17,2 anys, l'any 2005 en 17,2, i l'any 2010 en 17,6 anys.

Sobrepés i obesitat

Igual que allò que s'ha constatat en edicions anteriors, es manté la tendència observada a l'increment de la incidència del sobrepés i l'obesitat entre la població adulta de la Comunitat Valenciana, tal com es pot observar en el gràfic següent.

~ ***Sobrepés i obesitat en la població adulta***

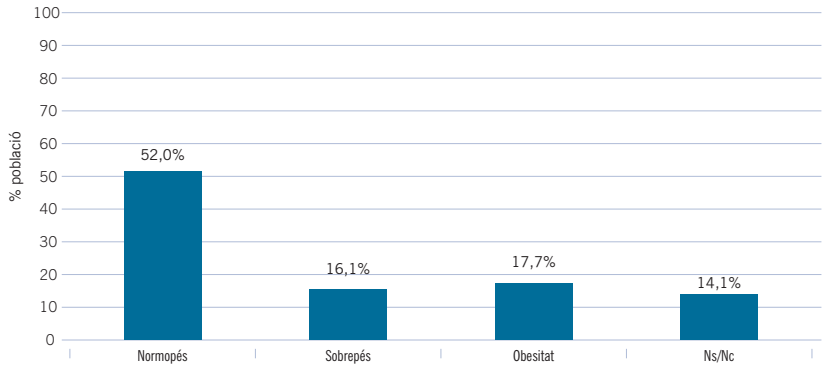


Font: Enquestes de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa)

D'esta manera, en 2010, el col·lectiu d'enquestats que a partir de les dades de pes i talla esmentat presenta sobrepés, se situa en el 37,3% de la població adulta, mentres que l'obesitat arribaria al 14,5% (obesitat i obesitat mòrbida). Les dades de l'any 2010, per a poder ser comparades amb les enquestes anteriors, han sigut corregides tenint en compte la població «No sap/No contesta».

Quant a la població infantil, el 17,7% dels menors es troba en el nivell associat a l'obesitat, i un 16,1% addicional mostra sobrepés. Per la seua banda, el 52% restant s'associa a menors amb normopés.

~ ***Sobrepés i obesitat en la població infantil***

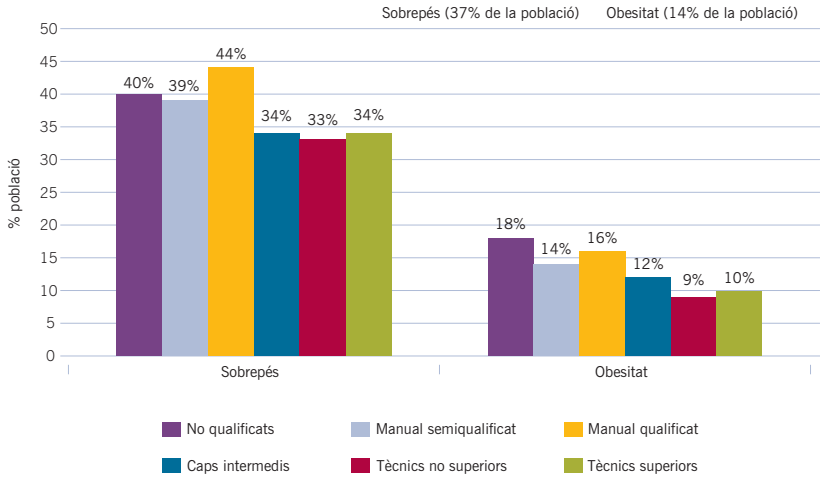


Font: Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa)

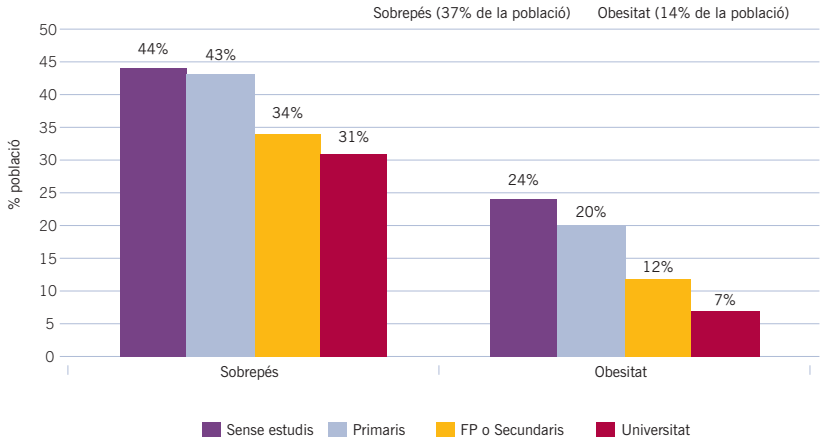
A mesura que el nivell social, el nivell d'estudis i el d'ingressos econòmics disminuïx, s'observa una clara tendència a l'augment de sobrepés i obesitat en la població adulta, això posa de manifest la influència dels determinants socials en els estils de vida de la població.

86

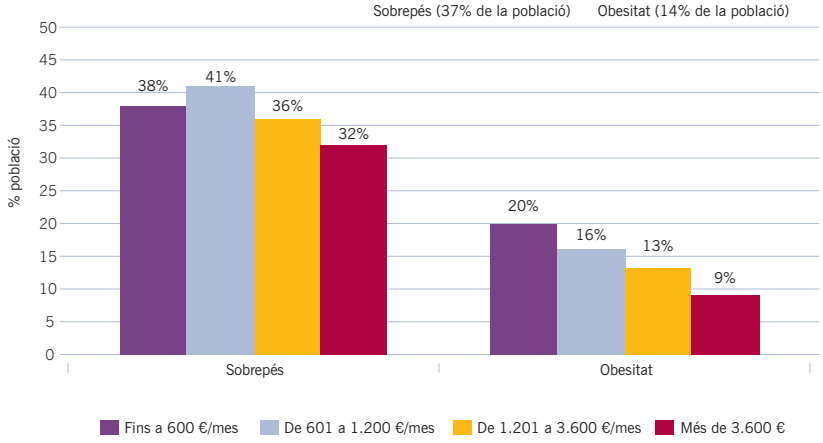
~ *Distribució de la sobrecàrrega i obesitat per classe social. Comunitat Valenciana 2010*



~ *Distribució de la sobrecàrrega i obesitat per nivell d'estudis. Comunitat Valenciana 2010*



~ ***Distribució de la sobrecàrrega i obesitat per nivell econòmic. Comunitat Valenciana 2010***

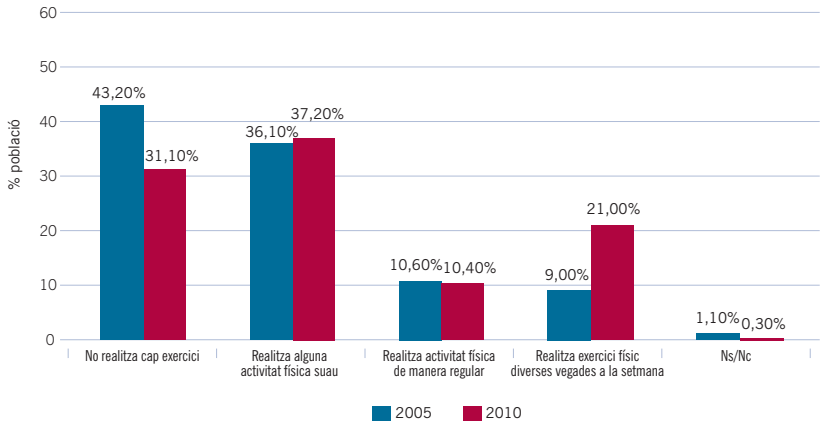


Font: Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa)

Activitat física

De manera coherent amb la tendència observada en 2005, es manté una tendència positiva en la realització d'activitat física durant el temps lliure. El col·lectiu que indica no realitzar cap tipus d'activitat es reduïx del 43,2% en 2005 al 31,1% en 2010.

~ ***Realització d'activitat física***



Font: Enquestes de Salut de la Comunitat Valenciana 2005 i 2010 (en premsa)

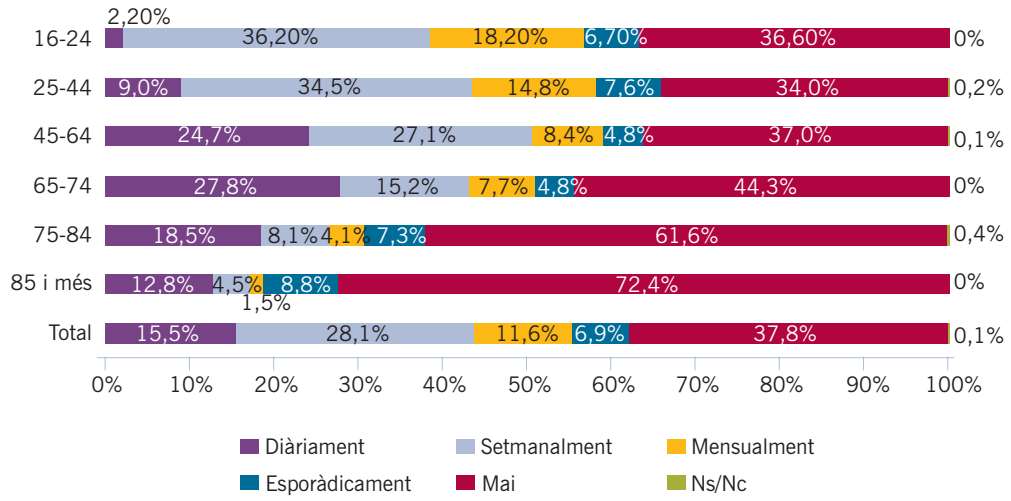
88

En este sentit, també s'observa un increment significatiu entre les persones que manifesten realitzar una activitat física de manera més intensiva entre 2005 i 2010, de manera que el 21,0% indica realitzar exercici físic diverses vegades per setmana, enfront del 9% observat en 2005.

Consum d'alcohol

La població que més alcohol consumix és la compresa entre els 25 i 44 anys. Entre els més jóvens (de 16 a 24 anys) no resulta menyspreable el fet que un poc més d'1 de cada 3 jóvens consumisca alcohol almenys setmanalment. El 27,8% de les persones de 65 a 74 anys manifesten que consumixen alcohol diàriament.

~ ***Consum d'alcohol a la Comunitat Valenciana***



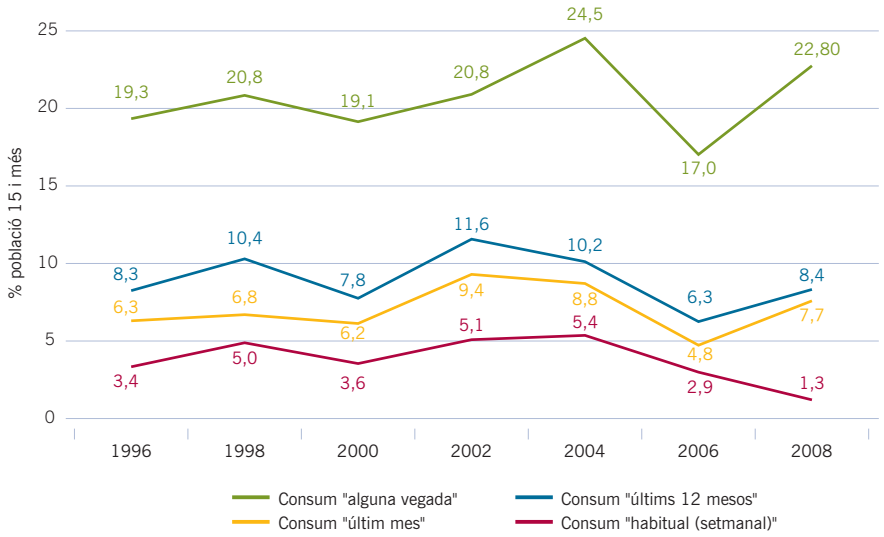
Font: Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa)

Consum d'altres drogues

Segons dades extretes del Sistema Autonòmic Valencià d'Informació en Addiccions (SAVIA), a partir de les enquestes domiciliàries de la Generalitat Valenciana (FAE/EDIS 1996-2008), el cànnabis i els seus derivats continuen sent les substàncies il·legals més consumides, amb prevalences de consum que, en determinats segments de població, s'aproxima prou a la d'altres substàncies legals (alcohol i tabac).

El 22,8% de la població de la Comunitat Valenciana de 15 a 65 anys ha provat el cànnabis en alguna ocasió.

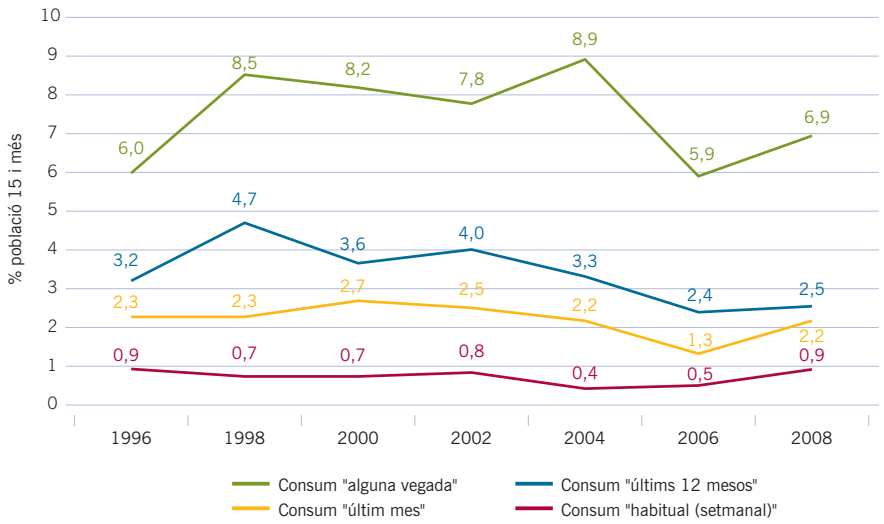
~ ***Consum de cànnabis i derivats a la Comunitat Valenciana***



Font: SAVIA. Enquestes domiciliàries de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 i 2008).

La cocaïna és, després del cànnabis, la substància psicoactiva il·legal els consums de la qual estan més estesos, especialment en els usos esporàdics o experimentals.

~ ***Consum de cocaïna a la Comunitat Valenciana***

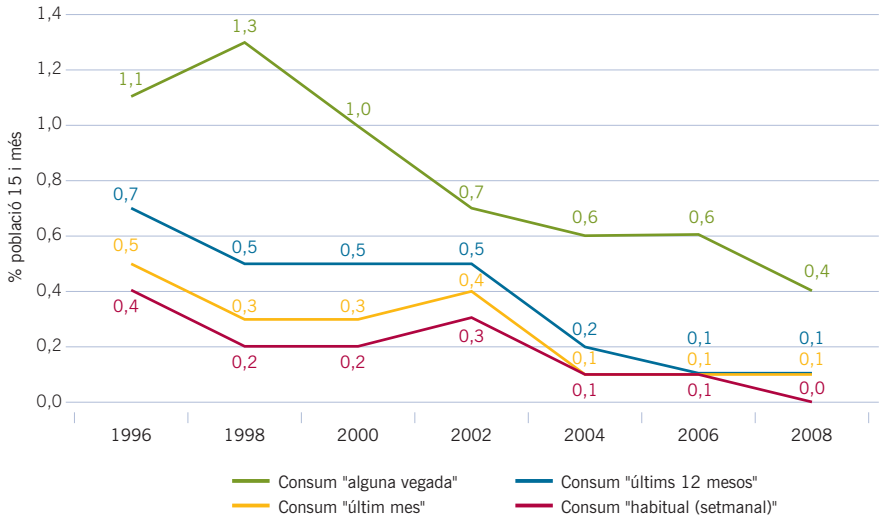


Font: SAVIA. Enquestes domiciliàries de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 i 2008).

90

El consum d'heroïna seguix una tendència clarament descendent i en prevalences molt reduïdes en qualsevol tipus de consum.

~ ***Consum d'heroïna a la Comunitat Valenciana***



Font: SAVIA. Enquestes domiciliàries de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 i 2008).

SISTEMA SANITARI PÚBLIC VALENCIÀ: RECURSOS



SISTEMA SANITARI PÚBLIC VALENCIÀ: RECURSOS

1 ORGANITZACIÓ

Assistència sanitària

Per a dur a terme una adequada gestió i administració del Sistema Valencià de Salut i de la prestació sanitària de la Comunitat Valenciana, es crea l'Agència Valenciana de Salut. La Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana, definix l'Agència Valenciana de Salut com l'eix de l'organització dels servicis sanitaris públics, amb la finalitat de coordinar totes les entitats administratives amb responsabilitats en el camp de la salut.

La gestió i administració dels centres, servicis i establiments sanitaris de protecció de la salut o d'atenció sanitària o sociosanitària pot dur-se a terme directament o indirectament, amb mitjans propis o aliens, públics o privats, per mitjà de qualsevol entitat admesa en dret, així com a través de la constitució de concessions administratives, consorcis, fundacions, empreses públiques o altres ens dotats de personalitat jurídica pròpia, els quals poden establir, a més, acords o convenis amb persones o entitats públiques o privades i fórmules de gestió integrada o compartida.

El model de gestió sanitària valenciana es basa en la descentralització (24 departaments de salut amb un alt grau d'autonomia), i comprén quatre principis bàsics: el **finançament capitatiu** en tots els departaments de salut, la **gestió integral** de l'atenció sanitària, la **facturació de l'assistència sanitària entre departaments** i la **direcció per objectius**.

94

~ ***Departaments de salut a la Comunitat Valenciana***



Els models alternatius de gestió, basats a potenciar la col·laboració publicoprivada per a la gestió sanitària, constituïxen un dels eixos estratègics orientats a la sostenibilitat del sistema sanitari a la Comunitat. El model de concessió administrativa, iniciat amb el model Alzira, en el Departament de Salut de la Ribera, s'ha estés i actualment són cinc els departaments de salut gestionats per mitjà de concessió. L'Administració exercix el control, i el risc financer es transferix a les empreses que tenen la concessió administrativa de la prestació sanitària. Este model ha permés mantindre un nivell de prestacions sanitàries dels més amplis i de gran qualitat per als valencians, a pesar de les dificultats pressupostàries dels últims anys.

En les taules següents es recull la xarxa hospitalària de la Comunitat Valenciana en els diferents departaments de salut i les respectives fórmules de gestió:

Departament de salut	Centre	Fórmula de gestió
Vinaròs	H. Comarcal de Vinaròs	Pública
Castelló	H. General de Castelló	Pública
	Consorci Hospitalari Provincial de Castelló	Consorci
La Plana	H. de La Plana	Pública
	Hospital Complementari Alt Palància de Segorbe	Pública
Sagunt	H. de Sagunt	Pública
València - Clínic - la Malva-rosa	H. la Malva-rosa	Pública
	H. Clínic Universitari	Pública
València - Arnau de Vilanova - Llíria	H. Arnau de Vilanova	Pública
València - La Fe	H. Universitari i Politècnic La Fe	Pública
Requena	H. de Requena	Pública
València - Hospital General	Consorci H. General Universitari de València	Consorci
València - Doctor Peset	H. Universitari Dr. Peset	Pública
La Ribera	H. Universitari de la Ribera	Concessió administrativa
Gandia	H. Francesc de Borja de Gandia	Pública
Dénia	H. de Dénia	Concessió administrativa
Xàtiva - Ontinyent	H. Lluis Alcanyís de Xàtiva	Pública
	H. General d'Ontinyent	Pública
Alcoi	H. Verge dels Lliris	Pública
La Marina Baixa	H. de La Marina Baixa	Pública
Alacant - Sant Joan d'Alacant	H. Universitari Sant Joan d'Alacant	Pública
Elda	H. General de Elda-Virgen de la Salud	Pública
Alacant - Hospital General	H. General Universitari d'Alacant	Pública
Elx - Hospital General	H. General d'Elx	Pública
Orihuela	H. de la Agència Valenciana de Salut Vega Baja	Pública
Torrevieja	H. de Torrevieja	Concessió administrativa
Manises	H. de Manises	Concessió administrativa
Elx - Crevillent	H. del Vinalopó	Concessió administrativa

96

~ ***Hospitals de Crònics i Llarga Estada (HACLE)***

Àrea de cobertura	Centre	Gestió
Alacant	H. Sant Vicent	Pública
	H. La Pedrera	Pública
Castelló	H. La Magdalena	Pública
València	H. Doctor Moliner	Pública
	H. Pare Jofré	Pública
	Antic Hospital Militar	Concessió administrativa

Salut Pública

D'altra banda, la Llei 4/2005, de 17 de juny, de la Generalitat, regula les actuacions en matèria de salut pública, que es desenrotllen en l'àmbit territorial de la Comunitat Valenciana, propicien la coordinació i cooperació dels distints organismes i administracions públiques en els seus respectius àmbits competencials. L'article 12 de l'esmentada llei recull la creació de l'Entitat Valenciana per a l'Acció en Salut Pública com a organisme autònom de caràcter administratiu de la Generalitat, adscrit a la Conselleria de Sanitat, per al desplegament i l'execució de les competències de la Generalitat en matèria de salut pública. L'article 30 recull la creació de l'Agència Valenciana de Seguretat Alimentària, i l'article 50, la creació del Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP), encarregat de l'execució de la política de la Conselleria de Sanitat amb relació a la investigació en salut pública.

2 RECURSOS HUMANS

El Sistema Sanitari Públic Valencià disposa en l'actualitat d'una plantilla de **60.842 professionals**, distribuïts de la manera següent:

~ ***Plantilla de personal gestionat per la Conselleria de Sanitat i organismes autònoms corresponent a Salut Pública, Atenció Primària i Atenció Especialitzada***

Salut Pública					
Grup A	Grup B	Grup C	Grup D	Grup E	**Total**
806	162	86	151	27	**1.232**

Atenció Primaria	
Personal Directiu	37
Personal Facultatiu	4.798
Personal Sanitari No Facultatiu	4.779
Resta de Personal	2.924
Personal en Formació	451
Total	**12.989**

Atenció Especialitzada	
Personal Directiu	165
Personal Facultatiu	7.002
Personal Sanitari no Facultatiu	19.061
Resta de Personal	8.535
Personal en Formació	1.772
Total	**36.535**

Font : Registre de llocs i gestió de personal, CIRO (15/4/2011)

~ ***Plantilla de personal adscrit als servicis centrals i direccions territorials de la Conselleria de Sanitat, gestionat per la Conselleria de Sanitat i organismes autònoms i per la Conselleria de Justícia i Administracions Públiques***

Òrgan de gestió	Servicis centrals	Direccions territorials	TOTAL
Conselleria de Sanitat	50	164	
Agència Valenciana de Salut	74	7	
Conselleria de Justícia i Administracions Públiques	596	531	
TOTAL	**720**	**702**	**1.422**

Font: Registres de llocs i personal (primer trimestre 2011)

98

~ ***Personal dependent de les concessions administratives i dels consorcis (Atenció Primària i Especialitzada)***

Personal Directiu	95
Personal Facultatiu	2.085
Personal Sanitari no Facultatiu	4.659
Resta de Personal	1.637
Personal en Formació	188
Total	**8.664**

Font: Concessions administratives i consorcis (primer trimestre de 2011)

3 ESTRUCTURA

Assistència sanitària

El Decret 74/2007, de 18 de maig, regula l'estructura, l'organització i el funcionament de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana.

A manera d'esquema, els recursos assistencials queden organitzats de la manera següent:

Recursos assistencials de l'Agència Valenciana de Salut	
Departamentals	Centres de salut i consultoris
	Unitats de suport
	Centres sanitaris integrats (CSI)
	Centres d'especialitats
	Hospitals
Supradepartamentals	Hospital crònics i llarga estada (HACLES)
	Servicis d'emergències sanitàries
	Centre de transfusió

El detall d'estos, a més del ja especificat per a la xarxa hospitalària, es recull a continuació:

~ ***Recursos assistencials públics actuals de la Conselleria de Sanitat a la Comunitat Valenciana***

Recursos assistencials de la Conselleria de Sanitat	
Centres de salut	245
Consultoris	620
Unitats de suport	388
Centres sanitaris integrats	34
Centres d'especialitats	25
Hospitals	34
Centre de transfusió	3
Servicis d'emergències sanitàries	3

Cal destacar que a la Comunitat Valenciana existixen 80 servicis d'atenció i informació al pacient, 3 centres d'informació i coordinació d'urgències, i com a alternatives a l'hospitalització convencional es disposa de 24 Unitats d'Hospitalització a Domicili, així com de 24 unitats de cirurgia major ambulatòria, i 24 hospitals de dia, que produïxen una important disminució de les estades hospitalàries.

Salut Pública

La salut pública s'estructura en Servicis Centrals i Centres de Salut Pública.

100

L'estructura central de la salut pública a la Comunitat Valenciana està integrada per tres àrees diferenciades: l'Àrea d'Epidemiologia, l'Àrea de Seguretat Alimentària, i l'Àrea de Coordinació de Centres i Actuació en Salut Pública. El Centre Superior d'Investigació en Salut Pública centra totes les iniciatives d'investigació des de la perspectiva de salut pública.

L'estructura perifèrica la componen 16 centres de salut pública, repartits al llarg de la geografia de la Comunitat Valenciana de la manera següent:

Provincia	Nre. de centres de Salut Pública
Castelló	2
València	7
Alacant	7

A més, es disposa de:

- 25 unitats del Pla de Prevenció del Càncer de Mama (incloses en les unitats de suport anteriorment esmentades).
- 3 centres d'informació i prevenció de la SIDA i
- 3 laboratoris de Salut Pública.

Investigació i docència

La investigació en matèria sanitària i biomèdica es desenrotlla fonamentalment des del conjunt de centres que componen la xarxa assistencial, majoritàriament en els hospitals. També es desenrotlla una important activitat investigadora des de les estructures d'Atenció Primària, des dels grups d'investigació de servicis centrals i departaments de la Conselleria de Sanitat i des dels centres d'investigació vinculats a esta. El 89% de la població investigadora es concentra en els centres assistencials.

La Conselleria de Sanitat ha impulsat la creació de fundacions com a estructures de gestió per a la promoció i el desenrotllament de la investigació cientificotècnica en el si dels departaments de salut de la xarxa pública valenciana amb major activitat investigadora que, junt amb la Fundació per a la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), completen el mapa d'estructures de suport a la gestió de la investigació en tots els centres sanitaris.

A més, cal afegir la investigació sanitària i biomèdica realitzada des dels centres d'investigació impulsats per la Generalitat, entre els quals cal destacar els següents:

- Centre d'Investigació Príncep Felipe (CIPF)
- Centre Superior d'Investigació, Docència i Assistència en Patologia Oftalmològica (FOM)
- Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP)

En matèria de formació, l'Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES) ha anat evolucionant des de la seua creació en 1987, amb un enfocament formatiu cada vegada més ampli i actualment du a terme la formació continuada de tots els professionals sanitaris i no sanitaris que treballen en la xarxa sanitària. A més, entre les seues funcions destaquen les següents: organització de pràctiques en els centres sanitaris públics d'alumnes d'universitats públiques i privades; suport a la investigació des d'un punt de vista formatiu; coordinació del grup de formació i investigació en salut i gènere; servici de publicacions, biblioteca, documentació, etc., que constituïx el punt de referència en l'organització de conferències, congressos i fòrums de debat sobre temes rellevants en l'àmbit sanitari a la Comunitat Valenciana.

4 SISTEMES D'INFORMACIÓ

El Decret 126/1999, de 16 d'agost, del Consell, va crear el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), com a registre administratiu de relació dels ciutadans amb els servicis de salut; este sistema s'aplica a tots els ciutadans que tinguen o adquirisquen veïnat administratiu en qualsevol municipi de la Comunitat Valenciana; la targeta sanitària s'habilita com a document acreditatiu del dret a la protecció de la salut.

Assistència sanitària

La Comunitat Valenciana ha experimentat en els últims anys un important creixement de la demanda assistencial, la qual cosa l'ha obligat a optimitzar la utilització dels recursos assistencials. Partint de la base que la informació és essencial per a la presa de decisions adequades, les tecnologies de la informació i comunicació (TIC) constituïxen una ferramenta fonamental per al funcionament del sistema sanitari, ja que milloren l'equitat, la qualitat de l'assistència, la seguretat, la productivitat i l'eficiència.

Els projectes actuals dels sistemes d'informació es recullen en el gràfic següent:



Font: Conselleria de Sanitat. Pla de Sistemes d'Informació 2009-2011

On s'observen tres blocs de sistemes d'informació per a donar cobertura als àmbits assistencials, logístics i d'intel·ligència de negoci (BI); així com el conjunt d'activitats que permeten la gestió de cada projecte: desenrotllament d'aplicacions, canals d'accés als sistemes, infraestructures TIC, suport a l'activitat, qualitat i gestió de la continuïtat dels servicis, i finalment, aquelles orientades a la coordinació de la investigació i innovació com a element d'evolució de l'assistència sanitària.

- HSE: Història de Salut Electrònica. Comprén la història clínica completa i estructurada de cada pacient.
- Abucasis: Sistema de Gestió Clínica del pacient ambulatori (SIA, GAIA, etc.).

102

- Orion Clinic: Sistema per a la Gestió Clínica del pacient hospitalari.
- Recepta electrònica: Sistema de Dispensació Electrònica en les oficines de farmàcia, per mitjà de la recuperació pel sistema informàtic de l'oficina de farmàcia, dels registres electrònics amb la medicació pendent de dispensar al pacient.
- Cordex: Sistema d'Informació per a la Coordinació d'Urgències i Emergències Extrahospitalàries.
- Orion Logis: Sistema per a la Gestió Econòmica i Logística Integral.
- Orion Perso: Sistema de Gestió Integral de Recursos Humans.
- Sistema de Gestió Economicoassistencial: Sistema de Facturació Intercentres i de Compensació.
- CCBI: Centre de Competències en Business Intelligence.
- SIDO: Sistema de Direcció per Objectius.
- SIE: Sistema d'Informació Econòmica.
- HCDSNS: Història Clínica Digital del Sistema Nacional de Salut, etc.

La Sanitat24 facilita als ciutadans l'accés als servicis sanitaris:

- Cita prèvia en Atenció Primària (Internet, SMS mòbil, Portal vocal, Punt Salut).
- Consulta de la història clínica (Internet i telèfon mòbil).
- Informació (telèfon mòbil).

Cal ressaltar tres elements dels sistemes d'informació sanitaris (SIS), que han facilitat la participació de la Comunitat en projectes interregionals i internacionals:

- Codi SIP com a identificació unívoca de cada persona.
- Únic sistema de registre assistencial amb més de cinc milions de referències.
- Identificació dels usuaris de les aplicacions a través d'un certificat digital.

Les característiques com a equitat, qualitat de l'assistència, seguretat, productivitat i eficiència s'afavorixen per mitjà de l'enfocament dels sistemes cap als aspectes: unicitat, accessibilitat i fiabilitat de dades. La millora en estos aspectes s'està realitzant per mitjà de la integració de sistemes, la migració d'aplicacions aïllades cap a sistemes corporatius, l'evolució de sistemes tradicionals cap a arquitectures d'aplicacions orientades a servicis (SOA), la implantació de nous canals d'accés a la informació (amb les garanties de privacitat necessàries), i les activitats que permeten la continuïtat de negoci (com la implantació del centre de suport o l'ocupació d'infraestructures redundants).

Salut Pública

Cal destacar, entre altres, en les diferents àrees els següents sistemes que s'integren i coordinen amb la resta de sistemes informàtics de la Conselleria:

- Epidemiologia: AVE, Anàlisi de la Vigilància Epidemiològica; XSS, Xarxa Sentinella Sanitària de la Comunitat Valenciana; XarMIVA, Xarxa Microbiològica Valenciana; SIC, Sistema d'Informació sobre Càncer; Registre de Mortalitat; Registre de Mortalitat Perinatal; Registre de Malalts Renals; Sistema d'Informació de Noves Infeccions de VIH i casos sida, etc.
- Sanitat ambiental: SICCIR, Sistema d'Informació Centralitzat i Compartit d'Instal·lacions de Risc de Legionel·la; ACH, previst en desenrotllament per a la gestió de les fonts d'aigua de consum humà, etc.
- Seguretat alimentària: ISSA, per a la gestió de la seguretat alimentària i LIMS-SP per a la gestió interna i integrada dels tres laboratoris de salut pública, etc.

- Prevenció i promoció: SIV/RVN, Sistema d'Informació Vacunal/Registre Nominal de Vacunes; SIGMA, per a la gestió del programa de càncer de mama; MetaB, per a la gestió del programa de detecció precoç de metabolopaties; EPS, Programa d'Educació per a la Salut en l'escola, hipoacúsies, etc.
- Salut laboral: SISVEL, Sistema de Vigilància de la Salut Laboral; ROESB, registres d'establiments i servicis biocides; REBA, Registre d'Incidents de Contacte Biològic, plaguicides, etc.
- Investigació: biobancs; EPIFARM, per a l'impuls de la investigació en l'àmbit de la farmacoepidemiologia, etc.
- Gestió: GIS, Sistema d'Informació Georeferencial, per a l'anàlisi espacial des de distints àmbits; SISGEREN, Sistema d'Indicadors Sanitaris Gerencials, etc.

Pàgines web d'interés ciutadà: Portal HELPCOME, de col·laboració i d'ajuda a la cooperació i al desenrotllament des de Salut Pública i el portal CUÍDATE, acosta la promoció de la salut i els estils de vida saludables a la població.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

1 CONVERGÈNCIA AMB EL PLA ESTRATÈGIC DE L'AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Com ja s'ha comentat anteriorment, un dels grans reptes d'este nou Pla ha sigut fer convergir el Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut amb este nou Pla de Salut, com a marc de l'estratègia global de la Conselleria de Sanitat.

Per això, s'ha apostat en el III Pla de Salut per una metodologia innovadora en la seua elaboració que combina, la ja utilitzada per l'Agència Valenciana de Salut, *Balanced Scorecard* (BSC), per a la configuració del mapa estratègic, l'establiment de les línies estratègiques i els objectius generals d'este; i la metodologia més clàssica de planificació per priorització d'àrees d'actuació, prevista en la major part dels plans de salut, per a la determinació dels objectius específics dependents dels generals. La utilització d'una metodologia comuna, BSC, facilitarà la integració d'ambdós plans.

El *Balanced Scorecard* (Kaplan i Norton, 1992) és una ferramenta per a abordar i comunicar l'estratègia, i alinea l'organització amb el compliment dels seus objectius estratègics des de diferents perspectives:

- Els resultats finals que ha d'aconseguir l'organització (beneficis econòmics o socials).
- Els agents d'interés, recollint els servicis a proveir per a aconseguir eixos resultats finals.
- Els processos interns amb què s'han d'aconseguir resultats per a donar els servicis previstos.
- El desenrotllament futur, incorporant les actuacions a introduir per a complir l'estratègia.

Entenem que esta metodologia incorpora dos aportacions de valor a la metodologia habitual dels plans de salut.

En primer lloc, els plans de salut es basen en les prioritats de millora de la salut i, a més, solen fixar els seus objectius de millora per problemes de salut (cardiovascular, càncer…) o per àrees d'intervenció (vacunacions, seguretat alimentària…). Esta metodologia, encara que àmpliament utilitzada, oblida ben sovint la formulació d'objectius que requerixen un tractament transversal des de l'organització. L'elaboració d'un mapa estratègic, amb la metodologia BSC recull el conjunt d'objectius generals que són transversals a tots els problemes de salut o àrees d'intervenció.

108

En segon lloc, la metodologia del BSC, amb la incorporació de les quatre perspectives, fixa l'atenció en els objectius de resultats finals, segons els quals s'ordena tota la resta del mapa estratègic. Això evita una certa tendència usual a centrar la majoria d'objectius en els processos interns i en el desenrotllament futur (recursos).

En conjunt, la combinació de la metodologia tradicional dels plans de salut i el BSC constituïx una excel·lent aportació al Pla. L'engranatge d'estes dos metodologies ha sigut clau en el disseny del mapa estratègic del Pla de Salut i ha conformat la seua estructura final, amb la ubicació dels objectius específics (dissenyats pels grups de treball de les àrees d'actuació prioritzades) en el mapa estratègic, en funció de l'objectiu general al qual més contribuïxen (objectiu general predominant). Algun dels objectius generals del mapa, per les seues especials característiques, ha sigut completat amb objectius específics (transversals), tractats concretament per determinats òrgans centrals de la Conselleria de Sanitat.

Encara que la meta última del Pla de Salut és el guany de salut de la població, no cal oblidar que la satisfacció dels usuaris del sistema i la sostenibilitat d'este són també resultats finals a considerar.

2 FASES DE L'ELABORACIÓ DEL III PLA DE SALUT

1. **Establiment de les bases del Pla de Salut 2010-2013 per la Comissió Tecnicodirectiva del II Pla de Salut.** Determinació de les 6 apostes o valors fonamentals del III Pla i dels agents d'interés per al III Pla de Salut a considerar per a la configuració del mapa estratègic:
   - Apostes o valors fonamentals:
     Participació, informació, comunicació
     Garantia de sostenibilitat
     Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia
     Atenció a la cronicitat
     Aplicació de les noves tecnologies en la salut
     Equitat en salut
   - Agents d'interés:
     Pacients
     Ciutadans
     Societat i mitjans de comunicació
     Finançadors
2. **Realització de 12 fòrums de comunicació i participació ciutadana** per a demanar les necessitats expressades per la nostra societat, basant-se en les apostes estratègiques establides.
3. **Avaluació del compliment d'objectius del II Pla de Salut 2005-2009.**
4. **Constitució de la Comissió Tecnicodirectiva del III Pla de Salut i del Comité de Direcció.**
5. **Elaboració per l'Oficina del Pla de Salut de l'«Estudi per a l'Anàlisi de la Situació de la Salut dels Valencians»**. Este document comprenia la informació que a continuació s'esmenta, per a facilitar la presa de decisions per part de la Comissió Tecnicodirectiva:
   - Marc general de referència en Planificació Normativa i Política Sanitària.
   - Estratègies i plans del Sistema Nacional de Salut i de la Conselleria de Sanitat.
   - Estudi comparatiu de les àrees d'intervenció dels plans de salut de les comunitats i ciutats autònomes.
   - Anàlisi demogràfica de la Comunitat Valenciana.
   - Situació socioeconòmica de la Comunitat Valenciana.
   - Nivell de salut de la població de la Comunitat Valenciana: anàlisi dels principals indicadors i de la salut percebuda i estils de vida dels valencians segons l'Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa).
   - Resultats dels 12 fòrums de participació i comunicació ciutadana realitzats.
   - Resultats de l'avaluació del II Pla de Salut 2005-2009.
6. **Fixació de les 22 grans línies estratègiques** (lletres A-V) **del Mapa Estratègic**, per mitjà de la realització de l'anàlisi DAFO-CAME per la Comissió Tecnicodirectiva.
7. **Fixació dels 35 objectius generals** de les diferents línies estratègiques del mapa, per la Comissió Tecnicodirectiva, per mitjà de la tècnica de generació d'idees Metaplan.
8. **Elaboració del primer esborrany del mapa estratègic.**

110

9. **Priorització de les 25 àrees d'actuació sobre les quals cal determinar objectius específics**, per mitjà de l'anàlisi del diagrama d'impacte/factibilitat, d'entre les múltiples àrees identificades després de l'estudi de l'anàlisi de la situació per la Comissió Tecnicodirectiva. Les àrees prioritzades han sigut:
   - Hàbits i estils de vida:
     ~ Tabac
     ~ Alcohol i altres drogues
     ~ Alimentació, nutrició i activitat física
     ~ Salut sexual i reproductiva
     ~ Salut mental
   - Protecció de la salut / Prevenció de la malaltia
     ~ Seguretat alimentària
     ~ Salut laboral
     ~ Vacunació
   - Malalties transmissibles
     ~ VIH / SIDA
     ~ Tuberculosi
     ~ Infeccions nosocomials
   - Malalties cròniques
     ~ Càncer / Detecció precoç de tumors
     ~ Malalties cardiovasculars
     ~ Malalties cerebrovasculars
     ~ Malalties neurodegeneratives/demències
     ~ Trastorn mental greu de curs crònic
     ~ Malalties respiratòries (MPOC)
     ~ Malalties musculoesquelètiques
   - Malalties / Factors de risc
     ~ Hipertensió arterial
     ~ Diabetis
     ~ Obesitat
     ~ Dislipèmies
   - Grups d'especial vulnerabilitat
     ~ Cures pal·liatives
     ~ Envelliment / Dependència
     ~ Salut maternoinfantil i adolescència
10. **Identificació, per la Comissió Tecnicodirectiva, dels òrgans responsables de les àrees d'actuació.**
11. **Identificació, pels òrgans responsables, dels coordinadors de les àrees d'actuació.**
12. **Presa de contacte amb altres conselleries, en relació amb la salut, per a garantir el caràcter intersectorial del Pla i establir les bases de participació en el Pla.**
13. **Transmissió als coordinadors de les àrees d'actuació, de la informació sobre la situació del Pla i de la participació en este.**
14. **Creació dels grups d'experts, per part dels coordinadors i òrgans responsables.**
15. **Establiment dels objectius específics, indicadors, sistemes d'informació i línies d'actuació de les diferents àrees d'actuació pels grups d'experts, dirigits pels coordinadors.**
16. **Definició dels objectius específics, indicadors, sistemes d'informació i línies d'actuació de caràcter transversal, per coordinadors d'òrgans centrals de la Conselleria.**
17. **Disseny i integració, si és el cas, dels indicadors del Pla de Salut en els sistemes d'informació.**

18. **Ubicació dels objectius específics en el mapa estratègic, vinculats a l'objectiu general predominant, per al disseny del segon esborrany del mapa estratègic. Aprovació per la Comissió Tecnicodirectiva i pel Comité de Direcció i presentació del document al Consell de Salut de la Comunitat Valenciana.**

19. **Presentació del document resum per a debat públic, el 30 de novembre de 2010.**

    Per a garantir la transparència, la comunicació i la participació ciutadana, es va elaborar i va presentar un document resum del III Pla, que va estar disponible en format electrònic, en el portal de la web de la Conselleria de Sanitat (www.san.gva.es), per a la presentació de les al·legacions fins al 3 de gener de 2011, per part dels ciutadans, col·lectius, institucions, societats etc., a través de la bústia de suggeriments.

20. **Comunicació a les conselleries i la resta d'institucions, amb les quals s'han definit línies d'actuació conjunta**, per a aprovar-les i establir canals d'intercomunicació.

21. **Redacció del tercer esborrany del Pla de Salut**, una vegada valorats els suggeriments recollits en els punts anteriors, perquè l'aproven la Comissió Tecnicodirectiva, el Comité de Direcció del III Pla de Salut i posterior trasllat al Consell de Salut de la Comunitat Valenciana.

22. **Definició del document definitiu amb el Mapa Estratègic, del III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana amb:**

    22 línies estratègiques

    35 objectius generals

    163 objectius específics

    361 línies d'actuació

    232 indicadors

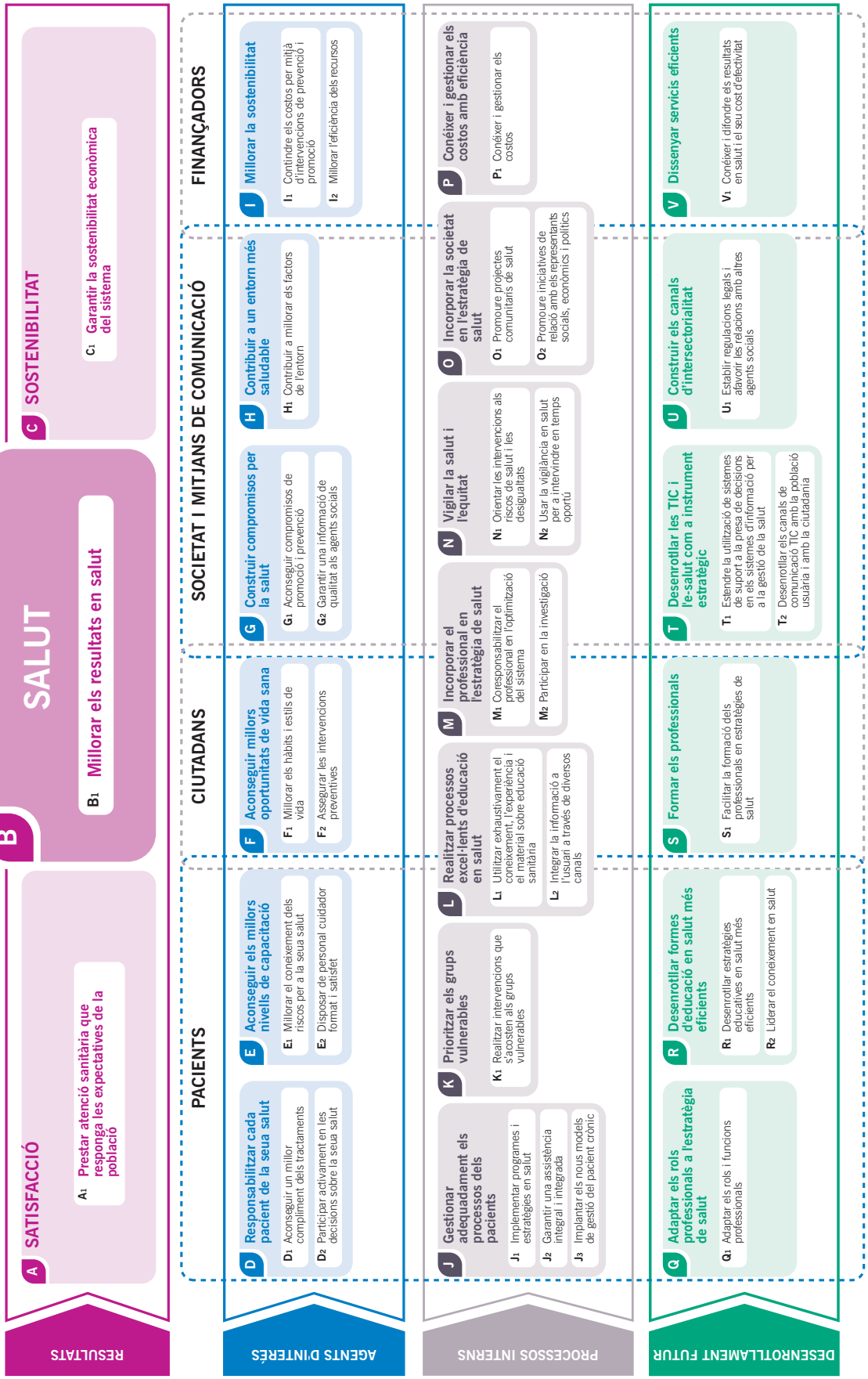
23. **Aprovació mitjançant un acord del Consell de la Generalitat, a proposta del conseller de Sanitat, del III Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013, i remissió posterior a les Corts Valencianes perquè en prenguen coneixement.**

Els objectius del mapa estratègic són els que en conjunt tindran un major impacte en la salut dels ciutadans, i per tant, seran objecte d'un esforç addicional de vigilància i seguiment pel Pla de Salut.

La configuració del mapa estratègic no significa en absolut que altres problemes de salut i intervencions no continuen rebent l'atenció deguda per part de l'Administració. Tots els problemes de salut dels nostres ciutadans han de ser tractats per la Conselleria de Sanitat amb el màxim interés i eficàcia.

MAPA ESTRATÈGIC DEL PLA DE SALUT 2010-2013




RESULTATS
A SATISFACCIÓ
A1 Prestar atenció sanitària que responga les expectatives de la població
B SALUT
B1 Millorar els resultats en salut
C SOSTENIBILITAT
C1 Garantir la sostenibilitat econòmica del sistema
AGENTS D'INTERÈS
PACIENTS
CIUTADANS
SOCIETAT I MITJANS DE COMUNICACIÓ
FINANÇADORS
D Responsabilitzar cada pacient de la seua salut
D1 Aconseguir un millor compliment dels tractaments
D2 Participar activament en les decisions sobre la seua salut
E Aconseguir els millors nivells de capacitació
E1 Millorar el coneixement dels riscos per a la seua salut
E2 Disposar de personal cuidador format i satisfet
F Aconseguir millors oportunitats de vida sana
F1 Millorar els hàbits i estils de vida
F2 Assegurar les intervencions preventives
G Construir compromisos per la salut
G1 Aconseguir compromisos de promoció i prevenció
G2 Garantir una informació de qualitat als agents socials
H Contribuir a un entorn més saludable
H1 Contribuir a millorar els factors de l'entorn
I Millorar la sostenibilitat
I1 Contindre els costos per mitjà d'intervencions de prevenció i promoció
I2 Millorar l'eficiència dels recursos
PROCESSOS INTERNS
J Gestionar adequadament els processos dels pacients
J1 Implementar programes i estratègies en salut
J2 Garantir una assistència integral i integrada
J3 Implantar els nous models de gestió del pacient crònic
K Prioritzar els grups vulnerables
K1 Realitzar intervencions que s'acosten als grups vulnerables
L Realitzar processos excel·lents d'educació en salut
L1 Utilitzar exhaustivament el coneixement, l'experiència i el material sobre educació sanitària
L2 Integrar la informació a l'usuari a través de diversos canals
M Incorporar el professional en l'estratègia de salut
M1 Coresponsabilitzar el professional en l'optimització del sistema
M2 Participar en la investigació
N Vigilar la salut i l'equitat
N1 Orientar les intervencions als riscos de salut i les desigualtats
N2 Usar la vigilància en salut per a intervindre en temps oportú
O Incorporar la societat en l'estratègia de salut
O1 Promoure projectes comunitaris de salut
O2 Promoure iniciatives de relació amb els representants socials, econòmics i polítics
P Conéixer i gestionar els costos amb eficiència
P1 Conéixer i gestionar els costos
DESENROTLLAMENT FUTUR
Q Adaptar els rols professionals a l'estratègia de salut
Q1 Adaptar els rols i funcions professionals
R Desenrotllar formes d'educació en salut més eficients
R1 Desenrotllar estratègies educatives en salut més eficients
R2 Liderar el coneixement en salut
S Formar els professionals
S1 Facilitar la formació dels professionals en estratègies de salut
T Desenrotllar les TIC i l'e-salut com a instrument estratègic
T1 Estendre la utilització de sistemes de suport a la presa de decisions en els sistemes d'informació per a la gestió de la salut
T2 Desenrotllar els canals de comunicació TIC amb la població usuària i amb la ciutadania
U Construir els canals d'intersectorialitat
U1 Establir regulacions legals i afavorir les relacions amb altres agents socials
V Dissenyar serveis eficients
V1 Conéixer i difondre els resultats en salut i el seu cost d'efectivitat

RESULTATS

A SATISFACCIÓ

A1 Prestar atenció sanitària que responga les expectatives de la població

A Satisfacció

A1 Prestar atenció sanitària que responga les expectatives de la població

Tenint en compte que la finalitat que perseguix el Pla de Salut és: la millora del nivell de salut de la població, la satisfacció que l'usuari percep del sistema sanitari o la confiança que té en este, són elements que han de tindre's presents en tot moment.

L'atenció sanitària ha de respondre les expectatives de la població, tant en el vessant assistencial com de protecció, promoció, educació per a la salut, i prevenció de la malaltia.

Això implica consolidar la confiança i la sensació de seguretat en què el sistema respondrà les necessitats de millora de la salut i d'assistència en els casos de necessitat, així com la confiança en què les recomanacions educatives emanades des dels servicis sanitaris es basen en criteris sòlidament fundats i es realitzen per al benefici del ciutadà.

Conéixer l'opinió que els ciutadans tenen del sistema sanitari és fonamental, ja que és una mesura de resultat de l'atenció sanitària.

Objectiu específic

OE.1: Millorar la satisfacció percebuda pels pacients en relació amb el funcionament dels servicis sanitaris.

LA Incloure en la mesura de la satisfacció la del compliment dels objectius marcats per a la millora.

116

RESULTATS

B

SALUT

B1 Millorar els resultats en salut

B SALUT

B1 Millorar els resultats en salut

Millorar la salut dels ciutadans és la raó última de l'existència d'un sistema de salut i, per tant, l'element nuclear dels resultats finals del Pla de Salut.

El Pla de Salut pretén proporcionar a cada persona l'oportunitat de gaudir d'una bona salut durant el major temps possible de la seua vida, i que este estat de salut s'acoste el més possible al concepte promogut per l'OMS: "estat complet de benestar físic, mental i social i no sols l'absència de malaltia."

És cert que la millora de la salut és conseqüència de molts factors com la pròpia biologia humana, l'entorn ambiental en què vivim, els determinants socials i els hàbits i estils de vida que tenim. Sens dubte, els servicis de salut contribuïxen a esta millora.

L'objectiu de la Conselleria de Sanitat és obtindre per als ciutadans els millors resultats en salut possibles per mitjà de la intervenció dels agents implicats.

Este objectiu s'aconseguirà garantint que el Sistema Valencià de Salut realitze les millors pràctiques en la promoció de la salut i en la prevenció, tractament i rehabilitació dels principals problemes de salut, definits com a àrees prioritàries pel Pla de Salut de la Conselleria de Sanitat.

Este apartat no té objectius específics assignats, ja que la consecució de tots els objectius del mapa estratègic revertixen en termes de guany en salut.

RESULTATS

C SOSTENIBILITAT

C1 Garantir la sostenibilitat econòmica del sistema

C SOSTENIBILITAT

C1 Garantir la sostenibilitat econòmica del sistema

El nostre sistema de salut busca aconseguir els millors resultats en termes de satisfacció i de millora de la salut, amb el manteniment d'uns costos sostenibles.

La sostenibilitat del sistema sanitari depén del compromís dels professionals, els gestors i els ciutadans. Tots han de fer un ús racional dels recursos. Hem d'assegurar la viabilitat d'un sistema sanitari centrat en el pacient, segur, oportú, efectiu, eficient i equitatiu.

De tots és conegut l'envelliment progressiu de la població i el major consum de recursos que això comporta. Per tant, és necessari compensar estos increments de costos. Per a això, el Pla de Salut fomentarà les intervencions més eficients, que tenen una demostrada capacitat per a la millora de la salut de la població.

Al mateix temps, ha d'assegurar que els recursos posats a disposició del sistema s'utilitzen amb els millors nivells d'eficiència.

Este esforç ha de produir la riquesa d'una població més sana per a tota la societat valenciana, la qual cosa constituïx el millor retorn de la inversió en salut.

La nostra proposta de valor per als finançadors és, per tant, aconseguir els millors resultats en salut per mitjans més eficients i assegurar el millor aprofitament dels recursos posats a la nostra disposició.

Objectiu específic

OE.2: Mantindre increments de costos sostenibles.
LA Monitoritzar els components principals del gasto sanitari.

118

AGENTS D'INTERÉS

D Responsabilitzar cada pacient de la seua salut

- **D1** Aconseguir un millor compliment dels tractaments
- **D2** Participar activament en les decisions sobre la seua salut

D Responsabilitzar cada pacient de la seua salut

El Pla de Salut busca aconseguir un pacient proactiu, que es preocupa de la millora de la seua salut, confia en el sistema, complix el tractament i utilitza els servicis de manera eficient en benefici seu.

Fins fa no molt de temps, era el metge l'element fonamental en la relació amb el pacient. Però el paper del professional en l'aliança terapèutica està en plena transformació: no sols ha de guiar-se pel principi de curar, sinó que a més, ha de tindre en compte el principi d'autonomia del pacient (informació i consentiment).

Els mitjans de comunicació social han contribuït que el pacient estiga cada vegada més informat, siga més exigent i tinga elevades expectatives del que espera rebre del sistema.

Esta situació d'"apoderament" (*empowerment*) del pacient contribuirà notablement a la percepció de la qualitat dels servicis i, per tant, a la satisfacció de l'usuari.

Això implica adoptar esquemes innovadors d'atenció que descansen sobre la base de la informació. Encara que este és un enfocament general, es referix molt especialment als nous models del tractament de la cronicitat.

D1 Aconseguir un millor compliment dels tractaments

Perquè la prescripció mèdica siga efectiva i la relació benefici-risc favorable, el pacient ha de prendre consciència de l'ús de medicaments, i ser responsable de seguir les indicacions pautades.

Una de les principals causes de no assolir els objectius esperats, en els tractaments prescrits, és la falta de compliment definit com a: "grau en què la conducta d'un pacient, en relació amb la presa de medicació, el seguiment d'una dieta o la modificació d'hàbits i estils de vida, coincidix amb les instruccions proporcionades pel personal sanitari".

D'altra banda, molts dels pacients amb malalties cròniques patixen diversos processos patològics simultanis, la qual cosa fa que hagen de prendre diversos medicaments (pacients polimedicats), que en dificulta el compliment.

L'aposta per l'atenció a la cronicitat inclou noves formes de realitzar el seguiment, que redunden en una formació més àmplia del pacient per a aconseguir un compliment major dels tractaments i de les recomanacions.

L'objectiu implica analitzar la informació disponible sobre el compliment dels tractaments, per a investigar la possible existència de col·lectius de pacients que presenten ràtios de compliment menors del que s'ha esperat, i revisar el seu procés per a millorar-lo. En alguns casos, la falta d'adherència al tractament redunda, no sols en perjuí del mateix pacient sinó també en la salut de la comunitat.

Objectius específics:

OE.3: Aconseguir un 25% de pacients hipertensos de 15 o més anys d'edat en què es registra en la història clínica el compliment del tractament farmacològic en els últims 2 anys.

LA Impulsar el registre del compliment terapèutic en el sistema Abucasis.

LA Generar alertes en Abucasis relacionades amb l'incompliment del tractament de la hipertensió arterial.

LA Desenrotllar en Atenció Primària programes de formació, dirigits als professionals sanitaris, sobre la importància del compliment terapèutic en la hipertensió arterial.

OE.4: Disminuir la contagiositat i les recidives dels pacients amb tuberculosi, que requerixen un enfocament específic pel seu risc d'abandó del tractament, millorant l'accés a este en el temps i lloc necessaris.

LA Dirigir la vigilància epidemiològica als grups amb major risc d'abandó.

OE.5: Facilitar l'accés al tractament antiretroviral i els programes d'adherència a este.

LA Intensificar les activitats i els programes d'adherència al tractament antiretroviral.

LA Promocionar, entre el personal sanitari, la importància de la profilaxi postexposició no ocupacional (PPENO) en els casos en què està indicada.

OE.6: Millorar l'adherència al tractament dels pacients drogodependents en els dispositius de l'Agència Valenciana de Salut i dels recursos complementaris de drogodependències.

LA Incrementar el nombre de contactes amb la unitat de conductes addictives (UCA) durant els tres primers mesos de tractament.

LA Reduir el temps de demora d'accés a la unitat en la primera cita.

LA Disminuir el nombre d'altes voluntàries de tractament en centres complementaris de drogodependències

OE.7: Revisar els historials farmacoterapèutics d'un nombre determinat de pacients crònics i polimedicats, a fi de realitzar les intervencions necessàries que donen lloc a una millora en l'eficàcia i seguretat dels tractaments.

LA Detectar els problemes relacionats amb els medicaments (PRM) dels pacients REFAR (revisió farmacoterapèutica) per a realitzar les actuacions pertinents.

LA Realitzar el seguiment dels pacients REFAR per a mesurar el compliment terapèutic a través d'un full de seguiment en SIA.

120

D2 Participar activament en les decisions sobre la seua salut

Este objectiu s'inicia amb la participació del pacient en les decisions que afecten la seua salut, el seu estil de vida i hàbits i amb l'atenció sanitària que rep.

En els actuals perfils de pacients observem el creixement d'un ampli segment d'usuaris cada vegada amb més cultura sanitària, més informats sobre els seus problemes de salut, proactius en la millora de la seua salut i exigents. Este perfil requerix consolidar, entre els professionals sanitaris, i en l'organització dels servicis, l'aposta per la informació al pacient i la consulta de la seua voluntat sobre l'atenció que se li prestarà.

L'objectiu implica, per tant, fomentar la informació i la possibilitat d'elecció entre les diferents opcions d'atenció i de tractament.

Objectius específics:

OE.8: Facilitar la presa de decisions informades de la població respecte a la participació en els programes de triatge de càncer i altres intervencions sanitàries.

LA Elaborar materials per a població i professionals amb criteris per a la presa de decisions.

OE.9: Fomentar la participació activa del pacient major dependent i la seua família, de manera que es convertisca en el protagonista del procés assistencial i es garantisca un tracte digne.

LA Afavorir la implicació dels professionals dels departaments respecte als drets dels pacients, com ara intimitat, participació del pacient, informació i autonomia.

LA Potenciar els estudis dirigits a valorar la satisfacció dels pacients/cuidadors amb les atencions sanitàries rebudes.

LA Fomentar la responsabilitat del pacient i cuidador en les cures de la seua pròpia salut.

OE.10: Proporcionar informació i formació per a afavorir el desenrotllament d'actituds positives, en les dones i en els hòmens, envers la maternitat.

LA Promoure la presència del pare, o de la persona que la mare desitge com a acompanyant, durant el procés del part.

LA Editar el material divulgatiu sobre les cures a la dona en l'embaràs, part i puerperi, i bebé després del naixement, tant en suport paper com en les pàgines web pròpies de la Conselleria de Sanitat.

LA Facilitar l'accessibilitat de les dones embarassades i les seues parelles als tallers de preparació a la maternitat/paternitat, i oferir-los tallers en totes les zones bàsiques de salut en horari de matí i, almenys, en un centre sanitari de cada departament en horari de vesprada.

AGENTS D'INTERÉS

E Aconseguir els millors nivells de capacitació

- **E1** Millorar el coneixement dels riscos per a la seua salut
- **E2** Disposar de personal cuidador format i satisfet

E Aconseguir els millors nivells de capacitació

La proactivitat a la qual ens referíem en la línia estratègica anterior s'aconseguix per mitjà d'una inversió per a aconseguir pacients altament informats, coneixedors dels riscos de la seua malaltia i de les estratègies per a manejar i mantindre la salut.

En bona part dels casos, implica que el sistema es fa càrrec també de les persones que els cuiden, avaluant-ne la participació, formant-los i donant-los el suport adequat.

E1 Millorar el coneixement dels riscos per a la seua salut

El desenrotllament i l'extensió a tot el sistema de noves formes d'informació i educació sanitària redundarà a aconseguir que els pacients:

- Coneguen les implicacions dels hàbits i estils de vida sobre el desenrotllament de les seues malalties.
- Identifiquen els riscos que perjudiquen la seua salut.
- Coneguen millor la seua malaltia.
- Manegen millor i de manera més autònoma la malaltia.

El que es pretén és que el pacient passe de ser un element passiu que espera que els seus problemes de salut se'ls resolguen els altres, a un pacient actiu, ben informat, que pren decisions sobre la seua pròpia vida.

El pacient capacitat és el que es preocupa de la seua salut i es fa responsable d'obtindre la millor assistència sanitària possible i de controlar l'evolució de la seua malaltia, establint una col·laboració real i efectiva amb el personal mèdic, i contribuint a la millora de la qualitat dels servicis sanitaris.

Aconseguir-ho implica utilitzar intensivament, al llarg de tota la xarxa, els formats més eficients d'educació sanitària disponibles, així com avaluar periòdicament el nivell de capacitació del pacient per a la seua autoatenció.

En un escenari de recursos limitats com l'actual, el coneixement per part dels pacients dels riscos per a la seua salut facilita la seua autoatenció, adherència al tractament i, per tant, pren el pacient un paper actiu en l'atenció de la seua salut i en la sostenibilitat del sistema.

En definitiva, es tracta de fer una sanitat centrada en el pacient amb el pacient.

Objectius específics:

OE.11: Fomentar, en població major de 50 anys, les activitats de promoció de la salut i prevenció de l'artrosi (autocures, educació, "pacient capacitat") enfront de la hiperfreqüentació i el mal ús dels recursos.

LA Elaborar un document sobre activitats de promoció de la salut i prevenció de l'artrosi (autocures, educació, "pacient capacitat")

dirigit als professionals sanitaris dels centres de salut.

LA *Realitzar sessions formatives grupals per part de les unitats funcionals bàsiques de promoció de la salut i prevenció de l'artrosi dirigides a capacitació de pacients.*

OE.12: Millorar amb l'educació diabetològica l'autoatenció del pacient amb diabetis.

LA *Formar en diabetis i educació terapèutica els professionals sanitaris que atenen pacients amb diabetis mellitus tipus II per a dur a terme el programa.*

OE.13: Augmentar el coneixement/sensibilització dels pacients, sobre els riscos d'infeccions nosocomials associades.

LA *Explicitar els riscos d'infecció associada a l'assistència en els documents de consentiment informat.*

LA *Realitzar campanyes institucionals d'educació sanitària i sensibilització ciutadana per a la prevenció d'infeccions nosocomials.*

E2 Disposar de personal cuidador format i satisfet

Les persones hem cuidat les unes de les altres des de sempre; no obstant això, és en l'actualitat quan ens adonem d'això més clarament, ja que la població que necessita de cures va augmentant i fa augmentar també la població que ha de cuidar d'altres persones.

Esta situació ha provocat que l'augment del nombre de persones cuidadores, ja siguen familiars, voluntariat, o aquells que cuiden de manera secundària, com a suport a la persona cuidadora principal, ens ha arribat de manera inesperada. Per això, és ara després d'un temps, quan veiem les repercussions que té per al personal cuidador esta situació de prestar atenció a altres.

Per tant, l'atenció sanitària, moltes vegades no es dirigix només als pacients sinó també al seu entorn familiar i a la xarxa social cuidadora. Esta situació és especialment evident en els casos de combinació de malaltia amb dependència.

Es proposa, des del III Pla de Salut, la realització de programes específics destinats a "cuidar la persona cuidadora". Suposa intervindre, des de l'inici dels processos de la malaltia, en la identificació de la persona cuidadora, i en la valoració del seu esforç i formació, avaluant i recolzant la seua labor, en especial, en els casos d'alta dedicació amb risc de sobrecàrrega.

Objectius específics:

OE.14: Identificar la persona cuidadora principal de persones majors dependents, oferir suport segons la necessitat d'assistència sanitària.

LA Identificar en la història clínica la persona cuidadora principal de majors dependents.

LA Realitzar accions formatives dirigides a persones cuidadores.

OE.15: Proporcionar al pacient al final de la vida i a la seua família/persona cuidadora informació clara, veraç, d'acord amb les seues necessitats i desitjos.

LA Incloure en la història clínica un apartat específic sobre els desitjos d'informació expressats pel pacient (incloent-hi el seu desig de no ser informat), així com la informació proporcionada i la persona o persones que designa per a estar informades.

LA Ressenyar la informació proporcionada al familiar o representant legal, en cas que el pacient no siga competent per a adoptar decisions sobre la seua atenció.

LA Incidir sobre les actituds dels professionals a través de la formació en comunicació, humanització, bioètica...

OE.16: Proporcionar al personal cuidador/familiars de les persones amb trastorn mental greu (TMG), un adequat suport assistencial en funció de les seues necessitats.

LA Fomentar la implantació de programes de suport per a cuidadors de persones amb TMG.

LA Realitzar grups psicoeducatius basats en l'evidència científica de patologies específiques per a familiars.

OE.17: Fomentar la competència parental en l'atenció de la salut infantil.

LA Garantir l'accés a tallers de criança (educació per a la salut en grup) per a famílies de xiquets o xiquetes de 0 a 2 anys d'edat, inclusivament, en els equips d'Atenció Primària.

LA Fomentar la participació del professional sanitari dels equips pediàtrics en l'educació per a la salut en els centres docents, en temes relacionats amb la promoció d'estils de vida saludables i la prevenció de malalties rellevants.

LA Promoure la implantació de noves metodologies en educació per a la salut relacionades amb la promoció dels estils de vida saludable i la prevenció de les malalties més rellevants en la infància i adolescència.

LA Prestar col·laboració perquè es produïsca un augment del nombre de centres docents d'Educació Primària i d'ESO que participen en projectes d'Educació per a la Salut en la Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa (SHE).

AGENTS D'INTERÉS

F **Aconseguir millors oportunitats de vida sana**

- **F1** Millorar els hàbits i estils de vida
- **F2** Assegurar les intervencions preventives

F Aconseguir millors oportunitats de vida sana

El III Pla de Salut assumix la responsabilitat de procurar que els ciutadans sans no emmalaltisquen i es mantinguen el màxim temps possible en situació de bona salut.

Això implica una inversió, per part del sistema sanitari, en les intervencions amb major eficàcia demostrada per a generar i mantindre hàbits saludables.

Suposa, igualment, que el sistema de salut s'implique proactivament a captar el màxim nombre possible de ciutadans per a la realització d'intervencions preventives (vacunació, triatge de malalties...).

Tot això requerix posar en marxa un conjunt prou complex d'estratègies d'identificació, comunicació i canvi de conductes.

F1 Millorar els hàbits i estils de vida

Els hàbits i estils saludables de vida, sens dubte, són un element essencial de la salut individual i col·lectiva. De fet, es pot entendre que són la base sobre la qual se sustenta qualsevol planificació en matèria de salut.

La promoció de la salut s'ha convertit en una de les ferramentes més importants en la millora de la salut d'una població. El seu objectiu és millorar la salut dels individus, oferint-los les ferramentes i condicions necessàries perquè es prenguen decisions informades i responsables que incloguen el criteri "salut" de manera prevalent.

El III Pla de Salut ha de servir als ciutadans com a instrument de millora dels seus hàbits i estils de vida, per a aconseguir una població més sana a llarg termini. És molt important que el mateix individu assumisca un paper actiu en l'atenció de la seua salut, a fi d'evitar els factors de risc que poden conduir a patir determinades malalties.

La Conselleria de Sanitat ha de liderar les intervencions de promoció i educació en salut, tant en les seues formes directes sobre els usuaris del sistema sanitari com per mitjà de les iniciatives intersectorials sobre els mitjans de comunicació, l'educació, l'empresa, els líders polítics i d'opinió i altres agents socials. Estes intervencions aniran dirigides a la promoció dels hàbits i estils de vida saludables com ara, alimentació, activitat física, salut sexual, etc.

Com a resultat, es pretén una millora general dels ciutadans en els seus hàbits i estils de vida.

Objectius específics:

OE.18: Incrementar en un 5% la població consumidora de dos o més fruites o dos o més verdures al dia.

LA Promoure que els menús escolars i tots els centres educatius continguen diàriament oferta de fruita i verdura de temporada.

LA Promoure la introducció en les cartes dels restaurants de la Comunitat Valenciana d'una oferta diària de fruita i verdura de temporada.

LA Impulsar la cooperació intersectorial per a la difusió dels beneficis del consum de fruites i verdures a través de productors, distribuïdors i punts de venda, mitjans de comunicació i estructura de salut pública i d'atenció sanitària.

LA Implementar la col·laboració necessària per a desenrotllar mesures d'acompanyament per al desenrotllament d'un pla de consum de fruita i de verdures en els centres educatius.

LA Fomentar el consell dietètic d'alimentació saludable des d'Atenció Primària.

OE.19: Disminuir a una prevalença del 15% la població infantojuvenil de 6 a 15 anys, que consumix 3 o més productes dolços (brioxeria, refrescos) a la setmana.

LA Realitzar la difusió dels beneficis resultants derivats de la disminució del consum de brioxeria i refrescos ensucrats a qualsevol edat.

LA Promoure que l'oferta alimentària present en els centres educatius a través de màquines expenedores, cantines i quioscos siga més saludable.

LA Difondre les bondats saludables de l'aigua com a element hidratador primordial en la dieta de les persones.

OE.20: Disminuir en un 8% la prevalença de població que declara no realitzar cap d'exercici físic en el seu temps lliure.

LA Dotar els professionals sanitaris de les ferramentes necessàries per a poder realitzar l'avaluació de la intensitat de la pràctica d'activitat física habitual.

LA Dotar els professionals sanitaris dels materials de suport necessaris per a poder recomanar la pràctica d'activitat física habitual, en totes les persones que contacten amb el sistema sanitari.

LA Promoure la localització i divulgació de circuits per a la pràctica d'activitat física segura en l'entorn dels centres de salut.

LA Realitzar difusió, a través dels mitjans de comunicació social, dels avantatges derivats de realitzar activitat física regularment.

LA Promoure la disponibilitat dels espais aptes per a la pràctica d'activitat física dels centres educatius més enllà dels horaris escolars.

LA Incentivar la pràctica d'activitat física de manera col·lectiva i familiar.

OE.21: Promocionar accions que conduïsquen a la disminució del pes del material escolar que la població infantil porta en les motxilles.

LA Realitzar campanyes d'informació en centres de Primària i ESO sobre el pes adequat del material escolar que s'ha de portar en les motxilles.

LA Promoure en les editorials la divisió dels llibres de text de Primària i ESO en 3 o 4 fascicles.

126

LA Valorar els centres de Primària i ESO que no disposen de taquilles per al material escolar i proposar-los la seua instal·lació.

OE.22: Promoure en la població adolescent, en el medi escolar, actituds i pràctiques saludables i segures respecte a la seua salut sexual i reproductiva.

LA Desenrotllar programes estructurats i coordinats d'Educació en Salut Sexual en ESO i Formació Professional.

OE.23: Augmentar la percepció de risc dels jóvens de 15 a 24 anys, enfront del consum d'alcohol i altres drogues, en especial cànnabis i psicoestimulants.

LA Realitzar campanyes informatives i de sensibilització a través dels mitjans de comunicació tradicionals (premsa, ràdio, televisió) i dels mitjans d'internet (web, xarxes socials).

LA Formar i treballar directament amb els professionals dels mitjans de comunicació perquè facen un tractament informatiu no contrapreventiu de la informació sobre alcohol i drogues.

LA Realitzar programes de reducció de riscos en els escenaris de consum de la població jove.

LA Reforçar els programes de prevenció escolar i les actuacions preventives en cicles d'ensenyança superior.

F2 Assegurar les intervencions preventives

L'altra gran dimensió, amb la qual el ciutadà pot millorar la seua salut, la constituïx el seguiment sistemàtic de les recomanacions basades en l'evidència sobre mesures preventives.

Estes inclouen activitats com les vacunacions sistemàtiques en el xiquet i en l'adult, i els programes de triatge de càncer o factors de risc.

En esta activitat, gestionada conjuntament pels servicis de Salut Pública i de l'Agència Valenciana de Salut, s'introduïx un element de proactivitat en el qual els servicis sanitaris no es limiten a atendre els seus usuaris, sinó que busquen la població en risc per a recomanar-los acudir a estes intervencions.

Objectius específics:

OE.24: Aconseguir en finalitzar el període de vigència del Pla de Salut, una cobertura vacunal registrada en el RVN enfront de: poliomielitis 3a dosi (6 mesos) > 90%; triple vírica (TV) 1a dosi (15 mesos) > 90%; DTPa 4a dosi (18 mesos) > 90%; triple vírica (TV) 2a dosi (5-6 anys) > 85% i Tètans / Diftèria adolescents (Td) 6a dosi (14 anys) > 85%.

LA Implementar la recaptació activa a través del Sistema d'Informació Vacunal (SIV), utilitzant les TIC per a les etapes de vacunació incloses.

LA Desenrotllar un pla d'informació per a pares/tutors i ciutadans, i de formació i informació per a personal docent i sanitari.

LA Desenrotllar un protocol de retroalimentació de la informació per a sanitaris, pares, ciutadans i mitjans de comunicació.

OE.25: Aconseguir en finalitzar el període de vigència del Pla de Salut, una cobertura de vacunació registrada en el Registre de Vacunes Nominal (RVN) enfront de: grip en ≥ 65 anys > 60%, grip en el grup de risc "treballadors de centres sociosanitaris" > 50%, grip en població < 15 anys dels grups de risc > 50%.

LA Implementar la recaptació activa a través del Sistema d'Informació Vacunal (SIV), utilitzant les TIC.

LA Desenrotllar un pla d'informació per a ciutadans i de formació i informació per a personal sociosanitari.

LA Desenrotllar un protocol de retroalimentació de la informació per a sanitaris, ciutadans i mitjans de comunicació.

LA Millorar la codificació, per mitjà de CIE 9, dels xiquets amb patologia crònica cardiorespiratòria, amb processos metabòlics crònics, disfunció renal, hemoglobionopaties o immunodeprimits i xiquets sotmesos a tractaments prolongats amb salicilats.

OE.26: Aconseguir en finalitzar el període de vigència del Pla de Salut, una cobertura vacunal registrada en el Registre de Vacunes Nominal (RVN) enfront de pneumococ en ≥ 15 anys de les persones amb asplènia i amb VIH > 30%.

LA Implementar la recaptació activa a través del Sistema d'Informació Vacunal (SIV), utilitzant les TIC.

LA Elaborar i difondre protocol de vacunació, segons l'evidència científica, enfront de pneumococ en població adulta per a les patologies enfront de les que hi ha clara evidència científica.

LA Millorar la codificació per mitjà de CIE 9 dels pacients amb asplènia i/o VIH.

OE.27: Incrementar la cobertura vacunal de les xiquetes de 14 anys enfront del virus del papil·loma humà un 10% en cada grup, prenent com a referència la cobertura vacunal aconseguida en el grup de 1995.

LA Realització de campanyes informatives dirigides a les xiquetes, els seus pares i els professionals sanitaris.

LA Informar per correu totes les xiquetes una vegada s'incorporen al grup.

LA Potenciar la utilització dels sistemes de captació actius inclosos en el Sistema d'Informació Vacunal de la Conselleria de Sanitat.

LA Realitzar intervencions en les xarxes socials per a afavorir la vacunació.

LA Definir estratègies de vacunació adaptades a la situació específica de cada centre per a optimitzar la vacunació.

128

OE.28: Frenar la tendència ascendent en la prevalença del sobrepés i l'obesitat, en la població adulta a curt termini i invertir-la en un termini intermedi (2013).

LA Sensibilitzar la població sobre la consideració de l'obesitat i el sobrepés com a malalties cròniques lligades als "estils de vida", i implicar-la en la seua prevenció i tractament.

LA Fomentar la implicació dels professionals sanitaris en la prevenció, diagnòstic i tractament del sobrepés i l'obesitat.

LA Afavorir la implicació dels agents socials (indústria alimentària, mitjans de comunicació, etc.).

OE.29: Frenar la tendència ascendent en la prevalença d'excés de pes (sobrepés i obesitat) en la població infantil.

LA Sensibilitzar els futurs pares i mares sobre la importància per a la salut del seu futur fill/a, de les cures i l'alimentació saludable durant l'embaràs i de la lactància materna.

LA Facilitar els entorns adequats i promoure en les famílies l'adopció d'hàbits d'alimentació saludable des del naixement, especialment en lactants i preescolars, i de la pràctica d'activitat física adequada a l'edat.

LA Formar i sensibilitzar els professionals sanitaris sobre la importància del consell de salut (en alimentació, activitat física adequada i limitació del temps d'oci sedentari), integrat en els exàmens de salut infantil i un altre contacte.

OE.30: Millorar la detecció precoç i el tractament preventiu i terapèutic dels xiquets/xiquetes amb excés de pes (sobrepés i obesitat).

LA Formar i sensibilitzar els professionals sanitaris sobre la rellevància d'identificar precoçment els factors de risc de l'excés de pes (investigació i registre rutinari des del moment de l'obertura de la història clínica).

LA Donar suport a la labor dels professionals sanitaris en la detecció i el tractament del sobrepés i l'obesitat en Atenció Primària.

LA Assegurar la identificació de complicacions o comorbilitat associada a l'obesitat infantil i la intervenció adequada, donant suport a la continuïtat assistencial entre nivells.

OE.31: Reduir la prevalença del consum de tabac en majors de 15 anys, de manera que, en finalitzar el període de vigència del Pla, no supere el 26,5% (30% en hòmens i 23% en dones).

LA Promocionar la intervenció breu en tots els nivells assistencials de la xarxa sanitària.

LA Promoure programes d'ajuda per a l'abandó del tabac en l'àmbit laboral, prioritàriament en el sector sanitari i educatiu.

LA Realitzar campanyes de sensibilització dirigides a la població general sobre el risc del tabaquisme, tant actiu com passiu, i l'alta capacitat addictiva de la nicotina, aprofitant l'ús de noves tecnologies de la informació i les xarxes socials.

OE.32: Disminuir les conseqüències de l'ús problemàtic de l'alcohol o altres drogues amb especial atenció als accidents de trànsit.

LA Implementar intervencions de prevenció selectiva en conductors sancionats per l'ús d'alcohol o altres drogues.

LA Fomentar campanyes específiques de sensibilització sobre alcohol i conducció, i sobre alcohol i treball.

LA Promoure estudis de morbiditat i discapacitat generada relacionada amb els accidents de trànsit amb implicació d'alcohol o altres drogues.

LA Intensificar la prevenció i detecció precoç de problemes d'alcohol o altres drogues en l'àmbit laboral.

OE.33: Assegurar les mesures de prevenció i de detecció precoç en les primeres etapes de la vida per a disminuir la discapacitat.

LA Facilitar l'accés als servicis d'Atenció Primària dels xiquets de bolquers prematurs i d'altres xiquets de bolquers amb risc o problemes de desenrotllament.

LA Facilitar la implantació dels programes de detecció precoç de malalties congènites, recomanats d'acord amb l'evidència científica.

LA Fomentar la detecció precoç de problemes de salut mental, especialment d'aquells més rellevants en la infància i adolescència, incorporant-la al programa de supervisió de la salut infantil i coordinant-la amb els centres docents.

OE.34: Disminuir la taxa de xiquets de bolquers amb baix pes quan naixen (pes menor de 2.500 g).

LA Facilitar l'abandó de l'hàbit del tabac en les dones embarassades fumadores, mitjançant l'assessoria per part de les comares i altres professionals sanitaris.

LA Difondre entre la població en edat fèrtil la importància de l'edat en la salut reproductiva.

OE.35: Augmentar la detecció precoç del càncer i estendre el programa de detecció precoç de càncer colorectal, millorant l'equitat en l'accés als programes de detecció precoç i protocols ja establits (mama i coll d'úter).

LA Estendre i millorar la participació del programa de detecció precoç de càncer colorectal.

LA Millorar l'accés als programes de detecció precoç de càncer de coll d'úter.

LA Millorar l'equitat en l'accés als programes de detecció precoç i protocols ja establits de càncer de mama, còlon i cèrvix.

OE.36: Aconseguir en els pacients de 40 o més anys d'edat, un registre en la història clínica de xifres de pressió arterial d'un 50% en els últims dos anys.

LA Impulsar el registre dels valors de pressió arterial en el sistema Abucasis, tant en Atenció Primària com en Especialitzada.

130

LA *Potenciar el rol dels professionals d'infermeria en el procés de registre de les xifres de pressió arterial.*

OE.37: Augmentar la realització d'intervencions breus des de l'Atenció Primària per a la detecció precoç del consum problemàtic d'alcohol.

LA *Formar intensivament en intervenció breu i detecció precoç els professionals d'Atenció Primària (infermeria, medicina familiar i comunitària).*

LA *Incorporar a la cartera de cursos de formació contínua/continuada de l'EVES, el curs d'intervenció breu en alcohol.*

LA *Influir perquè la tècnica d'intervenció breu s'incorpore com a matèria obligatòria al currículum dels estudis universitaris en ciències de la salut.*

OE.38: Fomentar la detecció precoç de malalties inflamatòries cròniques (artritis reumatoide i espondiloartritis).

LA *Incrementar la difusió, en nombre més gran de departaments de salut, del document en què es recullen els criteris de derivació de pacients en Reumatologia, segons estudi SERAP i estudi ESPERANZA, ambdós de la Societat Espanyola de Reumatologia.*

LA *Organitzar sessions formatives en Atenció Primària sobre detecció precoç de malalties inflamatòries cròniques (artritis reumatoide i espondiloartritis).*

OE.39: Disminuir la incidència de tuberculosi per mitjà de l'estudi i tractament corresponent, dels contactes de pacients amb tuberculosi pulmonar amb estudi microbiològic positiu.

LA *Millorar l'exhaustivitat dels estudis de contactes dels casos de tuberculosi bacil·lífers.*

OE.40: Reduir la incidència de la infecció per VIH en hòmens que tenen sexe amb hòmens (HSH).

LA *Intensificar les activitats per a augmentar la percepció de risc individual en hòmens que tenen sexe amb hòmens (HSH).*

OE.41: Desenrotllar estratègies de prevenció primària dirigides a la prevenció, seguiment i control dels factors de risc cardiovascular.

LA *Tractar els factors de risc de la malaltia cardiovascular: hipertensió arterial, diabetis, obesitat, tabac, alimentació, nutrició i activitat física, des de distints objectius d'este Pla.*

LA *Identificar i registrar adequadament en la història clínica les persones amb antecedents documentats de malaltia cardiovascular (malaltia coronària o qualsevol altra malaltia arterial oclusiva: cerebral o perifèrica).*

LA *Identificar i registrar adequadament en la història clínica totes les persones amb algun factor de risc cardiovascular (tabaquisme, hipertensió arterial, dislipèmia, diabetis mellitus i obesitat).*

LA *Calcular i valorar el risc cardiovascular a les persones amb factor de risc sense símptomes de malaltia, oferir en funció del seu*

nivell de risc les intervencions preventives i terapèutiques per a controlar els factors de risc i reduir-los.

OE.42: Arribar al 60% de pacients hipertensos d'edat ≥ 15 anys, amb xifres de pressió arterial sistòlica < 140 i pressió arterial diastòlica < 90 mmHg, en l'últim registre de la pressió arterial realitzat en els 12 mesos previs.

LA Prioritzar el control de la hipertensió arterial en la gestió de processos assistencials, i crear incentius per objectius aconseguits en el control de la hipertensió arterial.

LA Desenrotllar programes estables de formació d'alta qualitat que permeten als professionals mèdics i d'infermeria actualitzar i millorar els seus coneixements sobre el maneig de la hipertensió.

LA Generar alertes en Abucasis per a aquells camps de la història clínica del pacient relacionats amb el control de la hipertensió arterial.

LA Promoure, des dels sistemes de gestió d'Atenció Primària, accions concretes encaminades a una millor detecció dels pacients, una major perseverança i una acció més sistemàtica en el control, per a evitar la inèrcia clínica.

OE.43: Millorar el diagnòstic de dislipèmia en població general.

LA Incrementar la utilització del sistema Abucasis en Atenció Primària i Especialitzada, amb la implementació en la història clínica electrònica dels diagnòstics de dislipèmia, hipercolesterolèmia i hipertrigliceridèmia.

LA Millorar l'accessibilitat als resultats de les proves de laboratori, amb el bolcat directe a la història clínica electrònica, de les determinacions realitzades en l'àmbit d'Atenció Primària i Especialitzada/Hospitalària.

LA Crear per a la Comunitat Valenciana, un imprés o un format electrònic unificat per a sol·licitud de proves de laboratori que permeta que les peticions puguen ser cursades entre departaments, independentment de l'origen de la petició.

OE.44: Incrementar la detecció precoç de pacients diabètics amb peu de risc en Atenció Primària.

LA Fomentar l'educació podològica del personal sanitari encarregat de realitzar la valoració clínica de risc de lesió.

OE.45: Proporcionar accés precoç a programes de prevenció secundària i rehabilitació cardíaca per als pacients donats d'alta hospitalària per síndrome coronària aguda, incloent-hi familiars i persones cuidadores.

LA Proporcionar als pacients el tractament integral adequat, com ara dietètic, farmacològic, de prevenció secundària i rehabilitació, d'exercici i de suport social.

LA Realitzar un adequat tractament d'antiagregació i anticoagulació en aquells pacients que ho requerisquen.

LA Crear, posar en marxa i mantindre els programes multifactorials i internivells de prevenció secundària i rehabilitació cardíaca, iniciats en l'estada hospitalària, proporcionant la informació pertinent respecte a l'alta per a la seua continuació.

OE.46: Desenrotllar estratègies per a la prevenció secundària de l'ictus.

LA Preparar els pacients amb ictus i AIT (accident isquèmic transitori), perquè mantinguen el control dels factors de risc i subministrar-los tractament mèdic preventiu.

LA Posar en marxa mesures per a conéixer i augmentar el percentatge de pacients que mantenen l'adherència al tractament a l'any i als 5 anys.

AGENTS D'INTERÉS

G Construir compromisos per la salut

- **G1** Aconseguir compromisos de promoció i prevenció
- **G2** Garantir una informació de qualitat als agents socials

G Construir compromisos per la salut

Aconseguir ciutadans sans és un esforç de tota la societat. L'objectiu del Pla de Salut tracta, per tant, de construir aliances estratègiques, amb tots els agents i representants socials, per a facilitar-los informació d'alt valor, consolidant compromisos de promoció de la salut i prevenció.

Els mitjans de comunicació de masses constituïxen un terreny bàsic en este objectiu. L'esforç del Pla de Salut ha de centrar-se a transmetre informació sistemàtica d'alt valor per a ells i aconseguir col·laboracions estables de promoció d'hàbits saludables.

G1 Aconseguir compromisos de promoció i prevenció

Per a aconseguir gaudir de bona salut és necessari establir compromisos on s'impliquen activament tots els sectors de la societat en la promoció de la salut i prevenció de malalties. Esta implicació comença amb l'entorn familiar en què ens trobem, i continua en àmbits quotidians com ara l'escola, l'empresa, etc. Potenciar i establir compromisos des dels diferents grups de la societat és un compromís d'este nou Pla.

Objectius específics:

OE.47: Fomentar la participació familiar en les tasques de prevenció de l'abús de l'alcohol, les drogues i les addiccions de comportaments.

LA Fomentar les intervencions preventives amb la família a través dels dispositius de salut.
LA Desenrotllar intervencions preventives amb la família des de noves metodologies didàctiques, amb especial incidència en l'ús de tecnologies de la informació i comunicació.
LA Reforçar la col·laboració amb les AMPAS de la Comunitat Valenciana.

OE.48: Abans de finalitzar el 2012, tots els departaments de salut comptaran amb projectes de promoció de la salut adaptats a les necessitats específiques d'estos.
LA Elaborar projectes de salut en cada departament de salut.
LA Avaluar els projectes de salut abans de la finalització del Pla.

G2 Garantir una informació de qualitat als agents socials

El compromís amb els agents socials ha de traduir-se en el subministrament, per part de la Conselleria de Sanitat, d'una informació contínua i de qualitat sobre la millora dels hàbits, estils de vida i les intervencions preventives.

La Conselleria de Sanitat ha de consolidar, per tant, en este III Pla, el seu paper de referent en matèria de salut, amb una actitud proactiva per a generalitzar la difusió i utilització de la informació entre els sectors clau i per part de tots els professionals de la salut.

Objectius específics:

OE.49: Monitoritzar i difondre els resultats obtinguts al llarg del període de vigència del Pla de Salut, a través de distints canals.
LA Analitzar periòdicament les actuacions realitzades per a la consecució dels objectius.
LA Difondre els resultats obtinguts en l'àmbit intern de l'organització i extern.

OE.50: Difondre la informació generada pel Sistema d'Informació en Salut Pública que permeta una anàlisi periòdica sobre els principals aspectes relacionats amb la salut, amb especial insistència en els determinants i desigualtats socials en salut, al conjunt d'usuaris com ara professionals, administració i ciutadans.
LA Preparar i implementar les activitats de formació i difusió del Sistema d'Informació de Salut Pública.

134

AGENTS D'INTERÉS

H Contribuir a un entorn més saludable

H1 Contribuir a millorar els factors de l'entorn

H Contribuir a un entorn més saludable

H1 Contribuir a millorar els factors de l'entorn

La vigilància i el control de l'entorn és un altre dels components essencials en el Pla de Salut.

La Conselleria de Sanitat intervé en este sentit a dos nivells:

- En els àmbits en què té competències pròpies per a contribuir a un entorn més segur, com en el cas de la seguretat alimentària, en què l'Administració autonòmica realitza un intens treball d'inspecció i anàlisi, la qual cosa demostra l'efectivitat del Pla de Seguretat Alimentària com a garantia per al consumidor.
- En àmbits que són responsabilitat d'altres sectors, col·laborant en la formació i en la implicació d'estos en els temes amb impacte en la salut, posant a la seua disposició la informació procedent de la vigilància epidemiològica per a detectar precoçment l'aparició de problemes derivats de l'entorn ambiental.

El resultat buscat és el d'un entorn cada vegada més saludable i exempt de riscos.

Objectius específics:

OE.51: Conscienciar la població dels perjuís del tabaquisme passiu.

LA Realitzar campanyes informatives sobre l'aplicació de la normativa que regula el consum de tabac i de sensibilització, dirigida a la població general, a fi d'augmentar l'acceptabilitat social de la normativa referent al tabaquisme.

LA Difondre informació sobre els efectes perniciosos de l'exposició passiva al fum del tabac, destacant l'especial importància de no fumar durant l'embaràs, ni en presència de xiquets, ancians i malalts.

OE.52: Assegurar el control de les indústries i establiments alimentaris, segons el que establix els plans d'acció del Pla de Seguretat Alimentària corresponents al període 2010-2013.

LA Planificar la vigilància sistemàtica, basant-se en el risc.

LA Realitzar les visites de control.

AGENTS D'INTERÉS

I Millorar la sostenibilitat

- **I1** Contindre els costos per mitjà d'intervencions de prevenció i promoció
- **I2** Millorar l'eficiència dels recursos

I Millorar la sostenibilitat

El Pla de Salut té davant dels finançadors del sistema de salut la responsabilitat de demostrar el retorn de la inversió realitzada, fent veure que les seues intervencions són eficients en termes de millora dels costos sanitaris i de guany en salut.

Així mateix, ha de demostrar que utilitza els recursos posats a la seua disposició de la manera més eficient.

El Pla de Salut té, a més, el compromís de millorar la salut global de la població com a font generadora de riquesa per al conjunt de la societat.

I1 Contindre els costos per mitjà d'intervencions de prevenció i promoció

Les necessitats sanitàries dels pacients amb malalties cròniques requerixen gastos directes, als quals es dediquen una part molt important dels recursos. A més, hi ha costos indirectes com ara la reducció del rendiment laboral, la pèrdua de dies de treball i els gastos de les cures. És necessària, doncs, la posada en marxa d'intervencions amb impacte en este sentit.

El nostre sistema sanitari presenta indicadors de sobreutilització de l'atenció ambulatòria i utilització inadequada dels servicis d'urgències.

Cada vegada es potencia més l'Atenció Primària, a través d'una millor qualificació dels professionals, no sols perquè augmenta la satisfacció dels usuaris sinó també per fer més resolutiu el primer àmbit de l'atenció i incrementar l'eficiència del sistema.

L'Atenció Primària de salut és el nivell assistencial on es produïx el primer contacte del pacient amb el sistema sanitari. És també on es realitzen la majoria de processos de promoció, prevenció i cures, s'aconseguixen bona part dels resultats en salut i es configuren la majoria de les experiències dels pacients.

Aconseguir que el pacient utilitze els servicis de manera més eficaç constituïx un benefici per a l'atenció del mateix pacient i, per a la pròpia sostenibilitat del sistema.

Este objectiu implica la necessitat d'aconseguir nivells de confiança elevats en els servicis ordinaris per a minorar, en la mesura que es puga, la cultura de la sobreutilització de determinats servicis especials, com els d'urgències.

Objectius específics:

OE.53: Reduir el nombre de pacients amb problemes relacionats amb els medicaments (PRM), d'esta manera s'aconseguix un major grau de seguretat en els seus tractaments.

LA Revisar i adaptar els tractaments actius dels pacients, en els quals s'ha detectat un possible problema relacionat amb els medicaments, utilitzant la ferramenta informàtica de PRM, a fi d'aconseguir un major grau de seguretat en els tractaments.

OE.54: Disminuir la taxa de reingressos de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

LA Disminuir la taxa d'hospitalització per exacerbació d'MPOC. Control adequat per nivell de segmentació d'MPOC.

LA Disminuir la taxa anual de visites a urgències per exacerbació d'MPOC.

OE.55: Reduir els ingressos hospitalaris i la mortalitat en pacients amb insuficiència cardíaca.

LA Millorar el tractament de les cardiopaties estructurals més freqüents que evolucionen a insuficiència cardíaca.

LA Optimitzar el tractament farmacològic i les mesures higienicodietètiques, així com millorar l'adherència dels pacients a estos tractaments, en la insuficiència cardíaca crònica.

LA Informar els pacients, amb insuficiència cardíaca amb detall i de la manera més adequada, sobre les mesures higienicodietètiques, control dels factors de risc, així com la correcta presa de la medicació que es prescriga al pacient.

I2 Millorar l'eficiència dels recursos

L'eficiència s'obté també per la via de la gestió dels recursos. Obtindre el millor aprofitament dels costosos recursos, posats a disposició del sistema de salut, és una de les primeres apostes estratègiques del III Pla de Salut.

Objectiu específic:

OE.56: Millorar l'eficiència dels recursos hospitalaris.

LA Incrementar l'adequació de l'estada hospitalària i de les taxes d'ocupació adequades.

LA Seguiment permanent dels indicadors d'estada mitjana, estada mitjana ajustada per casuística i índex d'ocupació en els hospitals.

PROCESSOS INTERNS

J **Gestionar adequadament els processos dels pacients**

- **J1** Implementar programes i estratègies en salut
- **J2** Garantir una assistència integral i integrada
- **J3** Implantar els nous models de gestió del pacient crònic

J Gestionar adequadament els processos dels pacients

Un compromís del Pla de Salut amb els pacients és aconseguir que l'assistència sanitària es preste en el lloc adequat, de manera adequada, d'esta manera s'aconseguixen integrar tots els recursos sense duplicitats ni descoordinacions.

Esta gestió té una especial importància en els processos d'atenció als pacients crònics. Implantar els nous models d'atenció integrada al pacient crònic constituïx el nostre compromís.

J1 Implementar programes i estratègies en salut

Un primer pas en el tractament de moltes patologies i en la promoció d'hàbits i estils de vida saludables, el constituïx l'elaboració i la posada en marxa de programes i estratègies que permeten la planificació dels objectius i de les activitats necessàries per a donar solució als reptes o problemes específics que plantegen.

Objectius específics:

OE.57: Abans del final de 2012 s'haurà dissenyat un Pla Estratègic per a la Promoció d'una Alimentació i Activitat Física Saludables per a la Comunitat.

LA Analitzar la situació relativa a l'alimentació, nutrició i activitat física actual de la població valenciana a través de l'Enquesta de Nutrició.

LA Constituir un grup assessor tècnic de treball per a la realització del Pla Estratègic d'Alimentació i Activitat Física.

LA Elaborar, editar, presentar i difondre el pla estratègic.

OE.58: Que a la data de finalització del Pla de Salut, la Conselleria de Sanitat dispose d'un Pla d'Atenció al Tabaquisme, desenrotllat, alineat i coordinat amb les estratègies i els plans sectorials sobre el tabaquisme i les seues conseqüències.

LA Elaborar protocols d'actuació per part de grups d'experts.

LA Revisar periòdicament el compliment del protocol per a detectar deficiències i elaborar línies de millora.

OE.59: Implantar l'estratègia d'atenció al part i naixement normal en les maternitats.

LA Promoure la disminució de l'intervencionisme en el part (percentatge de parts induïts i cesàries).

LA Proporcionar una continuïtat en l'atenció sanitària a la dona en l'embaràs part i puerperi, per part dels professionals sanitaris d'Atenció Primària i de la maternitat, i adaptar el rol de la comare en el departament de salut.

LA Fomentar la capacitat de decisió de la dona gestant en l'atenció de la seua salut en l'embaràs, en el procés del part i en el puerperi,

138

a través de l'educació i fent-la partícip en la presa de decisions.

LA Millorar les condicions de l'ambient que rodegen el naixement (tant en els parts normals com en els intervinguts).

LA Afavorir la formació dels professionals sanitaris en l'atenció al part normal i en les cures neonatals centrats en el desenrotllament.

OE.60: Dissenyar el Pla de Salut Mental de la Comunitat Valenciana.

LA Elaborar el Pla de Salut Mental.

LA Difondre'l en els departaments de salut per a implementació.

OE.61: Desenrotllar programes per a les persones amb Trastorn Mental Greu de Curs Crònic, en les unitats de Salut Mental.

LA Impulsar l'elaboració de plans/programes de trastorn mental greu en les unitats de Salut Mental.

LA Difondre els programes als departaments de salut.

OE.62: Implementar un Programa d'"Educació per a la Salut", de realització d'exercici físic en persones majors, en centres d'Atenció Primària i centres cívics dependents d'ajuntament i associacions.

LA Realitzar una campanya d'informació sobre la importància de l'exercici físic.

LA Potenciar la formació continuada del personal de les unitats de rehabilitació per al desenrotllament d'estos programes.

LA Coordinar amb altres professionals, la derivació de pacients per a incloure'ls en programes d'"Educació per a la Salut", de realització d'exercici físic en persones majors.

J2 Garantir una assistència integral i integrada

La integració de l'assistència implica un esforç per compartir la informació clínica del pacient entre tots els nivells assistencials, perquè qualsevol procés es realitze amb criteris d'accessibilitat, eficiència i al més alt grau possible de satisfacció dels usuaris.

Es tracta de donar l'atenció adequada en el lloc adequat i, l'organització de processos protocol·litzats d'assistència "sense escalons", en què cada professional i nivell del sistema atén les funcions que li corresponen de manera integrada.

En determinades situacions com en les cures pal·liatives, etc. és necessari prestar una atenció integral, contínua i activa dels pacients i de les seues famílies, i proporcionar l'atenció en el lloc que resulte més convenient per a cada persona, respectant els seus valors i preferències, proporcionant el suport als pacients i les seues famílies amb una adequada comunicació.

El III Pla de Salut aposta per la integració progressiva de l'assistència, sense escalons ni duplicitats, en benefici del pacient i de la sostenibilitat del sistema sanitari.

Objectius específics:

OE.63: Potenciar la realització d'un pla d'atenció integral (PAI) per a cada pacient en: cures pal·liatives, malaltia neurodegenerativa/demència i trastorn mental greu de curs crònic.

LA Realitzar una valoració multidimensional prèvia a l'elaboració del PAI.

LA Elaborar un PAI que quede recollit com a element bàsic de la història clínica amb la participació del pacient.

LA Incorporar a l'elaboració del Pla de Salut Mental l'objectiu de potenciar la realització d'un PAI a persones amb trastorn mental greu de curs crònic.

OE.64: Reduir la mortalitat per càncer, especialment en les persones amb menys de 65 anys, i augmentar la supervivència específicament en els tumors de mama, colorectal, pròstata i pulmó, acostant-la als estàndards d'excel·lència.

LA Elaborar el III Pla Oncològic de la Comunitat Valenciana i desenrotllar diferents línies d'acció.

OE.65: Establir circuits que permeten l'accés ràpid a les prestacions diagnòstiques, terapèutiques, de rehabilitació i atenció de seqüeles del càncer.

LA Implementar vies ràpides per al diagnòstic de càncer entre els diferents nivells assistencials.

OE.66: Assegurar l'atenció adequada i la continuïtat assistencial en el seguiment de les persones que són llargs supervivents de càncer.

LA Establir protocols de continuïtat entre primària i especialitzada que garantisquen la integració assistencial oncològica en els departaments.

140

OE.67: Augmentar el percentatge de població amb ictus que és tractada dins del termini i la forma adequada.

LA Aconseguir una adequada organització de l'assistència sanitària urgent a l'ictus.

LA Crear unitats funcionals d'ictus, multidisciplinàries, en els departaments de salut, de manera que conformen una xarxa assistencial d'unitats funcionals o equips d'ictus.

LA Crear unitats funcionals de dany cerebral sobrevingut en els hospitals d'atenció a malalts crònics i de llarga estada.

OE.68: Aconseguir la màxima autonomia funcional possible dels pacients amb ictus.

LA Promoure la incorporació a programes de rehabilitació de tots els pacients que ho requerisquen després d'un ictus.

LA Iniciar precoçment la rehabilitació en la fase aguda de l'ictus.

LA Protocol·litzar l'alta dels pacients amb ictus.

OE.69: Millorar les estratègies de reperfusió cardíaca en l'infart agut de miocardi.

LA Reduir el temps entre l'inici dels símptomes i el primer contacte amb el sistema sanitari.

LA Proporcionar transport ràpid a l'hospital, amb personal capacitat i equipament adequat amb capacitat de desfibril·lar en el mínim de temps possible.

LA Realitzar tractament de reperfusió precoç, definint per a això una xarxa assistencial a la Comunitat Valenciana, per a atendre la síndrome coronària aguda amb angioplàstia primària i fibrinòlisi, establint els fluxos per a l'atenció a estos pacients

OE.70: Adequar l'organització del sistema sanitari per a proporcionar a les persones amb malalties neurodegeneratives/demències i els seus familiars o cuidadors o cuidadores una atenció integral i integrada.

LA Definir en els departaments de salut el circuit assistencial per a l'atenció, en l'entorn més pròxim possible, de persones amb malaltia neurodegenerativa/demències.

OE.71: Adequar l'organització sanitària a les necessitats en salut de les persones majors dependents, per a garantir la continuïtat de les cures.

LA Establir un protocol de seguiment en els equips d'Atenció Primària que afavorisca l'assistència sanitària en l'entorn més pròxim al pacient.

OE.72: Proporcionar una assistència sanitària de qualitat a la població major dependent amb pèrdua d'algun grau d'autonomia, basada en les millors pràctiques i evidències científiques cost-efectives.

LA Elaborar "documents de bones pràctiques d'assistència sanitària a la persona major dependent".

LA Difondre els documents de bones pràctiques d'assistència sanitària a la persona major dependent.

OE.73: Garantir que els pacients o les pacients que ho requerisquen puguen rebre cures pal·liatives en tots els departaments de salut, a fi de potenciar els equips d'Atenció Primària com a responsables de les cures pal·liatives.

LA Establir programes de cures pal·liatives en tots els departaments de salut alineats amb les línies directrius del Pla de Cures Pal·liatives de la Comunitat Valenciana 2010-2013.

LA Configurar l'Equip de Suport de Cures Pal·liatives del departament (ES) integrat, amb funcions a la comunitat i a l'hospital.

LA Promoure l'existència en cada centre de salut d'un metge i d'una infermera com a referents del programa de cures pal·liatives.

OE.74: Impulsar l'activitat de les "unitats funcionals de diabetis", dels departaments sanitaris, per a millorar l'assistència diabetològica a la Comunitat Valenciana.

LA Establir reunions periòdiques de coordinació i impuls.

LA Establir programes formatius per a personal mèdic i d'infermeria.

O**E.75**: Incrementar el triatge de retinopatia diabètica, per mitjà de la realització de retinografies en Atenció Primària.

LA Normalitzar l'ús habitual dels retinògrafs en Atenció Primària.

OE.76: Fomentar el tractament de la fibromiàlgia en Atenció Primària en població major de 18 anys.

LA Elaborar un document d'actuació clínica de la fibromiàlgia en Atenció Primària.

OE.77: Garantir l'accés a informació, orientació i servicis de salut sexual i reproductiva.

LA Facilitar l'accés als centres de Salut Sexual i Reproductiva per a millorar la informació, prevenció i atenció en salut sexual i reproductiva.

142

J3 Implantar els nous models de gestió del pacient crònic

La cronicitat s'ha considerat com la patologia que utilitza majoritàriament els servicis sanitaris. L'any 2020, el 78% de les actuacions sanitàries tindran com a objectiu l'atenció de la patologia crònica, per la qual cosa és necessari oferir solucions innovadores que garantisquen i milloren l'accés als nostres servicis.

El model valencià d'atenció a malalts crònics emfatitza el paper del pacient i de les noves tecnologies. L'objectiu és millorar la qualitat de vida dels malalts crònics; disminuir els ingressos hospitalaris innecessaris i prevenibles; retardar, en la mesura que siga possible, l'evolució de la malaltia, i potenciar les autocures i la participació activa dels pacients sobre la seua pròpia malaltia.

D'acord amb esta situació, s'han desenrotllat models de gestió del pacient crònic caracteritzats per la proactivitat del sistema sanitari, la identificació cuidadosa dels perfils de necessitat per mitjà de tècniques de segmentació, l'aparició d'esquemes de gestió de casos o gestió de la malaltia, i l'estricta protocol·lització entre equips interdisciplinaris.

Estos esquemes han obtingut notables èxits en els resultats clínics, la satisfacció del pacient i la utilització més eficaç dels servicis. D'acord amb esta evidència, la Conselleria de Sanitat ha elaborat la seua aposta estratègica d'atenció a la cronicitat. Desenrotllar, implantar i avaluar els resultats d'estos models en el nostre medi constituïx, segurament, un dels principals reptes dels servicis sanitaris actualment.

Objectiu específic:

OE.78: Incloure un 20% de pacients crònics en programes que tracten els nous models de gestió del pacient crònic.

LA Desenrotllar el sistema d'identificació en SIA de pacients crònics i incloure'ls en programes acreditats de gestió del pacient crònic.

PROCESSOS INTERNS

K Prioritzar els grups vulnerables

K1 Realitzar intervencions que s'acosten als grups vulnerables

K Prioritzar els grups vulnerables

K1 Realitzar intervencions que s'acosten als grups vulnerables

Sabem que en la societat es produïxen diferències en els nivells de salut en funció dels col·lectius i territoris. La missió del sistema sanitari públic és contribuir a l'equitat, a fi de garantir no sols un accés igual a tots els ciutadans sinó també un especial esforç per millorar la salut dels grups socials i col·lectius més desfavorits i vulnerables.

Estes intervencions es realitzaran en funció:

- Gènere, edat, característiques socioeconòmiques (classe social, nivell cultural...).
- Col·lectius en situacions de dificultat especial (persones amb discapacitat, problemes socials...).

El Pla de Salut vetlarà per la millora de l'equitat en salut, i en especial, pel disseny d'intervencions i servicis que acosten els beneficis del sistema als grups de població més vulnerables

Objectius específics:

OE.79: Reduir la prevalença del consum de tabac en l'últim mes en el grup d'edat d'entre 14 i 18 anys, de manera que en finalitzar el període de vigència del Pla, esta no supere el 27% (24% en hòmens i 30% en dones).

LA Incrementar la cobertura dels programes de prevenció en l'àmbit educatiu (Educació Primària i Secundària).

LA Realitzar tallers dirigits al personal sanitari de l'àrea maternoinfantil per a la realització d'activitats de prevenció.

LA Vetlar pel compliment de la normativa respecte a la venda i el consum de tabac en menors.

OE.80: Augmentar l'accessibilitat al sistema sanitari de les persones que per les seues circumstàncies personals, socials o culturals es troben en situació d'especial vulnerabilitat davant l'alcohol i altres drogues, en especial, menors i jóvens, i dones.

LA Establir acords per a reduir les barreres d'accessibilitat per qüestions de gènere.

LA Adaptar i proporcionar programes específics des de la perspectiva de gènere.

LA Millorar la coordinació entre els recursos existents (assistencials, centres educatius, servicis socials, centres de dona 24 hores, centres de protecció de menors, centres d'acollida).

LA Procedimentar els processos de col·laboració entre els dispositius de prevenció i dispositius assistencials de drogodependències.

LA Adaptar i proporcionar programes específics per a menors i jóvens.

144

OE.81: Potenciar un tractament biopsicosocial en les persones amb càncer, especialment en xiquets i adolescents.

LA Oferir una valoració multidimensional a les persones diagnosticades de càncer en les seues distintes fases evolutives.

OE.82: Identificar, com més prompte millor, la persona major dependent en situació d'especial vulnerabilitat.

LA Elaborar un document amb els criteris mínims que facilite la identificació precoç.

LA Difondre els criteris mínims per a la identificació en tots els departaments de salut.

OE.83: Reduir la incidència de la infecció per VIH en població immigrant.

LA Intensificar les activitats d'informació per a la prevenció de la transmissió d'infecció per VIH en immigrants, en situació d'especial vulnerabilitat i exclusió, tenint en compte els condicionants de gènere.

OE.84: Promoure estratègies per a disminuir l'estigmatització i afavorir la integració de les persones amb trastorn mental greu (TMG).

LA Realitzar intervencions a la comunitat, en mitjans de comunicació i campanyes de sensibilització.

LA Afavorir l'ocupació d'una terminologia o lèxic integrador i desestigmatitzador per mitjà d'activitats dirigides als mitjans de comunicació, associacions i Administració pública.

OE.85: Disminuir la incidència d'embarassos no planejats i d'avortaments induïts en la població adolescent.

LA Millorar la informació i l'accessibilitat de l'anticoncepció als adolescents i jóvens en els centres de Salut Sexual i Reproductiva i centres d'Atenció Primària.

OE.86: Fomentar actuacions específiques de prevenció de l'excés de pes en població infantil més vulnerable a presentar risc d'aparició de sobrepés i obesitat, especialment baix nivell socioeconòmic, famílies immigrants i xiquets o xiquetes amb necessitats educatives especials.

LA Sensibilitzar els professionals sanitaris sobre la rellevància dels determinants socials en l'aparició del sobrepés i l'obesitat.

LA Formar els professionals sanitaris en el treball en xarxa, com ara interdisciplinari i intersectorial, i en habilitats de comunicació i adaptació sociocultural.

LA Fomentar la col·laboració entre diferents departaments (Sanitat, Educació, Benestar Social) i institucions (ajuntaments, associacions...), per a tractar en l'àmbit local la població infantil més vulnerable.

PROCESSOS INTERNS

L Realitzar processos excel·lents d'educació en salut

- **L1** Utilitzar exhaustivament el coneixement, l'experiència i el material sobre educació sanitària
- **L2** Integrar la informació a l'usuari a través de diversos canals

L Realitzar processos excel·lents d'educació en salut

Una de les apostes estratègiques clau del III Pla de Salut és l'aposta per la informació, la formació i el coneixement.

L'important coneixement acumulat sobre educació sanitària no ha de millorar únicament, sinó també fer-se accessible i ser utilitzat exhaustivament, no sols per tots els nivells del sistema sanitari sinó també per altres agents socials com ara els mitjans de comunicació, els professionals de l'educació, els líders socials i polítics...

Per a aconseguir-ho, el III Pla de Salut es compromet a fer un esforç especial per a aconseguir l'accessibilitat al coneixement i a la formació sobre educació sanitària en promoció i prevenció, a la xarxa sanitària i els agents socials clau.

L1 Utilitzar exhaustivament el coneixement, l'experiència i el material sobre educació sanitària

Com bé sabem, el fet que hi haja un coneixement suficient sobre una matèria no implica en molts casos que canvie la pràctica d'acord amb eixe coneixement. En la nostra organització hi ha una important acumulació de coneixement sobre les intervencions educatives més eficients, que moltes vegades, no arriba a convertir-se en una realitat tangible en el dia a dia del sistema sanitari.

L'aposta estratègica per la informació implica posar els mitjans, des dels servicis centrals i els departaments de salut, perquè el coneixement existent sobre educació sanitària estiga a disposició, de manera accessible i utilitzable, per al millor benefici de tots.

Suposa, per tant, un esforç des del disseny dels programes fins a la seua difusió i els sistemes de formació professional.

Objectius específics:

OE.87: Dissenyar i implantar un sistema de comunicació per a la prevenció de riscos associats al consum d'aliments.
- *LA Dissenyar el sistema de comunicació.*
- *LA Realitzar campanyes de comunicació.*

OE.88: Optimitzar els resultats de l'educació diabetològica depenent dels valors de la determinació de la HbA1c en el moment de la visita mèdica.
- *LA Adquirir el mesurador de HbA1c.*
- *LA Establir els criteris de distribució del mesurador de HbA1c.*
- *LA Aprovisionament de reactius necessaris per a la realització de la HbA1c.*

OE.89: Fomentar la sensibilització i informació tant en la població general com en els professionals de les institucions implicades per a protegir les persones amb VIH contra l'estigma i la discriminació.
- *LA Realitzar activitats d'informació i sensibilització sobre la infecció per VIH en l'àmbit laboral.*

146

LA Dur a terme activitats d'informació i sensibilització quant al VIH en la població general.

L2 Integrar la informació a l'usuari a través de diversos canals

Les noves tecnologies han creat tot un àmbit de comunicació amb l'usuari fora dels tradicionals contactes personals amb els professionals.

Un pla que aposta per la informació i la comunicació ha de ser especialment actiu a aconseguir integrar la comunicació entre els pacients i els professionals, en un conjunt ampli de canals nous. Les pàgines web, la missatgeria instantània, el correu electrònic, les xarxes socials, etc., constituïxen canals que han de complementar, molt activament, la transmissió d'informació a través de contactes amb el personal sanitari. Ordenar i operativitzar estes ferramentes per a l'educació sanitària és una tasca crucial per al futur del sistema de salut.

El III Pla de Salut ha realitzat una aposta estratègica per les noves tecnologies que hauran de ser impulsades amb força en els pròxims anys.

Objectius específics:

OE.90: Implantar sistemes integrats de relació amb el pacient en els departaments de salut.

LA Desenrotllar i implantar sistemes de contacte multicanal per a la difusió d'educació sanitària amb el ciutadà.

OE.91: Difondre i millorar la informació/formació en matèria de salut sexual, per mitjà de l'elaboració i edició de diversos materials i l'aportació de les noves tecnologies a través del portal de salut de la Conselleria de Sanitat.

LA Incorporar dins del Portal Cuídate de la Conselleria de Sanitat la informació sobre Salut Sexual i Reproductiva.

PROCESSOS INTERNS

M Incorporar el professional en l'estratègia de salut

- **M1** Coresponsabilitzar el professional en l'optimització del sistema
- **M2** Participar en la investigació

M Incorporar el professional en l'estratègia de salut

Els professionals sanitaris són, i han de ser-ho cada vegada més, agents de salut amb els seus pacients i amb el medi que els envolta.

Això ocorre en general, però sobretot, en aquells nivells que estan directament en contacte amb la majoria dels pacients i la comunitat, com és el cas de l'Atenció Primària de salut, en la qual la relació estreta metge-pacient està especialment valorada pels usuaris del sistema sanitari.

M1 Coresponsabilitzar el professional en l'optimització del sistema

En el sistema ja és tradicional la responsabilització dels professionals en l'optimització d'este, tant en termes de garantia d'una bona pràctica clínica com en termes d'eficiència de l'organització, per mitjà de la revisió sistemàtica d'indicadors de productivitat i eficiència.

El III Pla de Salut aposta per la millora de la pràctica clínica i per l'eficiència, i es planteja consolidar estes línies de treball.

Objectius específics:

OE.92: Implicar en el Sistema d'Informació en Salut Pública (SISP) professionals i organitzacions interessats, per mitjà de la seua participació en les comissions tècniques que procuren el seu desenrotllament.

LA Desenrotllar la normativa de regulació del SISP, per mitjà de la posada en funcionament de les quatre comissions tècniques: aspectes sociodemogràfics, estat de la salut, factors determinants i situació del sistema d'atenció sanitària.

OE.93: Disposar d'un sistema analític d'avantguarda, tant en capacitat d'anàlisi com en qualitat dels resultats, per a fer front als riscos químics i microbiològics relacionats amb la seguretat alimentària i la sanitat ambiental.

LA Incrementar el grau d'acreditació dels laboratoris de salut pública.

OE.94: Millorar l'atenció sanitària de la població adulta amb sobrepés i obesitat i les seues famílies.

LA Detectar i registrar en la història clínica l'IMC i la codificació del diagnòstic segons CIE-9. Conéixer la prevalença del sobrepés i l'obesitat a la Comunitat Valenciana.

LA Afavorir la formació del personal sanitari i potenciar l'acció interdisciplinària en el tractament de l'obesitat.

LA Afavorir l'augment de la consciència de malaltia dels pacients i la necessitat d'implicar-se en el seu propi tractament.

148

OE.95: Augmentar el nombre de pacients amb criteri* diagnòstic de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), en els quals es registra en la història clínica electrònica la valoració d'activitat física.

LA Identificar els pacients en situació de risc (sedentaris).

LA Fomentar la prescripció d'activitat física. Formació dels professionals.

OE.96: Disminuir les incidències o els esdeveniments d'infeccions nosocomials associades a pràctiques assistencials d'especial risc.

LA Realitzar un desplegament d'estratègies col·laboradores de reducció d'infeccions associades a pràctiques instrumentals.

OE.97: Millorar la determinació del risc vascular en pacients dislipèmics (CT ≥ 200mg/dl i/o HDL < 40mg/dl en hòmens, o HDL < 50mg/dl en dones).

LA Incrementar la utilització del sistema Abucasis en Atenció Primària i Especialitzada, amb la implementació en la història clínica electrònica del càlcul del risc vascular.

LA Millorar la formació en risc vascular del personal mèdic i d'infermeria amb el desenrotllament de cursos respecte d'això.

LA Potenciar el desenrotllament de la consulta d'infermeria per a identificar pacients d'alt risc vascular.

LA Coordinar protocols d'actuació conjunta metge/infermeria per a tractar pacients amb dislipèmia, incidint especialment en la quantificació del risc vascular i en el seu seguiment.

OE.98: Millorar el diagnòstic de hipercolesterolèmia familiar.

LA Optimitzar el diagnòstic de hipercolesterolèmia familiar amb la implementació davant de la sospita dels criteris Med Ped inclosos en Abucasis, per a corroborar el diagnòstic i aconseguir l'aportació reduïda del tractament amb estatines i ezetimibe.

LA Crear un registre a la Comunitat Valenciana de pacients amb hipercolesterolèmia familiar, i aproximar el nombre de pacients diagnosticats a la prevalença real estimada (1/500 persones).

LA Coordinar protocols d'actuació conjunta primària/especialitzada en els departaments de salut.

LA Valorar el nombre de pacients diagnosticats de hipercolesterolèmia familiar fins a la data sense la realització dels criteris Med Ped, i amb prestació reduïda.

LA Millorar la formació del personal mèdic i d'infermeria.

OE.99: Augmentar el nombre de pacients amb criteri* diagnòstic d'MPOC, en població major de 40 anys amb història de consum de tabac major de 10 paquets/any.

LA Realitzar una espirometria en pacients majors de 40 anys, fumadors o exfumadors

de 10 o més paquets/any i que presenten símptomes respiratoris.

LA Segmentar els pacients MPOC en els distints graus.

LA Realitzar als pacients amb MPOC graus III i IV una valoració multidimensional (almenys 4 de 5 proves: volums pulmonars estàtics, capacitat de difusió de monòxid de carboni, gasometria arterial, prova d'esforç i valoració nutricional).

OE.100: Identificar en qualsevol nivell assistencial i el més precoçment possible els pacients susceptibles de cures pal·liatives.

LA Potenciar que el metge responsable del pacient en cada nivell assistencial siga l'encarregat de la identificació del pacient en situació de final de la vida.

LA Fomentar la utilització dels codis V de la CIE per a diagnòstics relacionats amb cures pal·liatives (V 66,7 en la CIE 9MC).

OE.101: Sensibilitzar els agents implicats per a normalitzar les activitats que permeten disminuir el retard diagnòstic de la infecció per VIH.

LA Promocionar la prova de detecció del VIH.

LA Promocionar el diagnòstic precoç de la infecció per VIH en Atenció Primària.

OE.102: Utilitzar racionalment els fàrmacs en el tractament de l'osteoporosi en dones majors de 45 anys.

LA Elaborar i difondre una proposta amb criteris de tractament farmacoterapèutic de l'osteoporosi.

LA Organitzar sessions formatives sobre l'ús de manera racional dels fàrmacs en el tractament de l'osteoporosi en dones majors de 45 anys, en Atenció Primària.

OE.103: Promoure l'ús racional de cefalosporines i antibiòtics d'ús restringit per a reduir el nombre d'infeccions per microorganismes resistents.

LA Promoure la reducció de l'ús de cefalosporines en l'àmbit comunitari.

LA Controlar la utilització d'antibiòtics d'ús restringit en hospitals.

---

* *Pacient d'edat superior als 40 anys, que tinga factors de risc, com ara exposició a fum de tabac (>10 paquets/any), i presente una espirometria amb obstrucció poc reversible, definida per un quocient FEV/FC<0,70, després de broncodilatació.*

150

M2 Participar en la investigació

La Generalitat ha realitzat en estos últims anys una important aposta per la investigació sanitària i biomèdica, donant suport a la creació de centres d'investigació, dotant de recursos especialitzats i de suport financer per al desenrotllament d'un gran nombre de projectes d'investigació i potenciant la labor investigadora dels professionals que treballen en este entorn.

Un àmbit de compromís del III Pla de Salut respecte als professionals és fomentar la participació en la investigació, lligada a la millora de la salut de pacients i la ciutadania.

Importants estudis com ara l'Estudi València: investigació de la prevalença de la diabetis mellitus i la síndrome metabòlica; Estudi València II: prevalença de l'obesitat, hipertensió arterial, dislipèmia, tabaquisme i resistència a la insulina i projectes d'investigació com el Programa ESCARVAL (investigació en malalties cardiometabòliques i els seus factors de risc), el Programa ESOSVAL (investigació en osteoporosi) i el programa d'investigació associat al Pla MPOC, etc., corroboren este fet.

La col·laboració publicoprivada en el camp de la investigació oferix noves vies per a contribuir a incrementar el nivell en la qualitat de vida de la població.

Este objectiu es concreta a l'hora d'incrementar la participació dels professionals en les iniciatives d'I+D+i, per a valorar els seus resultats i difondre el coneixement i les aplicacions de la investigació.

Esta participació es referix a la promoció investigadora en diferents tipus de projectes, tal com ja realitzen al voltant d'un 10% dels professionals sanitaris.

Objectiu específic:

OE.104: Fomentar la participació dels professionals sanitaris en el desenrotllament de projectes d'investigació en els àmbits prioritaris d'actuació definits en este Pla de Salut, especialment en càncer, malalties neurodegeneratives/demències, malalties rares, salut mentals i cures pal·liatives.

LA Convocar anualment ajudes al desenrotllament de projectes d'investigació des de la Conselleria de Sanitat.

LA Fomentar la participació en investigacions d'àmbit nacional i internacional.

LA Potenciar la participació en projectes d'investigació de caràcter estratègic per a la Conselleria de Sanitat, com els programes ESCARVAL, ESOSVAL i el programa d'investigació associat al Pla d'MPOC.

LA Fomentar la col·laboració publicoprivada amb els agents sanitaris per al desenrotllament de programes d'investigació.

LA Potenciar la rellevància dels resultats de la investigació, fomentant la investigació col·laboradora i promovent la constitució de grups d'investigació multicèntrics i interdisciplinaris.

LA Potenciar la Xarxa de Biobancs de la Comunitat Valenciana.

PROCESSOS INTERNS

N Vigilar la salut i l'equitat

- **N1** Orientar les intervencions als riscos de salut i les desigualtats
- **N2** Usar la vigilància en salut per a intervindre en temps oportú

N Vigilar la salut i l'equitat

La vigilància de l'estat de salut i la seua evolució constituïx tradicionalment una de les principals comeses dels servicis de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat.

El Pla de Salut es compromet, en especial, a utilitzar la informació epidemiològica per a monitoritzar l'evolució de la salut. Això inclou els enfocaments clàssics de la vigilància epidemiològica (malalties emergents, brots epidèmics...), i també, analitzar les desigualtats en salut i identificar col·lectius, les necessitats de servicis dels quals siguen majors o diferents de la població usual.

N1 Orientar les intervencions als riscos de salut i les desigualtats

El III Pla de Salut planteja consolidar i reforçar els mecanismes de vigilància epidemiològica, per a monitoritzar la salut dels valencians, l'aparició de problemes emergents, o derivats de l'entorn, i l'evolució de les desigualtats en salut, així com la situació sanitària dels col·lectius de major risc.

La finalitat d'este reforç de la vigilància epidemiològica consistix a intervindre precoçment sobre els problemes de salut, ja siguen estos un brot epidèmic nou, l'aparició d'un impacte en la salut de l'entorn, o l'existència de col·lectius d'especial risc.

Objectius específics:

OE.105: Disminuir la incidència de les principals comorbilitats (hipertensió arterial, diabetis mellitus i dislipèmies) associades al sobrepés i a l'obesitat i millorar la qualitat de vida dels pacients.

- *LA Afavorir i prioritzar la intervenció sanitària que perseguisca el control estricte del sobrepés i l'obesitat per a evitar l'augment de la incidència de les principals comorbilitats associades.*
- *LA Promoure els hàbits de vida saludables relacionats amb el sobrepés i l'obesitat.*
- *LA Conscienciar el pacient que la pèrdua de pes augmentarà la seua qualitat de vida.*

OE.106: Disminuir la mortalitat per malaltia cerebrovascular i cardiovascular en els pacients hipertensos (hòmens < de 70 anys i dones < de 75 anys).

- *LA Desenrotllar campanyes d'educació i comunicació que susciten un major coneixement i sensibilitat de la societat civil respecte a l'impacte sanitari i social de la hipertensió, així com la seua possible prevenció i control.*
- *LA Fomentar, des dels servicis autonòmics de salut, un enfocament integral en la prevenció i control de la hipertensió arterial per part dels equips assistencials, així com la cooperació entre els distints nivells.*
- *LA Realitzar un protocol/guia de maneig del pacient hipertens per a tota la comunitat, la*

152

posada en marxa de la qual podrà ser adaptada per cada departament de salut.

LA Adoptar els objectius de pressió arterial i les recomanacions terapèutiques basats en la millor evidència disponible.

OE.107: Millorar el control lipídic dels pacients diabètics o amb malaltia vascular arterioscleròtica.

LA Incrementar la utilització del sistema Abucasis en Atenció Primària i Especialitzada, per al diagnòstic de diabetis i de "malaltia vascular arterioscleròtica".

LA Formar el personal sanitari per a optimitzar el seguiment dels pacients dignosticats en la història clínica electrònica.

LA Millorar l'accessibilitat en Atenció Primària a proves complementàries, per a detectar malaltia vascular subclínica.

OE.108: Avaluar l'exposició de la població valenciana a contaminants a través de la dieta.

LA Posar a punt els mètodes d'anàlisi i execució d'estos.

LA Dissenyar i executar el mostratge i la preparació de les mostres.

LA Avaluar l'exposició als contaminants definits en l'estudi de la població valenciana a través de la dieta.

OE.109: Vigilar la presència de residus de plaguicides en aliments vegetals i avaluar l'exposició de la població.

LA Programar la presa de mostres d'aliments d'origen vegetal en el mercat.

LA Analitzar les mostres preses per a la detecció de plaguicides en aliments d'origen vegetal en el mercat.

LA Avaluar l'exposició de la població de la Comunitat Valenciana a residus de plaguicides per consum de vegetals.

OE.110: Proveir els mitjans i mecanismes d'intervenció necessaris que permeten millorar el control de les epizoòties en els escorxadors d'abastiment.

LA Dissenyar un sistema d'informació per als escorxadors d'abastiment.

LA Implantar el sistema d'informació en els escorxadors d'abastiment.

LA Elaborar la guia d'autocontrol en escorxadors.

OE.111: Millorar la qualitat de la vigilància de la salut dels treballadors (VST) de sectors laborals prioritaris: administració, agricultura i ceràmica.

LA Elaborar, distribuir i implantar guies per a la VST especifica per a les principals ocupacions de sectors laborals prioritaris (administració, agricultura i ceràmica).

LA Posar en marxa un Document d'Intercanvi d'Informació Sanitària (DIIS) sobre la VST per als perfils laborals dels treballadors d'hostaleria, ceràmica, agricultura i administració.

OE.112: Millorar la prevenció dels problemes de salut de tipus psíquic per mitjà de la seua detecció precoç en els treballadors que ocupen llocs de treball amb risc psicosocial.

LA Elaborar, distribuir i usar una guia/protocol per a promoure i harmonitzar la detecció precoç del dany psíquic en els treballadors que ocupen llocs de treball amb risc psicosocial constatat per l'avaluació de riscos laborals.

LA Assegurar la detecció precoç del dany psíquic en els exàmens de salut dels treballadors que ocupen llocs de treball amb risc psicosocial constatat per l'avaluació de riscos laborals corresponent, per mitjà de l'ús de la guia/protocol.

OE.113: Millorar les activitats sanitàries per a treballadors enfront de les exposicions laborals accidentals a risc biològic.

LA Implantar el Registre d'Exposicions Biològiques Accidentals (REBA) per part dels servicis de Prevenció de Riscos Laborals de les entitats i empreses del sector sanitari.

OE.114: Millorar la detecció de malalties musculoesquelètiques d'origen laboral.

LA Elaborar protocols per a la identificació de l'origen laboral de les malalties.

N2 Usar la vigilància en salut per a intervindre en temps oportú

La vigilància epidemiològica de la salut no és un fi en si mateixa, sinó un instrument per a identificar problemes i intervindre-hi. En esta s'han inclòs les comeses més tradicionals de l'epidemiologia (malalties infeccioses), així com la vigilància d'altres malalties, com ara les cròniques o els problemes relacionats amb l'impacte de l'entorn sobre la salut.

Este objectiu planteja desenrotllar canals d'intervenció davant de l'aparició d'informació epidemiològica que identifique un problema.

Els canals de comunicació, entre els servicis de salut pública i els sanitaris, i els canals d'intersectorialitat, constituiran l'eix de treball d'este objectiu.

Objectiu específic:

OE.115: Definir, dins dels indicadors del Sistema d'Informació en Salut Pública, un conjunt mínim de dades (quadro de comandament), d'indicadors socials i de la salut que tinguen en compte els distints eixos de desigualtat.

LA Desenrotllar el treball en els comités tècnics pel qual s'elaboren els indicadors que s'aniran incorporant al Sistema d'Informació en Salut Pública.

154

PROCESSOS INTERNS

O Incorporar la societat en l'estratègia de salut

- **O1** Promoure projectes comunitaris de salut
- **O2** Promoure iniciatives de relació amb els representants socials, econòmics i polítics

O Incorporar la societat en l'estratègia de salut

La millora de l'estat de salut depén, per una banda, de la intervenció del sistema de salut; però per una altra, gran part d'intervencions com les de millora dels hàbits es troben en mans d'altres sectors i, en general, de la societat en sentit ampli.

En especial, caldria destacar el paper dels mitjans de comunicació, l'educació, l'empresa, les administracions i els representants polítics, econòmics i socials a aconseguir una societat més saludable.

O1 Promoure projectes comunitaris de salut

La incorporació de la societat a l'estratègia de salut té una expressió en l'àmbit local amb la promoció de projectes comunitaris de salut.

Els projectes comunitaris en salut exercixen un important paper en les estratègies en salut sostenibles. En estos, s'enfortix la participació de la comunitat en el procés de millora de la seua pròpia salut, amb la utilització un tipus de treball en què participen voluntaris i recursos comunitaris.

La construcció de xarxes per a la salut, pot concretarse en projectes en l'àmbit local, en els quals un ampli ventall d'organitzacions creen una estratègia amb objectius comuns per a millorar la salut dels ciutadans.

Estos projectes han de ser promoguts activament des de les diferents instàncies de la Conselleria de Sanitat.

Objectius específics:

OE.116: Potenciar la participació de la societat valenciana, a través de les associacions de pacients i de voluntariat, fonamentalment en funcions d'acompanyament com a vincle de l'equip sanitari i la societat.

LA Facilitar les activitats de voluntariat relacionades amb l'acompanyament.

LA Realitzar activitats formatives destinades al voluntari sanitari, a través de l'EVES, en col·laboració amb entitats que realitzen activitats relacionades en esta àrea.

OE.117: Potenciar la participació de la societat valenciana i la col·laboració intersectorial en les cures pal·liatives.

LA Promoure accions d'informació, difusió i participació de la societat valenciana en les cures pal·liatives.

OE.118: Incrementar la sensibilització sobre la importància dels determinants socials de la salut entre els professionals.

LA Preparar i implementar les activitats de formació i difusió del Sistema d'Informació en Salut Pública entre professionals sanitaris.

OE.119: Proporcionar els cuidadors o cuidadores familiars de les persones amb malalties neurodegeneratives/demències el suport assistencial i facilitar l'accés al suport social, en

un entorn digne i en els distints moments evolutius del procés de la malaltia.

LA *Identificar en la història clínica la persona cuidadora principal, valorar-la i atendre-la, en funció de les seues necessitats en salut.*

LA *Dirigir activitats formatives a cuidadors o cuidadores.*

O2 Promoure iniciatives de relació amb els representants socials, econòmics i polítics

Este objectiu implica una actitud proactiva de contacte i establiment de xarxes de relació amb els agents socials per a implicar-los en els objectius de salut.

La salut laboral constituïx una de les grans àrees d'intervenció on es compta, a més, amb una important xarxa de servicis i professionals que la desenrotllen.

La millora de la salut dels treballadors constituïx una inversió en riquesa del capital humà i té un impacte visible, ja que evita situacions com ara la incapacitat laboral i els costos corresponents.

De la mateixa manera que amb les empreses, els diferents nivells de la Conselleria de Sanitat han de teixir una xarxa de relacions amb els representants polítics, responsables de l'Administració i representants socials per a comunicar la importància del seu rol en la millora de salut de la població.

Objectius específics:

OE.120: Millorar l'atenció sociosanitària en situacions de risc de desprotecció o maltractament infantil.

LA *Fomentar la utilització del Full de Notificació d'Atenció Sociosanitària Infantil i Protecció de Menors, en la comunicació dels casos en situació de risc de desprotecció o maltractament infantil.*

LA *Garantir la participació de professionals de l'àmbit sanitari en les comissions locals i*

156

comarcals, per a l'atenció a les situacions de risc social de menors.

LA Promoure la formació dels professionals de l'àmbit sanitari que atenen la població infantil en prevenció, detecció i tractament de situacions de risc sociosanitari.

OE.121: Millorar la informació d'empresaris i treballadors sobre la importància de la vigilància de la salut en el treball com a mesura preventiva.

LA Elaborar i distribuir una guia d'explicació de la vigilància de la salut en el treball com a activitat sanitària preventiva laboral dirigida a empresaris i treballadors.

OE.122: Afavorir la integració del xiquet amb diabetis en l'àmbit escolar en condicions d'igualtat.

LA Establir conveni de col·laboració entre la Conselleria de Sanitat i la Conselleria d'Educació per a garantir l'adequada integració del xiquet amb diabetis en l'àmbit escolar.

LA Formació adequada en matèria sanitària de la persona designada com a responsable de salut en el col·legi i dotació de material sanitari i educatiu necessari.

OE.123: Augmentar el coneixement de les intervencions sobre prevenció de les infeccions de transmissió sexual (ITS) i promoció de la salut (PS), que es realitzen tant en el sistema sanitari com fora d'este.

LA Registrar les intervencions preventives de les ITS en els col·lectius amb pràctiques de risc.

PROCESSOS INTERNS

P Conéixer i gestionar els costos amb eficiència

P1 Conéixer i gestionar els costos

P Conéixer i gestionar els costos amb eficiència

P1 Conéixer i gestionar els costos

Obtindre el millor aprofitament dels costosos recursos posats a disposició del sistema de salut, és una de les primeres apostes estratègiques del III Pla de Salut.

En l'àmbit assistencial, el finançament capitatiu i la facturació intercentres, iniciats l'any 2005, són essencials per als canvis que s'estan produint en l'organització i el sistema de gestió dels departaments de salut: gerència única, integració d'Atenció Primària i Especialitzada, acords de gestió amb els departaments, etc.

Esta gestió de recursos es valora des de diverses perspectives: estada mitjana, taxes d'ocupació, ràtio de successives/primeres, taxa d'ocupació del quiròfan, hospitalització a domicili, hospital de dia, etc.

La presència cada vegada més freqüent dels medicaments entre les mesures terapèutiques empleades, així com el seu arrelament en la població, justifiquen la importància que té el medicament en els valors culturals i socials del nostre entorn. La seua transcendència es veu reforçada per l'elevat interés econòmic que genera el món del medicament.

La Conselleria de Sanitat està impulsant polítiques de major eficiència en l'adquisició i dispensació de medicaments. Les mesures de contenció del gasto farmacèutic aplicades per la Conselleria tenen com a objectiu garantir la sostenibilitat del sistema sanitari.

En este àmbit, és necessari establir actuacions encaminades cap a l'ús racional dels medicaments, pel que fa a l'ús adequat, als efectes adversos, a l'educació sanitària i al cost d'oportunitat de la utilització dels medicaments, a fi d'afavorir la coresponsabilitat del mateix pacient, dels professionals i de les autoritats sanitàries.

Conéixer i gestionar els costos constituïx un objectiu important per a l'èxit de la sostenibilitat.

Objectius específics:

OE.124: Fomentar la prescripció farmacoterapèutica de la manera més eficient.

LA Adequar la ferramenta de prescripció electrònica per a afavorir la selecció de fàrmacs més eficients.

LA Difondre, entre els facultatius, la importància de la prescripció de fàrmacs eficients en la sostenibilitat del Sistema Sanitari Públic.

OE.125: Posar en marxa el nou sistema de comptabilitat de costos de la Conselleria de Sanitat.

LA Definir i implantar el nou model de costos en el nou aplicatiu per a la gestió de rendiments i costos.

LA Implantar la nova ferramenta, en tots els departaments de salut, amb la integració prèvia amb tots els sistemes font de suport a la gestió econòmica i assistencial implicats.

158

OE.126: Consolidar el sistema de finançament capitatiu i la seua modulació a través de la facturació intercentres.

LA Integració de la recepta de farmàcia en el sistema de compensació intercentres.

LA Integració de les pròtesis en el sistema de compensació intercentres.

LA Integració de la medicació d'hospital de dia en el sistema de compensació Intercentres.

LA Integració de l'activitat concertada en el sistema de compensació intercentres.

LA Integració de les vacunes en el sistema de compensació intercentres.

DESENROTLLAMENT FUTUR

Q Adaptar els rols professionals a l'estratègia de salut

Q1 Adaptar els rols i funcions professionals

Q Adaptar els rols professionals a l'estratègia de salut

Q1 Adaptar els rols i les funcions professionals

Dirigir l'atenció als pacients, especialment als crònics, implica la necessitat de readaptar els rols i les competències dels professionals. Intensificar i millorar les tasques d'educació sanitària, desenrotllar figures noves com ara les d'infermeria comunitària o d'enllaç, les tasques de gestió de casos, etc.

La Comunitat compta amb algunes experiències sòlides com és el cas del model de gestió de malalties cròniques, implantat pel Departament de Salut de La Fe de València, basat en la coordinació de les actuacions de distints agents, per mitjà de la figura d'infermeria gestora de casos, encarregada del seguiment del pacient, de la resolució de dubtes i de la coordinació de tots els recursos assistencials.

La Conselleria de Sanitat ha de revisar, amb noves perspectives, l'aportació a l'equip dels diferents professionals, i ha d'arribar, si és necessari, al canvi de rols i estàndards establits.

Objectius específics:

OE.127: Desenrotllar el rol de gestió de casos entre infermeria comunitària i d'enllaç.

LA Definir el perfil i elaborar el material de formació.

OE.128: Proporcionar una atenció sanitària continuada al xiquet de bolquers entre la maternitat i l'Atenció Primària.

LA Implantar la visita domiciliària, al xiquet de bolquers sa en Atenció Primària, dins dels 3 dies següents a l'alta en la maternitat, en casos de risc biològic o social.

LA Facilitar la citació del xiquet de bolquers, a través dels sistemes informàtics, per a ser atés en consulta per l'equip pediàtric en el centre de salut en la primera setmana de vida.

160

DESENROTLLAMENT FUTUR

R Desenrotllar formes d'educació en salut més eficients

- **R1** Desenrotllar estratègies educatives en salut més eficients
- **R2** Liderar el coneixement en salut

R Desenrotllar formes d'educació en salut més eficients

La informació, formació i educació per a la salut als pacients i també als professionals constituïx una de les apostes estratègiques del III Pla de Salut.

L'abundant coneixement existent en matèria de salut necessita d'una revisió i actualització, per a definir quines són les intervencions amb una millor relació cost efectivitat coneguda (educació en grup, rol del pacient expert, paper de les noves tecnologies, etc.)

Este coneixement, a més de desenrotllar-se, també ha d'organitzar-se de manera que siga accessiblement i fàcilment utilitzable pel conjunt de professionals i pacients.

R1 Desenrotllar estratègies educatives en salut més eficients

La Conselleria de Sanitat és depositària d'un ampli bagatge, i molts anys d'experiència en l'educació sanitària, per a diferents col·lectius i problemes de salut.

Este objectiu pretén aconseguir la millora del coneixement actualment disponible per mitjà de la seua organització en productes fàcilment accessibles per als professionals i els agents socials, i en formats el més eficients possibles (educació grupal, participació de pacients experts, TIC, etc.).

Objectius específics:

OE.129: Facilitar l'accés a la informació sobre els factors de risc i estils de vida relacionats amb càncer a tota la població, en particular, als grups amb més dificultats d'accés a la informació.

LA Elaborar i distribuir materials d'informació en prevenció primària en càncer, en diferents suports.

LA Incrementar la informació sobre prevenció primària en càncer en el Portal Cuídate CV.

OE.130: Abans de 2012, s'implementarà el Portal d'Educació per a la Salut a l'Escola, instrument de treball i consulta per a professionals relacionats amb l'educació sanitària.

LA Dissenyar i posar en marxa un portal de recursos d'educació per a la salut en l'àmbit escolar perquè l'utilitzen els professionals sanitaris i docents.

OE.131: Tindre un nombre representatiu de pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), experts per a formar altres pacients amb la malaltia.

LA Realitzar un taller específic de formació per a conéixer la simptomatologia d'exacerbació i correcta administració del tractament, dirigit a pacients MPOC capacitats per a formació.

R2 Liderar el coneixement en salut

La revisió i ordenació del coneixement en salut disponible i el paper dels tècnics de la Conselleria de Sanitat hauria de reflectir-se en la consolidació del lideratge de la Conselleria en este tema.

Este objectiu implica organitzar i difondre el coneixement, amb especial atenció a les TIC, per a aconseguir la seua major visibilitat entre els professionals sanitaris i altres usuaris d'este.

En esta línia de garantir informació de salut de qualitat, la Conselleria de Sanitat ha de convertir-se en el referent de consulta que garantisca, de manera àgil i accessible, una informació actualitzada i d'alta qualitat a tots els agents socials que puguen interessar-se per esta.

La revisió del paper de les TIC haurà d'exercir ací un paper clau.

Objectiu específic:

OE.132: Realitzar les actuacions oportunes perquè la pàgina web de la Conselleria de Sanitat siga un referent en temes de salut.

LA Reelaborar la pàgina web de la Conselleria i realitzar el seguiment de la seua utilització.

162

DESENROTLLAMENT FUTUR

S Formar els professionals

S1 Facilitar la formació dels professionals en estratègies de salut

S Formar els professionals

S1 Facilitar la formació dels professionals en estratègies de salut

La formació dels professionals constituïx un altre element bàsic per a l'èxit d'un projecte.

El III Pla de Salut ha de generar formes específiques de tractar la formació dels professionals en els seus diferents continguts.

Esta formació no ha de limitar-se als coneixements teòrics, sinó fomentar el desenrotllament d'habilitats que no formen part de la formació tradicional en salut, com ara la formació en habilitats relacionals i comunicació, fonamentals per a superar les importants dificultats que implica aconseguir canvis d'hàbits i estils de vida.

El sistema sanitari invertix un considerable esforç en les activitats de formació. Moltes vegades es plantegen dubtes sobre fins a quin punt estes iniciatives aconseguixen arribar a aquells professionals més necessitats d'estes, o se centren més aïna en els professionals més motivats o inclús en els millor formats.

El desenrotllament que es pretén aconseguir amb este objectiu és arribar a estandarditzar programes de formació, dissenyats específicament per a arribar allí on són més necessaris. Sense descartar altres possibilitats, caldria analitzar vies com ara l'ús de la teleformació, etc., per a aconseguir l'objectiu de formar en estratègies de salut el nucli dels professionals sanitaris.

És més que evident que l'èxit d'objectius del tipus de l'educació en salut, o la millora d'hàbits i estils de vida, necessita d'habilitats que no se solen adquirir ni en la formació bàsica de professionals sanitaris, ni en la formació contínua orientada als coneixements.

Este objectiu busca també aconseguir sistematitzar la formació dels professionals sanitaris en habilitats relacionals, com ara les de comunicació, negociació, etc., que els capacite per a aconseguir els seus objectius en la interacció amb pacients i amb la ciutadania. El III Pla de Salut aposta per la inclusió d'este tipus de formació en els programes de l'estratègia en salut.

Objectius específics:

OE.133: Potenciar i impulsar la formació de professionals sanitaris (especialment Atenció Primària) en salut sexual, perquè s'incorporen en la consecució dels objectius relacionats amb la salut sexual.

LA Realitzar cursos de formació dirigits als professionals dels centres d'Atenció Primària i centres de Salut Sexual Reproductiva per a millorar la prevenció, diagnòstic, tractament, seguiment i declaració de les infeccions de transmissió sexual.

OE.134: Potenciar la formació adequada de professionals de tots els àmbits assistencials en malalties neurodegeneratives / demències.

LA Dirigir activitats formatives a professionals d'Atenció Primària, Servici de Neurologia i unitats de Salut Mental, per a la promoció

de factors protectors, la identificació precoç i l'atenció al llarg del procés.

OE.135: Potenciar la formació entre professionals en l'àmbit de les cures pal·liatives adaptada al seu nivell de responsabilitat i coneixements, en col·laboració amb altres entitats i institucions.

LA Dissenyar línies de formació bàsica, intermèdia i avançada en cures pal·liatives per a tots els professionals del Sistema Sanitari Públic Valencià.

LA Desenrotllar per part dels departaments de salut la formació bàsica dissenyada per l'EVES en cures pal·liatives definida en el Pla de Cures Pal·liatives.

LA Desenrotllar per part de l'EVES en col·laboració amb les societats científiques, la formació intermèdia/avançada en cures pal·liatives definida en el Pla.

OE.136: Garantir i potenciar la formació de professionals i la investigació en envelliment / dependència.

LA Elaborar un itinerari formatiu continu en esta àrea (EVES) per als professionals de tots els àmbits assistencials.

LA Convocar ajudes a la investigació en l'àmbit de les persones majors dependents, en situació d'especial vulnerabilitat.

OE.137: Desenrotllar abans de la fi de 2011 un programa de formació i investigació en tabaquisme alineat i coordinat amb les estratègies i plans sectorials existents.

LA Realitzar cursos de formació per al tractament del tabaquisme en tots els departaments de salut amb periodicitat mínima anual.

LA Incentivar la realització de projectes d'investigació en relació al tabaquisme i el seu tractament.

LA Incentivar el registre sistemàtic del consum de tabac en la història clínica d'Atenció Primària.

OE.138: Potenciar la formació entre professionals del sistema sanitari per a atendre adequadament les necessitats de la població en matèria de Salut Mental.

LA Dissenyar propostes de formació específiques.

LA Integrar la formació en salut mental en els plans o itineraris formatius de la Conselleria de Sanitat.

LA Impartir cursos monogràfics sobre diferents patologies de Salut Mental que incloguen prevenció, diagnòstic i tractament.

164

DESENROTLLAMENT FUTUR

T Desenrotllar les TIC i l'e-salut com a instrument estratègic

- **T1** Estendre la utilització de sistemes de suport a la presa de decisions en els sistemes d'informació per a la gestió de la salut
- **T2** Desenrotllar els canals de comunicació TIC amb la població usuària i amb la ciutadania

T Desenrotllar les tecnologies de la informació i comunicació i l'e-salut com a instrument estratègic

L'aposta estratègica del III Pla de Salut per les noves tecnologies recull el fet que estes s'han convertit en una ferramenta central de diferenciació i aportació de valor afegit.

La progressiva implantació dels servicis de recepta electrònica a la Comunitat (amb un total de 2.297 oficines de farmàcia), iniciada en 2008 és un clar exemple d'això; estos donen servici, en l'actualitat, a més de 788.400 ciutadans, a través de 373 oficines de farmàcia amb servicis de recepta electrònica. Este tipus de dispensació, implantat al 100% a la província de Castelló i desplegada progressivament a Alacant i València, suposa un element clau per a l'ús eficient dels recursos sanitaris i, a més, un fort impuls perquè les noves tecnologies s'acosten cada vegada més al ciutadà.

La Conselleria de Sanitat està fent des de fa molts anys, un notable esforç per la innovació en la implementació de les TIC en tota la xarxa sanitària de la Comunitat, ja que els sistemes d'informació són un component essencial de l'activitat assistencial, sense els quals no es pot concebre una assistència sanitària de qualitat, segura, eficient i competitiva. La informació és un element primordial en la presa de decisions per part dels professionals sanitaris i, per tant, els sistemes que faciliten el seu maneig són una ferramenta fonamental en el treball dels professionals.

La incorporació de sistemes automatitzats, d'ajudes en els processos clínics (alertes, suport a la presa de decisions sobre tractaments, recordatoris...) aporten intel·ligència als sistemes d'informació i milloren notablement la qualitat de l'atenció.

La incorporació de les TIC, com a nous canals de comunicació interactiva amb el pacient o ciutadà, com ara Sanitat 24 i l'ús d'internet, mòbils, xarxes socials..., acosten els servicis públics al ciutadà.

T1 Estendre la utilització de sistemes de suport a la presa de decisions en els sistemes d'informació per a la gestió de la salut

Les tecnologies de la informació i comunicació es troben en ple procés d'incorporació d'"intel·ligència" a la rutina dels sistemes.

La considerable implantació que tenen ja els sistemes automatitzats a la nostra

Comunitat oferix enormes oportunitats per a incorporar sistemes que faciliten al professional i a l'usuari traure d'estos sistemes el màxim rendiment, tant en la seua utilització en el contacte amb el ciutadà o pacient com en la capacitat d'explotar la informació i analitzar perfils i situacions.

Es tracta, d'una banda, d'incorporar sistemes d'ajuda intel·ligents a la tasca quotidiana de professionals i pacients, en la línia de l'estratègia de salut; i, d'una

altra, també es pretén analitzar la informació, identificar perfils de pacients amb problemes especials, segmentar col·lectius per al disseny de programes diferenciats, o avaluar els resultats de les intervencions.

En suma, incorporar intel·ligència als sistemes com a ferramenta de millora de l'eficiència i els resultats.

Objectius específics:

OE.139: Desenrotllar el Sistema d'Informació en Salut Pública atenent les seues diferents àrees funcionals: aspectes sociodemogràfics, estat de la salut i els seus principals factors determinants, així com la situació del sistema d'atenció sanitària.

LA Desenrotllar la normativa de regulació del SISP per mitjà de la posada en funcionament de les comissions gestores previstes en la normativa: Comissió d'Avaluació i la de Gestió i Desenrotllament.

OE.140: Capacitar el sistema per a segmentar la població i identificar els grups de pacients amb riscos més importants, per a realitzar les intervencions oportunes.

LA Desenrotllar la classificació o classificacions de segmentació de pacients.

OE.141: Potenciar la selecció de tractaments que s'adeqüen a les recomanacions recollides en guies i protocols incorporats en la ferramenta de prescripció informatitzada.

LA Fomentar l'ús racional de medicaments, a través de la prescripció de tractaments basats en guies i protocols que es fonamenten en l'evidència disponible.

OE.142: Mantindre, desenrotllar i millorar els sistemes d'informació en càncer (SIC) perquè puguen ser útils en la monitorització i avaluació del pla oncològic i de les activitats relacionades amb l'oncologia.

LA Analitzar la tendència temporal d'incidència, prevalença i mortalitat per càncer a la Comunitat Valenciana.

OE.143: Millorar la integració i l'eficiència dels sistemes d'informació relatius a la salut dels treballadors.

LA Posada en marxa d'un portal en línia per a la comunicació entre els SPRL i la Conselleria de Sanitat que incloga els tràmits administratius i l'intercanvi d'informació sobre les activitats sanitàries per a la prevenció de riscos per a la salut d'origen laboral.

LA Possibilitar a tots els metges dels Servicis de Prevenció de Riscos Laborals la connexió al SISVEL per a la comunicació en línia de les sospites de malalties professionals detectades en realitzar la VST.

LA Millorar l'intercanvi d'informació sobre la salut dels treballadors entre la Conselleria de Sanitat, l'Administració laboral, el personal sanitari dels SPRL de les empreses i de les MATEPSS, amb perfils d'usuaris específics al SISVEL.

166

OE.144: Implementar un sistema d'informació confidencial, específic i de qualitat que permeta l'anàlisi d'informació relativa a noves infeccions per VIH i casos sida.

LA Posada en marxa del sistema de vigilància epidemiològica específic.

LA Establir línies de seguiment que permeten disposar d'un sistema d'informació estable i de qualitat de noves infeccions i casos sida.

OE.145: Configurar un mecanisme efectiu per a compartir informació clínica entre tots els professionals sanitaris de l'AVS, independentment de la diversitat d'orígens.

LA Desenrotllar i implantar plenament la història de salut electrònica (HSE) en tots els departaments i centres de l'AVS.

LA Normalitzar terminologies i implantar estàndards que garantisquen la interoperabilitat dels distints sistemes en l'àmbit de l'AVS i d'estos amb sistemes externs.

OE.146: Proporcionar als professionals ferramentes per a l'accés i maneig de la informació clínica (incloent-hi els resultats de proves, imatge mèdica, etc.) que siguen útils, eficients i amb bon nivell d'acceptació per part dels usuaris.

LA Refactorització i evolució d'Abucasis II.

LA Culminació del desenrotllament d'Orion-Clinic.

LA Extensió de la implantació d'Orion-Clinic a tots els departaments gestionats per l'Agència Valenciana de Salut.

LA Unificació d'interfícies d'usuari de les diferents aplicacions corporatives de gestió clínica, les quals incorporen estàndards internacionals de presentació de dades clíniques.

OE.147: Garantir la seguretat, la privacitat, el control d'accés i la continuïtat del servici en els sistemes d'ús assistencial.

LA Consolidació del certificat electrònic com a mitjà generalitzat d'accés als sistemes assistencials.

LA Establiment de mecanismes que asseguren la continuïtat del servici en tots els sistemes assistencials de caràcter crític.

OE.148: Revisar i optimitzar la definició dels processos clau relacionats amb l'assistència sanitària, per tal d'incorporar-la a la construcció de les ferramentes de gestió clínica.

LA Inclusió de vies clíniques en els sistemes de l'entorn de HSE.

LA Implantació d'una plataforma per a la gestió del pacient crònic integrada amb els sistemes corporatius.

LA Deslocalització de l'assistència sanitària en aquells processos que siguen susceptibles d'això, basant-se en la utilització de TIC (telemedicina, teleassistència, telediagnòstic).

OE.149: Facilitar als professionals mecanismes per a utilitzar la informació que contenen els sistemes per a l'anàlisi i el millor coneixement dels seus pacients, patologies, condicionants de salut, necessitats, utilització de servicis, etc.

LA Incloure en els sistemes per a la gestió clínica ferramentes d'anàlisi de dades.

LA Disposar d'un reposador que afija tota la informació susceptible de ser explotada amb la dita finalitat.

OE.150: Establir mecanismes per a l'aprofitament òptim de la informació en la presa de decisions estratègiques i de planificació, gestió i investigació.

LA Creació de ferramentes per al seguiment dels principals indicadors de funcionament de l'organització (quadros de comandament), que faciliten les decisions estratègiques i de planificació i gestió.

LA Creació de ferramentes per a l'explotació de dades que faciliten el desenrotllament de la investigació, a fi de garantir l'anonimat de les dades i el seu accés als professionals autoritzats.

OE.151: Posar a disposició dels professionals ferramentes de suport a la presa de decisions clíniques que milloren la pràctica assistencial i la seguretat del pacient

LA Definir criteris per a la presa de decisions clíniques que puguen incorporar-se a les ferramentes de gestió clínica (al·lèrgies, interaccions, guies de prescripció, guies diagnòstiques, guies de derivació...).

LA Incorporar a les aplicacions clíniques ferramentes per a donar suport a la presa de decisions clíniques.

T2 Desenrotllar els canals de comunicació TIC amb la població usuària i amb la ciutadania

A pesar de la incorporació d'algunes iniciatives de gran impacte, la utilització d'estes tecnologies tant per als servicis sanitaris com per a l'educació sanitària pareix encara prou limitada.

L'objectiu en este camp és que les TIC es convertisquen en un canal de comunicació i ús de servicis entre els ciutadans o pacients i els professionals o recursos.

Això implica no sols sumar iniciatives aïllades, sinó realitzar un plantejament global per a transformar els canals de comunicació amb l'usuari a través de les TIC en un dels canals més importants dels servicis sanitaris i la promoció i prevenció.

Objectius específics:

OE.152: Augmentar la dispensació per recepta electrònica (RELE).

LA Incrementar el nombre de zones bàsiques de salut en les quals està implantat el Servici de Recepta Electrònica (RELE)

OE.153: Facilitar l'accés de la ciutadania a la seua informació clínica i a les recomanacions i consells de salut ajustats a les seues necessitats (carpeta personal de salut).

LA Desenrotllar i implantar plenament la carpeta personal de salut.

168

DESENROTLLAMENT FUTUR

U Construir els canals d'intersectorialitat

U1 Establir regulacions legals i afavorir les relacions amb altres agents socials

OE.154: Habilitar espais col·laboradors i mecanismes de comunicació del pacient amb el personal sanitari responsable del seu procés que permeten el seu seguiment òptim.

LA Desenrotllar i implantar portals col·laboradors per a posar en contacte la ciutadania amb els professionals sanitaris.

OE.155: Aprofitar els diferents mitjans que oferix la tecnologia per a millorar la comunicació amb la ciutadania.

LA Estendre la utilització del servici d'accés a la història de salut des del telèfon mòbil.

LA Habilitar mecanismes de teleconsulta a través d'Internet i de TDT.

OE.156: Habilitar espais col·laboradors i mecanismes de comunicació entre els professionals per a facilitar la cooperació i l'intercanvi de coneixement.

LA Desenrotllar i implantar portals col·laboradors per a posar en comunicació els professionals sanitaris.

U Construir els canals d'intersectorialitat

U1 Establir regulacions legals i afavorir les relacions amb altres agents socials

Les intervencions en matèria sanitària es fonamenten en l'ordenament jurídic, que establix el marc legal de regulació en certes matèries, en l'àmbit estatal, i en altres, l'àmbit estatal i/o autonòmic.

No obstant això, les decisions polítiques que influïxen sobre la salut de les persones no sols, ni de manera més significativa, són les relacionades amb els servicis ni polítiques sanitàries, sinó que influïxen també de manera considerable, les preses en altres àmbits públics i privats, polítics i civils. Salut en totes les polítiques suposa identificar i actuar sobre els determinants de la salut presents en àmbits no sanitaris, com ara l'educació, el mercat laboral, l'urbanisme etc., en els quals es transmeten o generen desigualtats.

L'aposta per liderar la intersectorialitat, implica posar un esforç especial a consolidar o crear els canals de treball amb els sectors i representants polítics, econòmics i socials.

L'objectiu principal és consolidar la Conselleria de Sanitat com a líder tècnic, en els temes de salut per a diferents sectors socials quan necessiten informació per a realitzar intervencions de millora de la salut i els hàbits de la població.

DESENROTLLAMENT FUTUR

V Dissenyar servicis eficients

V1 Conéixer i difondre els resultats en salut i el seu cost d'efectivitat

Per tant, el III Pla de Salut monitoritzarà que la Conselleria de Sanitat dedique un esforç especial a analitzar la situació dels canals d'intersectorialitat per a proposar i desenrotllar estos.

Objectius específics:

OE.157: Implantar mecanismes de coordinació i coresponsabilitat entre les conselleries de Sanitat i Benestar Social en l'atenció a persones amb trastorn mental greu (TMG).

LA Elaborar l'acord de coordinació entre ambdós conselleries.

LA Implantar l'acord de coordinació entre ambdós conselleries.

OE.158: Impulsar la col·laboració amb diferents sectors per a potenciar la vigilància i disminuir els riscos ambientals i laborals de càncer.

LA Realitzar intervencions amb diferents sectors per a potenciar la vigilància i disminuir els riscos ambientals de càncer.

LA Realitzar intervencions amb diferents sectors per a potenciar la vigilància i disminuir els riscos laborals de càncer.

V Dissenyar servicis eficients

V1 Conéixer i difondre els resultats en salut i el seu cost d'efectivitat

Com ja s'ha comentat, l'aposta per la sostenibilitat del III Pla de Salut implica centrar-se a generalitzar les intervencions amb major cost efectivitat.

Això suposa una atenció especial a actualitzar la informació avaluativa i seleccionar les intervencions amb major evidència de resultats. Esta comesa pot ser realitzada per mitjà de les tradicionals revisions bibliogràfiques, o bé per mitjà de projectes específics d'I+D+i que contribuïsquen a mesurar i aclarir l'evidència.

Això implica prestar una especial atenció a l'aplicació de noves intervencions, amb vista a la introducció de nous mecanismes de finançament i de gestió que afavorisquen una major eficiència en l'ús dels recursos, garantisca la qualitat de les prestacions, permeta la seua sostenibilitat financera i preserve el principi d'equitat en l'accés als servicis.

Objectius específics:

OE.159: Ampliar la cobertura de la informació recollida en la nota informativa entregada als pacients en el moment de l'alta hospitalària.

LA Integrar l'aplicació de suport a la nota informativa amb la informació sobre l'activitat de laboratoris i les pròtesis per a millorar la cobertura de la informació recollida en la nota.

170

OE.160: Incrementar el nombre d'estudis que analitzen aspectes de cost efectivitat de les tecnologies i intervencions sanitàries, en l'àmbit de la Comunitat Valenciana.

LA Incloure l'"avaluació econòmica de medicaments, tecnologies i intervencions sanitàries" entre les línies prioritàries d'investigació en les convocatòries d'ajudes a projectes d'investigació dependents de la Conselleria de Sanitat.

OE.161: Crear la plataforma per a la futura central de rendiments i costos de l'Agència Valenciana de Salut.

LA Configurar i posar en marxa la plataforma.

OE.162: Elaborar catàlegs normalitzats per al registre de l'activitat assistencial i el càlcul de costos.

LA Elaboració de catàlegs normalitzats per al registre de l'activitat assistencial i el càlcul de costos.

LA Constitució de grups de treball per a cada especialitat i elaboració conjunta del llistat conceptual de tècniques i procediments no ambulatoris realitzats.

LA Valoració dels costos individuals directes associats a cada una de les proves que integren cada un dels catàlegs de les distintes especialitats.

OE.163: Dur a terme una auditoria interna dels departaments de salut i avançar en la implantació del control de gestió.

LA Posar en marxa un projecte pilot per a implementar les auditories internes periòdiques en els centres que integren els departaments de salut, implantar la cultura del control de gestió de l'organització.

SEGUIMENT I AVALUACIÓ



SEGUIMENT I AVALUACIÓ

L'avaluació es desenrotllarà a partir del mesurament o l'estimació dels indicadors fixats per als objectius específics, utilitzant per a això les fonts d'informació seleccionades. Per a això i de manera prèvia, es verificarà que els indicadors proposats en el Pla puguen extraure's dels sistemes d'informació seleccionats a fi de realitzar les actuacions necessàries perquè estos estiguen operatius en l'avaluació del III Pla.

El tractament de les tasques d'avaluació i seguiment del Pla de Salut 2010-2013, requerix el compromís de tots els nivells implicats.

Per a això s'han establit diferents nivells de responsabilitat, que seran exercits per: el Comité de Direcció; la Comissió Tecnicodirectiva d'Elaboració i Seguiment; els òrgans dependents de la Conselleria de Sanitat, responsables de les diferents àrees d'actuació del Pla de Salut, o dels objectius fixats en el cas dels objectius de caràcter transversal; els coordinadors de les àrees d'actuació i els grups d'experts. Les responsabilitats dels diferents nivells implicats queden recollides en l'apartat 2.2 del Pla de Salut.

L'Oficina del Pla de Salut, dependent de la Direcció General d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària de la Conselleria de Sanitat, realitzarà les funcions següents:

- Coordinació del procés d'elaboració del Pla.
- Redacció del document del III Pla de Salut.
- Coordinació de la posada en marxa del Pla de Salut.
- Impuls de la difusió del Pla, en tots els nivells d'organització de la Conselleria de Sanitat involucrats.
- Coordinació dels agents implicats en els diferents nivells de responsabilitat.
- Avaluació continuada a partir de la informació facilitada pels coordinadors, amb el suport dels experts.
- Proposta d'accions correctores.
- Monitorització del grau de compliment.
- Avaluació final a partir de la informació facilitada pels coordinadors, amb el suport dels experts.

Les avaluacions del Pla tindran un caràcter anual, amb independència de l'avaluació inicial de partida que es realitze amb la posada en marxa d'este. A més de les avaluacions esmentades sobre la consecució dels objectius proposats, els coordinadors de les àrees d'actuació o dels objectius de caràcter transversal, amb la periodicitat oportu-

174

na, realitzaran informes sobre l'evolució de les línies d'actuació proposades per a l'èxit dels objectius, per a incorporar, en cas necessari, mesures de millora.

La monitorització i difusió dels resultats obtinguts al llarg del període de vigència del Pla de Salut, a través de diversos canals, constituïx en si un objectiu específic, assumit per l'oficina del Pla de Salut, per a garantir una informació de qualitat als agents socials.

FINANÇAMENT

FINANÇAMENT

Si convenim que el Pla de Salut és un instrument ambiciós en el qual s'emmarca la política de salut, i no sols sanitària de la població de la Comunitat Valenciana, la concreció del seu aspecte economicofinancer és vital per a poder avaluar el compromís real que l'Administració autonòmica adquirix amb la ciutadania, amb l'objecte de contribuir en la millora de la seua qualitat de vida.

A partir del coneixement d'este pla, i en el context de l'entorn econòmic de cada moment, l'Administració autonòmica és la que prioritza els objectius, i dota els mitjans necessaris per a la seua consecució. Així, cada un dels exercicis pressupostaris reflectirà la quantia dels mitjans econòmics que Les Corts decidisquen posar a disposició de la salut, així expressa la verdadera importància que este compromís ha adquirit amb la seua població. La mesura, doncs, d'este compromís es concretarà en cada una de les lleis de pressupostos que s'aproven anualment.

Atés el caràcter transversal del Pla de Salut, no té una partida pressupostària concreta. La consecució del Pla afecta tots els capítols i programes del pressupost anual de la Generalitat, destinat a Sanitat, si bé és cert que l'1,5% del pressupost assignat és dedicat a altres partides diferents de l'estricta atenció sanitària, i de les activitats pròpies de la salut pública com ara la protecció, promoció de la salut i prevenció de la malaltia.

En conseqüència, podem afirmar que el 98,5% del pressupost aprovat per a la Conselleria de Sanitat es dedica a finançar els objectius que s'inclouen en el Pla de Salut, per la qual cosa, basant-se en els Pressupostos de la Generalitat per a l'any 2010 i 2011 (Llei 13/2009, de 29 de desembre, de Pressupostos de la Generalitat per a l'exercici 2010, i Llei 17/2010, de 30 de desembre, de Pressupostos de la Generalitat per a l'exercici 2011), i, a causa de la particular situació econòmica que travessem, prenent com a referència l'any 2011 per als pròxims anys 2012 i 2013, la seua imputació econòmica és la següent:

Any 2010: 5.634 milions d'euros.

Any 2011: 5.432 milions d'euros.

Any 2012: 5.432 milions d'euros.

Any 2013: 5.432 milions d'euros.

Per això, l'import total que dedicarà la nostra Administració sanitària per a atendre les necessitats previstes en el III Pla de Salut se situa entorn de 21.930 milions d'euros, a falta dels reajustaments que haja de realitzar a les anualitats estimades per als anys 2012 i 2013, amb la publicació de les lleis de pressupostos de la Generalitat corresponents, dependents dels objectius de retall del dèficit públic que s'establisquen en cada moment.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Ciutat Autònoma de Ceuta. Conselleria de Sanitat i Consum. *Plan de Salud de Ceuta 2008-2011*.

Comissió de les Comunitats Europees. COM (2007) 630 final, Brussel·les. "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013".

Comissió de les Comunitats Europees. COM (2009) 567/4, Brussel·les. "Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE".

Comissió de les Comunitats Europees. COM (2010) 546 final, Brussel·les. "Europa 2020: una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador".

Decisió núm. 1350/2007/CE del Parlament Europeu i del Consell, 23 d'octubre de 2007. "Segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud 2008-2013".

Decret 154/2006, de 13 d'octubre, del Consell, pel qual s'aprova el II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5371, 20 d'octubre de 2006).

Decret 74/2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5518, de 23 d'abril de 2007).

Decret 120/2007, de 27 de juliol, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic i Funcional de la Conselleria de Sanitat. (DOCV núm. 5566, de 30 de juliol 2007).

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Plan de Salud de Catalunya en el horizonte 2010*.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. II Plan Integració Família i Infància 2007-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Pla Integral per a l'Atenció a Persones amb Discapacitats Persistents per Malaltia Mental 2009-2015.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Pla d'Igualtat d'Oportunitats 2010-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Justícia i Administracions Públiques. I Pla d'Igualtat entre Dones i Hòmens de l'Administració de la Generalitat 2010-2012.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Justícia i Administracions Públiques. Pla Estratègic per a la Millora Contínua de la Seguretat i Salut Laboral dels Empleats Públics de la Generalitat 2010-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. I Plan del SIDA de la Comunitat Valenciana 1997.

182

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla de Seguretat Alimentària de la Comunitat Valenciana 2001.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *I Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2001-2004.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic de la Direcció General de Salut Pública 2004.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla d'Excel·lència de la Sanitat Comunitat Valenciana 2005.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2005.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic sobre Drogodependències o altres Trastorns Addictius a la Comunitat Valenciana 2006-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla de diabetis de la Comunitat Valenciana 2006-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic d'Investigació Sanitària i Biomèdica 2006-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic per al control i qualitat de la farmàcia, medicaments i productes sanitaris a la Comunitat Valenciana 2007.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Oncològic de la Comunitat Valenciana 2007-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Integral d'Atenció Sanitària a les Persones Majors i als Malalts Crònics de la Comunitat Valenciana 2007-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Atenció a persones amb malalties cròniques 2008: una estratègia per a la gestió per processos en hospital de mitjana i llarga estada.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic per a la Gestió de la Formació Especialitzada en ciències de la salut a la Comunitat Valenciana 2008-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla de Prevenció de malalties cardiovasculars de la Comunitat Valenciana 2009.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estratègia per a l'atenció del part normal a la Comunitat Valenciana 2009.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut 2009-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla de Sistemes d'Informació 2009-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Estratègic d'I+D+i en Salut Pública de la Comunitat Valenciana 2009-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. II Pla per a la prevenció i control de l'Osteoporosi a la Comunitat Valenciana 2009-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla de Gestió de la Seguretat del pacient de la Comunitat Valenciana 2009-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana 2010 (en premsa).

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla d'Inspecció de Servicis Sanitaris de la Conselleria de Sanitat 2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla Integral de Cures Pal·liatives de la Comunitat Valenciana 2010-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla de Salut en MPOC de la Comunitat Valenciana 2010-2014.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Pla d'Atenció a l'ICTUS de la Comunitat Valenciana 2011-2015.

Govern del País Basc. Departament de Sanitat. *Plan de Salud del País Vasco 2002-2010.*

Govern de Navarra. *Plan de Salud de Navarra 2006-2012.*

Govern del Principat d'Astúries. Conselleria de Justícia, Seguretat Pública i Relacions Exteriors. Institut Asturià de Prevenció de Riscos Laborals. *Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral 2007-2010 del Principado de Asturias.*

Govern de Cantàbria. *Plan de Gobernanza de Cantabria 2008-2012.*

Govern de La Rioja. *Plan de Salud de La Rioja 2009-2013*.

Govern de Canàries. Borrador del Plan de Salud de Canarias 2010-2015.

Junta de Castella-la Manxa. Conselleria de Sanitat. *Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010*.

Junta de Castella i Lleó. Conselleria de Sanitat. *Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012.*

Junta d'Extremadura. Conselleria de Sanitat i Dependència. *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.*

Kaplan RS, Norton DP. The Balanced scorecard - "Measures that drive performance. Harvard Business Review. 1992; (January - February): 71-79".

Llei 14/1986, del 25 d'abril. Llei General de Sanitat. (BOE núm. 102, de 29 d'abril de 1986).

Llei 3/2003, de 6 de febrer. Llei Ordenació Sanitària a la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 4.440, de 14 febrer de 2003).

Llei 16/2003, de 28 de maig. Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut. (BOE núm. 128, de 29 de maig de 2003).

Llei 4/2005, de 17 de juny, de la Generalitat. Llei de Salut Pública de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5.034, de 23 de juny de 2005).

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat (NAOS) 2005.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia de diabetis del SNS 2006.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia de Salut Mental del SNS 2009-2013.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia de Cardiopatia Isquèmica del SNS 2006, actualitzada en 2009.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia en Cures Pal·liatives del SNS 2007.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia d'atenció al part normal en el SNS 2007.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Marc Estratègic per a la millora de l'Atenció Primària a Espanya 2007-2012. Projecte AP21.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia de l'ICTUS del SNS 2008.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Pla per a la Prevenció i Control de la Tuberculosi a Espanya 2008.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia en Càncer del SNS 2009.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia en MPOC del SNS 2009.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia en Malalties Rares del SNS 2009.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègies bàsiques sobre el tractament de les malalties infeccioses en immigrants, viatgers i immigrants viatgers 2009.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Estratègia Nacional sobre Drogues 2009-2016.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Sistema Nacional de Salut. Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut 2010.

Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa (1998): Salud21 "Salud para todos en el siglo XXI". 51 Assemblea Mundial de la Salut, maig de 1998. Copenhaguen.

Organització Mundial de la Salut. "La Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles". 61 Assemblea Mundial de la Salut, 18 d'abril de 2008. Disponible en URL: http://www.who.int/media-centre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/.

Organització Mundial de la Salut. "La política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS, 2002". Disponible en URL: http://www.who.int/gender/documents/sppolicy.pdf.

Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa de l'OMS. Los Hechos Probados, "Los Determinantes sociales de la salud, 2003". Disponible en: URL: http://www.who.int/social_determinants/es/.

Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa de l'OMS. 55 Sessió del Comité Regional de l'OMS per a Europa al setembre de 2005. "Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia: Herramienta de género, 2007". Disponible en URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/herramGeneroEstratInfanAdolesc.pdf.

Organització Mundial de la Salut. "Resumen Analítico: Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana, 2009". 9 de novembre de 2009. Disponible en URL: http://www.who.int/dg/speeches/2009/women_health_report_20091109/es/.

Reial Decret 938/1989, de 21 de juliol, pel qual s'establixen el procediment i els terminis per als plans integrats de salut. (BOE núm. 179, de 28 de juliol de 1989).

Regió de Múrcia. Conselleria de Sanitat i Consum. *Plan de Salud de Murcia 2010-2015.*

Xunta de Galicia. Conselleria de Sanitat. Secretaria General. *Plan de Salud de Galicia 2006-2010.*

ANNEXOS

ANNEX I

INDICADORS I FONTS D'INFORMACIÓ DELS OBJECTIUS ESPECÍFICS DEL MAPA ESTRATÈGIC DEL PLA DE SALUT 2010-2013

A Satisfacció

A1 Prestar atenció sanitària que responga a les expectatives de la població

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.1 Millorar la satisfacció percebuda pels pacients en relació amb el funcionament dels servicis sanitaris.	—Índex sintètic de satisfacció.	—Enquestes d'Opinió de Pacients (DG Qualitat i Atenc. Pacient).

C Sostenibilitat

C1 Garantir la sostenibilitat econòmica del sistema

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.2 Mantindre increments de costos sostenibles.	—Variació del cost per habitant.	—Informe específic. Conselleria de Sanitat.

188

D Responsabilitzar a cada pacient de la seua salut

D1 Aconseguir un millor compliment dels tractaments

Objectiu Específic		Indicador	Font d'Informació
OE.3	Aconseguir un 25% de pacients hipertensos de 15 o més anys d'edat en els quals es registra en la història clínica el compliment del tractament farmacològic en els últims 2 anys.	—Percentatge de pacients hipertensos de 15 o més anys d'edat, en els quals es registra en la història clínica el compliment del tractament farmacològic en els últims 2 anys.	~ ABUCASIS.
OE.4	Disminuir la contagiositat i les recidives dels pacients amb tuberculosi que requerixen un enfocament específic pel seu risc d'abandó del tractament, a fi de millorar l'accés a este en el temps i lloc necessaris.	—Percentatge de casos de TB amb risc d'abandó que completen el tractament.	~ AVE.
OE.5	Facilitar l'accés al tractament antiretroviral i els programes d'adherència a este.	—Hospitals que disposen de protocol de profilaxi postexposició no ocupacional (PPENO) en el servici d'urgències.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.6	Millorar l'adherència al tractament dels pacients drogodependents en els dispositius de l'Agència Valenciana de Salut i dels recursos complementaris de drogodependències.	—Percentatge de cites a què acudix el pacient sobre les programades en UCAS.	~ SIA.
		—Percentatge d'altes terapèutiques de centres complementaris de DG de Drogodependències amb compliment de tractament.	~ SIGED (Sistema d'Informació per a la Gestió de la DG de Drogodependències).
OE.7	Revisar els historials farmacoterapèutics d'un nombre determinat de pacients crònics i polimedicats, a fi de realitzar les intervencions necessàries que donen lloc a una millora en l'eficàcia i seguretat dels tractaments.	—Percentatge d'historials farmacoterapèutics revisats.	~ GAIA.

D2 Participar activament en les decisions sobre la seua salut

Objectiu Específic		Indicador	Font d'Informació
OE.8	Facilitar la presa de decisions informades de la població respecte a la participació en els programes de triatge de càncer i altres intervencions sanitàries.	—Percentatge de materials amb continguts per a la presa de decisió sobre beneficis i perjuís dels programes de detecció precoç de càncer, respecte al total de materials elaborats.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.9	Fomentar la participació activa del pacient major dependent i la seua família, de manera que es convertisca en el protagonista del procés assistencial i es garantisca un tracte digne.	—Pacients que opinen que s'ha respectat la seua intimitat, han sigut adequadament informats, s'ha tingut en compte la seua opinió i se senten satisfets amb les atencions rebudes.	~ Enquestes d'opinió de pacients (DG de Qualitat i Atenc. al Pacient).
OE.10	Proporcionar informació i formació per a afavorir el desenrotllament d'actituds positives, en les dones i en els hòmens envers la maternitat.	—Percentatge de dones primípares que assistixen a tallers de preparació a la maternitat/paternitat.	~ ABUCASIS.
		—Percentatge de pares que assistixen a tallers de preparació a la maternitat/paternitat.	~ ABUCASIS.
		—Percentatge de pares que assistixen al part.	~ ABUCASIS.

E Aconseguir els millors nivells de capacitació

E1 Millorar el coneixement dels riscos per a la seua salut

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.11 Fomentar, en població major de 50 anys, les activitats de promoció de la salut i prevenció de l'artrosi (autocures, educació, "pacient capacitat") enfront de la hiperfreqüentació i el mal ús dels recursos.	—Nombre de pacients capacitats formats per unitat bàsica.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Nombre de sessions formatives sobre promoció de la salut i prevenció de l'artrosi, individuals i en grup, realitzades per personal mèdic/infermeria.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.12 Millorar amb l'educació diabetològica l'autoatenció del pacient amb diabetis.	—Percentatge de pacients que reben educació diabetològica del total de diabètics tipus 2 coneguts.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.13 Augmentar el coneixement/sensibilització dels pacients, sobre els riscos d'infeccions nosocomials associades.	—Nombre de documents de consentiment informat on s'inclou informació específica del risc d'infecció associada a l'assistència.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

E2 Disposar de personal cuidador format i satisfet

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.14 Identificar la persona cuidadora principal de persones majors dependents, oferir suport segons la necessitat d'assistència sanitària.	—Percentatge de persones cuidadores (principals informals) de persones majors dependents identificades.	~ ABUCASIS.
	—Activitats formatives dirigides a persones cuidadores de majors dependents.	~ Sistema d'Informació de l'EVES. ~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.15 Proporcionar al pacient al final de la vida i a la seua família/persona cuidadora informació clara, veraç, d'acord amb les seues necessitats i desitjos.	—Publicació d'una guia de persones cuidadores on es valore el seu compromís i la seua aportació a l'atenció del malalt, i la seua distribució pels departaments de salut.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Nombre de familiars/persones cuidadores que acudixen als tallers d'educació sanitària per al suport al cuidador.	~ Sistema d'Informació de l'EVES.
OE.16 Proporcionar al personal cuidador/familiars de les persones amb trastorn mental greu (TMG), un adequat suport assistencial en funció de les seues necessitats.	—Programes d'atenció a persones cuidadores i familiars incorporats en tots els departaments de salut.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.17 Fomentar la competència parental en l'atenció de la salut infantil.	—Percentatge de famílies de xiquets de bolquers que assistixen a tallers de criança (massatge infantil, lactància materna).	~ ABUCASIS.

190

F Aconseguir millors oportunitats de vida sana

F1 Millorar els hàbits i estils de vida

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.18 Incrementar en un 5%, la població consumidora de dos o més fruites i/o dos o més verdures al dia.	—Percentatge de població consumidora de dos o més fruites/verdura al dia.	~ Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana.
OE.19 Disminuir a una prevalença del 15% la població infantojuvenil de, 6 a 15 anys, que consumix 3 o més productes dolços (brioxeria, refrescos) a la setmana.	—Percentatge de població de sis a 15 anys amb consum de productes dolços i brioxeria de tres o més vegades a la setmana.	~ Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana.
	—Percentatge de població de sis a 15 anys amb consum de refrescos de tres o més vegades a la setmana.	~ Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana.
OE.20 Disminuir en un 8% la prevalença de població que declara no realitzar cap exercici físic en el seu temps lliure.	—Percentatge de població amb sedentarisme en el seu temps lliure.	~ Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana.
OE.21 Promocionar accions que conduïsquen a la disminució del pes del material escolar que la població infantil porta en les motxilles.	—Percentatge de centres de Primària i ESO en els quals es dóna una xarrada sobre el pes adequat del material escolar que cal portar en les motxilles.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge d'editorials amb llibres de text per a Primària i ESO a les quals se'ls suggerix dividir els llibres en tres o quatre fascicles.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.22 Promoure en la població adolescent, en l'àmbit escolar, actituds i pràctiques saludables i segures respecte a la seua salut sexual i reproductiva.	—Percentatge de centres educatius amb intervenció en Educació per a Salut Sexual.	~ EPS.
OE.23 Augmentar la percepció de risc dels jóvens de 15 a 24 anys, enfront del consum d'alcohol i altres drogues, en especial cànnabis i psicoestimulants.	—Percentatge de població jove que considera risc alt/molt alt el consum habitual d'alcohol, psicoestimulants i cànnabis.	~ Enquesta Domiciliària de Drogues.

F2 Assegurar les intervencions preventives

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.24 Aconseguir en finalitzar el període de vigència del Pla de Salut, una cobertura vacunal registrada en el RVN enfront de : poliomielitis 3a dosi (6 mesos) > 90%; triple vírica (TV) 1a dosi (15 mesos) > 90%; DTPa 4a dosi (18 mesos) > 90%; triple vírica (TV) 2a dosi (5-6 anys) > 85% i tètans/diftèria adolescents (Td) 6a dosi (14 anys) > 85%.	—Cobertura de vacunació registrada en poliomielitis 3a dosi (6 mesos).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunació registrada en triple vírica 1a dosi (15 mesos).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunació registrada en DTPa 4a dosi (18 mesos).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunació registrada en triple vírica 2a dosi (5-6 anys).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunació registrada en Td 6a dosi (14 anys).	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.25 Aconseguir en finalitzar el període de vigència del Pla de Salut, una cobertura vacunal registrada en el Registre de Vacunes Nominal (RVN), enfront de: grip en ≥ 65 anys > 60%, grip en el grup de risc "treballadors de centres sociosanitaris" > 50%, grip en població < 15 anys dels grups de risc > 50%.	—Cobertura de vacunació registrada de grip en població ≥ 65 anys.	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunació registrada de grip per a qualsevol grup de risc en < 15 anys.	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunació registrada en el grup de risc "treballadors de centres sociosanitaris".	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.26 Aconseguir en finalitzar el període de vigència del Pla de Salut, una cobertura vacunal registrada en el Registre de Vacunes Nominal (RVN), enfront de pneumococ en ≥ 15 anys de les persones amb asplènia i/o amb VIH > 30%.	—Cobertura de vacunació registrada de pneumococ en pacients asplènics i/o VIH en ≥ 15 anys.	~ SIV. ~ SISGEREN.

F2 Assegurar les intervencions preventives (Cont.)		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.27 Incrementar la cobertura vacunal de les xiquetes de 14 anys enfront del virus del papil·loma humà un 10% en cada grup, prenent com a referència la cobertura vacunal aconseguida en el grup de 1995.	—Diferència entre el percentatge de xiquetes vacunades en el grup i el percentatge de xiquetes vacunades del grup anterior.	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.28 Frenar la tendència ascendent en la prevalença del sobrepés i l'obesitat, en la població adulta a curt termini i invertir-la en un termini intermedi (2013).	—Prevalença d'adults entre 15 i 85 anys diagnosticats amb criteris d'obesitat o sobrepés segons criteris de la SEEDO 2007.	~ ABUCASIS.
OE.29 Frenar la tendència ascendent en la prevalença d'excés de pes (sobrepés i obesitat), en la població infantil.	—Percentatge de població de 0-14 anys amb IMC ≥ P85 (taules de referència de l'OMS, segons sexe i edat).	~ ABUCASIS.
OE.30 Millorar la detecció precoç i el tractament preventiu i terapèutic dels xiquets/xiquetes amb excés de pes (sobrepés i obesitat).	—Percentatge de població de 0-14 anys amb IMC ≥ P85 (taules de referència OMS, segons sexe i edat), amb registre d'un codi (CIE 9) de sobrepés-obesitat en la història clínica informatitzada (Abucasis).	~ ABUCASIS.
OE.31 Reduir la prevalença del consum de tabac en majors de 15 anys, de manera que, en finalitzar el període de vigència del Pla, no supere el 26,5% (30% en hòmens i 23% en dones).	—Percentatge de persones majors de 15 anys que es declaren fumadores ocasionals o diàries.	~ Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana.
OE.32 Disminuir les conseqüències de l'ús problemàtic de l'alcohol o altres drogues amb especial atenció als accidents de trànsit.	—Nombre de morts en accidents de trànsit amb implicació d'alcohol o altres drogues (prova analítica confirmada).	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Nombre d'intoxicacions agudes per alcohol o altres drogues.	~ CMBD.
	—Morbiditat (dependència i abús, cirrosi, pancreatitis, pneumònies per aspiració, traumatismes).	~ SIA. ~ CMBD.
OE.33 Assegurar les mesures de prevenció i de detecció precoç en les primeres etapes de la vida per a disminuir la discapacitat.	—Percentatge de xiquets de bolquers en què s'ha realitzat el triatge de malalties endocrinometabòliques i d'hipoacúsia.	~ RMBCV. ~ Hipoacúsia de la DGSP.
	—Percentatge de xiquets de bolquers prematurs de pes al nàixer inferior a 1.500 g atesos en centres d'Atenció Primària.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.34 Disminuir la taxa de xiquets de bolquers amb baix pes al naixer (pes menor de 2.500 g).	—Percentatge de xiquets de bolquers amb pes inferior als 2.500 g a la Comunitat Valenciana.	~ RMBCV.
OE.35 Augmentar la detecció precoç del càncer, estenent el programa de detecció precoç de càncer colorectal i millorant l'equitat en l'accés als programes de detecció precoç i protocols ja establits (mama i coll d'úter).	—Cobertura del programa de càncer colorectal i de cèrvix.	~ Programa de Càncer de Còlon. ~ ABUCASIS.
	—Participació del programa de càncer mama, colorectal i cèrvix.	~ Programa de Càncer de Còlon. ~ SIGMA. ~ ABUCASIS.
OE.36 Aconseguir en els pacients de 40 o més anys d'edat, un registre en la història clínica de xifres de pressió arterial d'un 50% en els últims dos anys.	—Percentatge de pacients de 40 o més anys d'edat, amb un registre en la història clínica de xifres de pressió arterial en els últims dos anys.	~ ABUCASIS.
OE.37 Augmentar la realització d'intervencions breus des de l'Atenció Primària per a la detecció precoç del consum problemàtic d'alcohol.	—Nombre d'intervencions breus en alcohol en Atenció Primària.	~ SIA.
OE.38 Fomentar la detecció precoç de malalties inflamatòries cròniques (artritis reumatoide i espondiloartritis).	—Percentatge de pacients amb malaltia inflamatòria crònica (artritis reumatoide i espondiloartritis) detectats en els primers dos mesos de la malaltia.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

192

F2 Assegurar les intervencions preventives (Cont.)		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.39 Disminuir la incidència de tuberculosi per mitjà de l'estudi i tractament corresponent, dels contactes de pacients amb tuberculosi pulmonar amb estudi microbiològic positiu.	—Percentatge de casos de tuberculosi pulmonar amb estudi microbiològic positiu als quals es realitza un estudi de contactes.	~ AVE.
OE.40 Reduir la incidència de la infecció per VIH en hòmens que tenen sexe amb hòmens (HSH).	—Incidència de la infecció per VIH en HSH.	~ Sistema d'Informació de noves infeccions VIH i casos sida.
OE.41 Desenrotllar estratègies de prevenció primària dirigides a la prevenció, seguiment i control dels factors de risc cardiovascular.	—Percentatge de persones a les quals se'ls ha detectat algun factor de risc cardiovascular i que encara no han desenrotllat símptomes de malaltia a les quals se'ls ha calculat i valorat el risc cardiovascular.	~ ABUCASIS.
OE.42 Aconseguir el 60% de pacients hipertensos d'edat ≥ 15 anys, amb xifres de pressió arterial sistòlica < 140 i pressió arterial diastòlica < 90 mmHg en l'últim registre de la pressió arterial, realitzat en els 12 mesos previs.	—Percentatge de pacients hipertensos ≥ 15 anys, amb xifres de pressió arterial sistòlica < 140 i pressió arterial diastòlica < 90 mmHg en l'últim registre de la pressió arterial, realitzat en els 12 mesos previs.	~ ABUCASIS.
OE.43 Millorar el diagnòstic de dislipèmia en població general.	—Percentatge de persones amb determinació del colesterol sèric i HDL en els últims 5 anys del total de la població major de 18 anys.	~ ABUCASIS.
	—Percentatge de pacients dislipèmics amb determinació en l'últim any del perfil lipídic (colesterol total, HDL i triglicèrids) del total de pacients dislipèmics.	~ ABUCASIS.
OE.44 Incrementar la detecció precoç de pacients diabètics amb peu de risc en Atenció Primària.	—Percentatge de pacients amb diagnòstic de diabetis mellitus i exploració de peu de risc en Atenció Primària.	~ ABUCASIS.
OE.45 Proporcionar l'accés precoç a programes de prevenció secundària i rehabilitació cardíaca per als pacients donats d'alta hospitalària per síndrome coronària aguda, incloent-hi familiars i/o persones cuidadores.	—Percentatge de pacients amb infart agut de miocardi inclosos en programes de prevenció secundària i de rehabilitació cardíaca.	~ CMBD.
OE.46 Desenrotllar estratègies per a la prevenció secundària de l'ictus.	—Percentatge de pacients que han sigut diagnosticats d'ictus, que mantenen l'adherència al tractament a l'any.	~ ABUCASIS.

G Construir compromisos per la salut

G1 Construir compromisos de promoció i prevenció			
	Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.47	Fomentar la participació familiar en les tasques de prevenció de l'abús de l'alcohol, les drogues i les addiccions comportamentals.	—Nombre d'accions formatives de prevenció familiar i nombre de pares i mares formats.	~ SIPRED (Sistema d'Informació de Prevenció de la DG de Drogodependències).
OE.48	Abans de finalitzar el 2012, tots els departaments de salut comptaran amb projectes de promoció de la salut adaptats a les necessitats específiques d'estos.	—Percentatge de departaments de salut amb projectes de promoció de salut adaptats a les seues necessitats específiques.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

G2 Garantir una informació de qualitat als agents socials			
	Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.49	Monitoritzar i difondre els resultats obtinguts al llarg del període de vigència del Pla de Salut, a través de distints canals.	—Percentatge d'objectius del Pla de Salut avaluats.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
		—Nombre d'activitats de comunicació o difusió realitzades.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.50	Difondre la informació generada pel Sistema d'Informació en Salut Pública que permeta una anàlisi periòdica sobre els principals aspectes relacionats amb la salut, amb especial insistència en els determinants i desigualtats socials en salut, al conjunt d'usuaris: professionals, administració i ciutadans.	—Nombre d'activitats de difusió d'informació: cursos de formació, jornades i seminaris.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

H Contribuir a un entorn més saludable

H1 Contribuir a millorar els factors de l'entorn			
	Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.51	Conscienciar la població dels perjuís del tabaquisme passiu.	—Percentatge de persones no fumadores que es declaren no estar exposades al fum del tabac.	~ Enquesta de Salut de la Comunitat Valenciana.
OE.52	Assegurar el control de les indústries i l'establiment alimentaris segons el que establixen els plans d'acció del Pla de Seguretat Alimentària, corresponents al període 2010-2013.	—Grau de compliment del Programa de Vigilància Sistemàtica.	~ ISSA.

194

I Millorar la sostenibilitat

I1 Contindre els costos per mitjà d'intervencions de prevenció i promoció		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.53 Reduir el nombre de pacients amb problemes relacionats amb els medicaments (PRM), per tal d'aconseguir un major grau de seguretat en els seus tractaments.	—Percentatge de reducció de pacients amb problemes relacionats amb els medicaments.	~ GAIA.
OE.54 Disminuir la taxa de reingressos de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).	—Percentatge de reingressos per MPOC dins dels 30 dies després d'una alta prèvia per MPOC.	~ CMBD.
OE.55 Reduir els ingressos hospitalaris i la mortalitat en pacients amb insuficiència cardíaca.	—Taxa de pacients per 100.000 habitants que han ingressat en els hospitals de l'AVS amb el diagnòstic d'insuficiència cardíaca.	~ CMBD. ~ SIP.
	—Taxa de pacients per 100.000 habitants que han mort en els hospitals de l'AVS amb el diagnòstic d'insuficiència cardíaca.	~ CMBD. ~ SIP.

I2 Millorar l'eficiència dels recursos		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.56 Millorar l'eficiència dels recursos hospitalaris.	—Estada mitjana ajustada per casuística.	~ CMBD.
	—Índex d'ocupació hospitalari.	~ SISAL.

J Gestionar adequadament els processos dels pacients

J1 Implementar programes i estratègies en salut

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.57 Abans del final de 2012, s'haurà dissenyat un Pla Estratègic per a la Promoció d'una Alimentació i Activitat Física Saludables per a la Comunitat.	—Presentació del Pla Estratègic.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.58 Que a la data de finalització del Pla de Salut, la Conselleria de Sanitat dispose d'un Pla d'Atenció al Tabaquisme, desenrotllat, alineat i coordinat amb les estratègies i els plans sectorials sobre el tabaquisme i les seues conseqüències.	—Publicació del Pla d'Atenció al Tabaquisme.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.59 Implantar l'estratègia d'atenció al part i naixement normal en les maternitats.	—Percentatge de cesàries (estandarditzat per indicacions).	~ Registre de Metabolopaties.
	—Percentatge d'inici de lactància materna.	~ Registre de Metabolopaties.
	—Percentatge de parts induïts (estandarditzat per indicacions).	~ ABUCASIS.
OE.60 Dissenyar el Pla de Salut Mental de la Comunitat Valenciana.	—Publicació del Pla de Salut Mental.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.61 Desenrotllar programes per a les persones amb trastorn mental greu de curs crònic, en les Unitats de Salut Mental.	—Percentatge d'unitats de Salut Mental que desenrotllen programes per a les persones amb trastorn mental greu.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.62 Implementar un Programa d'"Educació per a la Salut", de realització d'exercici físic en persones majors, en centres d'Atenció Primària i centres cívics dependents d'ajuntament i associacions.	—Centres implicats en el Programa d'"Educació per a la Salut", de realització d'exercici físic en persones majors (en centres d'Atenció Primària i centres cívics dependents d'ajuntament i associacions).	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

J2 Garantir una assistència integral i integrada

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.63 Potenciar la realització d'un Pla d'Atenció Integral (PAI) per a cada pacient en: cures pal·liatives, malaltia neurodegenerativa/demència i trastorn mental greu de curs crònic.	—Percentatge de persones amb malaltia neurodegenerativa/demència amb PAI contingut en la història clínica.	~ ORION. ~ ABUCASIS.
	—Percentatge de pacients susceptibles de cures pal·liatives en els HACLLES amb PAI contingut en la història clínica.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de persones amb trastorn mental greu amb PAI.	~ ORION. ~ ABUCASIS.
OE.64 Reduir la mortalitat per càncer, especialment en les persones amb menys de 65 anys, i augmentar la supervivència específicament en els tumors de mama, colorectal, pròstata i pulmó, acostant-la als estàndards d'excel·lència.	—Taxa de supervivència relativa.	~ SIC.
	—Taxa de supervivència general.	~ SIC.
	—Taxa de mortalitat general.	~ Registre de Mortalitat CV.
	—Taxa de supervivència global.	~ SIC.
	—Taxa de mortalitat específica per sexe, edat i tumor.	~ Registre de Mortalitat CV. ~ SIC.
OE.65 Establir circuits que permeten l'accés ràpid a les prestacions diagnòstiques, terapèutiques, de rehabilitació i/o atenció de seqüeles del càncer.	—Temps entre el diagnòstic i tractament dels tumors de mama, colorecte, cèrvix i pròstata.	~ SIGMA; Programa de Càncer de Còlon; SIC; PATWIN; ORION; ABUCASIS.

196

J2 Garantir una assistència integral i integrada (Cont.)			
	Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.66	Assegurar l'atenció adequada i la continuïtat assistencial en el seguiment de les persones que són llargs supervivents de càncer.	—Departaments amb protocols d'atenció compartida per Atenció Primària i Atenció Especialitzada per a pacients oncològics.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.67	Augmentar el percentatge de població amb ictus que és tractada dins del termini i la forma adequada.	—Percentatge de pacients diagnosticats d'ictus que són tractats abans de 4,5 hores en una unitat d'ictus.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.68	Aconseguir la màxima autonomia funcional possible dels pacients amb ictus.	—Percentatge de pacients que als tres mesos de ser diagnosticats d'ictus han millorat la seua escala de Rankin i han aconseguit un valor igual o inferior a 3.	~ ABUCASIS.
OE.69	Millorar les estratègies de reperfusió cardíaca en l'infart agut de miocardi.	—Nombre d'angioplàsties primàries realitzades per cada 1.000.000 d'habitants.	~ CMBD.
OE.70	Adequar l'organització del sistema sanitari per a proporcionar a les persones amb malalties neurodegeneratives/demències i als seus familiars o cuidadors, una atenció integral i integrada.	—Procés assistencial integrat en els departaments de salut, amb elements de qualitat i prioritats definides en funció de les necessitats de la població.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.71	Adequar l'organització sanitària a les necessitats en salut de les persones majors dependents, per a garantir la continuïtat de les cures.	—Visites mèdiques programades en Atenció Primària realitzades a majors dependents.	~ ABUCASIS.
OE.72	Proporcionar una assistència sanitària de qualitat a la població major dependent amb pèrdua d'algun grau d'autonomia, basada en les millors pràctiques i evidències científiques cost-efectives.	—Documents de bones pràctiques.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.73	Garantir que els pacients que ho requerisquen puguen rebre cures pal·liatives en tots els departaments de salut, a fi de potenciar els equips d'Atenció Primària com a responsables de les cures pal·liatives.	—Percentatge dels departaments de salut que tenen elaborat un programa de cures pal·liatives, per mitjà d'adaptació del pla de	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
		—Percentatge d'equips d'Atenció Primària (EAP) amb referent de cures pal·liatives en el Departament de Salut.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.74	Impulsar l'activitat de les "Unitats funcionals de diabetis", dels departaments sanitaris, per a millorar l'assistència diabetològica a la Comunitat Valenciana.	—Activitat de les Unitats funcionals de diabetis de cada departament de Salut.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.75	Incrementar el triatge de retinopatia diabètica per mitjà de la realització de retinografies en Atenció Primària.	—Proporció de pacients amb diabetis i retinografia realitzada en Atenció Primària.	~ ABUCASIS.
OE.76	Fomentar el tractament de la fibromiàlgia en Atenció Primària en població major de 18 anys.	—Percentatge de pacients amb afectació lleu de la qualitat de vida amb diagnòstic de fibromiàlgia, que es tracten i seguixen des d'Atenció Primària amb control clínic específic per este motiu de salut, sense un seguiment programat per una altra especialitat que no és d'Atenció Primària.	~ ABUCASIS.
		—Percentatge de pacients diagnosticats de fibromiàlgia en els quals consta l'anamnesi i exploració en Atenció Primària, enfront dels diagnosticats de fibromiàlgia en Atenció Primària.	~ ABUCASIS.
OE.77	Garantir l'accés a informació, orientació i servicis de salut sexual i reproductiva.	—Percentatge de primeres consultes de salut sexual i reproductiva.	~ ABUCASIS.

J3 Implantar els nous models de gestió del pacient crònic			
	Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.78	Incloure un 20% de pacients crònics en programes que tracten els nous models de gestió del pacient crònic.	—Nombre de pacients inclosos en programes de gestió de pacients crònics.	~ SIA.

K Prioritzar els grups vulnerables

K1 Realitzar intervencions que s'acosten als grups vulnerables

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.79 Reduir la prevalença del consum de tabac en l'últim mes en el grup d'edat d'entre 14 i 18 anys, de manera que en finalitzar el període de vigència del Pla, esta no supere el 27% (24% en hòmens i 30% en dones).	—Prevalença en el consum de tabac en l'últim mes en la població entre 14 i 18 anys.	~ Enquesta Escolar sobre Consum de Drogues a la Comunitat Valenciana.
OE.80 Augmentar l'accessibilitat al sistema sanitari de les persones que per les seues circumstàncies personals, socials o culturals es troben en situació d'especial vulnerabilitat davant de l'alcohol i altres drogues, en especial menors i jóvens i dones.	—Nombre de programes de prevenció selectiva i de tractament per a col·lectius especialment vulnerables.	~ Registre de centres i programes acreditats de de drogodependències. ~ SIGED (Sistema d'Informació per a la Gestió de la DG de Drogodependències). ~ SIPRED (Sistema d'Informació de Prevenció de la DG de Drogodependències).
OE.81 Potenciar un tractament biopsicosocial en les persones amb càncer, especialment en xiquets i adolescents.	—Percentatge de departaments amb protocols de circuits de suport biopsicosocial en pacients diagnosticats en càncer (tant en adults com en xiquets i adolescents).	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de pacients amb valoració multidimensional del total de pacients diagnosticats en càncer (tant en adults com en xiquets i adolescents).	~ ORION. ~ ABUCASIS.
OE.82 Identificar com més prompte millor la persona major dependent en situació d'especial vulnerabilitat.	—Nombre de pacients identificats com a majors dependents* en Atenció Primària.	~ ABUCASIS.
	—Nombre de pacients identificats com a majors dependents* en altres centres de l'AVS.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
OE.83 Reduir la incidència de la infecció per VIH en població immigrant.	—Noves infeccions per VIH en immigrants.	~ Sistema d'informació de noves infeccions VIH i casos sida.
OE.84 Promoure estratègies per a disminuir l'estigmatització i afavorir la integració de les persones amb Trastorn Mental Greu (TMG).	—Nombre d'estratègies per a disminuir l'estigmatització i afavorir la integració de les persones amb TMG.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.85 Disminuir la incidència d'embarassos no planejats i d'avortaments induïts en la població adolescent.	—Taxa d'avortament en dones menors de 15 i de 15-19 anys.	~ INE. ~ IVE. ~ Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs de la CV.
OE.86 Fomentar actuacions específiques de prevenció de l'excés de pes en població infantil més vulnerable a presentar risc d'aparició de sobrepés i obesitat, especialment baix nivell socioeconòmic, famílies immigrants i xiquets/xiquetes amb necessitats educatives especials.	—Percentatge de centres d'Atenció Primària amb almenys una actuació específica en la població infantil més vulnerable que incloguen treball interdisciplinari i intersectorial.	~ Sistema d'informació del Programa de Salut Infantil. ~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

198

L Realitzar processos excel·lents d'educació en salut

L1 Utilitzar exhaustivament el coneixement, l'experiència i el material sobre educació sanitària			
	Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.87	Dissenyar i implantar un sistema de comunicació per a la prevenció de riscos associats al consum d'aliments.	—Actuacions de comunicació (xarrades, fullets divulgadors..) per a la prevenció de riscos lligats al consum d'aliments.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.88	Optimitzar els resultats de l'educació diabetològica depenent dels valors de la determinació de la HbA1c en el moment de la visita mèdica.	—Percentatge d'unitats funcionals de diabetis infantil dotades amb mesurador de HbA1c.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.89	Fomentar la sensibilització i informació tant a la població general com als professionals de les institucions implicades, per a protegir les persones amb VIH contra l'estigma i la discriminació.	—Nombre d'activitats de sensibilització i informació realitzades per a protegir les persones amb VIH contra l'estigma i la discriminació.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

L2 Integrar la informació a l'usuari a través de diversos canals			
	Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.90	Implantar sistemes integrats de relació amb el pacient en els departaments de salut.	—Nombre d'usuaris que utilitzen la informació distribuïda o accessible per canals TIC.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.91	Difondre i millorar la informació / formació en matèria de salut sexual, per mitjà de l'elaboració i edició de diversos materials i l'aportació de les noves tecnologies a través del portal de salut de la Conselleria de Sanitat.	—Nombre de materials educatius en Salut Sexual.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

M Incorporar el professional en l'estratègia de salut

M1 Coresponsabilitzar el professional en l'optimització del sistema

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.92 Implicar en el Sistema d'Informació en Salut Pública (SISP) professionals i organitzacions interessats per mitjà de la seua participació en les comissions tècniques que faciliten el seu desenrotllament.	—Nombre de reunions de treball per a la creació dels comités tècnics, així com les de seguiment.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.93 Disposar d'un sistema analític d'avantguarda, tant en capacitat d'anàlisi com en qualitat dels resultats, per a fer front als riscos químics i microbiològics relacionats amb la seguretat alimentària i la sanitat ambiental.	—Grau de Compliment Analític Acreditat (GCAA).	~ LIMS.
OE.94 Millorar l'atenció sanitària de la població adulta amb sobrepés i obesitat i les seues famílies.	—Percentatge d'històries clíniques d'Abucasis de diagnòstic de sobrepés-obesitat segons criteris SEEDO 2007, en la població entre 15 i 85 anys amb determinació d'IMC que ho justifique.	~ ABUCASIS.
OE.95 Augmentar el nombre de pacients amb criteri diagnòstic de Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC), en els quals es registra en la història clínica electrònica la valoració d'activitat física.	—Percentatge de pacients amb criteri* diagnòstic d'MPOC en els quals es registra en la història clínica electrònica la valoració de l'activitat física.	~ ABUCASIS.
OE.96 Disminuir les incidències i/o esdeveniments d'infeccions nosocomials associades a pràctiques assistencials d'especial risc.	—Incidència associada a pràctiques assistencials específiques en relació al nombre d'intervencions específiques.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.97 Millorar la determinació del risc vascular en pacients dislipèmics (CT ≥ 200 mg/dl i/o HDL < 40 mg/dl en hòmens o HDL < 50 mg/dl en dones).	—Percentatge de pacients dislipèmics amb quantificació del risc vascular del total de pacients dislipèmics.	~ ABUCASIS.
	—Percentatge de pacients dislipèmics amb determinació conjunta de pressió arterial, hàbit tabàquic, glucèmia, perímetre de cintura i índex de massa corporal i perfil lipídic (colesterol total, HDL, LDL i triglicèrids) del total de pacients dislipèmics.	~ ABUCASIS.
OE.98 Millorar el diagnòstic de hipercolesterolèmia familiar.	—Percentatge de pacients diagnosticats de hipercolesterolèmia familiar del total de la població.	~ ABUCASIS.
OE.99 Augmentar el nombre de pacients amb criteri diagnòstic d'MPOC, en població major de 40 anys amb història de consum de tabac superior a 10 paquets/any.	—Percentatge de pacients amb criteri* diagnòstic d'MPOC en població major de 40 anys amb història de consum de tabac superior a 10 paquets/any.	~ ABUCASIS.
OE.100 Identificar en qualsevol nivell assistencial i el més precoçment possible els pacients susceptibles de cures pal·liatives.	—Percentatge de pacients susceptibles de cures pal·liatives identificats amb el codi V66.7, en la història clínica o el CMBD d'acord amb criteris establits.	~ ABUCASIS. ~ CMBD.
OE.101 Sensibilitzar els agents implicats per a normalitzar les activitats que permeten disminuir el retard diagnòstic de la infecció per VIH.	—Percentatge de diagnòstics tardans de sida.	~ Registre casos de SIDA ~ Sistema d'informació de noves infeccions VIH i casos sida.
OE.102 Utilitzar de manera racional els fàrmacs en el tractament de l'osteoporosi en dones majors de 45 anys.	—Percentatge de pacients en tractament d'osteoporosi que tinguen dos factors clínics de risc de fractura osteoporòtica.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Percentatge de pacients en tractament d'osteoporosi amb una densitometria òssia.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Percentatge de pacients amb fractura osteoporòtica prèvia en tractament d'osteoporosi.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Percentatge de pacients en tractament d'osteoporosi als quals se'ls ha aplicat FRAX.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

M1 Coresponsabilitzar el professional en l'optimització del sistema (Cont.)		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.103 Promoure l'ús racional de cefalosporines i antibiòtics d'ús restringit per a reduir el nombre d'infeccions per microorganismes resistents.	—Consum de cefalosporines.	~ GAIA.
	—Consum d'antibiòtics d'ús restringit.	~ Registre dels Servicis de Farmàcia Hospitalària.

M2 Participar en la investigació		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.104 Fomentar la participació dels professionals sanitaris en el desenrotllament de projectes d'investigació en els àmbits prioritaris d'actuació definits en este Pla de Salut, especialment en càncer, malalties neurodegeneratives/demències, malalties rares, salut mental i cures pal·liatives.	—Finançament destinat a investigació.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Nombre de projectes d'investigació desenrotllats.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Nombre de professionals sanitaris implicats.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Nombre de convenis de col·laboració subscrits amb els agents. sanitaris per al foment de la investigació.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

N Vigilar la salut i l'equitat

N1 Orientar les intervencions als riscos de salut i les desigualtats

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.105 Disminuir la incidència de les principals comorbilitats (hipertensió arterial, diabetis mellitus i dislipèmies) associades al sobrepés i a l'obesitat, i millorar la qualitat de vida dels pacients.	—Percentatge de centres de Salut amb almenys una actuació realitzada, dins de la població diagnosticada d'obesitat o sobrepés, per a millorar les comorbilitats associades a l'obesitat, dins de la comunitat.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.106 Disminuir la mortalitat per malaltia cerebrovascular i cardiovascular en els pacients hipertensos (hòmens < de 70 anys i dones < de 75 anys).	—Mortalitat anual per malaltia cerebrovascular o cardiovascular en hòmens hipertensos menors de 70 anys, en hòmens hipertensos d'esta edat.	~ Registre de Mortalitat CV.
	—Mortalitat anual per malaltia cerebrovascular o cardiovascular en dones hipertenses menors de 75 anys, en dones hipertenses d'esta edat.	~ Registre de Mortalitat CV.
OE.107 Millorar el control lipídic dels pacients diabètics o amb malaltia vascular arterioscleròtica.	—Percentatge de pacients diabètics amb LDL inferior a 100 mg/dl del total de pacients diagnosticats de diabetis.	~ ABUCASIS.
	—Percentatge de pacients amb malaltia vascular arterioescleròtica amb LDL inferior a 100 mg/dl del total de pacients diagnosticats de malaltia vascular arterioescleròtica.	~ ABUCASIS.
	—Percentatge de pacients amb malaltia vascular arterioscleròtica en tractament amb estatines del total de pacients diagnosticats de malaltia vascular arterioescleròtica.	~ ABUCASIS.
OE.108 Avaluar l'exposició de la població valenciana a contaminants a través de la dieta.	—Càlcul de la ingesta diària de cada contaminant en la població.	~ Portal de dieta total.
OE.109 Vigilar la presència de residus de plaguicides en aliments vegetals i avaluar l'exposició de la població.	—Grau de compliment del Programa de Vigilància Sanitària.	~ ISSA.
OE.110 Proveir els mitjans i mecanismes d'intervenció necessaris que permeten millorar el control de les epizoòties en els escorxadors d'abastiment.	—Implantació del sistema d'informació en el 90% dels escorxadors d'abastiment amb més de 10 treballadors en línies de sacrifici i elaboració de la guia.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.111 Millorar la qualitat de la vigilància de la salut dels treballadors (VST) de sectors laborals prioritaris: administració, agricultura i ceràmica.	—Guies amb document d'intercanvi d'informació sanitària sobre la VST específica per a les principals ocupacions de sectors laborals prioritaris: administració, agricultura i ceràmica, elaborades i distribuïdes.	~ SISVEL.
OE.112 Millorar la prevenció dels problemes de salut de tipus psíquic per mitjà de la seua detecció precoç en els treballadors que ocupen llocs de treball amb risc psicosocial.	—Nombre d'exàmens de salut realitzats a treballadors en què s'apliquen els criteris de la Guia de Risc Psicosocial elaborada.	~ SISVEL.
OE.113 Millorar les activitats sanitàries per a treballadors enfront de les exposicions laborals accidentals a risc biològic.	—Nombre d'exposicions biològiques accidentals de treballadors per al tractament i seguiment dels quals s'utilitza l'aplicació del Registre d'Exposicions Biològiques Accidentals (REBA).	~ Registre d'Exposicions Biològiques Accidentals (REBA).
OE.114 Millorar la detecció de malalties musculoesquelètiques d'origen laboral.	—Taxa de comunicació de sospites de malaltia professional.	~ SISVEL. ~ SIA.

N2 Usar la vigilància en salut per a intervindre en temps oportú

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.115 Definir, dins dels indicadors del sistema d'informació en Salut Pública, un conjunt mínim de dades (quadro de comandament) d'indicadors socials i de la salut que tinguen en compte els distints eixos de desigualtat.	—Nombre d'indicadors consensuats, elaborats i amb format per a difondre'ls.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

202

O Incorporar la societat en l'estratègia de salut

O1 Promoure projectes comunitaris de salut		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.116 Potenciar la participació de la societat valenciana, a través de les associacions de pacients i de voluntariat, fonamentalment en funcions d'acompanyament com a vincle de l'equip sanitari i la societat	—Grau de participació del voluntariat en activitats relacionades amb l'acompanyament a persones majors dependents.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Activitats formatives destinades al voluntariat.	~ Sistema d'informació de l'EVES.
OE.117 Potenciar la participació de la societat valenciana i la col·laboració intersectorial en les cures pal·liatives.	—Nombre de campanyes d'informació i difusió de les cures pal·liatives.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.118 Incrementar la sensibilització sobre la importància dels determinants socials de la salut entre els professionals.	—Nombre d'activitats de difusió d'informació: cursos de formació, jornades i seminaris.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.119 Proporcionar a les persones cuidadores, familiars de les persones amb malalties neurodegeneratives/demències el suport assistencial i facilitar l'accés al suport social, en un entorn digne i en els distints moments evolutius del procés de la malaltia.	—Percentatge de persones cuidadores de persones amb malalties neurodegeneratives/demències identificades en la història clínica en els distints moments evolutius del procés de la malaltia.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

O2 Promoure iniciatives de relació amb els representants socials, econòmics i polítics		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.120 Millorar l'atenció sociosanitària en situacions de risc de desprotecció o maltractament infantil.	—Percentatge de fulls de notificació d'atenció sociosanitària infantil i protecció de menors rebuts anualment en relació a la població < 18 anys.	~ ABUCASIS. ~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.121 Millorar la informació d'empresaris i treballadors sobre la importància de la vigilància de la salut en el treball com a mesura preventiva.	—Nombre de guies editades i distribuïdes entre empresaris i treballadors.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.122 Afavorir la integració del xiquet amb diabetis en l'àmbit escolar en condicions d'igualtat.	—Percentatge de col·legis amb xiquets diabètics que accepten la intervenció educativa.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.123 Augmentar el coneixement de les intervencions sobre prevenció de les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) i promoció de la salut (PS), que es realitzen tant en el Sistema Sanitari com fora d'este.	—Nombre d'intervencions preventives enfront de les ITS.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

P Conéixer i gestionar els costos amb eficiència

P1 Conéixer i gestionar els costos		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.124 Fomentar la prescripció farmacoterapèutica de la manera més eficient.	—Utilització de medicaments de preu menor, per a les molècules d'alt potencial d'estalvi seleccionades.	~ GAIA.
	—Percentatge d'envasos de genèrics dispensats, enfront del total d'envasos de medicaments que es dispensen (segons criteris de l'Acord de gestió de l'Agència Valenciana de Salut).	~ GAIA.
OE.125 Posar en marxa el nou sistema de comptabilitat de costos de la Conselleria de Sanitat.	—Nombre de departaments en què està en funcionament el nou sistema d'informació.	~ Nou sistema de comptabilitat de costos de la Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge d'activitat i percentatge de costos recollits en el nou sistema d'informació.	~ Nou sistema de comptabilitat de costos de la Conselleria de Sanitat.
OE.126 Consolidar el sistema de finançament capitatiu i la seua modulació a través de la facturació intercentres.	—Nombre de departaments integrats en l'aplicatiu Compás.	~ Compás.
	—Àmbits assistencials recollits en l'aplicatiu Compás.	~ Compás.

204

Q Adaptar els rols professionals a l'estratègia de salut

Q1 Adaptar els rols i funcions professionals		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.127 Desenrotllar el rol de gestió de casos entre infermeria comunitària i d'enllaç.	—Nombre de professionals dedicats a la gestió de casos en el sistema assistencial.	~ SASIS.
OE.128 Proporcionar una atenció sanitària continuada al xiquet de bolquers entre la maternitat i l'Atenció Primària.	—Percentatge de xiquets de bolquers atesos en el centre d'Atenció Primària en la 1a setmana de vida.	~ ABUCASIS.

R Desenrotllar formes d'educació en salut més eficients

R1 Desenrotllar estratègies educatives en salut més eficients		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.129 Facilitar l'accés a la informació sobre els factors de risc i estils de vida relacionats amb càncer a tota la població, en particular, als grups amb més dificultats d'accés a la informació.	—Percentatge de materials d'informació de prevenció en càncer elaborats en diferents suports.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de consultes en el portal Cuídate CV sobre prevenció en càncer respecte al total de consultes.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.130 Abans de 2012, s'implementarà el Portal d'Educació per a la Salut a l'Escola, instrument de treball i consulta per a professionals relacionats amb l'educació sanitària.	—Portal d'Educació per a la Salut a l'Escola posat en marxa.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.131 Tindre un nombre representatiu de pacients amb Malaltia Pulmonar Obstructiva crònica (MPOC) experts per a formar altres pacients amb la malaltia.	—Percentatge de pacients MPOC formats per a ser formadors de pacients MPOC.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

R2 Liderar el coneixement en salut		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.132 Realitzar les actuacions oportunes perquè la pàgina web de la Conselleria de Sanitat siga un referent en temes de salut.	—Nombre de visites als continguts de salut de la pàgina web.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

S Formar els professionals

S1 Facilitar la formació dels professionals en estratègies de salut		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.133 Potenciar i impulsar la formació de professionals sanitaris (especialment, Atenció Primària) en salut sexual, perquè s'incorporen en la consecució dels objectius relacionats amb la salut sexual.	—Nombre d'activitats de formació en salut sexual dirigides a professionals sanitaris.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.134 Potenciar la formació adequada de professionals de tots els àmbits assistencials en malalties neurodegeneratives/demències.	—Activitats formatives i assistència de professionals a estes.	~ Sistema d'informació de l'EVES.
OE.135 Potenciar la formació entre professionals en l'àmbit de les cures pal·liatives adaptada al seu nivell de responsabilitat i coneixements, en col·laboració amb altres entitats i institucions.	—Pla de formació específic en cures pal·liatives per a tot el personal assistencial de la Conselleria de Sanitat, adaptat als nivells d'atenció en funció de la complexitat i de la formació dels distints col·lectius.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.136 Garantir i potenciar la formació de professionals i la investigació en envelliment-dependència.	—Activitats formatives i assistència dels professionals a estes.	~ Sistema d'informació de l'EVES.
	—Ajudes a la investigació.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.137 Desenrotllar abans de la fi de 2011 un programa de formació i investigació en tabaquisme alineat i coordinat amb les estratègies i plans sectorials existents.	—Publicació del pla de formació i investigació.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.138 Potenciar la formació entre professionals del sistema sanitari per a atendre adequadament les necessitats de la població en matèria de salut mental.	—Nombre d'activitats acreditades sobre salut mental realitzades cada 2 anys, per cada 100 professionals.	~ Sistema d'informació de l'EVES.

206

T Desenrotllar les tecnologies de la informació i comunicació i l'e-salut com a instrument estratègic

T1 Estendre la utilització de sistemes de suport a la presa de decisions en els sistemes d'informació per a la gestió de la salut

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.139 Desenrotllar el Sistema d'Informació en Salut Pública atenent les seues diferents àrees funcionals: aspectes sociodemogràfics, estat de la salut i els seus principals factors determinants, així com la situació del sistema d'atenció sanitària.	—Nombre de reunions de treball per a la creació de la Comissió d'Avaluació i la Comissió de Gestió i Desenrotllament, així com les de seguiment.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.140 Capacitar el sistema per a segmentar la població i identificar els grups de pacients amb riscos més importants, per a realitzar les intervencions oportunes.	—Periodicitat i cobertura de la segmentació.	~ CCBI.
OE.141 Potenciar la selecció de tractaments que s'adeqüen a les recomanacions recollides en guies i protocols incorporats en la ferramenta de prescripció informatitzada.	—Percentatge de tractaments nous que s'adeqüen a les recomanacions recollides en les guies i protocols incorporats en la ferramenta d'ajuda a la prescripció, GFAR.	~ GAIA.
OE.142 Mantindre, desenrotllar i millorar els Sistemes d'Informació en Càncer (SIC), perquè puguen ser útils en la monitorització i avaluació del pla oncològic i de les activitats relacionades amb l'oncologia.	—Percentatge de centres assistencials incorporats del total de possibles centres susceptibles de ser incorporats.	~ SIC.
	—Població coberta pel Registre de Tumors de Castelló.	~ SIC.
	—Cobertura de població en NEOS i en SIO.	~ SIC.
OE.143 Millorar la integració i l'eficiència dels sistemes d'informació relatius a la salut dels treballadors.	—Percentatge d'entitats integrades en el Sistema d'Informació Sanitària i Vigilància Epidemiològica Laboral (SISVEL) respecte a d'altres.	~ SISVEL.
OE.144 Implementar un sistema d'informació confidencial, específic i de qualitat que permeta l'anàlisi d'informació relativa a noves infeccions per VIH i casos sida.	—Sistema d'informació de noves infeccions i casos de sida.	~ Sistema d'Informació de noves infeccions VIH i casos de sida.
OE.145 Configurar un mecanisme efectiu per a compartir informació clínica entre tots els professionals sanitaris de l'AVS, independentment de la diversitat d'orígens.	—Percentatge de sistemes dels departaments i centres de l'AVS capaços de donar informació a HSE, respecte a tots els que són susceptibles de fer-ho.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de sistemes dels departaments i centres de l'AVS capaços d'acceptar informació de HSE, respecte a tots els que són susceptibles de fer-ho.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de sistemes dels departaments i centres de l'AVS capaços d'interoperar, respecte a tots els que són susceptibles de fer-ho.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.146 Proporcionar als professionals ferramentes per a l'accés i maneig de la informació clínica (incloent-hi els resultats de proves, imatge mèdica, etc.) que siguen útils, eficients i amb bon nivell d'acceptació per part dels usuaris.	—Compliment de terminis d'acord amb la planificació del projecte Abucasis II.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Compliment de terminis d'acord amb la planificació del projecte Orion-Clinic.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de departaments i centres en què s'ha implantat Orion-Clinic.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Compliment de terminis d'acord amb la planificació del projecte d'unificació d'interfícies d'usuari de les diferents aplicacions corporatives de gestió clínica.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

T1 Estendre la utilització de sistemes de suport a la presa de decisions en els sistemes d'informació per a la gestió de la salut (Cont.)

Objectiu Específic	Indicador	Font d'Informació
OE.147 Garantir la seguretat, la privacitat, el control d'accés i la continuïtat del servici en els sistemes d'ús assistencial.	—Percentatge d'usuaris de sistemes assistencials que utilitzen certificat electrònic, respecte a tots els que són susceptibles de fer-ho.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de sistemes assistencials per als quals hi ha un mecanisme de restauració del servici que no interferisca amb la pràctica assistencial, respecte a tots els que el necessiten, ponderats per volum mitjà d'usuaris diaris.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.148 Revisar i optimitzar la definició dels processos clau relacionats amb l'assistència sanitària, a fi d'incorporar-la a la construcció de les ferramentes de gestió clínica.	—Percentatge de processos que han seguit alguna via clínica en els sistemes de l'entorn de HSE del total de processos atesos.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de pacients crònics gestionats a través de la plataforma integrada amb els sistemes corporatius respecte al total de pacients crònics susceptibles de ser gestionats per la dita plataforma.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de servicis amb atenció sanitària deslocalitzada, respecte a la cartera total de servicis.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de pacients als quals s'ha prestat algun tipus d'assistència sanitària deslocalitzada.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.149 Facilitar als professionals mecanismes per a utilitzar la informació continguda en els sistemes per a l'anàlisi i el millor coneixement dels seus pacients, patologies, condicionants de salut, necessitats, utilització de servicis, etc.	—Percentatge de professionals que utilitzen regularment les ferramentes per a l'anàlisi de dades per a la gestió clínica.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Volum d'informació consolidada en un reposador que afija tota la informació susceptible de ser explotada amb la dita finalitat enfront de la que hauria de consolidar-se.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.150 Establir mecanismes per a l'aprofitament òptim de la informació en la presa de decisions estratègiques i de planificació, gestió i investigació.	—Percentatge de personal directiu de la Conselleria de Sanitat que utilitza estes ferramentes per al seguiment dels principals indicadors de funcionament de l'organització.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de projectes d'investigació desenrotllats amb la utilització de la informació corporativa facilitada pel Centre de Competències en *Business Intelligence*.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.151 Posar a disposició dels professionals ferramentes de suport per a la presa de decisions clíniques que milloren la pràctica assistencial i la seguretat del pacient.	—Percentatge de processos per als quals s'han definit guies respecte al total.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de professionals que utilitzen regularment les ferramentes per al suport a la presa de decisions clíniques.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

208

T2 Desenrotllar els canals de comunicació TIC amb la població usuària i amb la ciutadania		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.152 Augmentar la dispensació per recepta electrònica (RELE).	—Percentatge de receptes dispensades per recepta electrònica.	~ GAIA.
OE.153 Facilitar l'accés de la ciutadania a la seua informació clínica i a les recomanacions i consells de salut ajustats a les seues necessitats (carpeta personal de salut).	—Percentatge de la ciutadania que accedix a la seua carpeta personal de salut.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.154 Habilitar espais col·laboradors i mecanismes de comunicació del pacient amb el personal sanitari responsable del seu procés que permeten el seu seguiment òptim.	—Percentatge de la ciutadania que utilitza algun dels portals col·laboradors.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de professionals que utilitza algun dels portals col·laboradors.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.155 Aprofitar els diferents mitjans que oferix la tecnologia per a millorar la comunicació amb la ciutadania.	—Percentatge de la ciutadania que es descarrega la història de salut en el telèfon mòbil.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de la ciutadania que utilitza la teleconsulta.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
	—Percentatge de professionals que utilitza la teleconsulta.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.156 Habilitar espais col·laboradors i mecanismes de comunicació entre els professionals per a facilitar la cooperació i l'intercanvi de coneixement.	—Percentatge de professionals que utilitza algun dels portals col·laboradors.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

U Construir els canals d'intersectorialitat

U1 Establir regulacions legals i afavorir les relacions amb altres agents socials		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.157 Implantar mecanismes de coordinació i coresponsabilitat entre les conselleries de Sanitat i Benestar Social en l'atenció a persones amb Trastorn Mental Greu (TMG).	—Comissió sociosanitària entre la Conselleria de Benestar Social i Sanitat.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.158 Impulsar la col·laboració amb diferents sectors per a potenciar la vigilància i disminuir els riscos ambientals i laborals de càncer.	—Intervencions realitzades amb diferents sectors per a potenciar la vigilància i disminuir els riscos ambientals i laborals de càncer.	~ Registre Específic de Salut Ambiental, SISVEL.

V Dissenyar servicis eficients

V1 Conéixer i difondre els resultats en salut i el seu cost efectivitat		
Objectiu Específic	**Indicador**	**Font d'Informació**
OE.159 Ampliar la cobertura de la informació recollida en la nota informativa entregada als pacients en el moment de l'alta hospitalària.	—Nombre de notes informatives entregades respecte al total d'altes hospitalàries i cobertura de la informació registrada respecte al total de l'assistència prestada.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.160 Incrementar el nombre d'estudis que analitzen aspectes de cost efectivitat de les tecnologies i intervencions sanitàries, en l'àmbit de la Comunitat Valenciana.	—Creixement percentual en el nombre de publicacions (articles originals i de revisió) en revistes indexades en el Journal Citation Reports amb almenys un investigador o investigadora pertanyent a centres d'investigació de la Comunitat Valenciana.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.161 Crear la plataforma per a la futura central de rendiments i costos de l'Agència Valenciana de Salut.	—Nombre de departaments connectats a la plataforma per a la futura Central de Rendiments i Costos de l'Agència Valenciana de Salut.	~ Nova plataforma de la Central de Rendiments i Costos de l'AVS.
	—Nombre de funcionalitats oferides per la ferramenta respecte al total desitjable.	~ Nova plataforma de la Central de Rendiments i Costos de l'AVS.
OE.162 Elaborar catàlegs normalitzats per al registre de l'activitat assistencial i el càlcul de costos.	—Nombre d'especialitats mèdiques amb catàleg elaborat respecte al total d'especialitats per a les quals es planteja la seua elaboració i estat de situació d'estos: disponibilitat de llistat conceptual, de valoracions econòmiques i del catàleg final.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.
OE.163 Dur a terme una auditoria interna dels departaments de salut i avançar en la implantació del control de gestió.	—Auditoria interna realitzada i estat de situació d'esta.	~ Informe específic. Conselleria de Sanitat.

210

ANNEX II

COMITÉ DE DIRECCIÓ DEL PLA DE SALUT 2010-2013

President: Manuel Cervera Taulet. Conseller de Sanitat.

Vicepresident primer: Alfonso Bataller Vicent. Subsecretari de la Conselleria de Sanitat.

Vicepresident segon: Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora General d'Ordenación, Avaluació i Investigació Sanitària de la Conselleria de Sanitat.

Vocals:

- Luis Rosado Bretón
- Eloy Jiménez Cantos
- José Cano Pascual
- Mª Luisa Carrera Hueso
- Sofía Tomás Dols
- José Clérigues Belloch
- Pilar Ripoll Feliu
- Manuel Escolano Puig
- Joaquín Ibarra Huesa
- José Ángel Sánchez Navajas
- Elvira Bosch Reig
- Agapito Núñez Tortajada

ANNEX III

COMISSIÓ TECNICODIRECTIVA D'ELABORACIÓ I SEGUIMENT DEL PLA DE SALUT 2010-1013

Presidenta: Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora general d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària de la Conselleria de Sanitat.

Secretària: Mª José Torner Giner. Cap de l'Oficina del Pla de Salut de la Conselleria de Sanitat.

Vocals:

- Alfonso Bataller Vicent
- Julia Calabuig Pérez
- Esteban Carrillo Ridau
- Pedro Chinesta Tejera
- Ángel Delicado Torres
- José Luis Fabado Agustí
- Caridad García León
- Gregorio Gómez Soriano
- Carmen López Almazán
- Juan Antonio López Vilaplana
- Rafael Micó Pérez
- Alberto José Monforte Albalat
- Manuel Pascual de la Torre
- Amparo Rufino Valor
- Elias Ruiz Rojo
- Salvador Sánchez Torres
- José Luis Trillo Mata
- Clara Tuset Sanchis
- Manuel Yarza Cañellas

212

ANNEX IV

CONSELL DE SALUT DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Alfonso Bataller Vicent
Lourdes Bernal Sanchís
Juan Enrique Blasco Sanchiz
José Cano Pascual
Rafael Cantó Pastor
Mª Luisa Carrera Hueso
Antonio Clemente Olivert
José Clérigues Belloch
Javier Climent Grau
Andrés Corno Caparrós
Isabel Dolz Muñoz
Francisco Dolz Sinisterra
Manuel Escolano Puig
Alberto Fabra Prat
Asunción Francés Camarena
José Antonio Herranz Martínez
José Ramón Hueso Abacens
Fernando Moner Romero
Emilio Monte Maynés
José Vicente Morata Estragues
Vicente Nebot Palmer
Cristina Papí Meseguer
Ana Pareja Langreo
Manuel Pérez Fenoll
Josep Manuel Picó i Tormo
Antonio Plá Piera
Antonio Redondo Pastor
Pilar Ripoll Feliu
Mª Carmen Román Ortega
Luis Rosado Bretón
José Ruiz Cervera
Antonio Javier Verdú Rico

ANNEX V

ÒRGANS RESPONSABLES DE LES ÀREES D'ACTUACIÓ PRIORITZADES

HÀBITS I ESTILS DE VIDA

Tabac	Servici de Promoció de la Salut
	Secretaria Tècnica del Comissionat per a l'Atenció i Prevenció de Drogodependències
	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1
	Àrea d'Assistència Sanitària
Alcohol i altres drogues	Secretaria Tècnica del Comissionat per a l'Atenció i Prevenció de Drogodependències
Alimentació, Nutrició i Activitat Física	Servici de Promoció de la Salut
Salut Sexual i Reproductiva / ITS	Servici del Pla de la SIDA
Salut Mental	Direcció d'Assistència Sanitària zona 4

PROTECCIÓ DE LA SALUT / PREVENCIÓ DE LA MALALTIA

Seguretat Alimentària	Àrea de Seguretat Alimentària
Salut Laboral	Servici de Salut Laboral
Vacunació	Servici de Promoció de la Salut
	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1

MALALTIES TRANSMISSIBLES

VIH / SIDA	Servici del Pla de la SIDA
Tuberculosi	Àrea d'Epidemiologia
	Direcció d'Assistència Sanitària zona 3
Infeccions Nosocomials	Servici de Qualitat Assistencial

MALALTIES CRÒNIQUES

Càncer / Detecció Precoç de Tumors	Oficina del Pla del Càncer
Malalties Cardiovasculars	Direcció d'Assistència Sanitària zona 3
Malalties Cerebrovasculars	Direcció d'Assistència Sanitària zona 3
Malalties Neurodegeneratives / Demències	Direcció d'Assistència Sanitària zona 3
Trastorn Mental Greu de Curs Crònic	Direcció d'Assistència Sanitària zona 4
Malalties Respiratòries (MPOC)	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1
Malalties Musculoesquelètiques	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1

214

ANNEX V

ÒRGANS RESPONSABLES DE LES ÀREES D'ACTUACIÓ PRIORITZADES (Continuació)

MALALTIES / FACTORS DE RISC

Hipertensió Arterial	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1
Diabetis	Pla de Diabetis Comunitat Valenciana
	Subsecretaria
Obesitat	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1
	Servici de Salut Infantil i de la Dona
Dislipèmies	Direcció d'Assistència Sanitària zona 1

GRUPS D'ESPECIAL VULNERABILITAT

Cures Pal·liatives	Direcció d'Assistència Sanitària zona 4
Envelliment / Dependència	Direcció d'Assistència Sanitària zona 4
	Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient
Salut Maternoinfantil i Adolescència	Servici de Salut Infantil i de la Dona

ANNEX VI

ÒRGANS RESPONSABLES DELS OBJECTIUS DE CARÀCTER TRANSVERSAL

Àrea de Coordinació de Centres i Actuació en Salut Pública

Àrea d'Epidemiologia

Àrea de Farmàcia i Productes Sanitaris

Direcció General d'Assistència Sanitària (zona 2)

Direcció General d'Assistència Sanitària (zones 3 i 4)

Direcció General d'Assistència Sanitària

Direcció General de Recursos Econòmics

Oficina de Gestió de la Investigació

Oficina d'Investigació Sanitària

Oficina del Pla de Salut

Àrea d'Informàtica, Telecomunicacions i Organització

216

ANNEX VII

RELACIÓ DE COORDINADORS PER ÀREA D'ACTUACIÓ

Mª Dolores Aicart Bort	Malalties Respiratòries (MPOC)
Mª José Avilés Martínez	Tabac
Miguel Catalá Bauset	Diabetis
Adelina Corbacho Godes	Obesitat
Dolores Cuevas Cuerda	Malalties Neurodegeneratives / Demències Tuberculosi
Ángel Delicado Torres	Alcohol i Altres Drogues Tabac
Valentín Esteban Buedo	Salut Laboral
Ana Fullana Montoro	Salut MaternoInfantil i Adolescència
Vicente Giner Ruiz	Malalties Musculoesquelètiques
Francisco González Morán	Tuberculosi
Mª Dolores Gutiérrez Sigler	Vacunació
Carmen López Almazán	Envelliment / Dependència
José Luis LListerri Caro	Hipertensió Arterial
José A. LLuch Rodrigo	Tabac Vacunació
Silvia Marín Villuendas	Seguretat Alimentària
Javier Mataix Sancho	Tabac
Juan José Moreno Murcia	Salut Mental Trastorn Mental Greu de Curs Crònic
Cristina Nebot Marzal	Envelliment / Dependència
Vicente Pascual Fuster	Dislipèmies
Eduardo Plá Ernest	Salut Sexual i Reproductiva / ITS
Mercedes Pons Esteve	VIH / SIDA
Joan Quiles Izquierdo	Alimentació / Nutrició i Activitat Física
Mª Jesús Redondo Gallego	Obesitat
Pablo Rodríguez Martínez	Malalties Cardiovasculars Malalties Cerebrovasculars
Mª Dolores Salas Trejo	Càncer / Detecció Precoç de Tumors
José Ignacio Sánchez González	Vacunació
Salvador Sánchez Torres	Infeccions Nosocomials
Eduardo Zafra Galán	Cures Pal·liatives

ANNEX VIII

RELACIÓ DE COORDINADORS DELS OBJECTIUS DE CARÀCTER TRANSVERSAL

Carmen Aguado Giménez

Patricia Alagarda López

Rocío Broseta Solaz

Mireia Candel Molina

Pedro Chinesta Tejera

Gregorio Gómez Soriano

Marta Hermenegildo Caudevilla

Carmen López Almazán

Juan Antonio López Vilaplana

José A. Lluch Rodrigo

Domingo Orozco Beltrán

Beatriz Pedrós Marí

Salvador Peiró Moreno

Amparo Rufino Valor

Mª José Torner Giner

Herme Vanaclocha Luna

218

ANNEX IX

RELACIÓ D'EXPERTS PER ÀREA D'ACTUACIÓ

Tabac

Mercedes Andrés Martínez
Juan Manuel Beltrán Garrido
Montiel Chelet Martí
Virginia Fuentes Leonarte
Ángela Fuentes Piaget
Francisco Furió Martínez
Alfonso Jiménez López
Teresa Orengo Caus
Inmaculada Pérez Pont
Joan Antoni Ribera i Osca
Jaime Signes Costa
Francisco Verdú Asensi

Alcohol i altres drogues

Julia Aguilar Serrano
Leonor Cano Pérez
Miguel Castellano Gómez
Vicente Garijo García
Azucena Martí Palacios
Ana Robles Pariente
Alberto Sancho Muñoz
Vicente Tomás Gradolí

Alimentació, nutrició i activitat física

Alejandro Buendía Romero
Ascensió Carratalá Beguer
Pilar Codoñer Franch
Jaime Dalmau Serra
José Devís Devís
Gloria Ferris Maluenda
Adela Martínez Martínez
José Martínez Valls
Rocío Ortíz Moncada
Gerardo Pastor Saura
Enrique Romero Pérez
Carlos Sánchez Juan
José Miguel Soriano del Castillo

Salut sexual i reproductiva / ITS

Francisco Brotons Munt
Concepción Ferrer Casanova
Isabel Huertas Zarco
Adrián Lloret Cano
Antonia Moreno Ortín
Macarena Quesada Moreno
Froilán Sánchez Sánchez

Salut mental / Trastorn mental greu de curs crònic

Mª José Abad Pérez
Amparo Arocas Estellés
Manuel Barceló Iranzo
José Manuel Bertolín Guillén
Juana Cantero Llorca
Ana Doménech Almendros
Elisa Gallach Solano
Eva Legaz Sánchez
Mª Jesús Megia Sanz
Carmen Miguel Marín
Teresa Navarro García
Vicente Palop Larrea

Seguretat alimentària

Rosario Báguena Montesinos
Mar Canós Cerdá
Eduardo Gómez Carazo
Rosa Peyró Vilaplana
Vicent Yusá Pelechá

Salut laboral

Ricardo Goberna Ortiz
José María Lledó López Cobo
Javier López Cantó
José María Sempere Aleixandre
Miguel Ángel Tarín Remohí
Santiago Villar Mira

Vacunació

Dolores Alfonso Doménech
María Garcés Sánchez
Ana Jorro Llagaria
Enrique Mascarós Balaguer
Eliseo Pastor Villalba
Antonio Portero Alonso
Javier Soriano Faura

VIH / SIDA

Federico Alcácer García
Carlos Manuel Gómez García
Alicia Hernández Galve
Amparo Juan Corrons
Enrique Ortega González
Josefa Polache Vengud
Dante Tortola Graner

Tuberculosi

Rafael Blanquer Olivas
Mª Dolores Gil Aparicio
Pilar Momparler Carrasco
Rosario Moreno Muñoz
Elvira Pérez Pérez

Infeccions nosocomials

Juan Manuel Beltrán Garrido
Alicia Hernández Galve
Rafael Manuel Ortí Lucas

220

Càncer / Detecció precoç de tumors

Carmen Alberich Martí
Pascual Bolufer Gilabert
Carlos Camps Herrero
Dolores Cuevas Cuerda
Manuel Escolano Puig
Valentín Esteban Buedo
Enrique García García
Constantino Herranz Fernández
Josefa Ibáñez Cabañell
Jesús María González Marín
Vicente Guillem Porta
Victor Jiménez Torres
Antonio Llombart Bosch
Ana Lluch Hernández
José A. Lluch Rodrigo
José Vicente Martí Boscá
Ricardo Meneu de Guillermo
Carmen Puchalt Sanchis
Joan Quiles Izquierdo
Francisco Ruiz Perales
Oscar Zurriaga Llorens

Malalties cardiovasculars

José Luis Diago Torrent
Manuel González Sal
Salvador Morell Cabedo
Juan Vicente Ruiz Nodar
Elías Ruiz Rojo
Juan Sanchis Forés
Enrique Viosca Herrero

Malalties cerebrovasculars

Mercedes Carrasco González
Nuria García Guerrero
Daniel Eduardo Geffner Sclarsky
Aida Pilar Lago Martín
Carlos Leiva Santana
Consuelo Maraber Lora
Amparo Romero Martínez

Malalties neurodegeneratives / Demències

Jordi Alom Poveda
Mª Dolores Alonso Salvador
Ana Arbaizar Martínez
Rafael Esplugues Sisternes
Antonio Sansano Clement
Emilia Trull Maravilla
José Villar Company
Teresa Villarroya Pastor

Malalties respiratòries (MPOC)

Rafael Micó Pérez
José Ignacio Sánchez González
Juan José Soler Cataluña

Malalties musculoesquelètiques

José Barreda Puchades
José J. Blanquer Gregori
Mª Ángeles Cabrera Ferriols
Javier Calvo Catalá
José María Climent Barberá
Antonio Fuertes Fortea
José Carlos Rosas Gómez de Salazar
Gloria López García
Amparo Martínez Azucena
Juan Carlos Ojea Arnedo
José Francisco Pastor Oliver
José Andrés Román Ivorra
Encarna Santolaria Bartolomé
Isabel Serralta Davia
Paloma Vela Casasempere

Hipertensió arterial

Rafael Durá Belinchón
José Luis Gorriz Teruel
Vicente Pallarés Carratalá
Carlos Sanchis Doménech
Juan José Tamarit García
Francisco Valls Roca

Diabetis

Carlos Sánchez Juan
Francisca Moreno Macián
Isabel Gabaldón Sánchez
Jorge Navarro Pérez
Juan Adrián Girbés Borrás
Mª Teresa Marí Herrero
Manuel Antonio Ruiz Quintero
Óscar Moreno Pérez
Rosario Isabel Lorente Calvo
Salvador Varea Tórtola

Obesitat

Mª Dolores Aicart Bort
José Rafael Berná Salas
Julia Colomer Revuelta
Cayetano Gómez Gálvez
Empar Lurbe i Ferrer
Jesús Marrodán Gironés
Manuel Jesús Romero Atanes
Yolanda Sánchez Sánchez
Valero Sebastián Barberán

Dislipèmies

Dolores Corella Piquer
Diego Vicente Godoy Rocati
Antonio Maiques Galán
Carlos Morillas Ariño
José Luis Pardo Franco

Cures pal·liatives

Rosario Baydal Cardona
Andrés Cervantes Ruipérez
Victoria Espinar Cid
Miguel Fombuena Moreno
Josefa Ibáñez Cabanell
Ramón Navarro Sanz
Lorenzo Pascual López
Inmaculada Pérez Escoto
Carmen Puchalt Sanchis
Carmen Soler Sáiz

222

Envelliment / Dependència

Ignacio Blasco Garrido
Vicente Escoms Trullenque
Paloma Ferrandis Garrayo
José Fornés Ruíz
Carol Gutiérrez Ferris
Mª José Monrós Chancosa
Pilar Román Sánchez
Leopoldo Segarra Castelló
Vicente Segura Sobrino
Pepa Soler Leyva
Luis Vañó Gisbert
Óscar Zurriaga Llorens

Salut maternoinfantil i adolescència

Trinidad Álvarez de Laviada
Mª Teresa Asensi Monzó
Sofía Clar Gimeno
Jorge Colomer Pellicer
Javier Cortés de las Heras
Manuel Fillol Crespo
Jesús García Martínez
Antonio Martorell Aragonés
Alfredo Perales Marín
Carmen María Pons Salvador
Vicente Roqués Serradilla
Mª Luisa Sáez Tejerina
Josefa Inés Santamaría Castañar
Juan Ignacio Soler Tormo

ANNEX X

RELACIÓ DE PARTICIPANTS D'ALTRES CONSELLERIES DESIGNATS PER A FACILITAR LA INTERSECTORIALITAT DEL PLA DE SALUT

Paloma Ferrandis Garrayo	Conselleria de Benestar Social
Nuria García Guerrero	Conselleria de Benestar Social
Jesús García Martínez	Conselleria d'Educació
Auxiliadora Hernández Miñana	Conselleria d'Educació
Araceli Málaga López	Conselleria de Justícia i Administracions Públiques
Carmen Miguel Marín	Conselleria de Benestar Social
Gotzone Mora Temprano	Conselleria de Solidaritat i Ciutadania
Concepción Navarro Penela	Conselleria de Benestar Social
Inmaculada Pérez Escoto	Conselleria de Benestar Social
Antonio Sansano Clement	Conselleria de Benestar Social

224

ANNEX XI

RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN L'ELABORACIÓ DELS CAPÍTOLS DEL PLA 2010-2013

Oficina del Pla de Salut

Mª Ángeles Irles Rocamora
Raquel López Lara
Saray Millán Velasco
Blasa Paredes Quero
Mª José Torner Giner

Capítol de Demografia

Nieves Alba Moratilla
Pablo León Ródenas
Francisco José Ortiz Cervelló
Jorge Ribera Lacomba
Carles Simó Noguera

Capítol de Recursos del Sistema Sanitari Públic

Julia Calabuig Pérez
Pedro Chinesta Tejera
Carmen Cots Soler
Bernardo Cuenca Richart
Mª Gracia García Baquero
Julia García Torán
Patricia González Castellanos
Marta Hermenegildo Caudevilla
Enrique Hevilla Cucarella
Joaquín Ibarra Huesa
Juan Antonio López Vilaplana
Jaime Miguel Mocholí Gras
Cristina Nebot Marzal
Daniel Pablo Comeche
Rosa Pérez Mencía
Carmen Puchalt Sanchis
Teresa de Rojas Galiana
Desamparados Rufino Valor
Eloy Sáiz Ramiro
José Carlos Segura Miguel
Francisco Tamarit Puchades
José Luís Trillo Mata

Metodologia i Elaboració Fòrums de Comunicació i Participació Ciutadana

Mª Jesús Felipe Tío
Carol de Miguel González
Inmaculada Serra Yoldi
Montserrat Vilar Figueirido

Metodologia Pla de Salut

Antares Consulting SA:
- Esteban Carrillo Ridao
- José Luís Gómez Jerique
- Víctor Cañellas Guerrero

Assessors externs

José Luis Alfonso Sánchez
Ellke Jakubowski
José Mª Martín Moreno

Institut Valencià d'Estadística

Francisco Fabuel Gadea
Juan Martínez Albuixech

Suport administratiu

Encarna León Pérez
Liliana Moreno Martínez
Mª José Rodríguez Turpín

ANNEX XII

SIGLES I ABREVIATURES UTILITZADES

AVE	ANÀLISI DE LA VIGILÀNCIA EPIDEMIOLÒGICA
AVS	AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
BSC	BALANCED SCORECARD
CCBI	CENTRE DE COMPETÈNCIES EN BUSINESS INTELLIGENCE
CDM	CATEGORIA DIAGNÒSTICA MAJOR
CIPF	CENTRE D'INVESTIGACIÓ PRÍNCEP FELIPE
CS	CENTRE DE SALUT
CSISP	CENTRE SUPERIOR D'INVESTIGACIÓ EN SALUT PÚBLICA
DGSP	DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA
EVAD	ESPERANÇA DE VIDA AMB DISCAPACITAT
EVLD	ESPERANÇA DE VIDA LLIURE DE DISCAPACITAT
FISABIO	FUNDACIÓ PER A LA INVESTIGACIÓ SANITÀRIA I BIOMÈDICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA
FOM	FUNDACIÓ OFTALMOLÒGICA DEL MEDITERRANI
GIS	SISTEMA D'INFORMACIÓ GEOREFERENCIAL
HACLE	HOSPITALS D'ATENCIÓ A CRÒNICS I LLARGA ESTADA
HCDSNS	HISTÒRIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT
HSE	HISTÒRIA DE SALUT ELECTRÒNICA
IM	ÍNDEX DE MASCULINITAT
INE	INSTITUT NACIONAL D'ESTADÍSTICA
ITS	INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL
IVE	INSTITUT VALENCIÀ D'ESTADÍSTICA
LA	LÍNIA D'ACTUACIÓ
MDO	MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA
MPOC	MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA
OE	OBJECTIU ESPECÍFIC
PES	PROGRAMA D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT
REBA	REGISTRE D'EXPOSICIONS BIOLÒGIQUES ACCIDENTALS
ROESB	REGISTRES OFICIALS D'ESTABLIMENTS I SERVICIS BIOCIDES
RVN	REGISTRE NOMINAL DE VACUNES
SAVIA	SISTEMA AUTONÒMIC VALENCIÀ D'INFORMACIÓ EN ADDICCIONS
SIC	SISTEMA D'INFORMACIÓ SOBRE EL CÀNCER
SICCIR	SISTEMA D'INFORMACIÓ CENTRALITZAT I COMPARTIT D'INSTAL·LACIONS DE RISC DE LEGIONEL·LA
SIDO	SISTEMA D'INFORMACIÓ DE DIRECCIÓ PER OBJECTIUS
SIE	SISTEMA D'INFORMACIÓ ECONÒMICA
SIGED	SISTEMA D'INFORMACIÓ PER A LA GESTIÓ DE LA DG DROGODEPENDÈNCIES
SIP	SISTEMA D'INFORMACIÓ POBLACIONAL
SIS	SISTEMES D'INFORMACIÓ SANITARIS
SISVEL	SISTEMA DE VIGILÀNCIA DE LA SALUT LABORAL
SISGEREN	SISTEMA D'INDICADORS SANITARIS GERENCIALS
SIV	SISTEMA D'INFORMACIÓ VACUNAL
SNS	SISTEMA NACIONAL DE SALUT
TIC	TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ I COMUNICACIÓ
TMG	TRANSTORN MENTAL GREU
UHD	UNITATS D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI
XARMIVA	XARXA MICROBIOLÒGICA VALENCIANA
XSS	XARXA SENTINELLA SANITÀRIA

plan de salud de la Comunitat Valenciana 2010/2013

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

ÍNDICE

Introducción **3**
1 Marco normativo 4
2 Antecedentes 6

Enfoque del III Plan de Salud 2010-2013 **11**
1 Establecimiento de las bases del nuevo plan 11
2 Establecimiento de los agentes y órganos encargados del desarrollo de este nuevo proyecto 12

Contexto planificador **15**
1 Marco general de referencia en planificación normativa y política sanitaria 16
2 Estrategias y planes del Sistema Nacional de Salud y de la Conselleria de Sanitat 19
3 Estudio comparativo de las áreas de intervención de los planes de salud de las comunidades y ciudades autónomas 21

Evaluación del Plan de Salud 2005-2009 **27**
1 Resultados, en cifras, por áreas de actuación 27
2 Principales logros alcanzados 29

Foros de comunicación y participación ciudadana **33**
1 Foros realizados y metodología 33
2 Foros representativos de los ciudadanos 35
2.1 Conclusiones por apuestas estratégicas 35
2.2 Reflexiones finales 39
3 Foros del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana y de los informadores clave de la Conselleria de Sanitat 41
3.1 Conclusiones por apuestas estratégicas 41
3.2 Reflexiones finales 43

Análisis de la situación actual de salud de los valencianos **47**
1 Demografía 47
1.1 Distribución geográfica de la población 47
1.2 Estructura de la población 50
1.3 Evolución de la población en la Comunitat Valenciana 60
1.4 Natalidad y fecundidad 60
2 Desarrollo económico y social 63
2.1 Umbral de pobreza 63
2.2 Indicadores de trabajo 64
3 Análisis de los principales indicadores 65
3.1 Esperanza de vida 65
3.2 Esperanza de vida libre de discapacidad 66
3.3 Mortalidad infantil 67
3.4 Mortalidad proporcional 68
3.5 Morbilidad 77
4 Salud percibida y estilos de vida 82
4.1 Percepción de la salud 82
4.2 Conductas y estilos de vida 84

Sistema Sanitario Público Valenciano: recursos **93**
1 Organización 93
2 Recursos humanos 97
3 Estructura 99
4 Sistemas de información 101

Metodología **107**
1 Convergencia con el plan estratégico de la Agència Valenciana de Salut 107
2 Fases de la elaboración del III Plan de Salud 109

Mapa Estratégico **115**

Seguimiento y evaluación **173**

Financiación **177**

Bibliografía **181**

Anexos **187**
Anexo I Indicadores y fuentes de información de los Objetivos Específicos del Mapa Estratégico del Plan de Salud 2010-2013 187
Anexo II Comité de Dirección del Plan de Salud 2010-2013 210
Anexo III Comisión Técnico-Directiva de elaboración y seguimiento del Plan de Salud 2010-1013 211
Anexo IV Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana 212
Anexo V Órganos responsables de las áreas de actuación priorizadas 213
Anexo VI Órganos responsables de los objetivos de carácter transversal 215
Anexo VII Relación de coordinadores por área de actuación 216
Anexo VIII Relación de coordinadores de los objetivos de carácter transversal 217
Anexo IX Relación de expertos por área de actuación 218
Anexo X Relación de participantes de otras Consellerias designados para facilitar la intersectorialidad del Plan de Salud 223
Anexo XI Relación de participantes en la elaboración de los capítulos del Plan de Salud 2010-2013 224
Anexo XII Siglas y abreviaturas utilizadas 225

INTRODUCCIÓN

3

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud 2010-2013 es el instrumento estratégico de planificación y programación del Sistema Sanitario Valenciano hasta fin de 2013.

En la Comunitat Valenciana, es nuestro III Plan de Salud. En este documento se recogen los objetivos de salud y las prioridades en política sanitaria para los próximos años, tomando como base, entre otros criterios, el diagnóstico de salud de los valencianos, la evaluación del Plan de Salud 2005-2009, la recién terminada Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, así como la experiencia acumulada en estos 9 años con los dos planes de salud anteriores, 2001-2004 y 2005-2009.

Por ello, y siendo conscientes de la importancia que en nuestra planificación sanitaria tiene la opinión de nuestra ciudadanía, este nuevo Plan introduce, como elemento innovador, la realización de 12 foros de comunicación y participación ciudadana, en los que han colaborado cerca de 200 representantes del tejido social de la Comunitat Valenciana.

En total, el trabajo realizado ha sido fruto de la colaboración de aproximadamente 500 personas involucradas en el desarrollo del proyecto.

Por otra parte y como punto de partida, se ha realizado una Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, con una muestra de más de 5.000 ciudadanos representativa de la población de la Comunitat (muestreo realizado por el Instituto Valenciano de Estadística).

El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013 se ha elaborado con una metodología innovadora que combina la ya clásica, de priorización por problemas de salud o áreas de intervención, con la metodología utilizada por la Agència Valenciana de Salut, "Balanced Scorecard", para la configuración del mapa estratégico.

El proceso de elaboración seguido en este III Plan será desarrollado en detalle, en apartados posteriores de este documento.

4

1 MARCO NORMATIVO

Los planes de salud han sido objeto de regulación tanto a nivel del Estado como de las Comunidades Autónomas (CCAA).

Normativa del Estado

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, recoge en su artículo 54:

"*Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud.*

El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes áreas de salud".

En el art. 74 de la citada Ley se prevé la elaboración del Plan integrado de salud, que teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos.

La disposición adicional novena señala que el gobierno establecerá el procedimiento y los plazos para la formulación de los Planes integrados de salud, y en base a ello, el Real Decreto 938/1989 de 21 de julio, estableció en su momento el procedimiento y los plazos para los planes integrados de salud. El art. 9 del citado Real Decreto fijó que «*los planes de salud deberán incluir al menos los siguientes capítulos: Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios, establecimiento de objetivos, programas a desarrollar, financiación, ejecución y evaluación*». La necesidad de la elaboración de los Planes Integrales de salud se constata también en el art. 64 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Normativa de la Comunitat Valenciana

La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana establece en su art. 11:

«*El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana es el instrumento estratégico de planificación y programación del Sistema Sanitario Valenciano. En él se recogerán la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria.*

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana será aprobado por el Consell de la Generalitat, a propuesta del Conseller de Sanidad, y será remitido a les Corts Valencianes para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación.

Para el seguimiento, coordinación y evaluación del Plan de Salud existirá la oficina permanente del mismo.

El Plan de Salud tendrá la vigencia que en el mismo se determine.

5

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, una vez aprobado por el Consell de la Generalitat, será remitido al Ministerio competente en materia sanitaria para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, en los términos previstos en el capítulo IV del título III de la Ley General de Sanidad».

El contenido que debe tener el Plan de Salud queda determinado según lo dispuesto en el art. 12:

«*El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana deberá determinar:*

- *La evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, así como los diferentes recursos existentes.*
- *Evaluación de los resultados de los planes de salud anteriores.*
- *Los objetivos y niveles de salud a alcanzar, especificando indicadores de salud y enfermedad.*
- *Programas y actuaciones a desarrollar.*
- *La estimación de la propuesta de los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto respecto a la organización y desarrollo de las actividades, servicios, planes sectoriales y programas como a los medios materiales y personales que se precisen.*
- *Prioridades de intervención con respecto a los diferentes grupos sociales y modalidades de atención sanitaria.*
- *Cartera de prestaciones sanitarias del sistema con relación a los objetivos marcados.*
- *Previsiones económicas y de financiación.*
- *Calendario general de actuación.*
- *Los mecanismos e indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del Plan*».

El Decreto 120/2007, de 27 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad establece en su art. 12 que la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria «*Ejercerá la elaboración, coordinación, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana*».

Esta tarea es realizada a través de la Oficina del Plan de Salud, adscrita a la citada Dirección General, como también quedó reflejado en el Decreto 154/2006, del 13 de octubre, del Consell, por el que se aprobó el II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.

6

2 ANTECEDENTES

La Comunitat Valenciana ha elaborado dos planes de salud:





El I Plan de Salud tuvo como vigencia el periodo 2001-2004 y el II Plan de Salud el periodo 2005-2009.

Ambos planes de salud se elaboraron con la metodología clásica, basada en la fijación de objetivos, tras la priorización de problemas de salud o áreas de intervención.

7

Las áreas de actuación priorizadas se recogen en la tabla siguiente, y se fijaron en total 78 objetivos para el I Plan y 90 para el II Plan 2005-2009.

~ ***Áreas de actuación en las que se fijan objetivos en el I y II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana***

	I Plan de Salud 2001-2004	II Plan de Salud 2005-2009
Hábitos y estilos de vida		
Tabaco		
Alcohol y drogas		
Alimentación y nutrición		
Ejercicio físico / actividad física		
Salud sexual y reproductiva		
Entorno y salud		
Salud laboral		
Medio ambiente y salud		
Seguridad alimentaria		
Salud perinatal		
Salud en la infancia y adolescencia		
Enfermedades prevenibles mediante vacunación		
Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares		
Diabetes		
Cáncer		
Enfermedades neurodegenerativas. Demencias		
VIH/SIDA		
Vigilancia en salud de problemas emergentes		
Hemovigilancia		
Tuberculosis		
Enfermedades osteoarticulares		
Salud mental		
Lesiones por accidentes de tráfico		
Lesiones por violencia doméstica		
Socio-sanitaria		
Uso racional del medicamento		
Urgencias y emergencias		
Desigualdades en salud		
Políticas públicas saludables		

ENFOQUE DEL III PLAN DE SALUD 2010-2013

ENFOQUE DEL III PLAN DE SALUD 2010-2013

1 ESTABLECIMIENTO DE LAS BASES DEL NUEVO PLAN

La idea de como debía configurarse el III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana parte ya de la Comisión Técnico Directiva del II Plan, la cual se plantea, en base a la experiencia acumulada de los dos planes de salud anteriores 2001-2004 y 2005-2009, que rumbo y que directrices debían de orientar a este III Plan, para constituirse en el verdadero instrumento de planificación del Sistema Sanitario Valenciano hasta fin del año 2013.

En tal sentido se considera imprescindible para este III Plan:

Dotar al ciudadano de un mayor protagonismo en la toma de decisiones para la mejora de su salud.

Este protagonismo se pone de manifiesto como hemos visto ya, desde el propio diseño del proceso de elaboración de este nuevo Plan de Salud, mediante la incorporación de las necesidades de salud expresadas por los ciudadanos, a partir de la constitución de 12 foros de participación y comunicación ciudadana.

El sentir de los ciudadanos en relación a la salud se incorpora por tanto, junto con otros indicadores y otros factores, al análisis de la situación de la salud de los ciudadanos y se convierte en punto de partida, para la planificación de acciones en el periodo 2010-2013.

Lograr una planificación cohesionada con el Plan de la Agència Valenciana de Salut, para optimizar los resultados de ganancia en salud de nuestra población.

Por último, establecer los pilares fundamentales sobre los que debería constituirse el III Plan, como apuestas o valores fundamentales, que debían impregnar el nuevo Plan y que apuestan por el fomento de la:

- Participación, información, comunicación.
- Garantía de sostenibilidad.
- Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención a la cronicidad.
- Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud.
- Equidad en salud.

12

2 ESTABLECIMIENTO DE LOS AGENTES Y ÓRGANOS ENCARGADOS DEL DESARROLLO DE ESTE NUEVO PROYECTO

Para la elaboración de este III Plan se ha contado con:

1. La creación del Comité de Dirección del III Plan de Salud, como máximo órgano encargado de conocer y proponer la posterior aprobación del III Plan de Salud, constituido según Resolución de 8 de octubre del 2010 del Conseller de Sanitat (DOCV 30/12/2010).
2. La creación de una Comisión Técnico-Directiva de Elaboración y Seguimiento del III Plan (en adelante la Comisión Técnico Directiva), como órgano consultivo encargado de formular y diseñar las grandes líneas estratégicas, establecer los objetivos generales, el desarrollo y seguimiento del III Plan, y definir la metodología de cada etapa del proceso de elaboración del mismo, constituida según Resolución del 23 de septiembre de 2010 del Conseller de Sanitat (DOCV 28/12/2010).
3. El establecimiento de los órganos, dependientes de la Conselleria de Sanitat, responsables últimos de la formulación, impulso, seguimiento y evaluación de los objetivos específicos, indicadores y líneas de actuación de las diferentes áreas del Plan de Salud, y de los objetivos de carácter transversal.
4. La designación por parte de los órganos responsables de las áreas, del personal coordinador de cada área de actuación y coordinador de los objetivos de carácter transversal, responsables a su vez de facilitar a la Oficina del Plan de Salud la información requerida durante el proceso de elaboración (establecimiento de objetivos específicos, indicadores y líneas de actuación) y posterior evaluación del III Plan sobre, el cumplimiento de objetivos, seguimiento de los indicadores y estado de desarrollo de las diferentes líneas de actuación para la monitorización y evaluación del Plan de Salud durante el periodo de vigencia del mismo. En el desarrollo de esta tarea contarán con los grupos de expertos formados en las diferentes áreas y que quedan reflejados en el punto siguiente.
5. La designación por el personal coordinador, de los grupos de expertos de cada área. Estos grupos, de reconocido prestigio profesional, se han constituido en función del área a tratar favoreciendo el conocimiento integral de la misma, desde diferentes puntos de vista, abogando por la creación de grupos intersectoriales y multidisciplinares. Estos grupos de expertos colaborarán con el/la coordinador/a del área en aquellas tareas que les sean encomendadas para garantizar el logro de objetivos y actuaciones de la misma.
6. El establecimiento de referentes de otras Consellerias del Gobierno Valenciano, como nexo de unión con el Plan de Salud, y responsables de la toma de decisiones y de la construcción de canales de intersectorialidad con el III Plan. Estos referentes contarán con responsables en su ámbito de actuación, que se integrarán con los grupos de expertos, cuando así se estime conveniente.
7. La Oficina del Plan de Salud, dependiente de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria, para la coordinación de todas las actuaciones, y la colaboración de la Oficina del Mapa Estratégico de la Agència Valenciana de Salut en la metodología de trabajo, dentro de la idea fuerza de la convergencia de este III Plan de Salud y el Plan Estratégico de la Agència Valenciana.

De cada una de las etapas fundamentales del proceso de elaboración del III Plan se ha dado oportuno traslado al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana. En total el trabajo realizado ha sido fruto de la colaboración de aproximadamente 500 personas involucradas en el desarrollo del proyecto. Se ha contado con más de 300 profesionales, así como con la opinión manifestada por aproximadamente 200 representantes del tejido social de la Comunitat, mediante los foros de comunicación y participación ciudadana.

CONTEXTO PLANIFICADOR



CONTEXTO PLANIFICADOR

De forma previa a la fijación de los objetivos del nuevo Plan de Salud se ha procedido a realizar el estudio del análisis de la situación de la salud de los valencianos, para dar a conocer a la Comisión Técnico Directiva cuál era el punto de partida en el que nos encontrábamos en relación a la salud de nuestra población.

Para ello se ha realizado la valoración del diagnóstico de salud a partir de:

- Los resultados de la Evaluación del Plan de Salud 2005-2009.
- Las necesidades de salud manifestadas por nuestros ciudadanos en los Foros de comunicación y participación ciudadana.
- Los principales indicadores demográficos, socioeconómicos, sanitarios, etc.
- La Encuesta de Salud 2010.

Complementariamente, se ha creído conveniente realizar un análisis del contexto planificador en el que nos encontramos para planificar el nuevo periodo de vigencia del Plan de Salud 2010-2013 a partir del conocimiento de:

- Las directrices de la OMS para su Oficina en Europa, y de la Unión Europea en materia sanitaria, y de las estrategias y demás documentos en materia de planificación de actuaciones sanitarias a nivel nacional establecidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Las Estrategias y Planes vigentes en nuestra Comunitat en relación con la Salud.
- El estudio comparativo de los planes de salud vigentes de las diferentes Comunidades Autónomas, a fin de valorar las áreas de actuación que se han priorizado para el establecimiento de objetivos por el resto de Comunidades.

Todos estos documentos sirvieron de base a la Comisión Técnico Directiva para la toma de decisiones a la hora de fijar las líneas estratégicas, los objetivos generales y la priorización de las áreas de actuación del nuevo Plan de Salud.

16

1 MARCO GENERAL DE REFERENCIA EN PLANIFICACIÓN NORMATIVA Y POLÍTICA SANITARIA

Como es sabido, es necesario establecer una coherencia del nuevo Plan de Salud con los principios orientadores de la planificación sanitaria para garantizar el alineamiento del Proyecto con otras iniciativas nacionales e internacionales promovidas por la OMS, la Unión Europea o el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

a) Organización Mundial de la Salud

Son de destacar entre otros, documentos de referencia como:

- **Salud para todos en el siglo XXI**. Su principal objetivo permanente es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Posee dos metas principales «*promover y proteger la salud de las personas*» y «*reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones así como el sufrimiento que originan*».
  Los tres valores básicos que constituyen los cimientos éticos de Salud 21 son:
  ~ La salud como derecho fundamental.
  ~ La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción.
  ~ La participación y la responsabilidad de las personas, grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.
  Centrados en cuatro principales estrategias de acción, sus 21 objetivos constituyen el marco de desarrollo de las políticas sanitarias de la Región Europea y representan la esencia de la política europea.
- **La Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles**. Los datos científicos revelan que las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes exigen la adopción de medidas coordinadas que aborden los factores de riesgo comunes como el alcohol, tabaco, dieta inadecuada e inactividad física. En el objetivo 2 del Plan de Acción 2008-2013 se determina que los Estados Miembros necesitan establecer políticas y planes nuevos o fortalecer los existentes, a fin de incorporar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, como parte integral de sus políticas sanitarias.
- **Los Determinantes sociales de la salud, 2003**. Bajo el concepto de determinantes sociales de la salud (pendiente social, estrés, trabajo, desempleo, exclusión social, adicciones, etc.) se recoge la influencia que el entorno social ejerce sobre la salud. Las instituciones deben implicarse en la elaboración de políticas que palien la mala distribución de recursos reforzando el papel del personal sanitario para actuar sobre dichos determinantes.
- **La política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS, 2002**. Su meta es contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres mediante investigaciones, políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la equidad y la igualdad entre el hombre y la mujer. En la **Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia: Herramienta de género, 2007** se establece como el género se refiere a las características de hombres y mujeres que son construidas socialmente, mientras que el sexo contempla aquellos atributos determinados biológicamente. En el **Resumen Analítico: Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana, 2009**, se señala el camino hacia las medidas necesarias para mejorar la salud de las niñas y mujeres de todo el mundo.

b) Unión Europea

A nivel de la UE las diferencias en salud de los ciudadanos son cada vez mayores, lo cual representa una gran preocupación y un gran reto. El aumento del desempleo como consecuencia de la crisis económica y financiera también está agravando esta situación. Así cabe destacar los siguientes documentos marco:

- La Estrategia **Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013**, adoptada el 23 de octubre de 2007, basada en 4 principios:
  - ~ Una estrategia basada en valores compartidos de la salud (equidad, solidaridad, participación en la toma de decisiones, reducción de desigualdades, y establecimiento de políticas basadas en datos científicos).
  - ~ La salud es la mayor riqueza.
  - ~ La salud en todas las políticas.
  - ~ El fortalecimiento de la voz de la UE en la salud mundial.

  y en 3 objetivos:
  - ~ Promover la buena salud de una Europa que envejece.
  - ~ Proteger a los ciudadanos contra las amenazas sanitarias.
  - ~ Fomentar sistemas sanitarios y nuevas tecnologías.

  proporciona por primera vez un marco estratégico global.
- Comunicación de la Comisión: **Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador**, del 3 de marzo de 2010, en especial, la iniciativa Plataforma Europea contra la pobreza y la Comunicación de la Comisión: **Iniciativa emblemática de Europa 2020: Unión por la innovación** de 6 de octubre de 2010, que establece una asociación europea experimental para la innovación en el ámbito de un envejecimiento activo y sano, para alcanzar tres objetivos: mejorar la salud y la calidad de las personas mayores, permitiéndoles llevar unas vidas activas y autónomas; contribuir a la sostenibilidad de los servicios sociales y de la salud, y estimular la competitividad y las oportunidades de negocio.
- El **Segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud, 2008-2013** basado en los logros del programa anterior al que sustituye, apoya las políticas de los estados miembros con 3 objetivos principales: Mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos, promover la salud y, generar y difundir información y conocimientos sobre la salud. Este programa proclama la naturaleza transversal de la salud en el conjunto de las políticas de la Unión. La coordinación con otras políticas y otros programas comunitarios se configura así como un elemento clave para integrar la salud, y particularmente su promoción en otras políticas.
- La COM (2009) 567. La Comisión Europea publicó en septiembre de 2009 **Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE** en la que se pone de manifiesto una vez más, que la lucha contra las desigualdades en salud, es una acción clave de la Estrategia de Salud de la UE (2008-2013), debiéndose abordar cuestiones clave como, la distribución equitativa de la salud o la satisfacción de las necesidades de grupos vulnerables entre otras.
- La importancia del uso de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en materia sanitaria está presente en la UE y la Comisión alienta a los Estados Miembros a trabajar juntos para identificar sus necesidades y prioridades en el área de la telemedicina [COM (2008) 689].

18

c) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

- **El Plan de Calidad 2010 del Sistema Nacional de Salud**. Este Plan sustituye al Plan de Calidad 2006, recientemente evaluado. El Plan 2010 tiene presente que el concepto de calidad de un Sistema de Salud incorpora atributos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la garantía de que la atención sanitaria se preste en el momento oportuno y también la garantía de que los pacientes tengan una participación informada en las decisiones relacionadas con su salud. Otros componentes son la excelencia clínica, la medicina basada en la evidencia y la seguridad de los pacientes. También forman parte del concepto de calidad la equidad y la utilización eficiente de los recursos. Todos estos atributos se encuentran presentes en las 6 áreas y 12 estrategias del Plan de Calidad del SNS 2010.

- **El Informe Salud y Género 2005 del Observatorio de Salud de las Mujeres**, pone de manifiesto como la equidad de género se aborda en los planes de salud de las Comunidades Autónomas, fundamentalmente a nivel de discurso, pero con escasa concreción en objetivos operativos y medidas instrumentales. El artículo 27.1 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres establece que «*las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en su formulación, desarrollo y evaluación las necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente*», para ello, **La guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud de la Junta de Andalucía, 2008** fue también parte del material facilitado a los grupos de expertos como herramienta de trabajo para difundir y facilitar el enfoque de género en las políticas y estrategias de salud para el nuevo periodo de vigencia del Plan.

2 ESTRATEGIAS Y PLANES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

A continuación se recogen las Estrategias en materia de salud, en vigencia, desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y los actuales Planes llevados a cabo por la Conselleria de Sanitat.

Algunos de los actuales Planes, Estrategias, etc. de la Conselleria de Sanitat han sido adaptados a partir de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

~ ***Estrategias del Sistema Nacional de Salud y su consiguiente adaptación en la Comunitat Valenciana***

Estrategias actuales del Sistema Nacional de Salud	Planes Estratégicos actuales de la Conselleria de Sanitat
Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016	**Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana 2006-2010 (adaptado de la anterior Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008)**
Estrategia en cuidados paliativos del SNS 2007	**Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013**
Estrategia en cáncer del SNS 2006, actualizada en 2009	**Plan oncológico de la Comunitat Valenciana 2007-2010**
Estrategia de atención al parto normal en el SNS 2007	**Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana 2009**
Estrategia de diabetes del SNS 2006	**Plan de diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-2010**
Estrategia en EPOC del SNS 2009	**Plan de salud en EPOC de la Comunitat Valenciana 2010-2014**
Estrategia del ICTUS del SNS 2008	**Plan de atención al ICTUS en la Comunitat Valenciana 2011-2015**

Otras Estrategias del Sistema Nacional de Salud pueden servir de referencia para posteriores actuaciones en nuestra Comunitat:

- Plan para la Prevención y Control de la tuberculosis en España 2008.
- Estrategias básicas de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros 2009.
- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Proyecto AP 21.
- Estrategia de Salud Mental del SNS 2009-2013.
- Estrategia Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad (NAOS) 2005.
- Estrategia en Enfermedades Raras del SNS 2009.
- Estrategia sobre Salud Sexual y Reproductiva (en desarrollo).
- Estrategia sobre Salud y Género (en desarrollo).
- Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS 2006, actualizada en 2009.

20

Otros Planes sobre el abordaje de determinadas patologías y sobre la propia gestión interna han sido desarrollados a iniciativa de la Conselleria de Sanitat.

- Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunitat Valenciana 2001.
- Plan Estratégico de I+D+i en Salud Pública de la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Plan Estratégico de Investigación Sanitaria y Biomédica 2006-2010 .
- Plan Estratégico para la Gestión de la Formación Especializada en ciencias de la salud en la Comunitat Valenciana 2008-2011.
- Atención a personas con enfermedades crónicas 2008: una Estrategia para la gestión por procesos en hospital de media y larga estancia.
- II Plan para la prevención y control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Plan de Gestión de la Seguridad del paciente de la CV 2009-2013 .
- Plan Estratégico de la Dirección General de Salud Pública 2004.
- Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos de la Comunitat Valenciana 2007-2011.
- Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana 2005.
- Plan Estratégico para el control y calidad de la farmacia, medicamentos y productos sanitarios en la Comunitat Valenciana 2007.
- Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut 2009-2011.
- Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Comunitat Valenciana 2009.
- I Plan del SIDA de la Comunidad Valenciana 1997.
- Plan de Sistemas de Información 2009-2011 .
- Plan de Inspección de servicios sanitarios de la Conselleria de Sanidad 2010.

En este apartado, teniendo en cuenta que la intersectorialidad es uno de los valores clave en el III Plan de Salud y siendo conscientes de la importancia del concepto de **salud en todas las políticas** cabe destacar, entre otros, los siguientes Planes Estratégicos de otras Consellerias del Gobierno Valenciano relacionados de un modo u otro con la salud: II Plan de Integración de la Familia e Infancia 2007-2010, Conselleria de Bienestar Social; Plan de Igualdad de Oportunidades 2010-2013, Conselleria de Bienestar Social; Plan Integral para la Atención a Personas con Discapacidades Persistentes por Enfermedad Mental 2009-2015, Conselleria de Bienestar Social; Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011, Conselleria de Inmigración y Ciudadanía; I Plan de Igualdad entre Mujeres y Hombres de la Administración de la Generalitat 2010-2012, Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas y Plan Estratégico para la Mejora Continua de la Seguridad y Salud Laboral de los Empleados Públicos de la Generalitat 2010-2013, Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas.

3 ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

Como es sabido, la necesidad del establecimiento de los planes de salud tiene su origen con la Ley General de Sanidad y su evolución ha sido diferente en cada Comunidad Autónoma, según se hubiesen asumido o no las competencias en materia de sanidad.

Los primeros planes de salud, planes de 1ª generación, consistían básicamente en un catálogo de objetivos de salud, formulados de manera más o menos coherente con el análisis de la situación que les acompañaba, con estadísticas menos desarrolladas que en la actualidad, y en ausencia de indicadores asistenciales.

Con la experiencia acumulada, se constatan cambios en la formulación de la mayoría de planes de salud de 2ª generación. Los objetivos diseñados y promovidos en ellos se dirigían a problemas de salud específicos, con necesidades asistenciales constatadas, de enorme repercusión global sobre la salud colectiva, estableciendo áreas de intervención priorizadas por procesos de mayor prevalencia.

En la actualidad en la mayor parte de las CCAA se vienen desarrollando los Planes de 3ª generación.

Como parte del análisis de la situación y, de forma previa al establecimiento de objetivos del III Plan de la Comunitat Valenciana, se ha considerado necesario realizar un análisis comparativo de las áreas de actuación sobre las que los diferentes planes de salud de las CCAA han fijado objetivos de mejora en salud. Para ello se han seleccionado aquellos planes que en el año 2010, fecha de comienzo del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, se encontraban vigentes.

Así, se ha realizado un estudio de 9 planes de salud de CCAA y de un plan de salud de una Ciudad Autónoma, Ceuta, que comprendían el periodo referido. No se ha seleccionado el Plan de Salud de Canarias 2010-2015 por no estar el texto definitivo publicado, ni el Plan de Gobernanza de Cantabria 2008-2012, ni el Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral 2007-2010 del Principado de Asturias, por abarcar otros aspectos diferentes a los propios de los planes de salud que a continuación se enumeran, impidiendo su comparación en base a criterios uniformes.

Se han analizado pues los siguientes planes de salud:

- Plan de Salud Castilla la Mancha 2001-2010.
- Plan de Salud del País Vasco 2002-2010.
- Plan de Salud de Galicia 2006-2010.
- Plan de Salud de Navarra 2006-2012.
- Plan de Salud de la Rioja 2009-2013.
- Plan de Salud de Murcia 2010-2015.
- Plan de Salud de Cataluña en el horizonte 2010.
- Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.
- Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012.
- Plan de Salud de Ceuta 2008-2011.

22

Las áreas de actuación en las que con mayor frecuencia se fijan objetivos en los planes de salud analizados son: tabaco, alcohol, drogas, alimentación/obesidad, ejercicio físico, salud laboral, seguridad alimentaria, salud y medio ambiente, vacunación, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, accidentes de trabajo, accidentes domésticos, accidentes de tráfico, violencia documentada, salud mental, cáncer, diabetes mellitus, EPOC, enfermedades musculoesqueléticas, envejecimiento/dependencia, hepatitis víricas, tuberculosis, infecciones nosocomiales, enfermedades cardiovasculares y uso racional del medicamento.

~ ***Áreas de actuación en las que se establecen objetivos en los planes de salud vigentes de las diferentes comunidades y ciudades autónomas***

ÁREAS DE ACTUACIÓN	Castilla-La Mancha 2001-2010	País Vasco 2002-2010	Galicia 2006-2010	Navarra 2006-2012	La Rioja 2009-2013	Murcia 2010-2015	Cataluña 2010	Extremadura 2009-2012	Castilla y León 2008-2012	Ceuta 2008-2011
Tabaco	■	■	■	■	■	■	■			■
Alcohol	■	■	■	■	■	■	■	■		■
Drogas		■	■	■	■	■	■	■		■
Alimentación / Obesidad		■		■	■	■	■	■		■
Ejercicio físico		■		■	■	■	■			
Salud sexual y reproductiva					■	■				
Salud bucodental	■						■			■
Detección precoz tumores				■		■				■
Salud laboral					■	■	■	■	■	■
Seguridad alimentaria	■				■		■	■	■	
Salud y medioambiente	■	■			■	■	■	■	■	■
Cambio climático y salud					■					
Salud maternoinfantil	■						■	■		
Vacunación	■	■	■		■	■		■	■	
VIH / SIDA	■	■	■		■	■	■	■		
Infecciones transmisión sexual			■		■	■	■	■		■
Toxiinfecciones alimentarias						■	■			■
Zoonosis	■				■			■		
Legionelosis							■			
Encefalopatías espongiformes transmisibles							■	■		
Hepatitis víricas			■		■	■		■		■
Enf. crónicas del hígado						■				
Tuberculosis	■	■	■	■	■	■	■	■		■
Neumonía / Gripe						■	■			■
Enf. importadas								■		
Infecciones nosocomiales		■			■	■	■	■	■	
Enf. cardiovasculares		■	■	■	■	■	■	■	■	■

ÁREAS DE ACTUACIÓN	Castilla-La Mancha 2001-2010	País Vasco 2002-2010	Galicia 2006-2010	Navarra 2006-2012	La Rioja 2009-2013	Murcia 2010-2015	Cataluña 2010	Extremadura 2009-2012	Castilla y León 2008-2012	Ceuta 2008-2011
Enf. cerebrovasculares		■	■	■		■			■	
Enf. neurodegenerativas / Demencias	■			■	■	■				
Enf. profesionales		■							■	
Accidentes de trabajo		■			■	■	■	■	■	
Accidentes domésticos		■		■	■	■	■	■		
Accidentes de tráfico		■	■	■	■	■	■	■	■	
Suicidios		■				■				
Violencia documentada					■			■		■
Salud mental	■	■	■	■	■		■	■	■	
Cáncer		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diabetes mellitus		■	■		■	■	■	■	■	■
Enf. respiratorias crónicas (EPOC, etc)			■	■	■	■	■	■	■	
Enf. musculoesqueléticas						■	■		■	
Enfermedades raras				■		■		■		
Cuidados paliativos	■				■					
Envejecimiento / Dependencia			■		■		■		■	
Grupos vulnerables					■					
Desigualdad		■				■				
Discapacidad			■			■				
Sostenibilidad				■						
Uso racional del medicamento	■			■	■	■	■			■
Nuevas tecnologías					■					
Donación de órganos y trasplantes							■			
Atención domiciliaria	■									
Formación	■				■	■				
Investigación	■					■				
Sistemas de información				■						

EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2005-2009



EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2005-2009

1 RESULTADOS, EN CIFRAS, POR ÁREAS DE ACTUACIÓN

La evaluación del Plan de Salud es un proceso continuo de monitorización de los objetivos y evaluación final al cumplirse su periodo de vigencia. La evaluación de los objetivos es realizada con indicadores específicos, utilizando para ello fuentes de información previamente seleccionados.

La evaluación final del Plan de Salud 2005-2009, constituye un aspecto fundamental dentro del proceso planificador puesto que permite analizar y comparar los objetivos propuestos en el año 2005 con los objetivos alcanzados al finalizar el año 2009, y como consecuencia conocer las ganancias en salud obtenidas. Por otra parte constituye el punto de partida para la formulación de objetivos y actuaciones del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013, ya que del análisis efectuado sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos para el periodo 2005-2009 se desprenden acciones de mejora para los próximos planes.

En el Plan de Salud 2005-2009 y con la participación, entre otros, de 312 expertos, se formularon un total de 90 objetivos incluidos dentro de las 17 áreas de intervención y 28 de áreas de actuación.

El grado de ejecución de los objetivos se ha considerado del modo siguiente:

Conseguido: cuando se ha alcanzado plenamente el objetivo esperado.

Parcialmente conseguido: cuando se ha conseguido la tendencia deseada y al menos se alcanzado el 50% del objetivo.

No conseguido: cuando el objetivo no se ha logrado.

En proceso de evaluación: cuando la información recogida hasta la fecha no permite concluir su evaluación.

~ ***Evaluación de los Objetivos del Plan de Salud 2005-2009: Resultados Globales***

Consecución		Nº objetivos	% objetivos
Evaluados	Conseguidos (C)	54	60,0
	Parcialmente conseguidos (PC)	34	37,8
	No conseguidos (NC)	1	1,1
No evaluados	En proceso de evaluación (EE)	1	1,1

28

De los 90 objetivos marcados, han sido evaluados 89, siendo uno de ellos perteneciente al área de actuación de lesiones por accidentes de tráfico, no evaluable. De los 89 objetivos evaluados, 88 han sido conseguidos o parcialmente conseguidos, lo que supone un porcentaje de cumplimiento del 99%.

En la tabla siguiente se recogen los resultados de la evaluación de objetivos del Plan de Salud 2005-2009 por cada área de actuación de las 17 áreas de intervención.

~ ***Evaluación de Objetivos del Plan de Salud 2005-2009: Resultados por áreas de actuación***

Áreas de ganancia en salud	Nº de objetivos	C	PC	NC	EE	% Consecución*
Hábitos y estilos de vida						
Tabaco	7	1	6			C
Alcohol y drogas	5	4	1			B
Alimentación y nutrición	5	1	4			C
Ejercicio físico / actividad física	1		1			C
Salud sexual y reproductiva	4	4				A
Entorno y salud						
Salud laboral	2	1	1			B
Medio ambiente y salud	2	1	1			B
Seguridad alimentaria	8	7	1			B
Salud perinatal	2	1	1			B
Salud en la infancia y adolescencia	1		1			C
Enfermedades prevenibles mediante vacunación	2	1	1			B
Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares						
Enfermedades cardiovasculares	5	4	1			B
Enfermedades cerebrovasculares: Ictus	3	2	1			B
Diabetes	5	2	3			C
Cáncer	7	7				A
Enfermedades neurodegenerativas: demencias	1		1			C
VIH/SIDA	3	3				A
Vigilancia en salud de problemas emergentes						
Hemovigilancia	1		1			C
Tuberculosis	3		2	1		D
Enfermedades osteoarticulares	2		2			C
Salud mental	8	4	4			B
Lesiones por accidentes de tráfico	2	1			1	A
Lesiones por violencia doméstica	1	1				A
Sociosanitario						
Envejecimiento	1	1				A
Cuidados paliativos	1	1				A
Uso racional del medicamento	5	5				A
Urgencias y emergencias	1	1				A
Desigualdades en salud	2	1	1			B

**Factor de cálculo: 1 conseguido; 0,5 parcialmente conseguido; 0 no conseguido.*
***A**: objetivos logrados al 100%; **B**: objetivos logrados entre 75% y 99,9%; **C**: objetivos logrados entre 50% y 74,9%;*
***D**: objetivos logrados entre 25% y 49,9%; **E**: objetivos logrados entre 0% y 24,9%*

2 PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS

Durante este periodo se han conseguido importantes logros en todas las áreas de actuación, entre los que cabe señalar:

- El incremento de cobertura asistencial para el tratamiento de las distintas adicciones. Los recursos de este tipo han pasado de 152 a 169 en estos 5 años.
- La disminución superior al 1,5% fijado anualmente para la mortalidad por cardiopatía isquémica. En concreto se ha pasado de una tasa de 105,4 muertes por cada 100.000 habitantes en 2005 a 87,7 por cada 100.000 habitantes en 2008.
- La disminución superior al 1% fijado en mortalidad por ictus, ya que en los años de vigencia del Plan ha decrecido en más de 10 puntos, pasando de una tasa de 78,4 por 100.000 habitantes en 2005 a 68,3 por cada 100.000 habitantes en 2008. Acciones tales como: la creación de cuatro unidades de ictus en 4 hospitales de la Comunitat Valenciana, de diferentes unidades de daño cerebral adquirido en la red asistencial, la implantación del código ictus en los departamentos Hospital General de Valencia, Hospital la Fe de Valencia, Hospital General de Alicante y en toda la provincia de Castellón, y el aumento de la cobertura del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular han contribuido significativamente a ello.
- El aumento significativo en el diagnóstico de la diabetes con objeto de reducir la diabetes no diagnosticada, pasando de tener un 10,4% de diabetes no diagnosticada en 2005 a un 6,9% en 2009, lo que supone que la diabetes no diagnosticada se ha reducido en más de un 33% de 2005 a 2009.
- El importante control de los incrementos del gasto farmacéutico de los grupos terapéuticos de mayor consumo y tendencia de crecimiento, y de las novedades terapéuticas. La prescripción de genéricos ha pasado de un 9,6% en 2005 a un 15,3% en 2009, con una previsión de alcanzar más de un 19% en 2010. En la misma línea, el incremento anual del gasto farmacéutico que en 2005 se situaba por encima de la media del Sistema Nacional de Salud, a partir del año 2008 y, gracias a las medidas adoptadas en nuestra Comunitat, el porcentaje de crecimiento ha ido disminuyendo y en 2009 se sitúa por debajo de la media del SNS (4,5 para el SNS y 3,06 en la Comunitat Valenciana).
- En materia de salud mental referir la creación del Consejo Asesor de la Comunitat Valenciana. Se ha mejorado y aumentado la atención prestada y los recursos en salud mental tanto de hospitalización de agudos, hospitalización de media estancia en el Pare Jofré, hospitales de día, unidades de salud mental infanto-adolescente.
- La elaboración de un Plan Integral de Atención Sanitaria a Personas Mayores y Enfermos Crónicos de la Comunitat Valenciana 2007-2011.
- Se ha elaborado el Plan Integral de cuidados paliativos para los próximos años, que ha sido el resultado de un trabajo coordinado y una apuesta clara por mejorar la atención de las personas al final de la vida. Los hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE) y las unidades de hospital a domicilio (UHD) han incrementado durante este periodo de manera progresiva la atención prestada en cuidados paliativos avanzados. Igualmente se ha impulsado la formación de cuidados paliativos tanto en número de cursos como en la calidad de los mismos.
- La mejora de los servicios de urgencia hospitalarios encaminada a: la mejora de la calidad percibida por el paciente y sus familiares, la organización interna de los servicios y al abordaje de importantes acciones para la reforma estructural de numerosos servicios de urgencia de la Comunitat Valenciana.

.

.

30

- En las áreas de estilos de vida y entorno y salud se han llevado a cabo numerosas actuaciones en este periodo como por ejemplo: la promoción de hábitos saludables de alimentación, ejercicio físico, prevención de la obesidad y sobrepeso en la infancia y adolescencia, la edición de material con los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, la realización de diversos materiales gráficos divulgativos sobre educación sexual, la notable mejora de la cobertura y calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores, la elaboración del manual para la implantación del Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos en la Industria Alimentaria y de la guía genérica de prácticas correctas de higiene, la inclusión de la hoja resumen del embarazo en la historia clínica, etc. .
- Se ha reducido la mortalidad por cáncer de mama que ha pasado de 23,7 a 17,2 muertes por 100.000 mujeres. El cribado mamográfico junto con la mejora en los tratamientos está influyendo favorablemente en esta evolución. El plan de prevención del cáncer colorrectal, cubre a 300.000 valencianos entre 50 y 69 años, es decir al 20% del total de la población diana.

Los resultados obtenidos de esta evaluación han de servir, sin duda, de reflexión para el diseño de los objetivos del nuevo Plan de Salud 2010-2013.

FOROS DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

FOROS DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Siendo conscientes de la importancia de la apuesta estratégica: "participación, información y comunicación", y considerando a la comunicación como una apuesta transversal prioritaria, se han realizado 12 foros para conocer las opiniones, necesidades y expectativas de nuestra sociedad en relación con las apuestas estratégicas fijadas por la Comisión Técnico Directiva del II Plan de Salud, de cara al diseño del III Plan, e integrar el sentir de los ciudadanos desde los inicios del proceso de elaboración.

1 FOROS REALIZADOS Y METODOLOGÍA

Se han realizado tres grupos de foros con perfiles diferentes:

Diez foros representativos de los ciudadanos de nuestra Comunitat.
Un foro del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.
Un foro con Informadores clave de la Conselleria de Sanitat.

Los foros de participación ciudadana se llevaron a cabo en los meses de mayo y junio de 2009, y los dos restantes en los meses de marzo y abril de 2010.

La investigación se realizó en colaboración con el Departamento de Sociología y Antropología Social de la Universitat de Valencia. La técnica de investigación de los foros se enmarca dentro de la perspectiva metodológica cualitativa y consigue ampliar y profundizar ciertas dimensiones de la realidad socio-cultural a las que no se accede con la perspectiva cuantitativa.

Los foros en el ámbito de la comunicación se entienden como un grupo de debate y reflexión sobre un tema, un programa, o un fenómeno social conducido por un moderador/a. Son esencialmente, una técnica de comunicación oral en base a un contenido de interés general que puede generar una discusión. El objetivo del foro es conocer las opiniones sobre un tema concreto, motivar la participación y recoger las aportaciones que surjan del propio grupo.

El contenido temático de los foros giró en base a las apuestas estratégicas del III Plan de Salud. La apuesta de equidad en salud no queda reflejada en estos foros ya que se agregó en una etapa posterior del Plan.

34

Las sesiones son grabadas y posteriormente transcritas para su análisis e interpretación. Se transcriben selectivamente los discursos emitidos en cada uno de los foros, respetando el lenguaje empleado por las personas participantes con el objetivo de reproducir su mensaje tal cual fue formulado durante el debate. Posteriormente se realiza la primera categorización del análisis, procediéndose a continuación al análisis interpretativo de cada uno de los discursos generados en los diferentes foros.

El análisis del contenido cualitativo se ha efectuado mediante la aplicación informática ATLAS.ti, versión 5, con 2 niveles de análisis: textual y conceptual. El análisis textual permite seleccionar y trabajar con citas o párrafos de los textos y el conceptual permite la obtención de los mapas conceptuales o Networks.

Los resultados que a continuación se muestran se han organizado en dos grupos. El primero recoge las principales opiniones de los 10 foros representativos del tejido social de la Comunitat Valenciana: foros representativos de los ciudadanos y, el segundo las opiniones de los dos últimos foros realizados: Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana e Informadores clave de la Conselleria de Sanitat, tratados de manera conjunta, por su especial vinculación al Sistema Sanitario Valenciano.

2 FOROS REPRESENTATIVOS DE LOS CIUDADANOS

La tipología de estos Foros se ha efectuado en función de la composición del tejido social de la Comunitat Valenciana. En la propuesta se ha optado por la agregación de entidades y agentes sociales en función de las afinidades existentes en sus objetivos e intereses. Esta agregación permite combinar en los foros la homogeneidad con la heterogeneidad con el fin de conseguir una mayor riqueza en el discurso conjunto. Los foros realizados han sido los siguientes:

Foro 1: Colegios profesionales: Medicina, Enfermería, Psicología (clínica), Fisioterapia, Farmacia, Veterinaria, Odontología y Estomatología, Biología, Física (nuclear, radiofísica), Trabajo social, Derecho, Logopedia, Óptica y optometría, Podología, Arquitectura (urbanismo), Química e Ingeniería.

Foro 2: Docentes (Enseñanza Primaria, Secundaria, Bachiller, FP, Universidad; pública y privada).

Foro 3: Sindicatos / Empresarios / Cámaras de Comercio.

Foro 4: Medios de comunicación y periodistas.

Foro 5: Asociaciones de mujeres.

Foro 6: Asociaciones de juventud.

Foro 7: Asociaciones de personas mayores.

Foro 8: Asociaciones de enfermos y cuidadores; Asociaciones de personas con discapacidad.

Foro 9: Asociaciones en general: consumidores y usuarios, asociaciones de inmigrantes, de donantes de sangre, deportivas, ONG, gastronómicas.

Foro 10: Federación Valenciana de Municipios y Provincias. .

Para cada uno de estos foros se convocó un nº medio de 15 representantes.

2.1 Conclusiones por apuestas estratégicas

A continuación se recogen las opiniones que con mayor frecuencia fueron repetidas, en los 10 foros representativos del tejido social de la Comunitat Valenciana, agrupadas en las apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

Participación, información y comunicación

«Es absolutamente necesario aumentar la información en materia de salud a la población en general, teniendo en cuenta a la juventud como un sector muy especial. A estos efectos, la escuela puede ser un medio idóneo para transmitirla, ya que puede incidir desde las edades más tempranas. Otros dos agentes imprescindibles en la transmisión de la información de forma adecuada son los medios de comunicación y las empresas».

«La información debe comenzar fundamentalmente por los profesionales sanitarios, y deben estar complementados por otros profesionales como educadores, psicólogos, logopedas…»

«La información que se proporcione a la población debe estar diferenciada según colectivos (no todo vale para todos). Los principales colectivos son las personas mayores, los menores, jóvenes y las mujeres. A ello pueden contribuir las nuevas tecnologías, especialmente Internet y los programas específicos. Internet, concretamente, exige una adecuación y mejora de la página web de Sanidad y una mejor vinculación con otras páginas relacionadas».

36

«Debemos tender a una nueva cultura de la salud que suponga la humanización de las relaciones en lo sanitario (especialmente personal médico-paciente) y la ética en la información, que pasa por mejorar la claridad de lo que se dice. En esa nueva cultura es necesario contar con los propios profesionales sanitarios así como con las redes de asociaciones especializadas existentes».

«La mejora de la comunicación pasa por adoptar y ampliar los protocolos entre Administraciones, sobre todo entre aquellas que trabajan con los mismos colectivos. La existencia de protocolos implica la coordinación previa. Ésta debe establecerse entre instituciones, especialmente entre Sanidad y Bienestar Social y entre Sanidad y Educación».

«Un espacio idóneo para ampliar y mejorar la participación es el que nos ofrecen los Consejos de Salud, acerca de los que se afirma es necesario dinamizar y ajustar. Son desconocidos por la población y precisan de una reformulación básica».

Garantía de sostenibilidad

«Hay que lograr que la ciudadanía se sensibilice sobre el uso racional de los recursos sanitarios, para ello es imprescindible contar con el sector de la educación ya que éste incide directamente en la transmisión de valores. Un complemento imprescindible en esta sensibilización es la información y la formación».

«Algunos problemas en el uso de los recursos vienen dados por la presión de los propios pacientes, a la que los profesionales sanitarios no deben ceder».

«El control del gasto farmacéutico pasa, entre otros factores, por el aumento de los medicamentos genéricos y esenciales y el uso de la receta electrónica, lo que debe completarse con una labor educativa de los profesionales sanitarios».

«El control del gasto sanitario pasa por mejorar la disfunción existente entre sector público y privado y por mejorar el sistema de inversiones. Se debe proporcionar una mayor información de la gestión que se realiza, lo que sin duda, mejoraría la sostenibilidad del sistema».

«Relacionados con la sostenibilidad encontramos factores culturales y también políticos. Entre los primeros, los principales son el mal uso que se realiza de los servicios de urgencias, y la automedicación o exceso de medicalización de todas las áreas de la vida. Entre los políticos, la necesidad de transparencia en la gestión, la elección entre el modelo privado y público y una mayor inversión en prevención y educación».

«Entre las prácticas que pueden contribuir a mejorar la sostenibilidad del sistema se señalan las siguientes: información a la población de la universalidad de la sanidad y lo que eso implica, potenciar el uso racional de recursos y medicamentos, medidas encaminadas al mejor funcionamiento de las urgencias, el uso de la factura informativa o estudiar la posibilidad del co-pago y la elaboración de un catálogo de buenas prácticas que estuviera al alcance de la población».

«La prevención es una de las mejores herramientas relacionadas con la sostenibilidad. La opción de una medicina preventivista frente a la asistencialista se encuentra en el centro del debate. Por ello, es necesario mejorar el funcionamiento de la Atención Primaria y de las Especialidades como medio para evitar el colapso de los recursos hospitalarios y de urgencias. Un agente complementario es la escuela y la educación a los más pequeños».

«La Atención Primaria es el recurso básico de la sostenibilidad del sistema. En ésta se debe mejorar la relación con los pacientes, aumentar el tiempo de atención que los facultativos tienen asignado y potenciar la coordinación con otros recursos sanitarios y sociales».

«La coordinación que más puede contribuir a la sostenibilidad es aquella que involucre a las instancias sanitarias y sociales, sobre todo en el campo de las personas mayores y dependientes. Se ha de intentar evitar duplicidades en las actuaciones, lo que mejoraría el uso de recursos».

Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad

«La mejor promoción de la salud pasa por la prevención, tratando de evitar que aparezcan problemas sanitarios. La prevención en este aspecto pasa por mejorar el funcionamiento de la Atención Primaria y los Centros de Salud, sobre todo en lo que atañe a la información de la población y en mejorar la formación de los profesionales. El papel de los profesionales de la enfermería es vital en este nivel, junto a la colaboración con otros profesionales (psicólogos/as, trabajadores/as sociales…)».

«En la prevención algunos sectores deben ser prioritarios: mujeres, niños/as, mayores y dependientes. También hay que cuidar más la propia salud de los profesionales sanitarios».

«La extensión de información sobre hábitos saludables es imprescindible en la promoción y la prevención. Entre ellos se destacan la alimentación saludable, el deporte, la educación postural o la salud visual, la prevención de riesgos y enfermedades laborales, la mejora de las condiciones generales en el trabajo, la atención a las adicciones (se hace mención especial del tabaquismo), la información sobre sexualidad, evitación de embarazos no deseados, la prevención de la discapacidad y de las enfermedades hereditarias y el aumento de la investigación en prevención. Se realiza una mención especial a la Salud Mental, al aumento de las enfermedades psíquicas y la trascendencia que tiene para las familias».

«Un componente esencial de la promoción de la salud es la información, en la que es tan importante lo que se dice como el canal que utilicemos. Los medios de comunicación son los protagonistas esenciales de la información dirigida a toda la población y especialmente a la juventud. Por ello, es importante que las noticias que se hagan llegar sean adecuadas y se tenga especial cuidado con la calidad de la publicidad, muchas veces engañosa».

«Un agente básico receptor de la información es la familia, y particularmente las/os cuidadores/as. Otros agentes protagonistas son la escuela, que tiene que estar apoyada adecuadamente por personal sanitario y las farmacias, como instancia más cercana a la ciudadanía».

«Es importante la coordinación en este campo, pero con el factor añadido de la transversalidad de la salud en todas las áreas de la vida, lo que hace referencia a la acción concertada entre los distintos departamentos del gobierno autonómico. Para una adecuada coordinación en la promoción de la salud, son necesarios los protocolos, es decir, el saber qué hacer cuando es necesario y saber quién lo tiene que hacer».

«El factor básico para la promoción de la salud es la alimentación y su relación tanto con la obesidad infantil, como con el conjunto de hábitos de vida relacionados con la higiene o el deporte, los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia…)».

«La promoción de la salud está muy relacionada con la educación en valores: lo saludable frente a lo efímero de la moda, el respeto a los derechos humanos, etc. El apoyo de profesionales de la salud en la escuela es importante».

«Es interesante crear un foro de buenas prácticas, celebrar unas jornadas o seminarios sobre este tema, en el que no se debe olvidar el papel de las asociaciones o entidades sin ánimo de lucro para que se conozcan y tengan en cuenta sus iniciativas y experiencias».

Atención a la cronicidad

«Cronicidad no es sólo atención a las personas mayores, sino también a todas aquellas con enfermedades de larga duración y dependientes. Especialmente vulnerables en este campo son los menores, por lo que deben recibir una atención muy particular desde los centros escolares quienes deben hacer el esfuerzo de adaptar sus instalaciones y sus prácticas a las necesidades de esos alumnos/as».

38

«Uno de los momentos más importantes en la atención a la cronicidad es el de las altas hospitalarias. Su importancia va desde el momento idóneo en el que se tiene que producir, hasta las condiciones que la deben rodear, sea en un medio residencial o en el propio hogar. Una modalidad interesante de gestionar la cronicidad es la hospitalización a domicilio que tiene muchas potencialidades, pero también sus limitaciones».

«Son importantes los cuidados paliativos, sobre todo en lo que atañe a facilitar a las personas los tratamientos de mantenimiento, evitación del dolor y proporcionar a sus familias la correspondiente información. La preparación a la muerte desde unos principios básicos de dignidad, respeto y evitación del dolor innecesario, son aspectos a tener en cuenta».

«La Salud Mental se considera como una de las más graves cronicidades, a la que, sin embargo, no se atiende debidamente. La escuela, por ejemplo, es un escenario en el que estas enfermedades son especialmente temidas y estigmatizantes. En nuestras modernas sociedades las enfermedades mentales son cada vez más frecuentes pero no existen recursos suficientes para abordarlas, por lo que la mayor carga de la atención recae sobre las familias».

«Los recursos que podrían complementar la atención que precisan las personas que padecen enfermedades mentales son: el apoyo psicológico sobre todo si se puede elegir al profesional, los Centros de Día y los de media estancia y el apoyo efectivo a las/os cuidadores/as».

«Los recursos específicos que son necesarios para la atención a la cronicidad son: la mejora del funcionamiento de la Atención Primaria, la complementariedad de otros profesionales en los equipos multiprofesionales (geriatras, psicólogos, logopedas), un papel más activo de profesionales de la enfermería y del trabajo social en los diferentes niveles, la formación en el auto-cuidado, la creación de plazas para crónicos y de Centros de Día debidamente preparados».

«En este campo es particularmente importante la labor de las cuidadoras/es; precisan para ellas mismas apoyo, formación y ayudas técnicas y económicas. Un apoyo importante para las familias con personas enfermas crónicas es el que aportan los servicios a domicilio, generalmente dependientes de los servicios sociales municipales, que tienen también sus limitaciones (pocas horas de atención, rotación de trabajadores/as…). Por eso es importante contar con la red de voluntariado existente o los "bancos del tiempo", experiencia novedosa que puede ser un importante complemento».

«Especialmente importante en el área de la cronicidad es la coordinación, sobre todo la que debe existir entre las áreas social y sanitaria. Se está elaborando un documento o protocolo actualmente, muy esperado para la atención de las personas dependientes. Una de sus finalidades debe ser la de humanizar la atención, especialmente importante en la satisfacción de los/as pacientes».

«Incluso en el caso de los/las enfermos/as crónicos/as es importante activar medidas preventivas, sobre todo aquellas que eviten la aparición de enfermedades oportunistas, el empeoramiento de alguno de sus síntomas».

«La aplicación de la llamada Ley de la Dependencia es un tema preocupante para la sanidad, especialmente en lo que se refiere a la tardanza en las valoraciones y resoluciones, el tipo de servicios y prestaciones que recoge, la financiación que comporta y, como factor positivo, las posibilidades de empleo que podría generar».

Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud

«Las nuevas tecnologías identificadas en la Atención Primaria han sido: el sistema Abucasis, la receta electrónica, la historia clínica digital y la petición de cita por Internet».

«En general se reconoce bien valorado el sistema informático Abucasis, aunque existen algunos problemas relacionados con su práctica, por lo que es importante continuar su mejora».

«La receta electrónica es otra de las mejoras que ha posibilitado la informatización del sistema. Es un recurso valorado positivamente, sobre todo por la conexión que permite establecer entre Centro de Salud y Oficinas de farmacia».

«La historia clínica digital es considerada en esta sociedad globalizada como un recurso imprescindible. Valorados también positivamente están la petición de cita por Internet y la utilización de SMS para citas, recordar pruebas…».

«Sin embargo, para todos estos recursos se solicitan más medios para su extensión y adecuación. En el ámbito rural particularmente, es necesaria su implantación de forma más generalizada».

«Las nuevas tecnologías deberían incidir más en el campo de la información, por ello se analizan los problemas existentes en la página web de la Conselleria de Sanitat y sus posibilidades en el campo educativo».

«En el análisis de la telemedicina se señalan sus ventajas e inconvenientes. Entre las ventajas la cercanía e inmediatez en la relación médico-paciente, particularmente interesante en el caso de las enfermedades crónicas. Entre los inconvenientes, las dificultades para interpretar síntomas a distancia y las herramientas de conexión que muchas veces fallan».

«La financiación de las nuevas tecnologías puede contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, por medio de la racionalidad del uso de recursos, y la mejora de la atención en general».

«Es necesario realizar mejoras relacionadas con las nuevas tecnologías: mayor formación a los profesionales sanitarios en ellas, facilitar mayor información a la población sobre esas tecnologías, la utilización de la página web para comunicar emergencias, aumentar el uso de la teleasistencia, la interconexión entre centros hospitalarios, la adaptación de las nuevas tecnologías para personas con discapacidad o mayores, crear redes de asociaciones de pacientes, colegios profesionales… y evitar el uso de ellas para fines propagandísticos o políticos».

«Por último, se señalan a continuación los problemas que plantean las nuevas tecnologías. Entre ellos dos importantes: el hecho de que no toda la población tiene acceso a ellas (personas mayores, zonas rurales…) y el riesgo de que la relación médico-paciente, ya de por sí limitada, puede verse perjudicada por la lejanía y la falta de contacto personal».

2.2 Reflexiones finales

Las **ideas fuerza**, que de forma más continuada y reiterada han sido puestas de manifiesto en los diferentes foros celebrados con los representantes del tejido social de la Comunitat son:

Mejora y potenciación de la Atención Primaria

En todas las apuestas y en todos los foros han existido referencias a la necesidad de adecuar la Atención Primaria a las nuevas necesidades. Se le pide más implicación y paralelamente, se señalan sus carencias.

Necesidad de ampliar el escenario participativo.

Todos los colectivos y entidades que han participado en este proyecto, han señalado expresamente su deseo de que la participación que se les había pedido, siguiese en el futuro y se sistematizase. Un elemento indispensable en la participación es el de los Consejos de Salud, instancias ya creadas que no se han consolidado en el tiempo y que quizá podrían constituir el dispositivo desde el que impulsar una mayor participación.

40

Necesidad de mayor coordinación entre las Administraciones en temas de salud.

La idea planteada en todas las apuestas estratégicas es la necesidad de impulsar una verdadera coordinación, sobre todo socio-sanitaria. Ello es especialmente importante para las áreas de la cronicidad o la promoción de la salud, pero no sólo se trata de ésta, aun con ser la más repetida, sino también con otras áreas como las de la educación, y también en general todo el escenario inter-administartivo (central, autonómico y local).

Fomento de las prácticas preventivas frente a la asistencia.

Han sido muchas las voces y desde diferentes puntos de vista que han abogado por hacer hincapié en la necesidad de impulsar la prevención frente a la asistencia. Sus resultados podrían ser visibles tanto en la promoción de la salud, como en la sostenibilidad del sistema o en la atención a la cronicidad. En el campo de la prevención tiene un papel fundamental la formación y la información, y como área de apoyo prioritario la escuela.

Importancia de la salud mental y su necesidad de abordaje integral.

Es una idea base que transversalmente ha ido apareciendo en prácticamente todos los foros. El sufrimiento que conlleva para las personas afectadas y para sus familias es de dimensiones impresionantes. La queja de falta de recursos es general.

Valoración positiva de las nuevas tecnologías pero sin olvidar la importancia de la relación del personal médico y de los pacientes.

Han sido muy valoradas todas las innovaciones tecnológicas que se están produciendo y que podrían aplicarse en el futuro aunque no ha sido un campo exento de críticas. Se les exige mucho a las nuevas tecnologías (rapidez, fácil acceso…), son un campo de gran trascendencia para el sistema sanitario, pero en el que no hay que olvidar que la relación entre el personal facultativo y la población debe ser lo más cercana posible. Humanizar la medicina ha sido una idea transversal a todas las apuestas.

Para finalizar destacan dos ideas fuerza más que se han reiterado en estos foros:

La consideración del valor salud como transversal que atraviesa todos los ámbitos y parcelas de la vida.

El fomento de una nueva cultura de la salud en donde predominen valores éticos, humanitarios, solidarios, de equidad y de calidad.

3 FOROS DEL CONSEJO DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA Y DE LOS INFORMADORES CLAVE DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

En una segunda fase se efectuaron dos foros diferentes a los de la fase anterior, tanto por su composición como por su papel dentro de la estructura participativa de la propia Conselleria de Sanitat.

El foro del Consejo de Salud se realizó para recoger el sentir del máximo órgano colegiado de carácter consultivo, constituido con objeto de promover la participación comunitaria y, el foro de los informadores clave ha pretendido recoger la diversidad y heterogeneidad de las opiniones de ciertos profesionales, que por el desempeño de funciones y cargo ocupado, son considerados clave para enriquecer el discurso.

La metodología concreta de ambos foros varió algo con respecto a la primera fase, ya que si bien en esta segunda fase se volvió a debatir sobre las apuestas estratégicas del III Plan de Salud al igual que en la primera, la diferencia consistió en que en esta segunda se presentaron las principales conclusiones obtenidas en los foros celebrados anteriormente, para proporcionar a los expertos la información que los agentes representativos de la sociedad civil emitieron, al respecto, en su día.

Las conclusiones de ambos foros es recogida de forma conjunta por estar sus integrantes especialmente involucrados en el ámbito de la salud; los miembros del Consejo de Salud, como máximo órgano de participación comunitaria y los informadores clave como expertos en el tema que desempeñan sus tareas dentro de la Conselleria de Sanitat desde diferentes perspectivas.

3.1 Conclusiones por apuestas estratégicas

Participación, información y comunicación

«La idea fundamental relacionada con la participación es la de mejorar el funcionamiento de los Consejos de Salud de la Comunitat Valenciana, institución clave para canalizar la participación ciudadana».

«Una idea fundamental que entronca directamente con la de participación es la de la corresponsabilidad: la salud incumbe a toda la población. Sin embargo, cómo canalizarla queda más diluido en el discurso emitido. Se apuntan algunas instancias participativas como los propios Consejos de Salud, los Ayuntamientos o los Foros de Pacientes».

«Es necesario potenciar la información relativa a la salud y a todo lo referente al sistema sanitario, en dos dimensiones: la información interna (la de la propia organización), y la externa, la que tiene que recibir la ciudadanía».

«Preocupación por la «desinformación« existente entre la población. En ocasiones, es fuente de muchos de los problemas que se crean al sistema de salud. La «desinformación« unas veces es fruto del uso indiscriminado de redes como Internet, y en otras, la propia «desinformación« es causa de la utilización no correcta de los recursos sanitarios. Un ejemplo de esta «desinformación« puede ser el colapso de los servicios de urgencias».

«La Atención Primaria es un elemento imprescindible para la buena comunicación. La mejora del «tiempo sanitario« que se dedica a los pacientes se considera necesaria».

42

«Otro elemento fundamental para fomentar la participación, información y comunicación es Internet y sus herramientas, como es el caso de la página web institucional de la Conselleria de Sanitat. Ésta debe ser un referente fundamental de la información formal que emana de la propia organización aunque se deben introducir mejoras para poder cumplir este objetivo».

Garantía de sostenibilidad

«Se relaciona la sostenibilidad del sistema con mejoras en la gestión de la organización, concretamente en lo que tiene que ver con el área de información y evaluación».

«En general está muy bien valorado el sistema actualmente vigente, pero precisa de mejoras y ajustes para alcanzar un nivel sostenible en su organización y funcionamiento. Como ejemplo se menciona la necesidad de hacer llegar a los/as usuarios/as del sistema, información clara sobre los derechos y deberes y adecuar los sistemas de control de gasto a las nuevas necesidades sanitarias».

«Preocupa el gasto sanitario en general y el de los medicamentos en particular, y especialmente el papel que la industria farmacéutica y los profesionales desempeñan en este sentido».

«Dentro del necesario control del gasto se señala con preocupación el hecho de que existan grandes bolsas de fraude (de servicios, de medicamentos y de bajas laborales). La respuesta que merece esta situación pasa por mejorar el funcionamiento de los sistemas de inspección en el caso de las bajas por enfermedad y por la promoción de la corresponsabilidad ciudadana en el resto».

Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad

«La mejor promoción de la salud es la prevención. Agentes como la escuela o la empresa son imprescindibles para desarrollar adecuadamente programas preventivos, información sobre hábitos saludables, medidas de higiene... etc.».

«Para que la promoción-prevención sea efectiva hay que contar con la adecuada formación de los profesionales sanitarios, especialmente se destaca el papel del farmacéutico y del personal de los servicios de Atención Primaria, como principales agentes para el logro de ese objetivo».

«La promoción tiene también una dimensión básica y es la que se ha identificado en estos Foros con la información: los medios de comunicación y la publicidad son dos elementos que deben tenerse en cuenta cuando se trata de llegar a un público amplio».

«Los sectores clave en los que debe hacerse una promoción de la salud específica son los de la infancia y el de las personas mayores, por ser los dos colectivos más vulnerables y desprotegidos».

«Para que todas estas acciones sean efectivas hay que contar con la adecuada coordinación, tanto entre diferentes áreas del sistema sanitario como con otras instancias externas próximas a él».

Atención a la cronicidad

«La cronicidad debe de enfocarse de forma transversal ya que su atención no incumbe a una sola área sanitaria, sino que todas aquellas que están implicadas en una problemática deben trabajar de forma coordinada y complementaria. Dentro de esta coordinación no debemos olvidar que el paciente debe estar en el centro de cualquier actividad o planificación».

«La relación entre cronicidad y dependencia es clara. Las nuevas normas que se han aprobado en los últimos años para la atención de las personas dependientes obliga al sistema sanitario a plantearse los cuidados de estas personas de forma diferente, contando con la coordinación con el sistema de bienestar social».

«Influye directamente en la atención sanitaria a la cronicidad los recursos con los que se cuenta: las residencias, los hospitales de media y larga estancia, los nuevos perfiles en enfermería y el papel que en el mundo de la cronicidad juegan las farmacias por su cercanía a la ciudadanía y su importante red de establecimientos y profesionales».

«Un aspecto del problema a mejorar es el de los cuidados paliativos, en los que hay todavía una importante tarea por realizar, así como en el de los cuidados a las cuidadoras/es. Las unidades de hospitalización domiciliaria tienen en este campo un importante papel».

«El Plan de crónicos, es destacado por su importancia y con el que sin duda hay que contar».

Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud

«No podemos negarnos a ellas, las necesitamos cada vez más y sólo hay que tratar que mejoren y aumenten».

«Aunque la Comunitat Valenciana es considerada pionera en la aplicación de las nuevas tecnologías en diferentes ámbitos sanitarios como la telemedicina, la receta electrónica y la historia clínica digital, se realizan demandas de ampliación de capacidad de las actuales herramientas informáticas o de la implantación de otras nuevas (por ejemplo, ecografías en Atención Primaria)».

«Se señalaron algunos problemas existentes acerca de su aplicación: la necesidad de mejorar la capacidad de los programas actuales (por ejemplo, Abucasis y su extensión a toda la red sanitaria), problemas en la implantación de la receta electrónica o la historia clínica digital. Es necesario que exista retroalimentación entre quien diseña y quien ejecuta».

«Es necesario el impulso de la formación específica en estas nuevas tecnologías, así como en aprovechar éstas para mejorar los niveles de formación interna de los profesionales sanitarios (por ejemplo, cursos a distancia)».

3.2 Reflexiones finales

A lo largo de los discursos emitidos en los dos foros objeto de análisis, surgieron una serie de ideas repetidas en el debate de las apuestas estratégicas planteadas, denominadas **ideas fuerza** y ello por ser conceptos muy potentes, generalmente transversales y que demuestran una preocupación y un interés muy marcado entre los participantes en los foros.

Algunas de estas ideas fuerza son coincidentes con las manifestadas en los foros realizados con los ciudadanos. Esto demuestra la importancia de las mismas. En cambio, otras son diferentes y están relacionadas directamente con la composición de los integrantes de estos dos foros: personas cercanas al sistema sanitario y profesionales expertos en salud.

Las ideas fuerza son:

Corresponsabilidad

Entendida como responsabilidad compartida. Es necesaria la implicación de toda la población en el ámbito de la salud, tanto en el ámbito interno (departamentos, servicios...), como en el externo (escuelas, empresas, familias...). Todos los sectores de la población tienen la responsabilidad de contribuir a la salud comunitaria y a un mejor funcionamiento del sistema sanitario. Sin duda, la responsabilidad pasa por una

mejor utilización de los recursos y un adecuado control del gasto sanitario. Por otra parte, esta idea entronca directamente con la de participación, ya que es la vía a través de la que se puede conseguir la corresponsabilidad plena. Fomentar y ampliar las posibles vías de participación ciudadana son claramente objetivos a conseguir.

Prevención

Idea fuerza relacionada sobre todo con la de la promoción de la salud, ha sido también destacada cuando se ha hablado de la atención a la cronicidad, y siempre que han surgido aspectos relativos a la educación y a la formación de la población más joven. Así, la escuela y la familia se convierten en agentes sociales clave para su desarrollo. Se apunta a la necesidad de promoción de los hábitos saludables, del fomento de las medidas de higiene y de los programas de información y formación en los que se entienda la salud como un valor transversal en todos los ámbitos de la vida de las personas.

Formación

Muchas voces han abogado por el fomento de la formación desde dos dimensiones básicas:

- El reciclaje y formación continua de profesionales del sistema sanitario. Destaca esta idea sobre todo en el área de la promoción de la salud y de las nuevas tecnologías.
- La formación que precisa el conjunto de la población. Información y formación dirigida a conocer: los derechos y deberes de los/as pacientes, el buen uso de los servicios y recursos sanitarios, la utilización de las nuevas tecnologías en su relación con el sistema y las fuentes informativas adecuadas (página web...).

Coordinación

Debe de entenderse desde dos perspectivas complementarias:

- La coordinación interna entre los departamentos, áreas, servicios... del propio sistema sanitario. En este nivel pueden ser importantes tanto las comisiones transversales que ya existen como el funcionamiento de una Intranet, medio de coordinación y comunicación interna.
- La coordinación externa con otras instancias e instituciones con las que está relacionada la salud. Especial hincapié hay que hacer en la necesidad de coordinación con el área social para todo lo concerniente a la atención a la cronicidad, dependencia y mayores.

Nuevas tecnologías

La implantación de las nuevas tecnologías ha sido una idea que ha estado presente en el debate de todas las apuestas estratégicas. Se ha relacionado con las mejoras en la información y la comunicación, pero también con la atención a la cronicidad, con la sostenibilidad del sistema y con la formación. Su implantación ya no se cuestiona, sino que se demanda sea mejor, más participativa y con más recursos. Es sin duda un área a cuidar y promocionar porque las nuevas tecnologías tienen que contribuir a realizar mejor el trabajo, y por tanto, a proporcionar un mejor servicio a la ciudadanía.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DE LOS VALENCIANOS



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DE LOS VALENCIANOS

1 DEMOGRAFÍA

Una de las novedades que introduce este III Plan de Salud es la utilización del Sistema de Información Poblacional (SIP) como fuente de información. El SIP registra el total de la población que ha entrado alguna vez en contacto con el Sistema Sanitario Valenciano, y que es susceptible de generar un nuevo episodio de atención médica, así como aquellos nuevos usuarios que requieren por primera vez atención sanitaria. Este sistema aporta claras ventajas sobre otras fuentes de información:

- **Es el único registro que incorpora la población estacional que demanda servicios.** Es decir, a la población empadronada o residente se suma aquella parte de población no empadronada, que demanda servicios sanitarios. Esta última, presenta regímenes de estancia muy diferentes a la población empadronada, introduciendo fluctuaciones en la población total, sobre todo en periodos vacacionales.
- **Recoge variables de gran interés para la organización y gestión del sistema sanitario** como las geográficas y modalidad de aseguramiento. La información está estructurada por los departamentos de salud que configuran el mapa sanitario de la Comunitat Valenciana, lo que facilita su explotación posterior.
- **Permite cruzar la información con otros registros del Sistema Sanitario Valenciano** de la Conselleria de Sanitat.

Los datos del estudio demográfico se han recogido a fecha 1/1/2010.

1.1 Distribución geográfica de la población

Por provincias

La provincia de Valencia concentra el 51% de la población, la de Alicante el 37% y la de Castellón el 12%. El total de población de la Comunitat Valenciana, a fecha 1 de enero de 2010, alcanza la cifra de 5.266.092 de habitantes, de los cuales 852.559 son extranjeros, representando el 16,2% del total.

48

~ *Distribución de la población en la Comunitat Valenciana*

Provincia	Población empadronada	Población no empadronada	Total
Alicante	1.856.412	74.902	1.931.314
Castellón	608.857	33.776	642.633
Valencia	2.643.326	48.819	2.692.145
Total	**5.108.595**	**157.497**	**5.266.092**

Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

Por departamentos de salud

El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en departamentos de salud (art. 22 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana), que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. Los departamentos de salud son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario Valenciano, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

El actual mapa sanitario de la Comunitat fue aprobado por Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell, y ha sido modificado posteriormente para la incorporación del departamento de Manises (Resolución de 15 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat), para la nueva denominación de los departamentos de salud (Resolución de 16 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat) y para la incorporación del departamento Elche-Crevillent (Resolución de 10 de marzo de 2010, del Conseller de Sanitat).

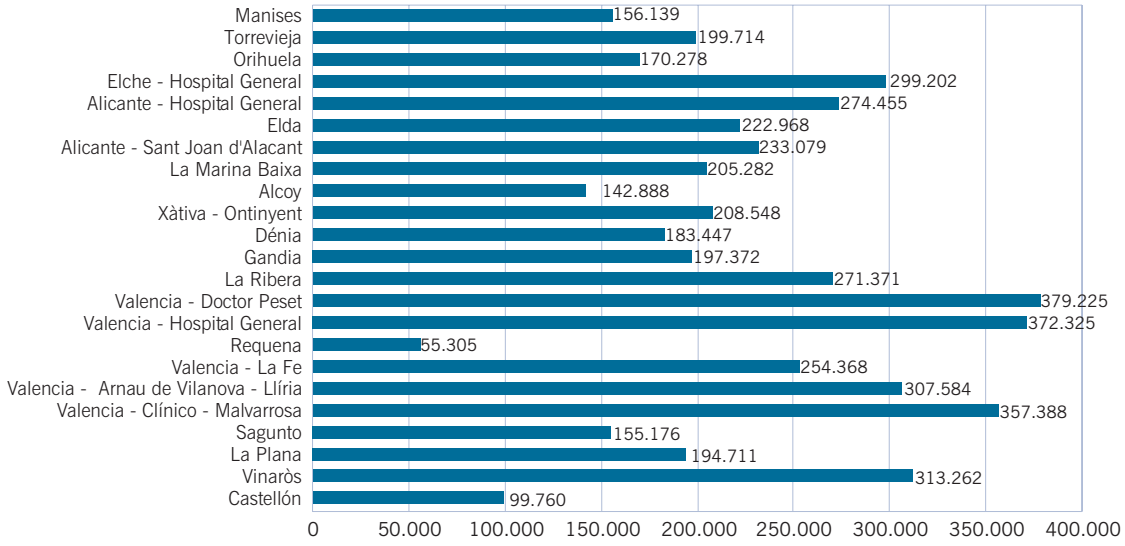
Así pues, la Comunitat Valenciana está integrada, en la actualidad, por 24 departamentos de salud:

Denominación departamento	
Vinaròs	Dénia
Castellón	Xàtiva-Ontinyent
La Plana	Alcoy
Sagunto	La Marina Baixa
Valencia-Clínico-Malvarrosa	Alicante-Sant Joan d'Alacant
Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	Elda
Valencia-La Fe	Alicante-Hospital General
Requena	Elche-Hospital General
Valencia-Hospital General	Orihuela
Valencia- Doctor Peset	Torrevieja
La Ribera	Manises
Gandia	Elche-Crevillent

En la figura siguiente se muestra la distribución de la población, en los 23 departamentos de salud existentes el 1/1/2010, fecha en la que se realizó el estudio demográfico.

Para el conjunto de la población registrada se puede apreciar como los departamentos que más población concentran son el departamento Valencia-Doctor Peset (7,2% de la población), seguido del departamento Valencia-Hospital General (7,1% de la población).

~ Gráfico de población en SIP por departamentos



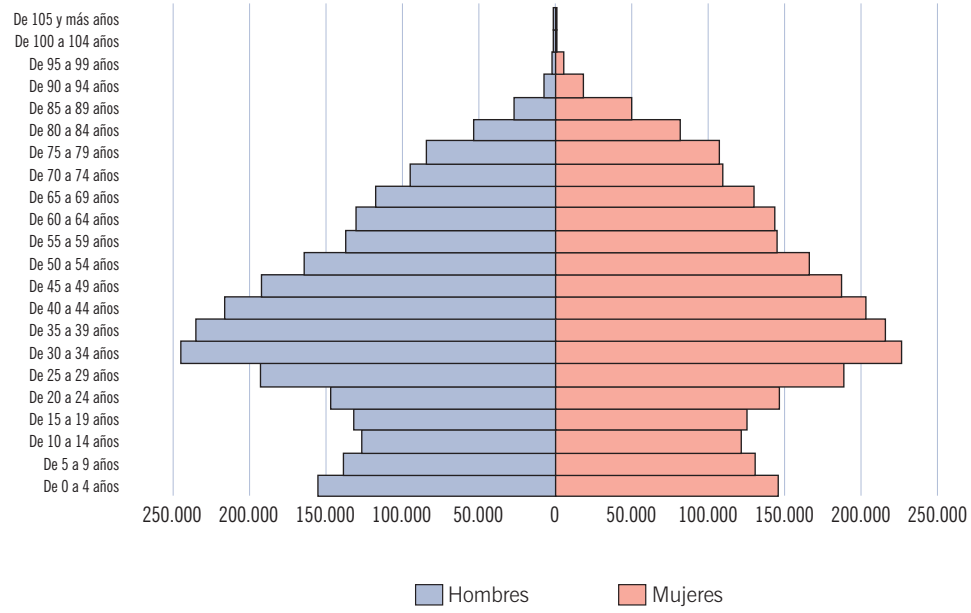
Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

50

1.2 Estructura de la población

Población total de la Comunitat Valenciana

~ Pirámide de población total de la Comunitat Valenciana



Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

La población valenciana es una población adulta-envejecida. El proceso de envejecimiento, iniciado a mitad de la década de 1980, se ha ralentizado desde el año 2000 con la llegada de importantes flujos inmigratorios de personas en edades jóvenes y adultas. Estos flujos parecen haberse alterado de forma sensible durante el 2009 como veremos más adelante.

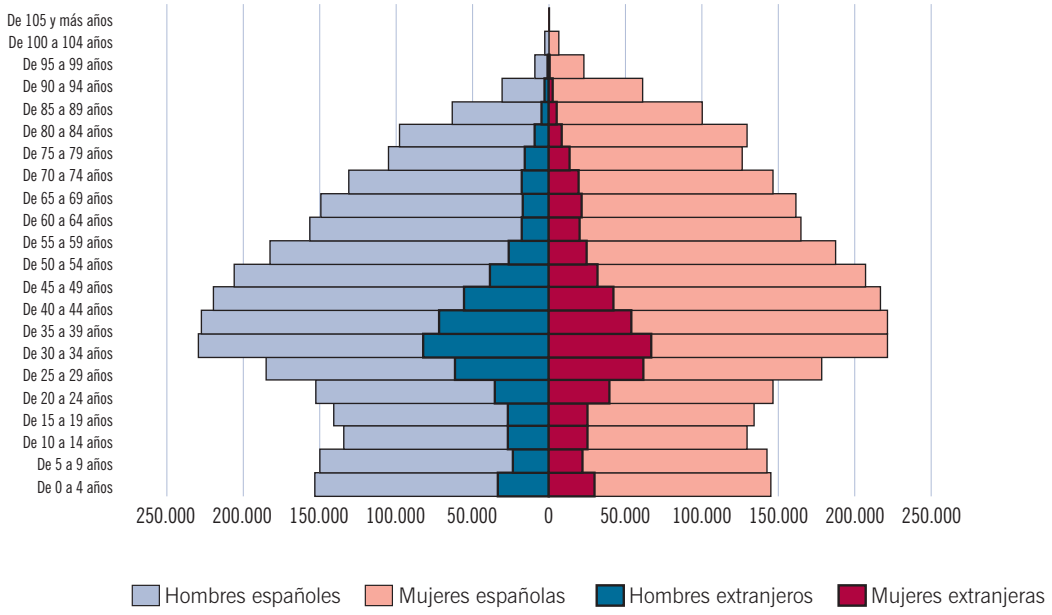
La estructura de la población con nacionalidad española es mucho más envejecida que la estructura de la población total. De hecho, ello es consecuencia del efecto rejuvenecedor que ejercen los y las jóvenes inmigrantes sobre la estructura poblacional.

Sin embargo, el impacto del envejecimiento en el territorio es muy desigual. Existen departamentos de salud con un fuerte peso de personas mayores como consecuencia, por un lado del éxodo rural de personas en edad de trabajar (comarcas envejecidas del interior), y por otro lado por el flujo continuo de entradas de personas jubiladas provenientes de la UE15.

El intervalo de edad que mayor peso tiene, es el de 30 a 34 años de edad, que representa el 9% del total de la población. Por encima de los 30 años, el intervalo de edad de los 35 a los 64 años, representa el 41% del total de

la población, y el intervalo de edad de los 65 a los 105 y más años, representa el 17% del total, lo que nos indica que nos encontramos ante una estructura de edad adulta envejecida.

~ Pirámides de población superpuestas españoles y extranjeros



Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

En las pirámides superpuestas vemos la importancia numérica que alcanza la población extranjera en los histogramas correspondientes a las edades jóvenes y adultas. De hecho entre los hombres de 25 a los 39 años la población extranjera representa más de un tercio de la población de hombres españoles. Aunque en menor medida, esta magnitud es también muy importante entre las mujeres de estas mismas edades.

Población por departamentos de salud

Las pirámides de población por departamentos son analizadas a continuación, tanto en población total como extranjera, así como los índices de masculinidad en cada caso.

El departamento de Torrevieja y el departamento de Requena poseen la población más envejecida. En el primero, el alto envejecimiento se debe a la inmigración de población mayor, mientras que en el segundo, éste es consecuencia del éxodo de población joven-adulta. La población más joven se encuentra en el departamento de Orihuela y en el departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa, en los que la población de 0 a 14 años, representa el 18% y el 17% del total.

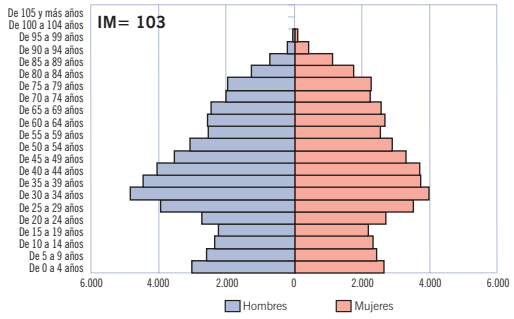
El mayor número de ciudadanos extranjeros lo presentan el departamento de Torrevieja, Dénia, y Marina Baixa y excepto en estos departamentos, en los que las personas mayores que provienen de la UE15 son muy numerosas, la población extranjera de los departamentos está constituida principalmente por población joven-adulta.

52

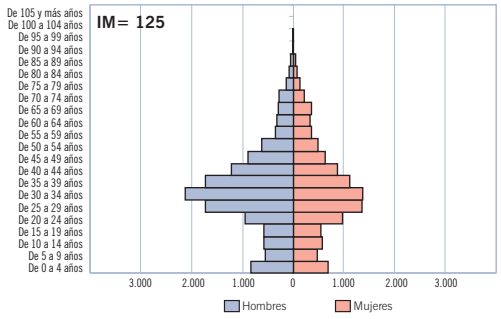
Para el conjunto de las dos poblaciones, la población extranjera se encuentra más masculinizada que el conjunto de población de cada departamento.

~ *Departamento Vinaròs*

Total Departamento

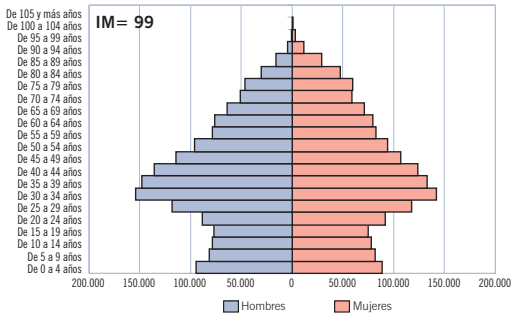


Extranjeros

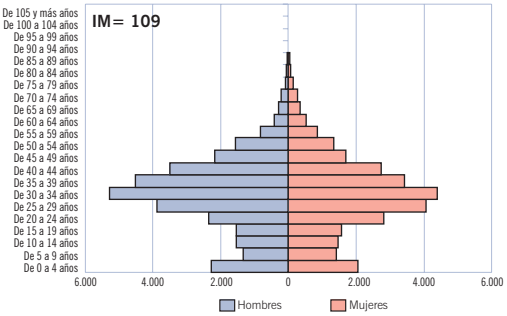


~ *Departamento Castellón*

Total departamento

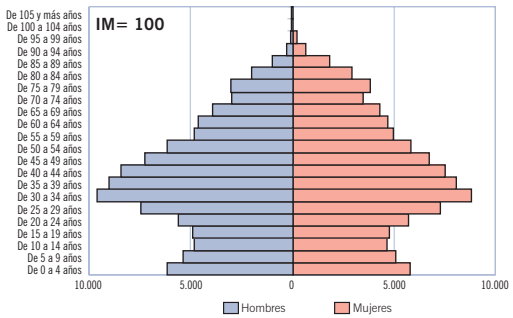


Extranjeros

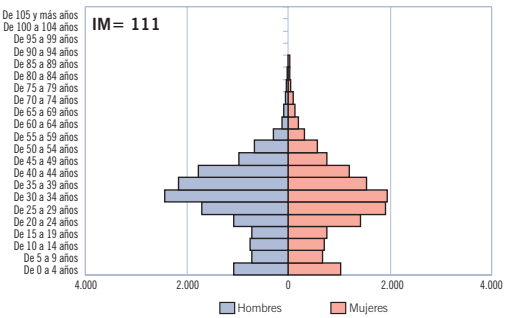


~ *Departamento La Plana*

Total departamento

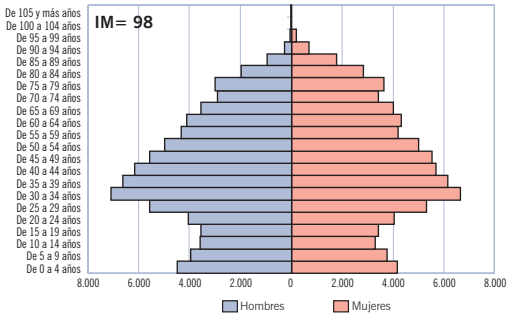


Extranjeros

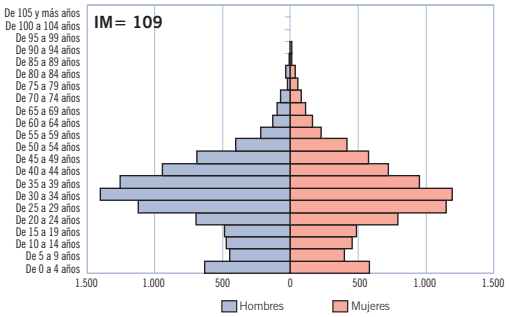


~ *Departamento Sagunto*

Total departamento

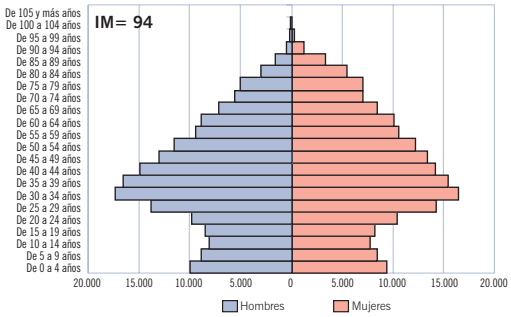


Extranjeros

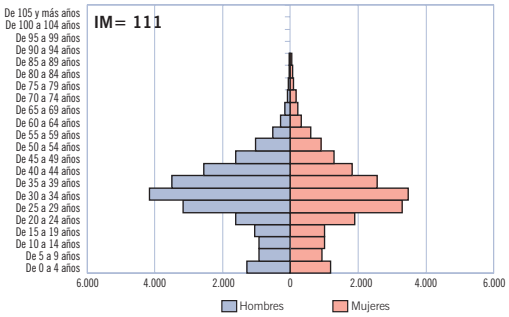


~ *Departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa*

Total departamento

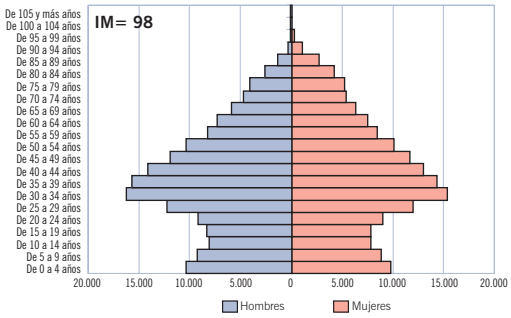


Extranjeros

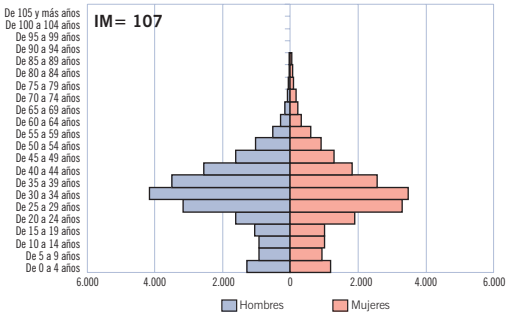


~ *Departamento Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria*

Total departamento



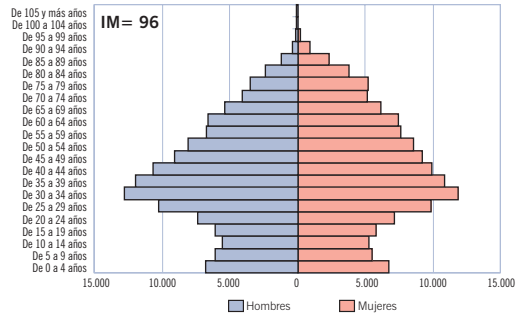
Extranjeros



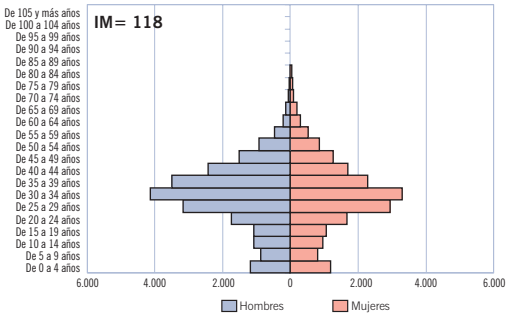
54

~ *Departamento Valencia-La Fe*

Total departamento

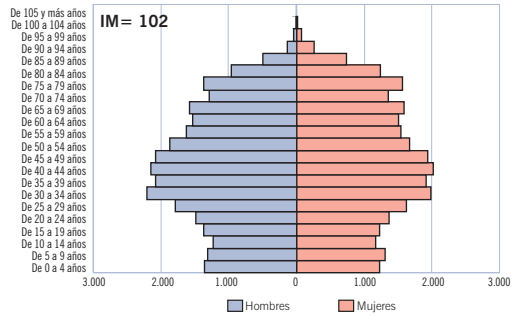


Extranjeros

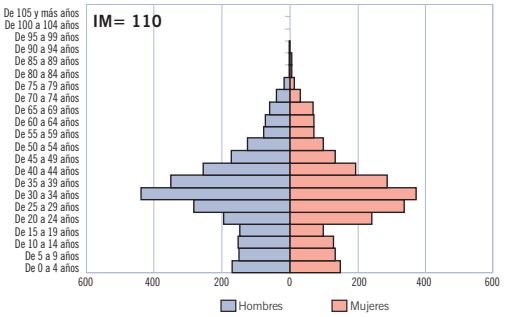


~ *Departamento Requena*

Total departamento

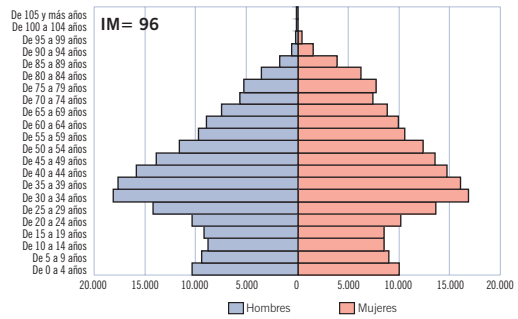


Extranjeros

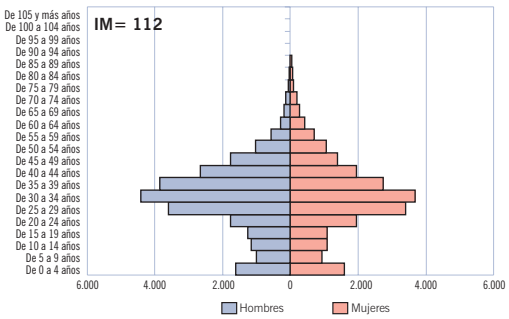


~ *Departamento Valencia-Hospital General*

Total departamento

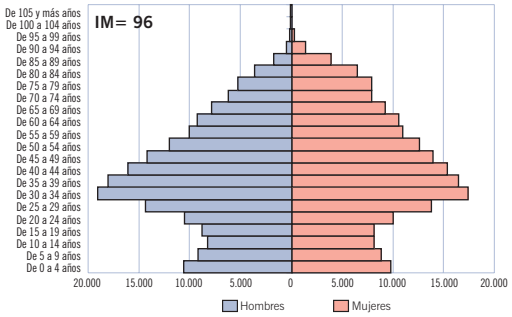


Extranjeros

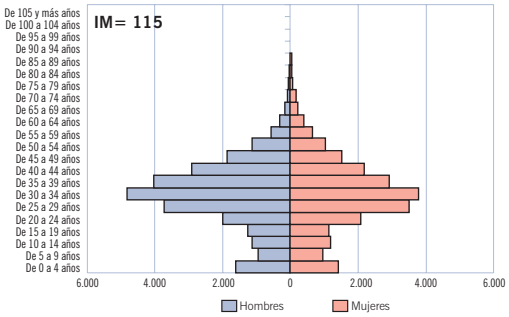


~ *Departamento Valencia-Doctor Peset*

Total departamento

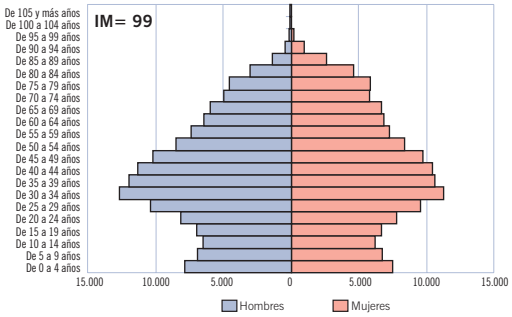


Extranjeros

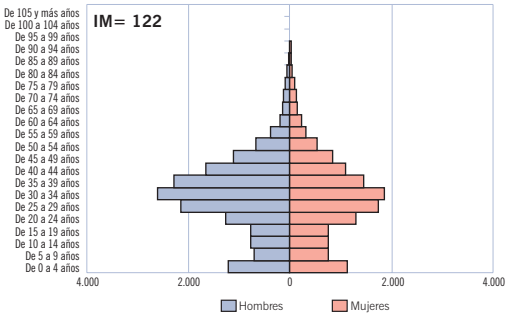


~ *Departamento La Ribera*

Total departamento

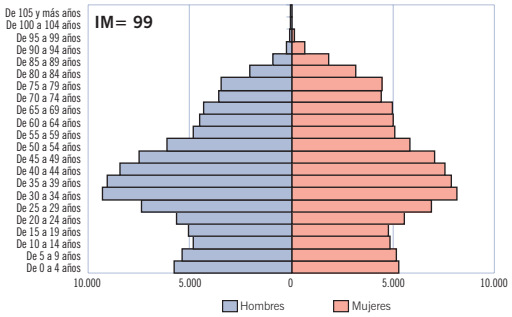


Extranjeros

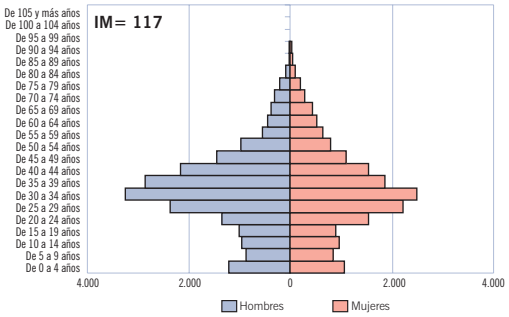


~ *Departamento Gandia*

Total departamento



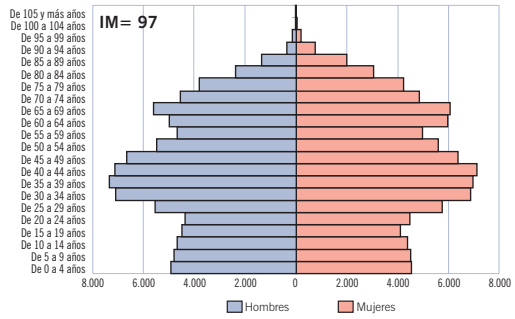
Extranjeros



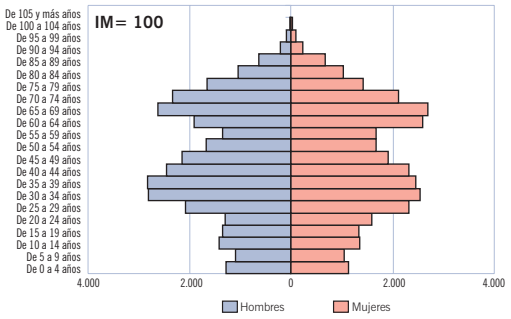
56

~ *Departamento Dénia*

Total departamento

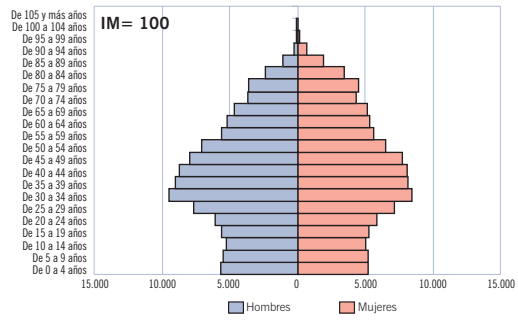


Extranjeros

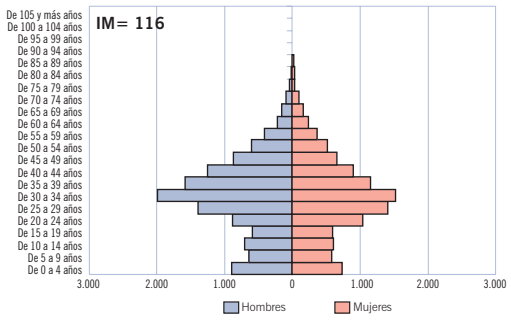


~ *Departamento Xàtiva-Ontinyent*

Total departamento

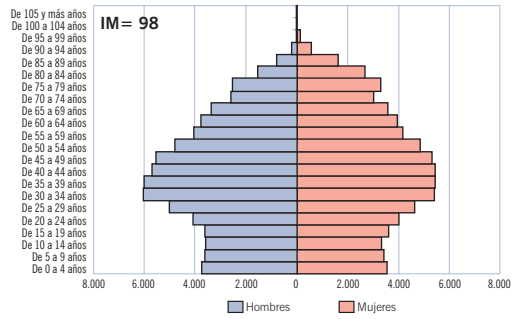


Extranjeros

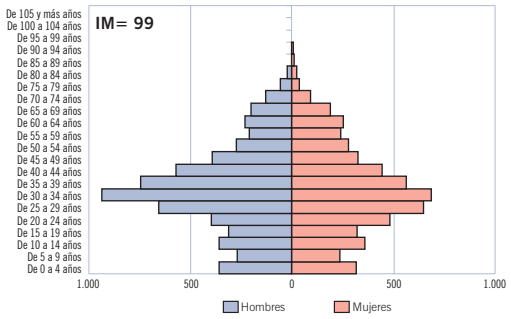


~ *Departamento Alcoy*

Total departamento

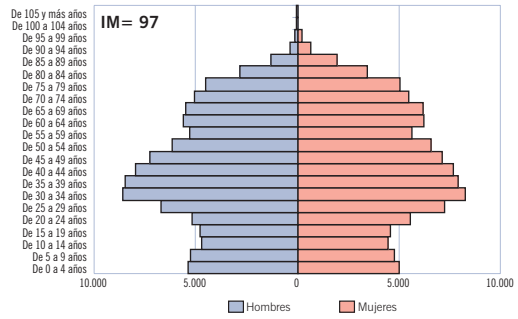


Extranjeros

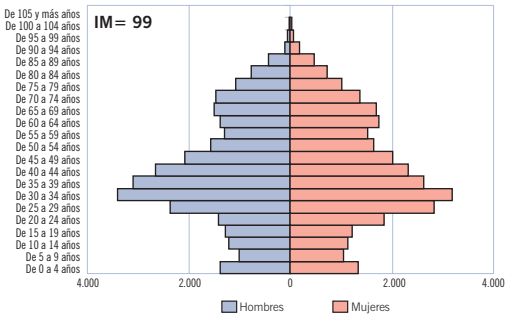


~ *Departamento Marina Baixa*

Total departamento

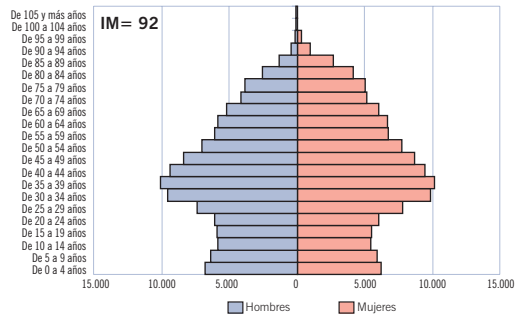


Extranjeros

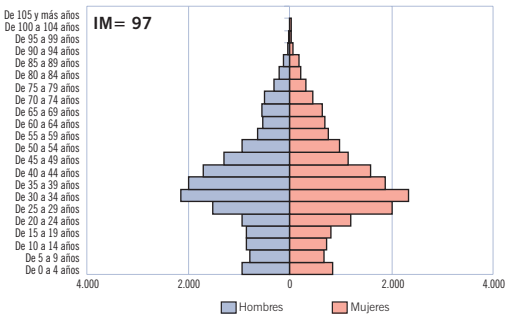


~ *Departamento Alicante-Sant Joan d'Alacant*

Total departamento

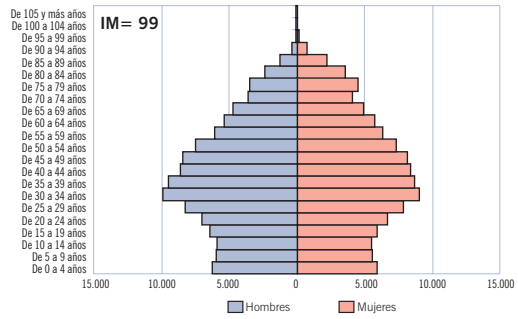


Extranjeros

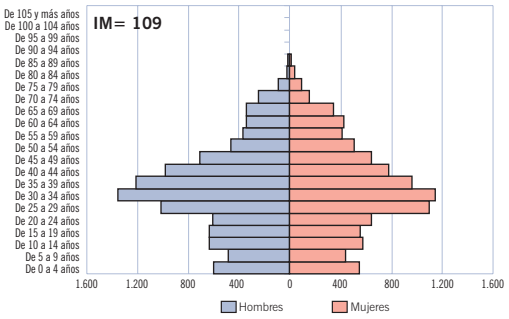


~ *Departamento Elda*

Total departamento



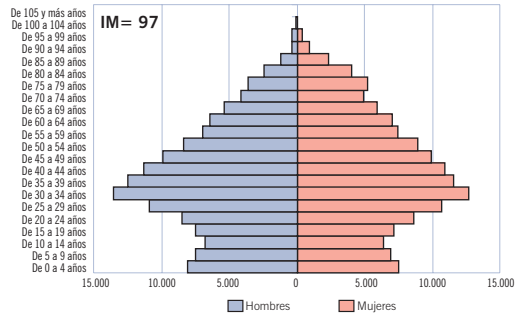
Extranjeros



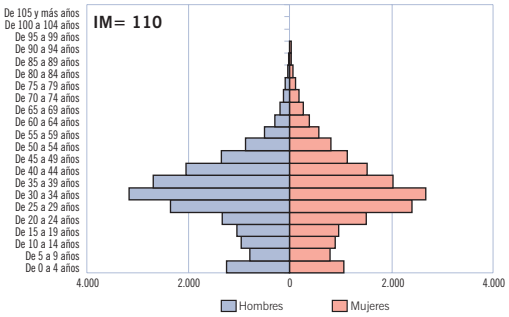
58

~ *Departamento Alicante-Hospital General*

Total departamento

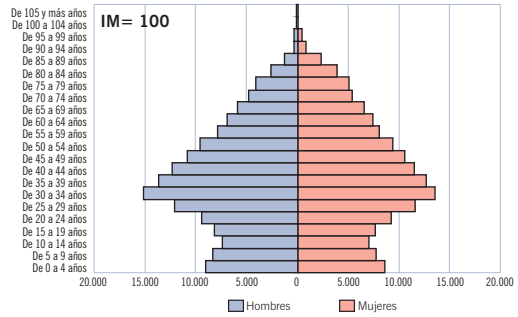


Extranjeros

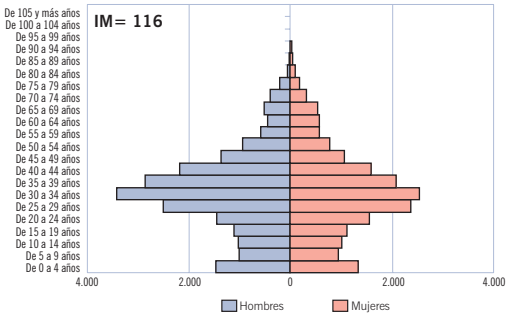


~ *Departamento Elche-Hospital General*

Total departamento

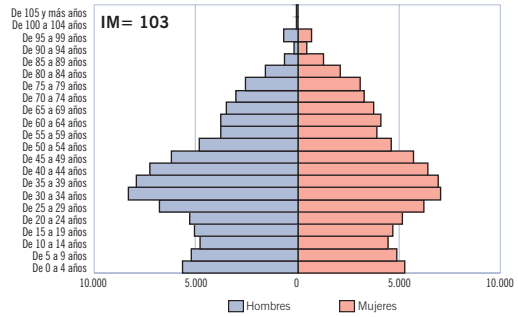


Extranjeros

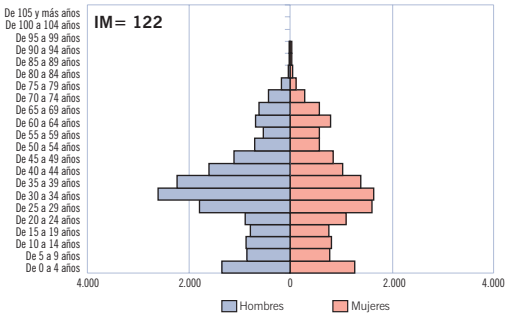


~ *Departamento Orihuela*

Total departamento

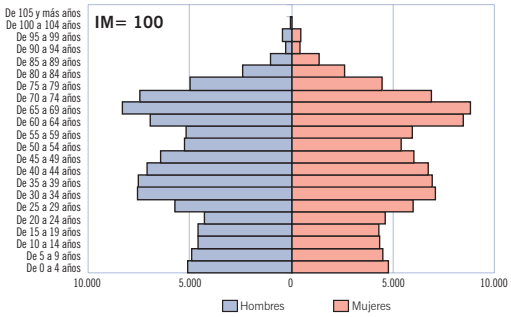


Extranjeros

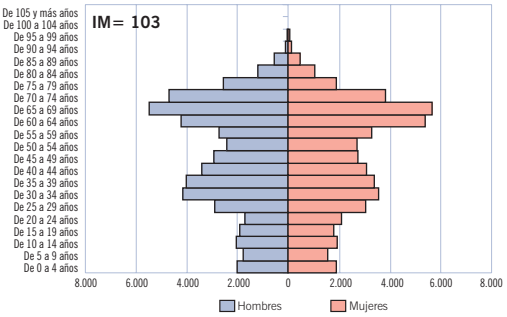


~ *Departamento Torrevieja*

Total departamento

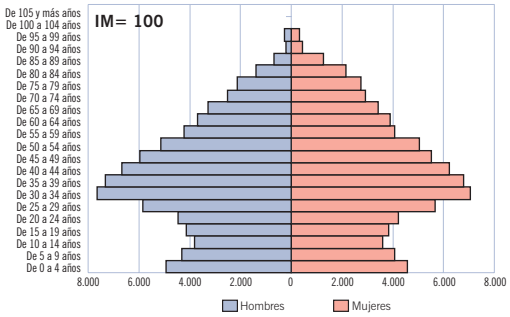


Extranjeros

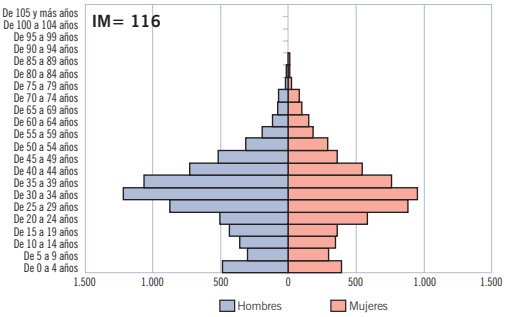


~ *Departamento Manises*

Total departamento

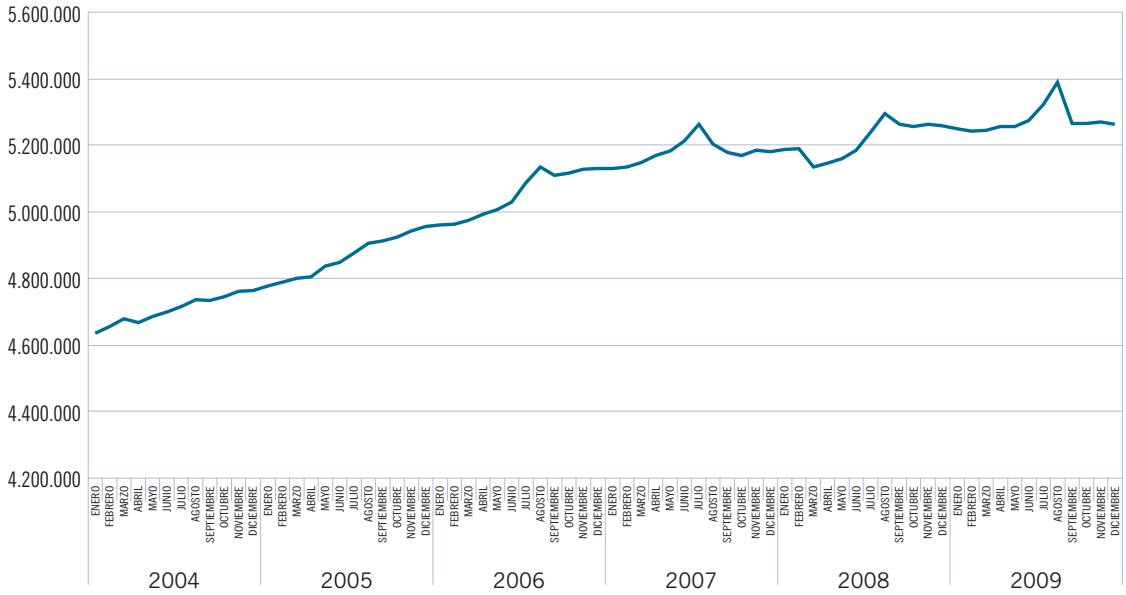


Extranjeros



60

1.3 Evolución de la población en la Comunitat Valenciana



Fuente de datos SIP

En este gráfico se puede apreciar cómo el crecimiento disminuye de intensidad en la población registrada. El primero de enero de 2009 la población alcanzaba los 5.257.283, es decir 6997 personas menos que doce meses después. En efecto, tras años de elevado crecimiento, éste se ha ralentizado fuertemente, al disminuir los flujos de inmigraciones, sobretodo en el último año (hemos dejado de crecer).

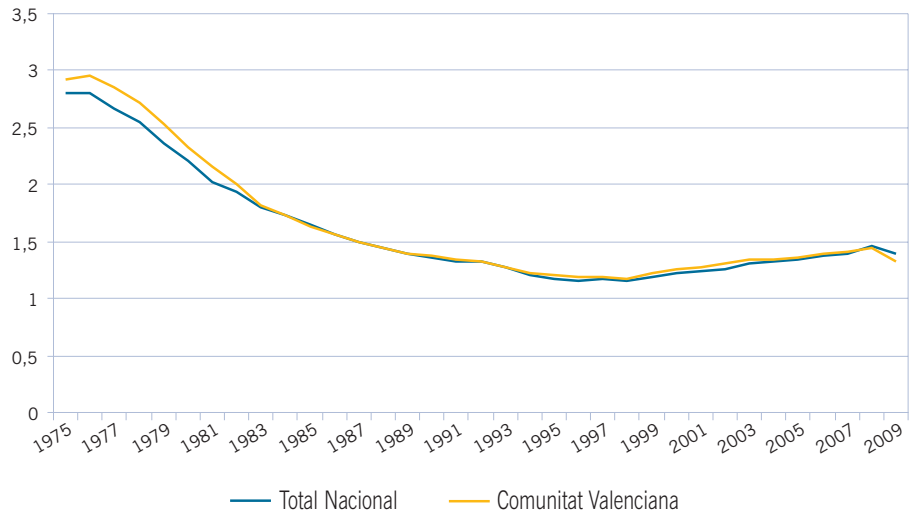
1.4 Natalidad y fecundidad

El número de nacimientos disminuyó un 4,9% en la Comunitat Valenciana en el año 2009, su primer descenso en 10 años. En concreto, el número de nacimientos descendió respecto al año anterior un 4,9% y la tasa de natalidad bajó hasta los 10,4 nacidos por cada mil habitantes.

Los nacimientos de madre de nacionalidad extranjera también disminuyeron, en el año 2008 suponían el 23,75%, y en el año 2009, el 22,96% de los nacimientos.

La evolución de la fecundidad en nuestra Comunitat ha seguido una evolución similar al resto de España, el Indicador Coyuntural de Fecundidad se ha situado desde 1982 por debajo del nivel de reemplazo generacional, es decir ha sido inferior a 2,1 hijos por mujer.

~ ***Evolución del número medio de hijos por mujer (ICF)***



Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población INE

En la Comunitat Valenciana por cada mil mujeres de edad comprendida entre 30 y 34 años, nacieron 102 niños en el año 2008.

~ ***Evolución de la fecundidad por grupos de edad en la Comunitat Valenciana*** *(tasas por 1.000 mujeres)*

Tasas de fecundidad	2004	2005	2006	2007	2008
Total Nacional					
De 15 a 19 años	11,0	11,6	12,3	13,2	13,7
De 20 a 24 años	30,7	31,0	33,0	35,3	38,5
De 25 a 29 años	65,0	64,3	65,5	65,0	67,6
De 30 a 34 años	99,7	100,4	100,6	98,6	101,2
De 35 a 39 años	51,6	53,4	55,9	57,7	61,0
De 40 a 44 años	8,8	9,4	10,0	10,5	11,5
De 45 a 49 años	0,5	0,5	0,7	0,8	0,8
Comunitat Valenciana					
De 15 a 19 años	10,8	12,5	12,5	13,5	14,6
De 20 a 24 años	30,2	31,4	32,8	36,3	39,1
De 25 a 29 años	69,8	67,0	69,3	70,2	69,1
De 30 a 34 años	102,3	102,8	101,6	99,8	101,5
De 35 a 39 años	49,7	51,0	53,7	54,4	57,0
De 40 a 44 años	7,6	8,6	9,2	9,4	10,8
De 45 a 49 años	0,4	0,5	0,8	0,8	0,8

Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población INE

62

La edad media de las mujeres españolas en la Comunitat Valenciana, que son madres por primera vez, se estabiliza alrededor de los 30 años mientras que para las mujeres extranjeras la edad media es de 26 años.

~ ***Edad Media al nacimiento del primer hijo***

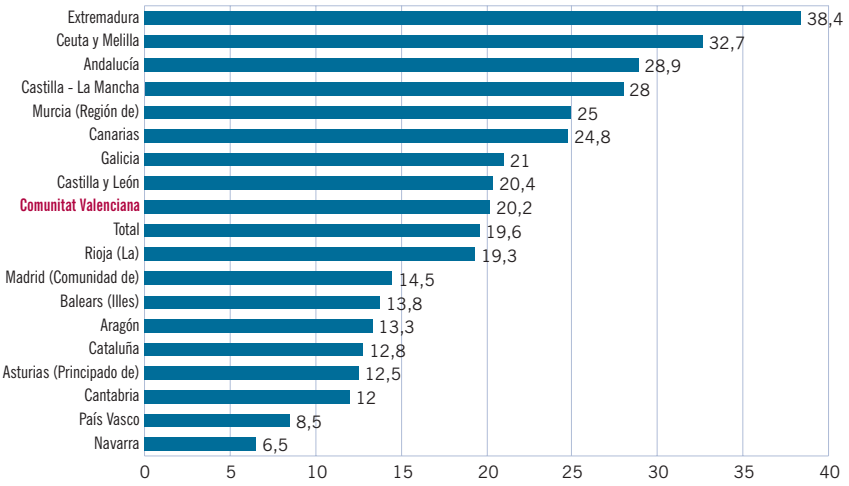
	2005	2006	2007	2008	2009
Total Nacional					
Española	29,8	29,9	29,9	30,2	30,1
Extranjera	26,2	26,1	26,1	26,2	26,1
Ambas nacionalidades	29,3	29,3	29,3	29,5	29,3
Comunitat Valenciana					
Española	29,8	29,8	30,0	30,1	30,2
Extranjera	26,0	25,7	25,8	25,6	25,4
Ambas nacionalidades	29,2	29,1	29,2	29,2	29,1

Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población INE

2 DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

2.1 Umbral de pobreza

~ *Porcentaje de personas por debajo del umbral de la pobreza* 2008 por CCAA (%)*



Fuente INE. Encuesta de condiciones de vida.
** Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos del año anterior por unidad de consumo. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.*

~ *Tasa de riesgo de pobreza en España en el periodo 2004-2009*

Tasa de riesgo de pobreza	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Ambos sexos						
Total	19,9	19,8	19,9	19,7	19,6	19,5
Menos de 16	24,3	24,2	23,8	23,4	24	23,2
De 16 a 64	16,5	16,4	16,3	16,8	16,7	17,1
65 y más años	29,6	29,4	30,6	28,5	27,6	25,7
Varones						
Total	19	18,6	18,5	18,6	18,3	18,3
Menos de 16	25,7	24,5	23,6	23,5	23,2	22
De 16 a 64	15,7	15,6	15,3	15,9	15,8	16,4
65 y más años	26,7	26,4	28	26,1	25	23,4
Mujeres						
Total	20,8	20,9	21,2	20,9	21	20,6
Menos de 16	22,7	23,9	24,1	23,2	24,9	24,5
De 16 a 64	17,2	17,3	17,4	17,8	17,7	17,8
65 y más años	31,8	31,6	32,6	30,2	29,5	27,4

Fuente INE (dato provisional). Encuesta de condiciones de vida*

64

La tasa de riesgo de la pobreza en España ha tenido una evolución casi constante en el periodo 2004-2009. En el año 2009, un quinto de la población se encuentra bajo el umbral de la pobreza, exactamente el 19,5%, siendo los más desfavorecidos los menores de 16 años y los mayores de 65 años. Merece la pena destacar el mayor riesgo que tiene la mujer de caer en la pobreza que el hombre.

2.2 Indicadores de trabajo

Los indicadores de trabajo de la Comunitat Valenciana, tras un largo periodo positivo manteniendo un dinamismo por encima de la media española, muestran desde el año 2006 una tendencia ascendente de la tasa de paro por encima de los datos españoles.

Tasa de actividad	2005	2006	2007	2008	2009
Comunitat Valenciana					
Total	59	60,2	60,5	61,6	61,2
Varones	70,6	70,7	70,7	70,3	69,6
Mujeres	47,7	50	50,5	53,1	52,9
España					
Total	57,72	58,58	59,12	60,13	59,76
Varones	68,95	69	69,23	69,21	68,14
Mujeres	46,95	48,56	49,37	51,38	51,7

Tasa de empleo	2005	2006	2007	2008	2009
Comunitat Valenciana					
Total	54,3	55,1	55	52,4	47,4
Varones	66,2	66,3	65,1	60,5	53,4
Mujeres	42,7	44,2	45,1	44,6	41,4
España					
Total	52,7	53,72	54,03	51,77	48,5
Varones	64,37	64,81	64,51	60,24	55,44
Mujeres	41,5	43,05	43,94	43,6	41,84

Tasa de parados	2005	2006	2007	2008	2009
Comunitat Valenciana					
Total	8	8,5	9	14,9	22,6
Varones	6,3	6,2	7,9	14	23,2
Mujeres	10,4	11,6	10,6	16	21,7
España					
Total	8,7	8,3	8,6	13,91	18,83
Varones	6,64	6,06	6,83	12,96	18,65
Mujeres	11,61	11,36	11	15,14	19,07

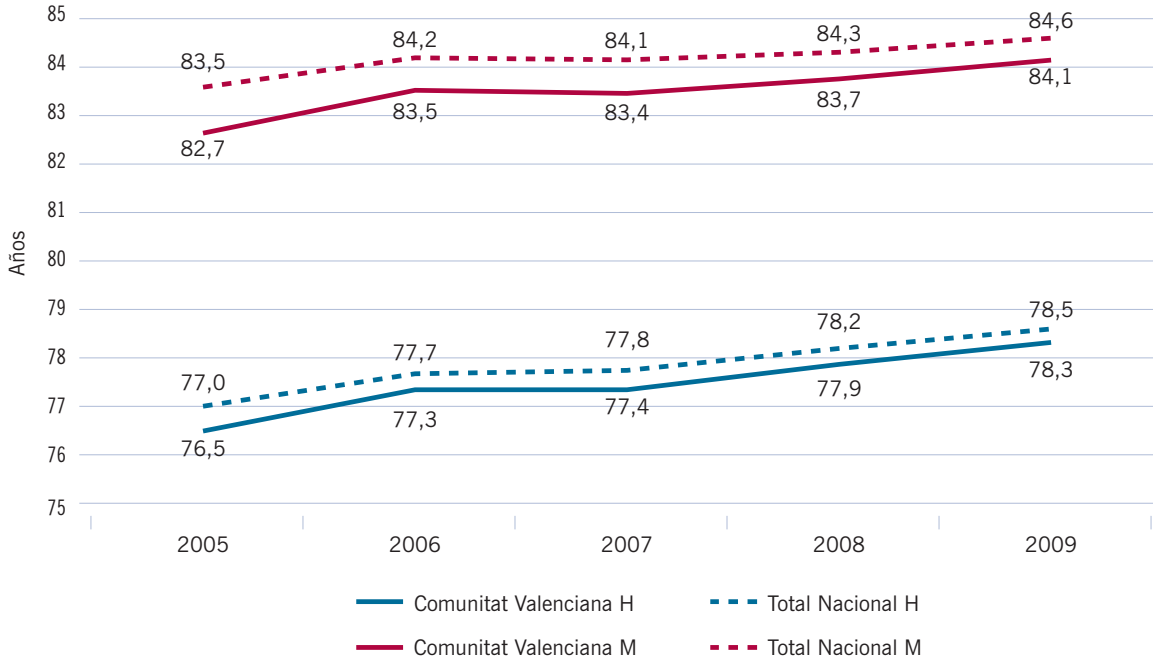
Fuente: Encuesta de población activa INE. Datos 4º trimestre

3 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES INDICADORES

3.1 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacimiento en la Comunitat Valenciana en el año 2009 es de 81,2 años (78,3 años para hombres y de 84,1 para mujeres, con una diferencia entre sexos de 5,8 años de vida), ligeramente inferior que la registrada en España 81,6 años (78,5 en hombres y 84,6 en mujeres), hecho que se manifiesta a lo largo del periodo 2005-2009. En el quinquenio estudiado, se observa una tendencia ascendente de la esperanza de vida para ambos sexos.

~ ***Evolución de la esperanza de vida al nacimiento según sexo***

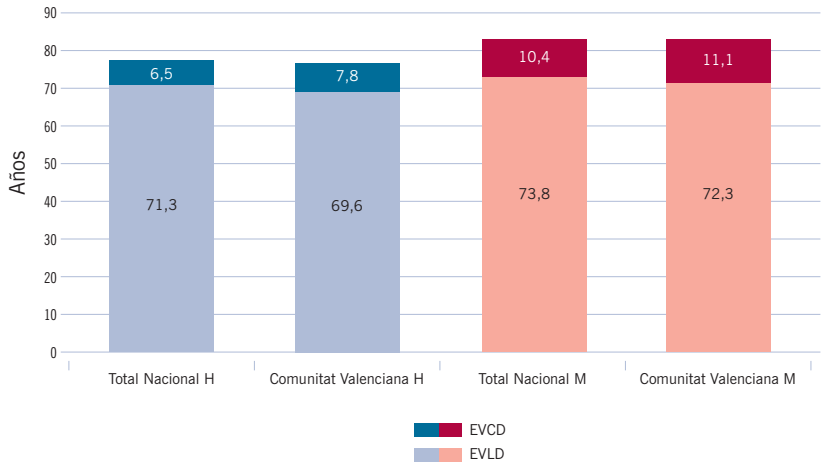


Fuente: Datos INE. Indicadores demográficos básicos. Elaboración propia

66

3.2 Esperanza de vida libre de discapacidad

~ Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad al nacimiento



Fuente: Datos INE. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, 2008. Elaboración propia. Comunitat Valenciana y España 2008.
EVCD= Esperanza de Vida con Discapacidad
EVLD= Esperanza de Vida Libre de Discapacidad

En la Comunitat Valenciana, en el año 2008, las mujeres presentan una esperanza de vida libre de discapacidad mayor que los hombres, pero también se espera que vivan más años con discapacidad (11,1 frente a 7,8 años).

3.3 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en la Comunitat Valenciana en el año 2008 fue de 3,7 por 1.000 nacidos vivos, no observándose variación respecto al año 2005.

~ ***Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos***

Sexo	2005	2006	2007	2008
Hombres	4,1	3,6	4,3	3,9
Mujeres	3,4	3	3,2	3,5
Total	**3,7**	**3,3**	**3,8**	**3,7**

Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

~ ***Indicadores de mortalidad perinatal (Tasa por 1.000 nacidos vivos)***

	2005			2006			2007			2008		
	Total			Total			Total			Total		
Mortalidad fetal	**4,8**	hombres	4,4	**4,3**	hombres	4,4	**4,1**	hombres	4,1	**3,8**	hombres	4,4
		mujeres	4,8		mujeres	3,6		mujeres	3,6		mujeres	4,8
Mortalidad neonatal	**2,5**	hombres	2,9	**2,4**	hombres	2,7	**2,6**	hombres	3	**2,6**	hombres	2,9
		mujeres	2,1		mujeres	2,1		mujeres	2,2		mujeres	2,1
Mortalidad neonatal precoz	**1,7**	hombres	2	**1,6**	hombres	1,7	**1,8**	hombres	2,1	**1,7**	hombres	2
		mujeres	1,5		mujeres	1,5		mujeres	1,5		mujeres	1,5
Mortalidad neonatal tardía	**0,8**	hombres	0,9	**0,8**	hombres	1	**0,8**	hombres	1	**0,8**	hombres	0,9
		mujeres	0,7		mujeres	0,6		mujeres	0,8		mujeres	0,7
Mortalidad perinatal	**7,3**	hombres	7,3	**6,7**	hombres	7,1	**6,7**	hombres	7,1	**6,4**	hombres	7,3
		mujeres	6,9		mujeres	5,7		mujeres	5,8		mujeres	6,9

***Tasa de mortalidad fetal**: número de muertes fetales (≥ 22 semanas completas de gestación) en un año dado por 1.000 nacidos (nacidos vivos más muertes fetales) en ese mismo año. **Tasa de mortalidad neonatal:** número de muertes neonatales (entre el nacimiento y el 27 día de vida) en un año dado por 1.000 nacidos vivos en ese mismo periodo. Precoz si la muerte se produce entre el nacimiento y el 6º día de vida, y tardía si la muerte se produce entre el 7º y el 27 día de vida. **Tasa de mortalidad perinatal:** número de muertes fetales y de muertes neonatales en un año dado por 1.000 nacidos (nacidos vivos más muertes fetales en ese mismo año).*

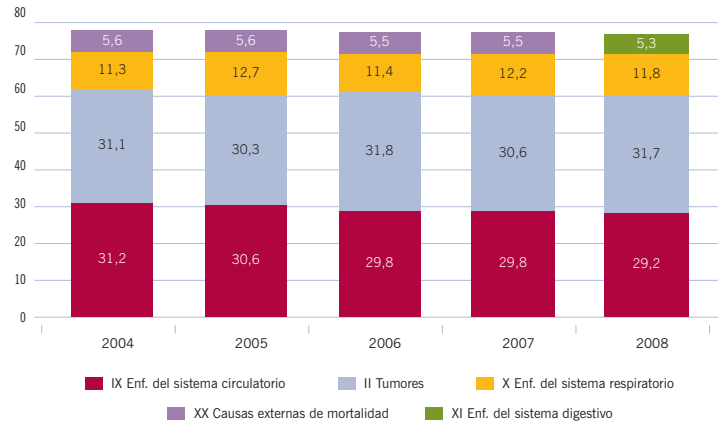
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana.

La mortalidad perinatal (22 semanas de gestación - 28 días de vida) en el año 2008 fue de 6,4 defunciones por cada mil nacidos. Se observa pues, un ligero descenso respecto al año 2005 (7,3 por cada mil nacidos) influido fundamentalmente por la disminución de la mortalidad fetal, ya que la mortalidad neonatal (relacionada con la calidad de la atención a la mujer gestante y el cuidado neonatal) en el año 2007 en la Comunitat Valenciana fue de 2,6 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos (2,5 en 2005).

68

3.4 Mortalidad proporcional

~ ***Mortalidad proporcional. Primeras causas de defunción Hombres. XXI Grandes Grupos CIE-10. Comunitat Valenciana***

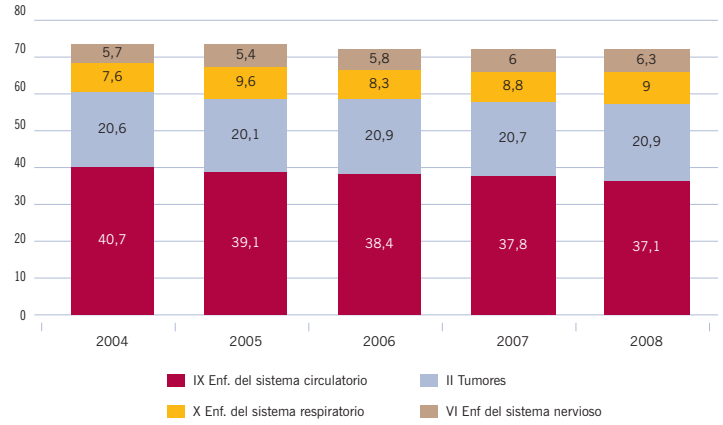


Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

En el año 2008, la primera causa de mortalidad en hombres fueron los tumores, seguida de las enfermedades del aparato circulatorio. Estas dos primeras causas, con pesos semejantes sobre el total de defunciones, representan un porcentaje algo superior al 60% durante el periodo 2004-2008. Las enfermedades del aparato respiratorio son la tercera causa de mortalidad. En el año 2008, en la Comunitat Valenciana, la cuarta causa de muerte en hombres fue debida, sin embargo, a las enfermedades del sistema digestivo. En los años anteriores la cuarta causa estaba representada por causas externas de mortalidad.

Según datos provisionales del año 2009 la mortalidad proporcional sigue un patrón similar al observado en 2008.

~ ***Mortalidad proporcional. Primeras causas de defunción Mujeres. XXI Grandes Grupos CIE-10. Comunitat Valenciana***

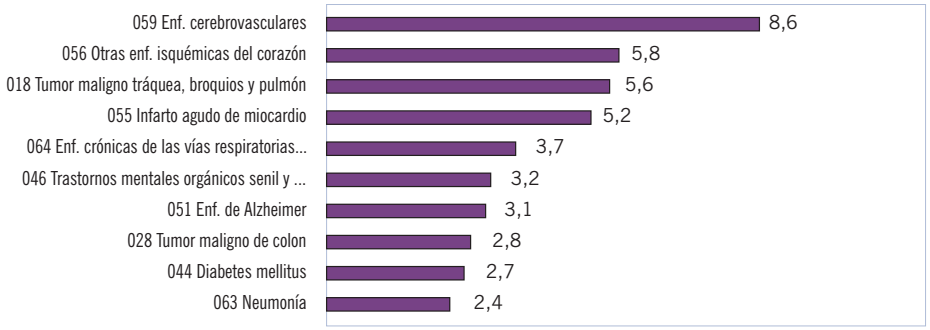


Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

En el año 2008 la primera causa de mortalidad en mujeres fueron las enfermedades del aparato circulatorio, seguida por los tumores. Estas dos primeras causas representan un porcentaje en torno al 60% durante el periodo de 2004-2008, al igual que en hombres, sin embargo, en mujeres se observa mayor diferencia en los pesos entre las dos primeras causas. Las enfermedades del aparato respiratorio constituyen la tercera causa de muerte y, las enfermedades del sistema nervioso, la cuarta causa como en años anteriores. Los datos provisionales del año 2009 confirman esta misma distribución.

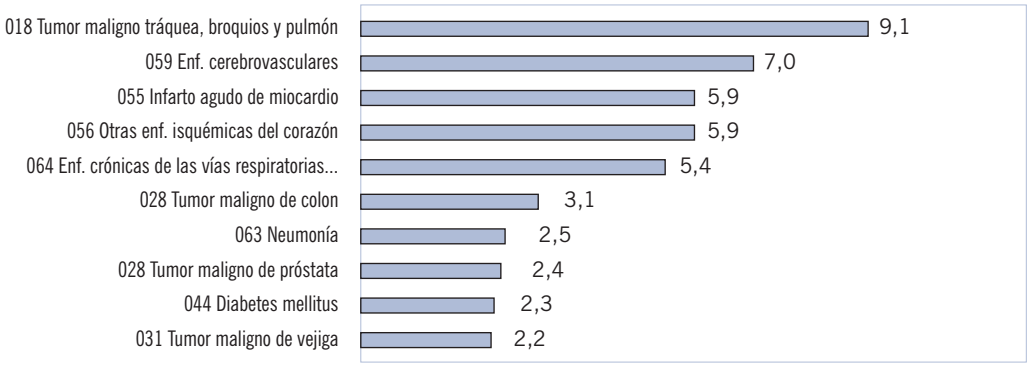
Las diez primeras causas de defunción de la lista abreviada del INE-CCAA (102 causas) para hombres y mujeres son recogidas a continuación.

~ ***Mortalidad proporcional. Diez primeras causas de defunción ambos sexos en la Comunitat Valenciana 2008***



Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

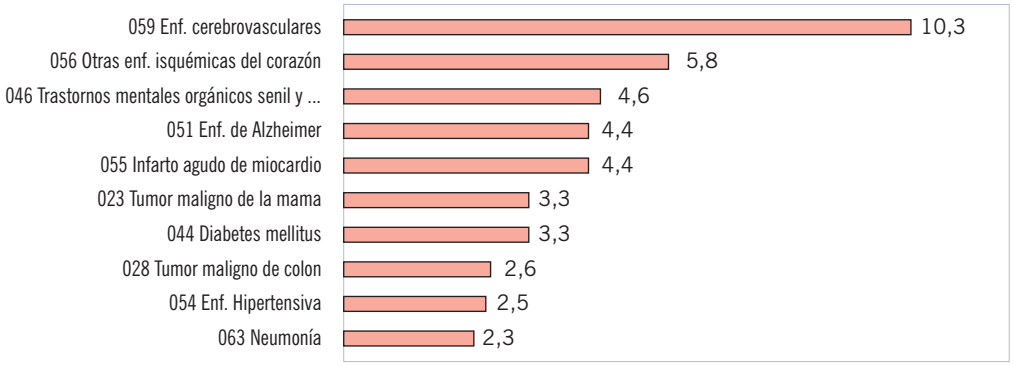
~ ***Mortalidad proporcional. Diez primeras causas de defunción Hombres en la Comunitat Valenciana 2008***



Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

70

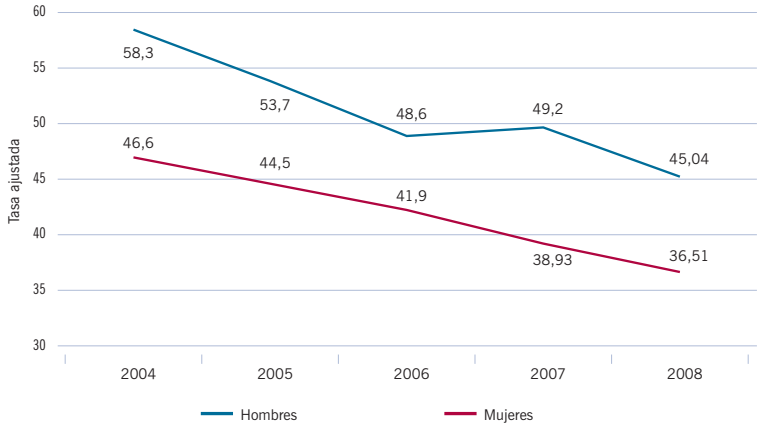
~ ***Mortalidad proporcional. Diez primeras causas de defunción Mujeres en la Comunitat Valenciana 2008***



Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La evolución, en los últimos años, de cada una de ellas ha sido la siguiente:

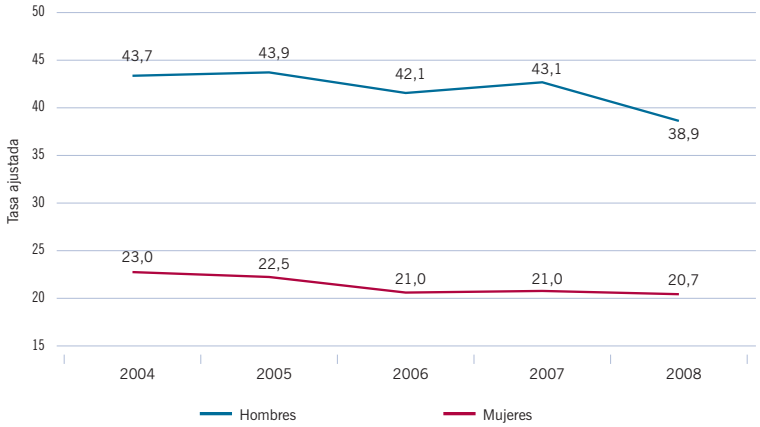
Enfermedades cerebrovasculares



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008.
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008 se registraron en la Comunitat Valenciana 3.435 defunciones por enfermedades cerebrovasculares (tasa bruta de 68,3 defunciones por 10^5 habitantes), que representan el 8,6% de las defunciones por todas las causas. Es la primera causa de mortalidad de este año.

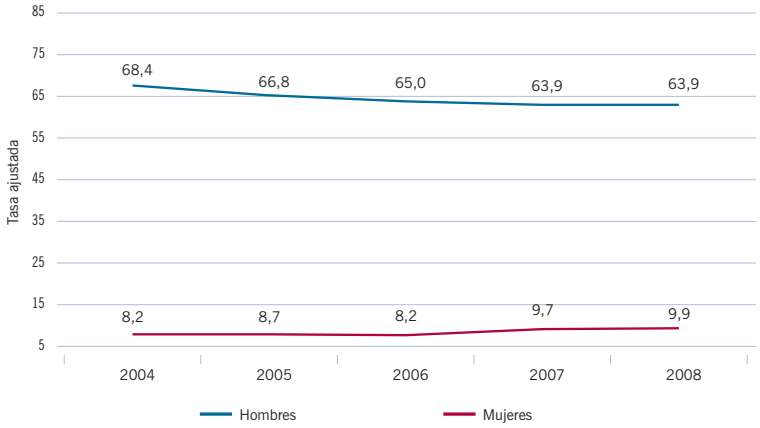
Otras enfermedades isquémicas del corazón



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

Constituyen la segunda causa de mortalidad del año 2008, registrándose en la Comunitat Valenciana 2.340 defunciones por otras enfermedades isquémicas del corazón (tasa bruta de 46,5 defunciones por 10^5 habitantes) y representan el 5,8% de las defunciones por todas las causas.

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón

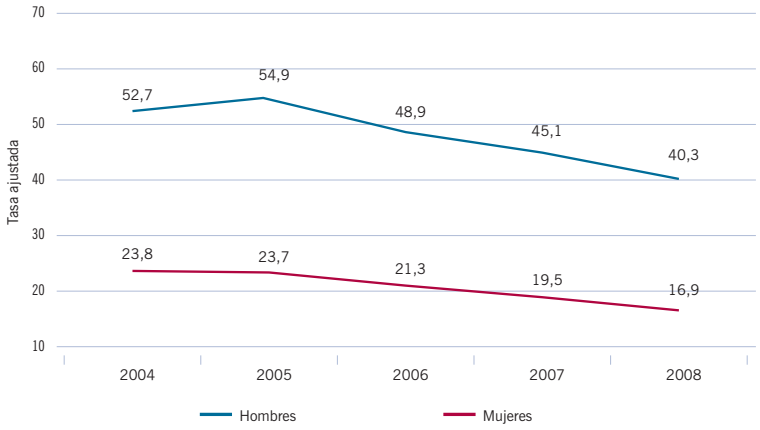


Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008 se registraron 2.223 defunciones por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (tasa bruta de 44,2 defunciones por 10^5 habitantes), representado el 5,6% de las defunciones por todas las causas. Es la tercera causa de mortalidad del año 2008. En mujeres, cabe resaltar, el incremento paulatino observado a lo largo del periodo 2004-2008.

72

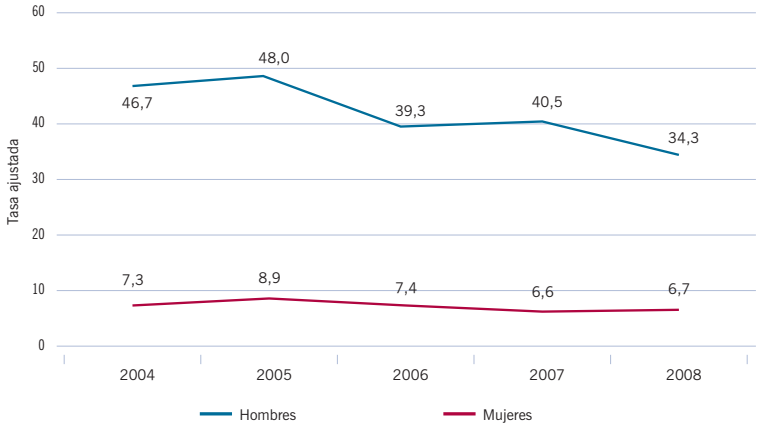
Infarto agudo de miocardio



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El número de defunciones registradas en el año 2008 por infarto agudo de miocardio fue de 2.071 y representan el 5,2% de las defunciones por todas las causas. Es la cuarta causa de mortalidad de este año.

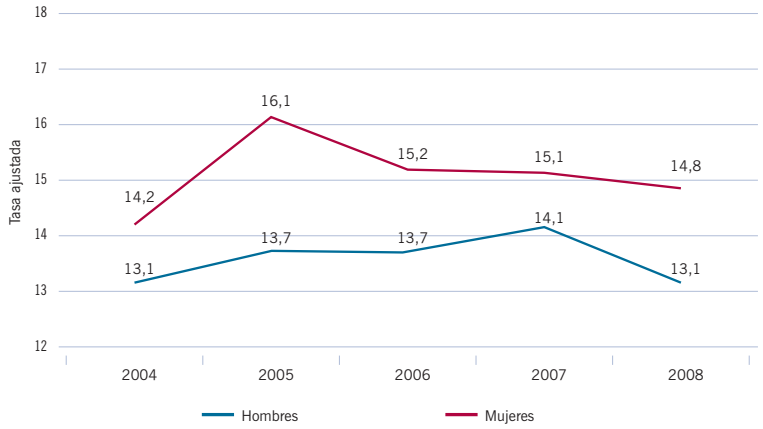
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La quinta causa de mortalidad, con 1.476 defunciones, en el año 2008 la constituyen las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) (tasa bruta de 29,3 defunciones por 10^5 habitantes) y representan el 3,7% de las defunciones por todas las causas.

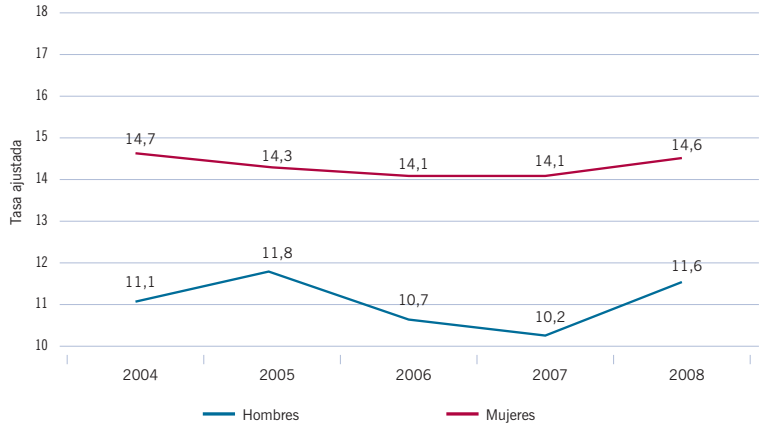
Trastornos mentales orgánicos senil y presenil



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El número de defunciones por trastornos mentales orgánicos senil y presenil registradas en la Comunitat Valenciana en el año 2008 fue de 1.298 defunciones (tasa bruta de 25,8 defunciones por 10^5 habitantes) y representan el 3,2% de las defunciones por todas las causas, constituyendo la sexta causa de mortalidad.

Enfermedad de Alzheimer

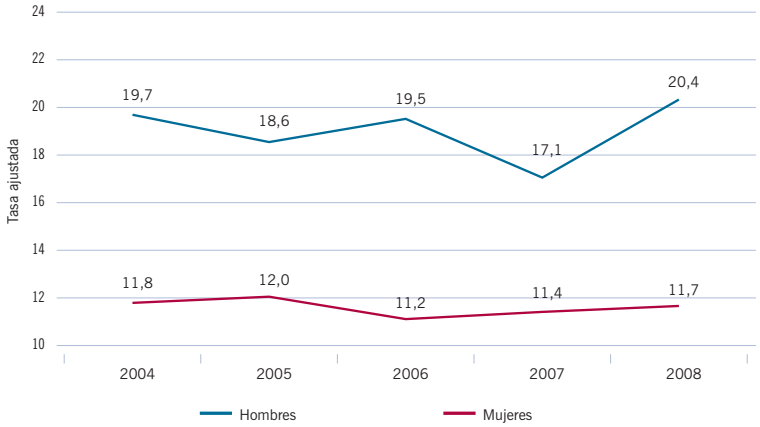


Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La séptima causa de mortalidad en el año 2008 es la enfermedad de Alzheimer, registrándose 1.241 defunciones (tasa bruta de 24,7 defunciones por 10^5 habitantes) que representan el 3,1% de las defunciones por todas las causas.

74

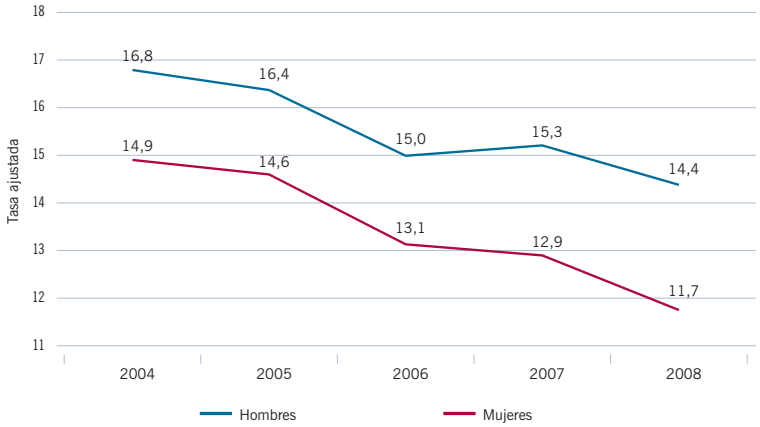
Tumor del colon



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008 se registraron 1.138 defunciones por tumor maligno de colon (tasa bruta de 22,6 defunciones por 10^5 habitantes), y representan el 2,8% de las defunciones por todas las causas. Es la octava causa de mortalidad de este año.

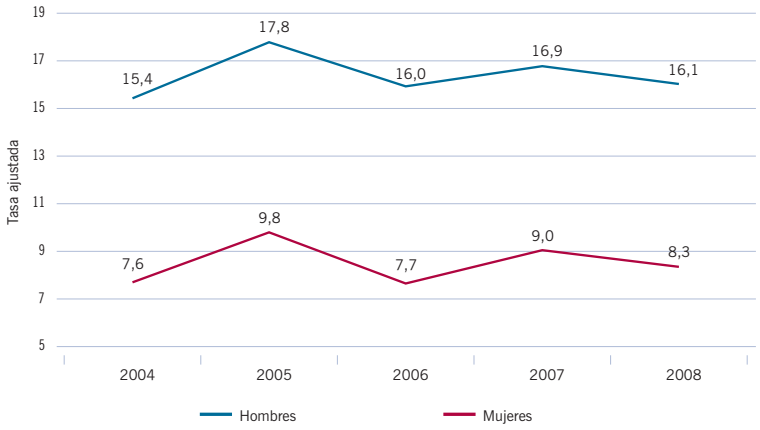
Diabetes mellitus



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El número de defunciones registradas por diabetes mellitus en el año 2008 fue de 1.097 defunciones (tasa bruta de 21,8 defunciones por 10^5 habitantes) y representan el 2,7% de las defunciones por todas las causas, constituyendo la novena causa de mortalidad.

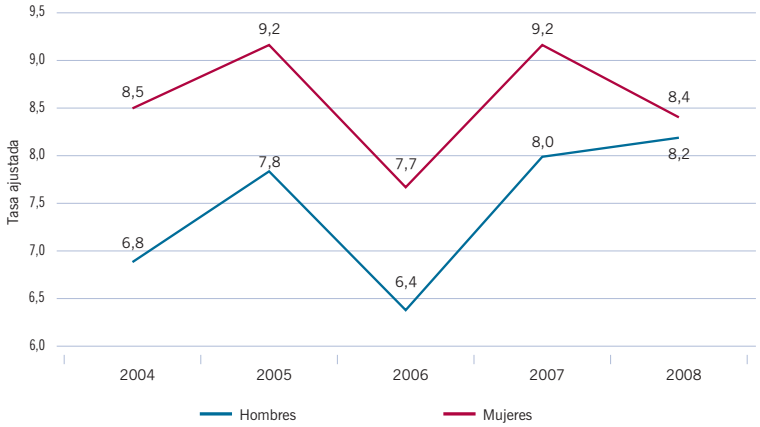
Neumonía



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La décima causa de mortalidad en el año 2008 fue la neumonía con 965 defunciones (tasa bruta de 19,2 defunciones por 10^5 habitantes) representando el 2,4% de las defunciones por todas las causas.

Enfermedad hipertensiva

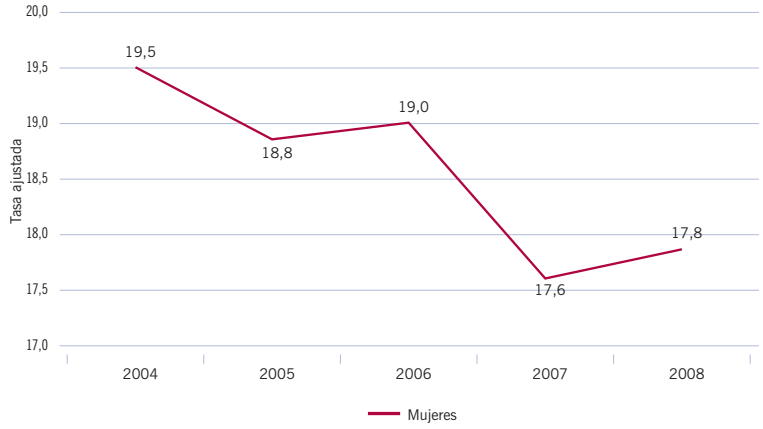


Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

Es la novena causa de muerte en mujeres en el año 2008 y se registraron 483 defunciones (tasa bruta de 19,2 por 10^5 habitantes) con un peso del 2,5% sobre el total de causas en mujeres.

76

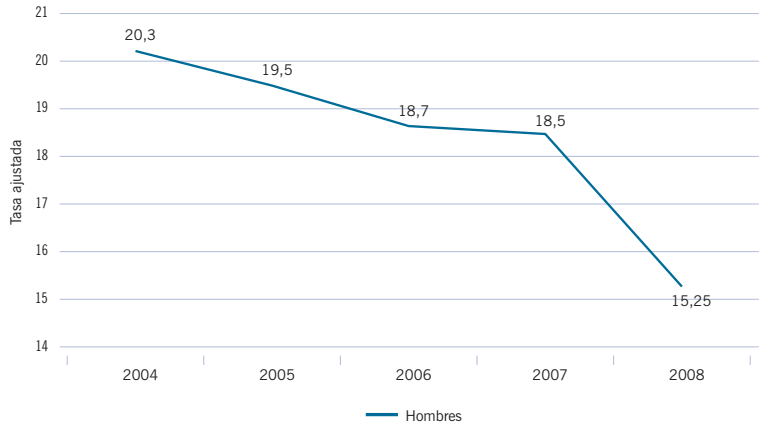
Tumor maligno de mama en la mujer



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La sexta causa de mortalidad del año 2008 en mujeres es el tumor maligno de mama. Se registraron 631 defunciones por tumor maligno de la mama en la mujer que corresponde a una tasa bruta de 25,0 defunciones por cada 10^5 habitantes. Sigue siendo el responsable del mayor número de muertes por cáncer en la mujer, seguido del cáncer de colon.

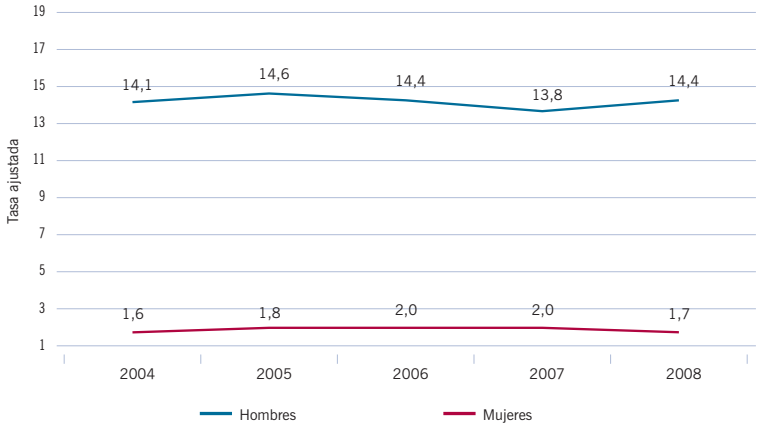
Tumor maligno de la próstata



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008, se registraron 508 defunciones por tumor maligno de la próstata, que corresponde a una tasa bruta de 20,3 defunciones por 10^5 hombres. Representan el 2,4% de las defunciones por todas las causas en hombres. Es la octava causa de mortalidad de este año y el tercer tumor que causa más muertes en los hombres.

Tumor de la vejiga



Tasa de mortalidad por 10^5 habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El tumor maligno de vejiga es la décima causa de mortalidad del año 2008 en hombres y la responsable en cuarto lugar de la mortalidad por cáncer en hombres. Se registraron 459 defunciones por tumor maligno de la vejiga, que corresponde a una tasa bruta de 18,3 defunciones por 10^5 hombres, semejante a los encontrados en los últimos años.

3.5 Morbilidad

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Desde el año 2004 se está desarrollando un sistema electrónico para la vigilancia epidemiológica en la Comunitat Valenciana y su análisis (AVE), que permite recoger en tiempo real los datos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), de los brotes, y de las alertas, su análisis y la difusión de la información a los usuarios de forma automatizada. A continuación se muestran algunos de los datos más destacables:

- La tuberculosis en la Comunitat Valenciana presenta una tendencia descendente que se mantiene desde 1998 a pesar del repunte experimentado en los años 2006 y 2008. En 2009, se han notificado al sistema de vigilancia 724 casos. En los últimos 11 años la tasa global de tuberculosis ha pasado de los 24 casos por 100.000 habitantes a los 14,8 de 2009, lo que supone una disminución del 38,3% y representa un descenso anual del 3,5%. La tuberculosis pulmonar representa el 69,4% de los casos, lo que supone una tasa de 10,3 casos por 100.000 habitantes.
- La Orden de 14 de febrero de 2006 (DOCV nº 5211 del 3/3/2006) modificó la pauta de vacunación sistemática infantil frente a la enfermedad meningocócica. La incidencia global de la enfermedad meningocócica en la Comunitat Valenciana durante la temporada epidemiológica 2008-2009 (semana 41 de 2008 hasta semana 40 de 2009) ha sido de 1,49 casos por 100.000 habitantes, similar a la temporada anterior y se mantiene muy baja en relación a la temporada prevacunal.

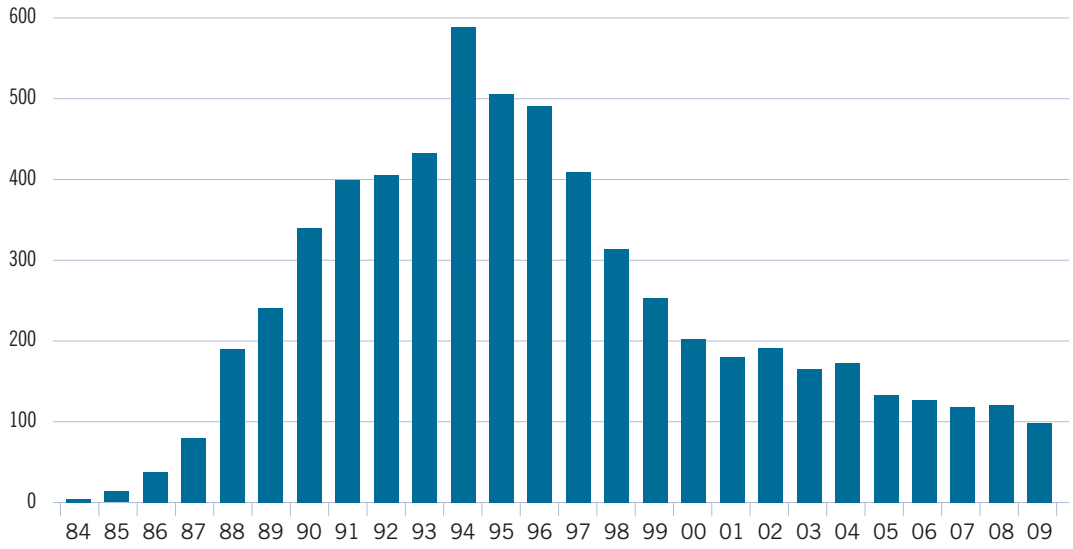
78

- En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, en el año 2009 se declararon 497 casos de infección gonocócica, registrándose una tasa de incidencia de 10,2 casos por 100.000 habitantes. Se observa una tendencia ascendente en los últimos años en esta enfermedad pasando de una tasa de incidencia de 3,1 en 2005 a 10,2 casos por 100.000 habitantes en 2009. La tasa de incidencia de sífilis va aumentando en el periodo de 2005 a 2009 pasando de 3,1 a 7,3 casos por 100.000 habitantes.
- Excepto en el caso de la parotiditis, en general las enfermedades prevenibles por vacunación, muestran una clara tendencia descendente, debido a las elevadas coberturas de vacunación alcanzadas. El Plan de eliminación del sarampión autóctono fue prorrogado hasta 2010.

SIDA

Los casos SIDA declarados en 2009, (corregidos por retraso en la notificación) han disminuido un 19% con respecto a 2008. La tasa de incidencia en la Comunitat Valenciana en 2009, es de 14,9 por millón de habitantes.

~ Casos de SIDA por año de diagnóstico. Comunitat Valenciana, 1984-2009



Casos a 31/12/09 corregidos por retraso en la notificación.
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro casos de SIDA

En la Comunitat Valenciana, el perfil de la curva epidémica del SIDA es muy similar al que se observa en el conjunto de España. En los últimos años tiende a estabilizarse.

Uno de los principales problemas que presenta la atención sanitaria a la infección por VIH y SIDA en la Comunitat Valenciana, es la frecuencia de diagnósticos tardíos. En el quinquenio 2005-2009, el 37% de los casos de SIDA en personas de origen español, recibieron un diagnóstico tardío de infección por VIH. Esta proporción es aún superior (69%) en las personas de origen extranjero. En la mayoría de los casos, los diagnósticos tardíos corresponden a personas que se infectaron por vía sexual.

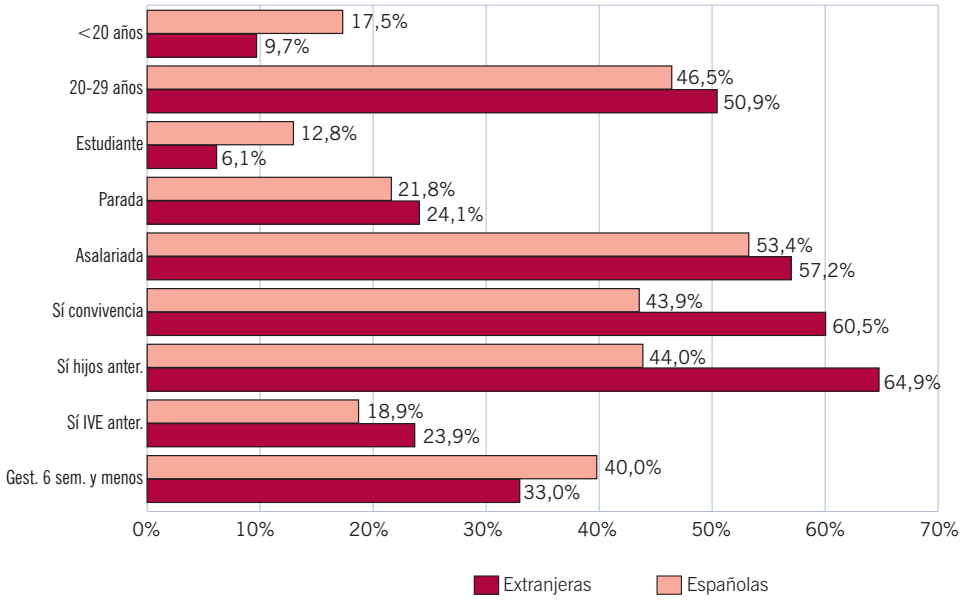
Interrupciones Voluntarias del Embarazo

En la Comunitat Valenciana en el año 2008 el número absoluto de Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas al Registro de la Comunitat Valenciana, ha sido de 11.590.

En el año 2008 la tasa por mil mujeres, entre 15-44 años residentes en la Comunitat Valenciana, ha sido de 10.4, siendo la tasa más alta observada desde el inicio del Registro. La situación en España es idéntica aunque con la tasa superior, 11.8.

El perfil de mujeres del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la Comunitat Valenciana en 2008 es el siguiente:

~ ***Perfil comparativo extranjeras y españolas. 2008***



Fuente: Conselleria de Sanitat. Área de Epidemiología. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

Morbilidad hospitalaria

En la red hospitalaria pública, la morbilidad atendida con régimen de internamiento en 2009 generó 402.168 altas, (0,5% menos que el año anterior), de las que el 47,5% fueron en hombres y el 40,05% de las altas fueron producidas en una persona mayor de 64 años.

80

~ *Número de altas hospitalarias según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) por sexo, Comunitat Valenciana 2009*

CDM	Descripción CDM	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
00	No consta	63	33	30
01	Sistema nervioso	25.924	13.779	12.145
02	Ojo	3.657	2.014	1.643
03	Oído, nariz, boca y faringe	20.058	11.759	8.299
04	Ap. respiratorio	47.182	29.163	18.019
05	Ap. circulatorio	47.913	28.163	19.750
06	Ap. digestivo	44.377	25.635	18.742
07	Sist. hepatobiliar y pancreático	20.018	10.748	9.270
08	Sistema musculo-esquelético	40.399	18.587	21.812
09	Piel, tejido subcutáneo y mama	9.779	3.201	6.578
10	Endocrino, nutrición y metabolismo	8.690	3.454	5.236
11	Riñón y vías urinarias	21.593	13.193	8.400
12	Aparato reproductor masculino	5.763	5.763	0
13	Aparato reproductor femenino	11.027	0	11.027
14	Embarazo, parto y puerperio	49.481	0	49.481
15	Patología perinatal	9.176	5.029	4.147
16	Sangre y sistema inmunitario	4.930	2.512	2.418
17	Trastornos mieloproliferativos	5.371	3.089	2.282
18	Enf. infecciosas y parasitarias	6.981	3.813	3.168
19	Trastornos mentales	7.341	3.885	3.456
20	Alcohol y drogas	1.027	791	236
21	Lesiones y envenenamientos	4.596	2.475	2.121
22	Quemaduras	325	206	119
23	Otras causas de atención sanitaria	4.749	2.380	2.369
24	Infecciones por HIV	1.349	947	402
25	Traumatismos múltiples	399	277	122
	TOTAL	**402.168**	**190.896**	**211.272**

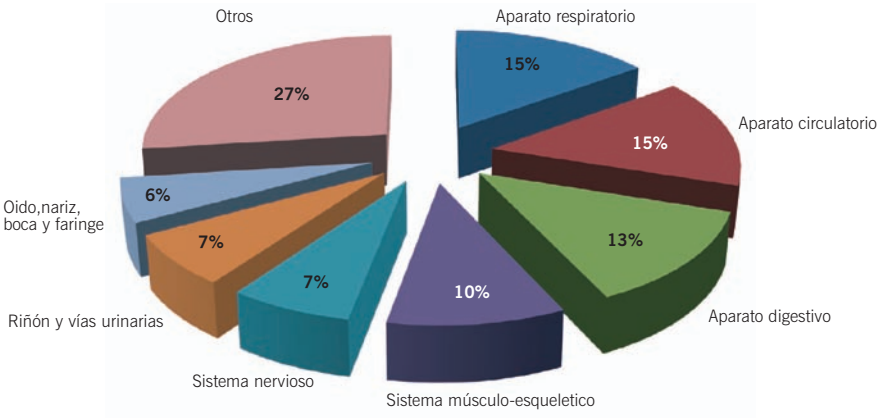
Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Análisis de Sistemas Información Sanitaria CMBD. Elaboración propia

Las altas más frecuentes según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM en adelante) son en primer lugar, las producidas con motivo de embarazo, parto y puerperio, seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato respiratorio que representan el 12,3%, el 11,9% y el 11,7% respectivamente.

La distribución de los porcentajes de las altas hospitalarias según CDM, difieren según sexo.

En hombres, el mayor número de episodios de hospitalización con internamiento en 2009, correspondió a las enfermedades del aparato respiratorio, que generaron 29.163 altas, representando el 15,3% de los ingresos hospitalarios. En segundo lugar, las enfermedades del aparato circulatorio produjeron 28.163 altas, y representaron el 14,8% de las altas en el sexo masculino. Le siguen las enfermedades del aparato digestivo con 25.635 altas (13,14%) y en cuarto lugar, las enfermedades del sistema músculo-esquelético generaron 18.587 altas (9,7%). Estos cuatro grupos, son los responsables del 53,9% del total de altas hospitalarias este año en hombres.

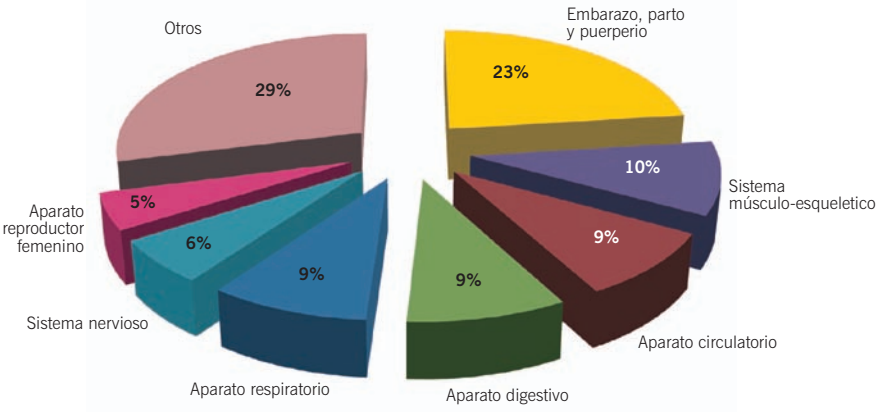
~ ***Porcentajes de altas hospitalarias en hombres según CDM. Comunitat Valenciana 2009***



Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Análisis de Sistemas Información Sanitaria CMBD. Elaboración propia

En mujeres, el mayor porcentaje de altas hospitalarias, correspondió a embarazo, parto y puerperio que generaron 49.481 altas (23,4% de los ingresos en mujeres), seguidas del grupo de enfermedades del sistema músculo-esquelético, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato digestivo. Estos cuatro grupos representan el 51,9% del total de altas en este año en mujeres.

~ ***Porcentajes de altas hospitalarias en mujeres según CDM. Comunitat Valenciana 2009***



Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Análisis de Sistemas Información Sanitaria CMBD. Elaboración propia

82

4 SALUD PERCIBIDA Y ESTILOS DE VIDA

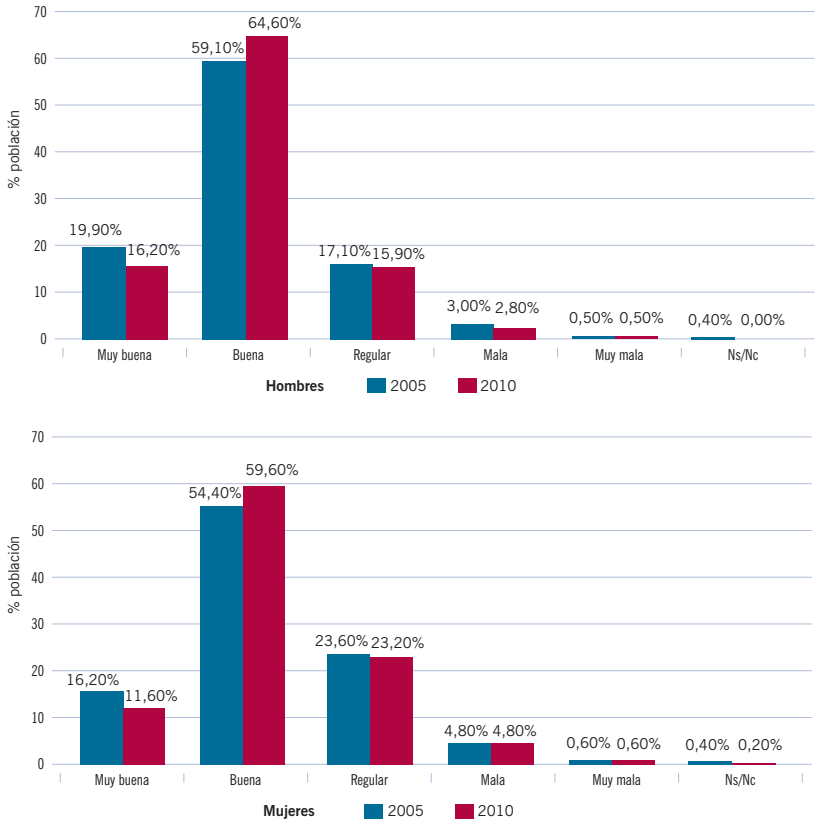
La información obtenida de este apartado se ha extraído de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa). Los resultados de la encuesta de salud han sido analizados en función de las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios, nivel de ingresos familiares y clase social, tanto para el colectivo de adultos, como de menores.

4.1 Percepción de la salud

La valoración positiva del estado de salud es superior en los varones que en las mujeres y, como era de esperar, disminuye en ambos sexos con la edad.

El 80,8% de los hombres y el 71,2% de las mujeres en la Comunitat Valenciana han declarado que la percepción de su salud es buena o muy buena. Estos resultados, son similares a los registrados en la encuesta de salud del año 2005.

~ ***Autopercepción de la salud***

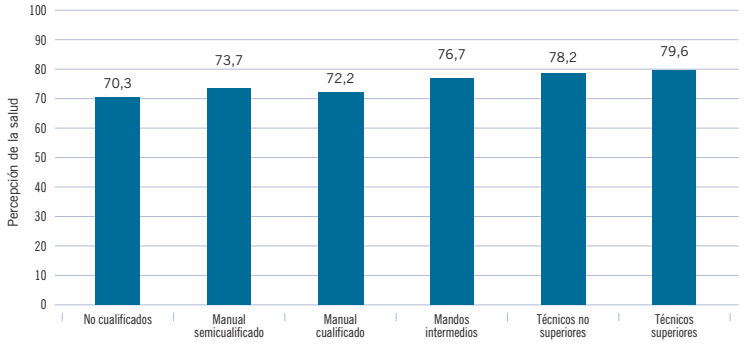


Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valencina 2005 y 2010 (en prensa)

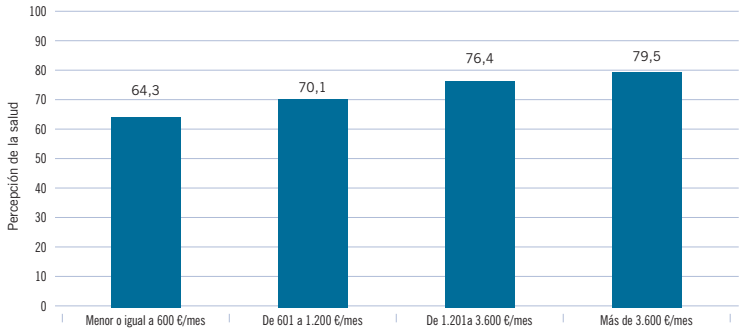
La percepción de la salud varía considerablemente de unos grupos sociales a otros. En todos ellos la percepción de la salud disminuye al disminuir el nivel de estudios, la clase social y el nivel de ingresos.

~ ***Salud percibida según determinantes sociales en adultos***

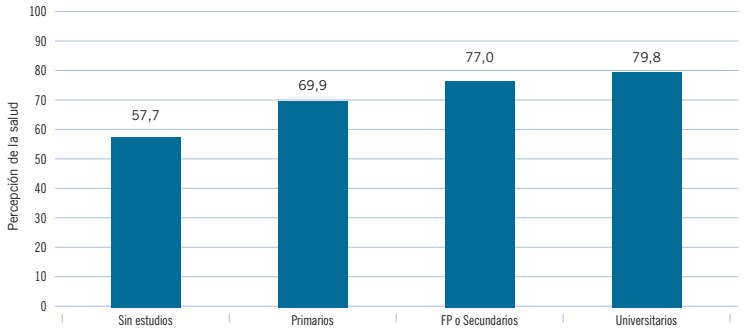
Clase social. Percepción de la salud 2010 (Rango de 0 a 100). El valor medio total es de 73,4



Nivel de ingresos familiares. Percepción de la salud 2010 (Rango de 0 a 100). El valor medio total es de 73,4



Nivel de estudios. Percepción de la salud 2010 (Rango de 0 a 100). El valor medio total es de 73,4



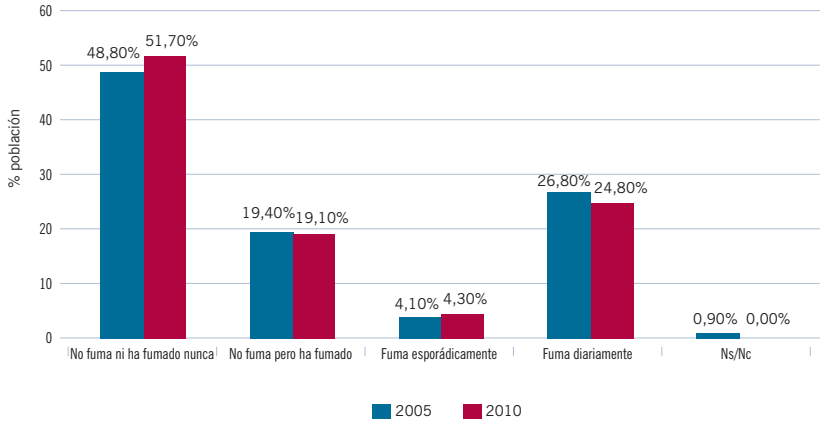
Fuente: Encuesta de Salud 2010 (en prensa)

4.2 Conductas y estilos de vida

Consumo de tabaco

En la actualidad el porcentaje de personas que manifiestan no haber fumado nunca, es del 51,7%, frente al 48,8% de 2005. De forma coherente, se aprecia una cierta reducción del colectivo de población que fuma diariamente (26,8% y 24,8% en 2005 y 2010 respectivamente). El colectivo de población ex-fumadora y de la que fuma esporádicamente se mantiene en niveles similares a los observados en la encuesta anterior. Un 19,10% de la población es ex-fumadora y un 4,3% de la población fuma esporádicamente en el año 2010.

~ ***Consumo de tabaco en la Comunitat Valenciana***



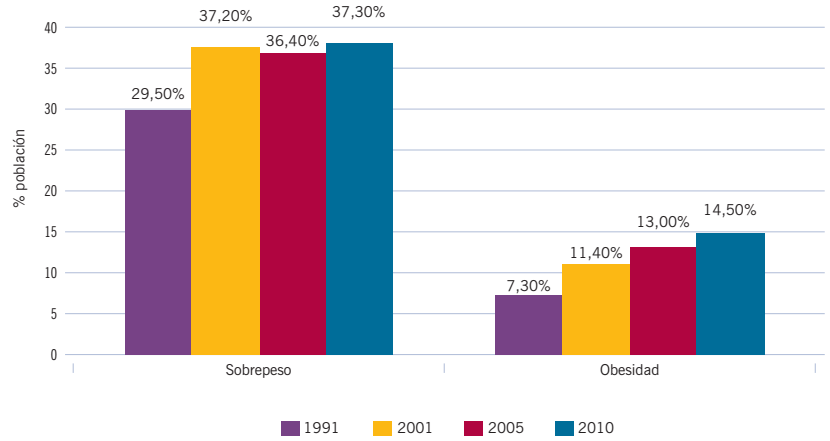
Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2005 y 2010 (en prensa)

La edad media de inicio del consumo del tabaco se sitúa en el año 2001 en los 17,2 años, en el año 2005 en 17,2, y en el 2010 en 17,6 años.

Sobrepeso y obesidad

Al igual que lo constatado en ediciones anteriores, se mantiene la tendencia observada al incremento de la incidencia del sobrepeso y la obesidad entre la población adulta de la Comunitat Valenciana, tal y como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

~ ***Sobrepeso y obesidad en la población adulta***

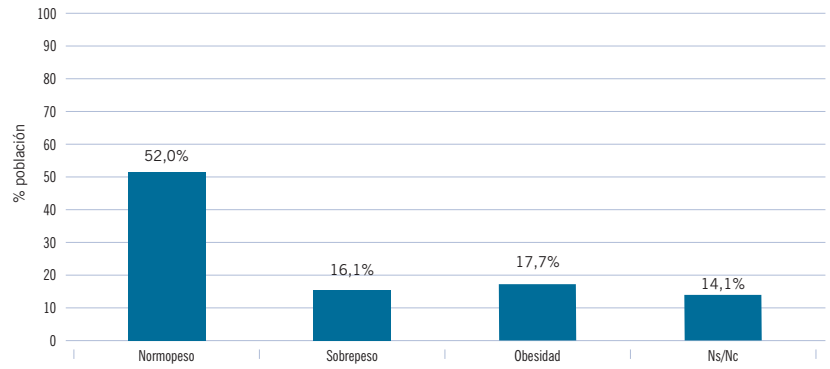


Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

De este modo, en 2010, el colectivo de encuestados que a partir de los datos de peso y talla autoreferidos presenta sobrepeso, se sitúa en el 37,3% de la población adulta, mientras que la obesidad alcanzaría al 14,5% (obesidad y obesidad mórbida). Los datos del año 2010 para poder ser comparados con las encuestas anteriores, han sido corregidos teniendo en cuenta la población «No sabe/No contesta».

En cuanto a la población infantil el 17,7% de los menores se encuentra en el nivel asociado a la obesidad, y un 16,1% adicional muestra sobrepeso. Por su parte, el 52% restante se asocia a menores con normopeso.

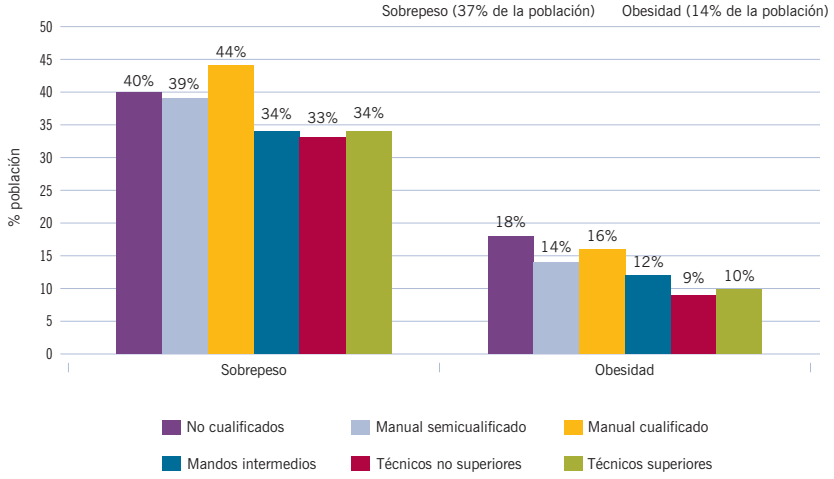
~ ***Sobrepeso y obesidad en la población infantil***



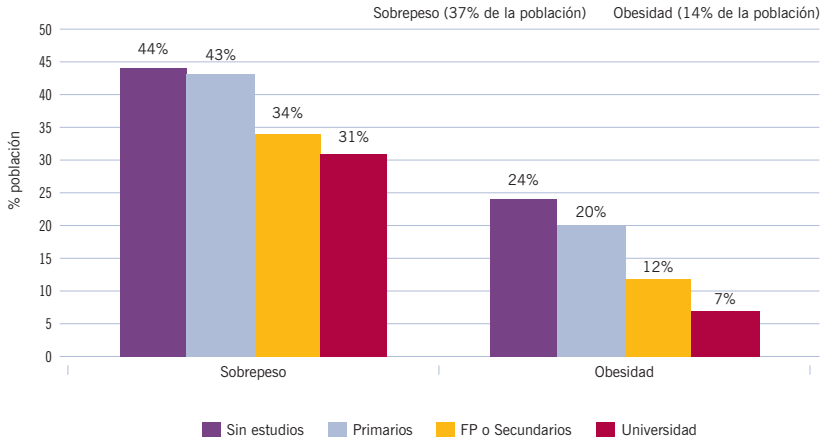
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

A medida que el nivel social, el nivel de estudios y el de ingresos económicos disminuye, se observa una clara tendencia al aumento de sobrepeso y obesidad en la población adulta, poniendo de manifiesto la influencia de los determinantes sociales en los estilos de vida de la población.

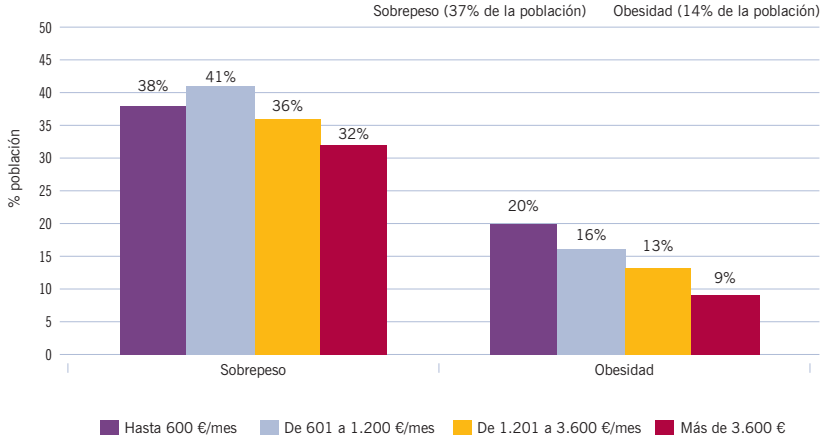
86



~ ***Distribución del sobrepeso y obesidad por clase social. Comunitat Valenciana 2010***



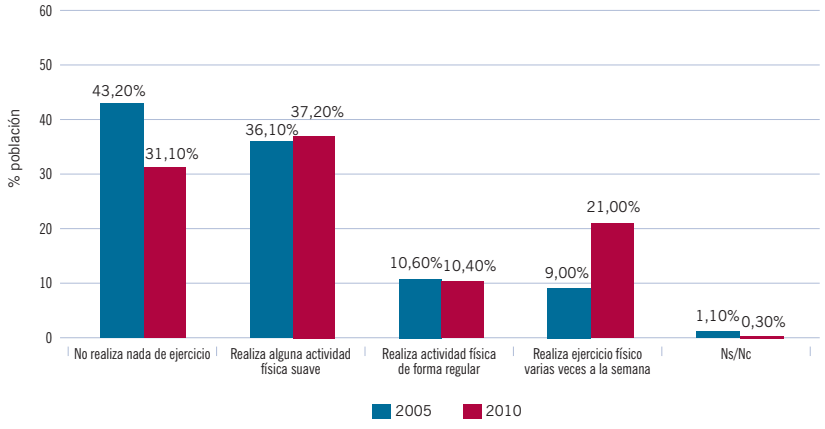
~ ***Distribución del sobrepeso y obesidad por nivel de estudios. Comunitat Valenciana 2010***



~ Distribución del sobrepeso y obesidad por nivel económico. Comunitat Valenciana 2010
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

Actividad física

De forma coherente con la tendencia observada en 2005 se mantiene una tendencia positiva en la realización de actividad física durante el tiempo libre. El colectivo que indica no realizar ningún tipo de actividad se reduce del 43,2% en 2005 al 31,1% en 2010.



~ Realización de actividad física
Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2005 y 2010 (en prensa)

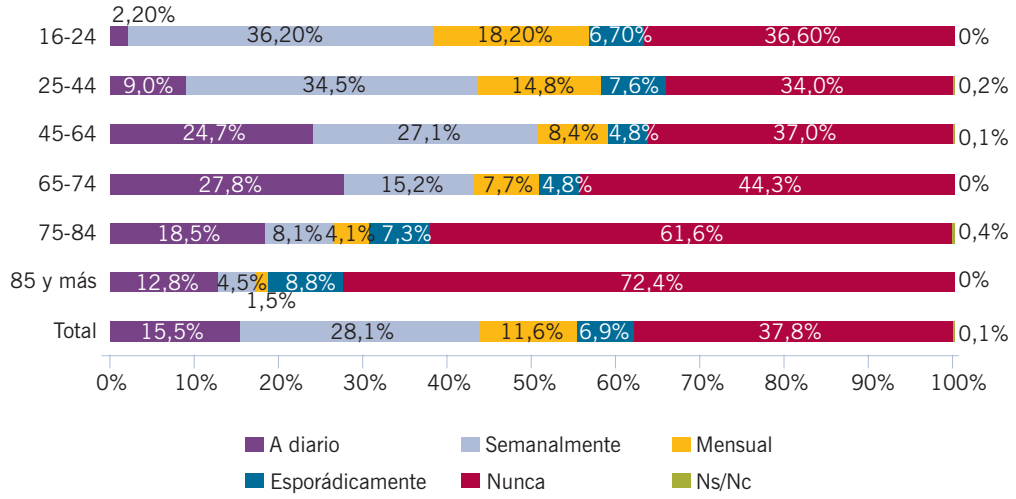
88

En este sentido, también se observa un incremento significativo entre las personas que manifiestan realizar una actividad física de forma más intensiva entre 2005 y 2010, de forma que el 21,0% indica realizar ejercicio físico varias veces por semana, frente al 9% observado en 2005.

Consumo de alcohol

La población que más alcohol consume es la comprendida entre los 25 y 44 años. Entre los más jóvenes (de 16 a 24 años) no resulta desdeñable el hecho de que algo más de 1 de cada 3 jóvenes consuma alcohol al menos de forma semanal. El 27,8% de las personas de 65 a 74 años manifiestan que consumen alcohol diariamente.

~ ***Consumo de alcohol en la Comunitat Valenciana***



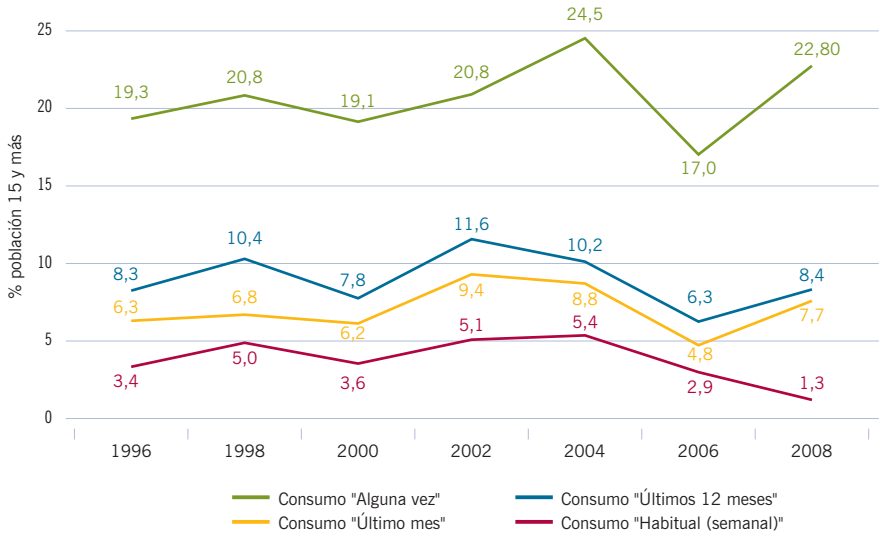
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

Consumo de otras drogas

Según datos extraídos del Sistema Autonómico Valenciano de Información en Adicciones (SAVIA) a partir de las encuestas domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAE/EDIS 1996-2008), el cannabis y sus derivados siguen siendo las sustancias ilegales más consumidas, con prevalencias de consumo que, en determinados segmentos de población, se aproxima bastante a la de otras sustancias legales (alcohol y tabaco).

El 22,8% de la población de la Comunitat Valenciana de 15 a 65 años ha probado el cannabis en alguna ocasión.

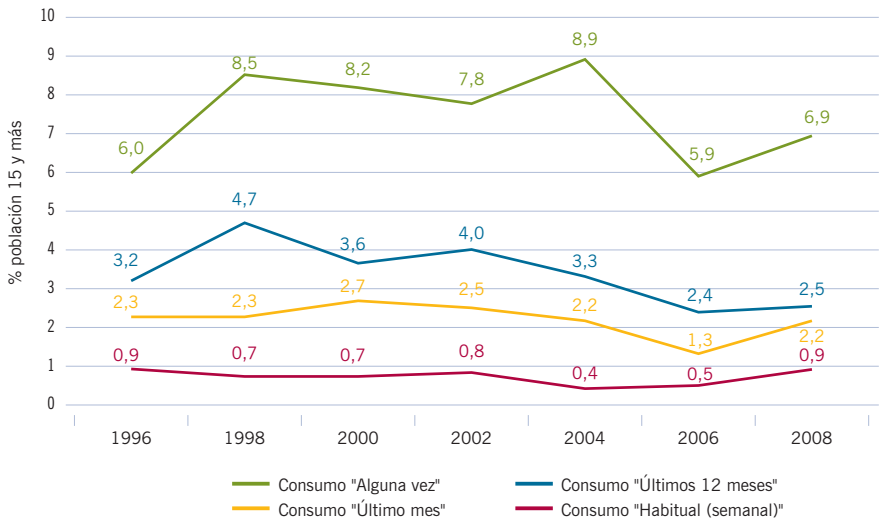
~ ***Consumo de cannabis y derivados en la Comunitat Valenciana***



Fuente: SAVIA. Encuestas Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008)

La cocaína es, por detrás del cannabis, la sustancia psicoactiva ilegal cuyos consumos están más extendidos, especialmente en los usos esporádicos o experimentales.

~ ***Consumo de cocaína en la Comunitat Valenciana***

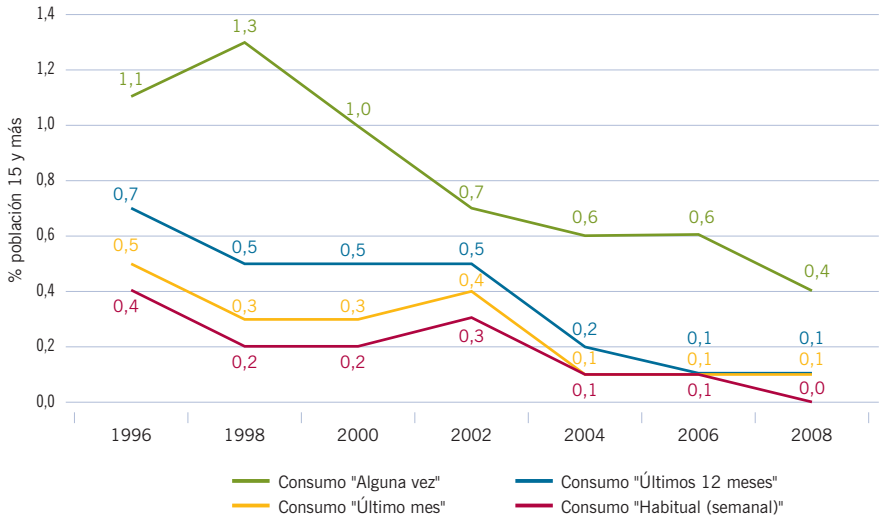


Fuente: SAVIA. Encuestas Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008)

90

El consumo de heroína sigue una tendencia claramente descendente y en prevalencias muy reducidas en cualquier tipo de consumo.

~ ***Consumo de heroína en la Comunitat Valenciana***



Fuente: SAVIA. Encuestas Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008)

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VALENCIANO: RECURSOS



SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VALENCIANO: RECURSOS

1 ORGANIZACIÓN

Asistencia sanitaria

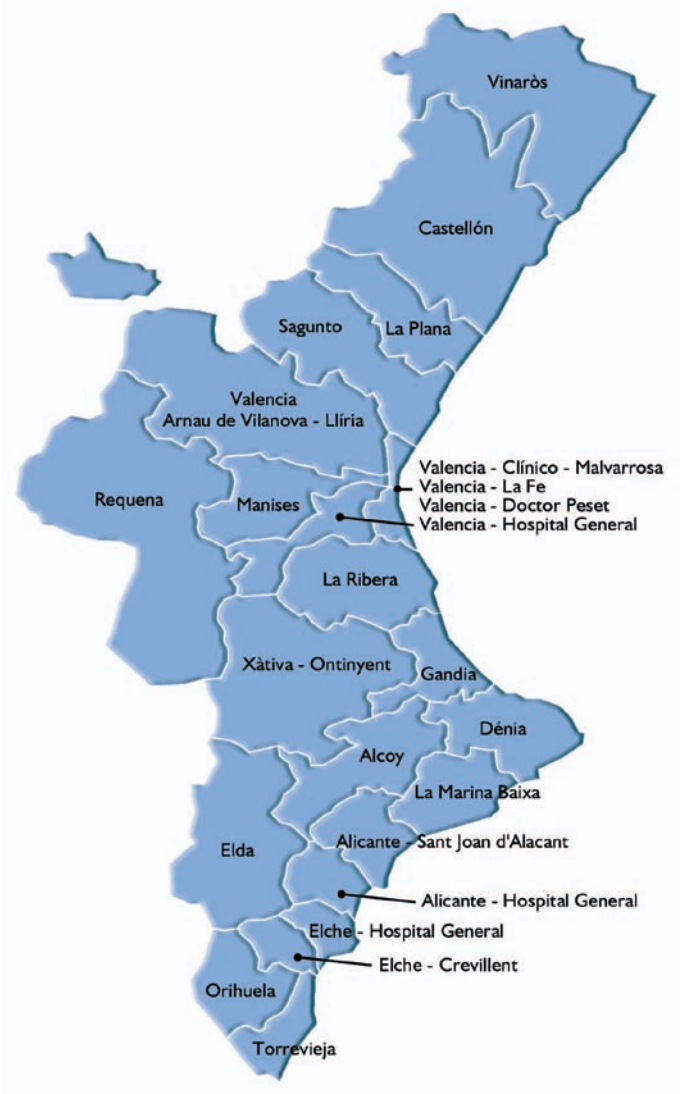
Para llevar a cabo una adecuada gestión y administración del Sistema Valenciano de Salud y de la prestación sanitaria de la Comunitat Valenciana, se crea la Agència Valenciana de Salut. La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, define a la Agència Valenciana de Salut como el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, con la finalidad de coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud.

La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria puede llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualquier entidad admitida en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

El modelo de gestión sanitaria valenciana se basa en la descentralización (24 departamentos de salud con un alto grado de autonomía), y comprende cuatro principios básicos: la **financiación capitativa** en todos los departamentos de salud, la **gestión integral** de la atención sanitaria, la **facturación de la asistencia sanitaria entre departamentos** y la **dirección por objetivos**.

94

~ ***Departamentos de Salud en la Comunitat Valenciana***



Los modelos alternativos de gestión, basados en potenciar la colaboración público-privada para la gestión sanitaria, constituyen uno de los ejes estratégicos orientados a la sostenibilidad del sistema sanitario en la Comunitat. El modelo de concesión administrativa, iniciado con el "modelo Alzira", en el departamento de salud de la Ribera, se ha extendido y actualmente son cinco los departamentos de salud gestionados mediante concesión. La Administración ejerce el control y el riesgo financiero se transfiere a las empresas que tienen la concesión administrativa de la prestación sanitaria. Este modelo ha permitido mantener un nivel de prestaciones sanitarias de los más amplios y de gran calidad para los valencianos, pese a las dificultades presupuestarias de los últimos años.

En las tablas siguientes se recoge la red hospitalaria de la Comunitat Valenciana en los diferentes departamentos de salud y las respectivas fórmulas de gestión:

Departamento de salud	Centro	Fórmula de gestión
Vinaròs	H. Comarcal de Vinaròs	Pública
Castellón	H. General de Castelló	Pública
	Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón	Consorcio
La Plana	H. de La Plana	Pública
	Hospital Complementario Alto Palancia de Segorbe	Pública
Sagunto	H. de Sagunto	Pública
Valencia - Clínico - Malvarrosa	H. La Malva-Rosa	Pública
	H. Clínico Universitario	Pública
Valencia - Arnau de Vilanova - Llíria	H. Arnau de Vilanova	Pública
Valencia - La Fe	H. Universitario y Politécnico La Fe	Pública
Requena	H. de Requena	Pública
Valencia - Hospital General	Consorcio H. General Universitario de Valencia	Consorcio
Valencia - Doctor Peset	H. Universitario Dr. Peset	Pública
La Ribera	H. Universitario de La Ribera	Concesión administrativa
Gandia	H. Francesc de Borja de Gandía	Pública
Dénia	H. de Dénia	Concesión administrativa
Xàtiva - Ontinyent	H. Lluis Alcanyís de Xàtiva	Pública
	H. General de Ontinyent	Pública
Alcoy	H. Virgen de Los Lirios	Pública
Marina Baixa	H. de La Marina Baixa	Pública
Alicante - Sant Joan d'Alacant	H. Universitario San Juan de Alicante	Pública
Elda	H. General de Elda-Virgen de la Salud	Pública
Alicante - Hospital General	H. General Universitario de Alicante	Pública
Elche - Hospital General	H. General de Elche	Pública
Orihuela	H. de la Agència Valenciana de Salut Vega Baja	Pública
Torrevieja	H. de Torrevieja	Concesión administrativa
Manises	H. de Manises	Concesión administrativa
Elche - Crevillent	H. del Vinalopó	Concesión administrativa

96

~ ***Hospitales de Crónicos y Larga Estancia (HACLE)***

Área de cobertura	Centro	Gestión
Alicante	H. San Vicente	Pública
	H. La Pedrera	Pública
Castellón	H. La Magdalena	Pública
Valencia	H. Doctor Moliner	Pública
	H. Pare Jofré	Pública
	Antiguo Hospital Militar	Concesión administrativa

Salud Pública

Por otra parte, la Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, regula las actuaciones en materia de Salud Pública que se desarrollan en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y administraciones públicas en sus respectivos ámbitos competenciales. El artículo 12 de la citada Ley recoge la creación de la Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública como organismo autónomo de carácter administrativo de la Generalitat, adscrito a la Conselleria de Sanidad, para el desarrollo y ejecución de las competencias de la Generalitat en materia de Salud Pública. El artículo 30 recoge la creación de la Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria y el artículo 50, la creación del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), encargado de la ejecución de la política de la Conselleria de Sanidad con relación a la investigación en Salud Pública.

2 RECURSOS HUMANOS

El Sistema Sanitario Público Valenciano dispone en la actualidad de una plantilla de **60.842 profesionales**, distribuidos del modo siguiente:

~ ***Plantilla de personal gestionado por la Conselleria de Sanitat y Organismos Autónomos correspondiente a Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada***

Salud Pública					
Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	**Total**
806	162	86	151	27	**1.232**

Atención Primaria	
Personal Directivo	37
Personal Facultativo	4.798
Personal Sanitario No Facultativo	4.779
Resto de Personal	2.924
Personal en Formación	451
Total	**12.989**

Atención Especializada	
Personal Directivo	165
Personal Facultativo	7.002
Personal Sanitario No Facultativo	19.061
Resto de Personal	8.535
Personal en Formación	1.772
Total	**36.535**

Fuente : Registro de puestos y gestión de personal, CIRO (15/4/2011)

~ ***Plantilla de personal adscrito a los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales de la Conselleria de Sanitat, gestionado por la Conselleria de Sanitat y Organismos Autónomos y por la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas***

Órgano de gestión	Servicios Centrales	Direcciones Territoriales	TOTAL
Conselleria de Sanitat	50	164	
Agència Valenciana de Salut	74	7	
Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas	596	531	
TOTAL	**720**	**702**	**1.422**

Fuente: Registros de puestos y personal (primer trimestre 2011)

98

~ ***Personal dependiente de las Concesiones Administrativas y de los Consorcios (At. Primaria y Especializada)***

Personal Directivo	95
Personal Facultativo	2.085
Personal Sanitario No Facultativo	4.659
Resto de Personal	1.637
Personal en Formación	188
Total	**8.664**

Fuente: Concesiones Administrativas y Consorcios (primer trimestre de 2011)

3 ESTRUCTURA

Asistencia Sanitaria

El Decreto 74/2007, de 18 de mayo, regula la estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

A modo de esquema los recursos asistenciales quedan organizados del modo siguiente:

Recursos asistenciales de la Agència Valenciana de Salut	
Departamentales	Centros de Salud y Consultorios
	Unidades de Apoyo
	Centros Sanitarios Integrados (CSI)
	Centros de Especialidades
	Hospitales
Supradepartamentales	Hospital Crónicos y Larga Estancia (HACLES)
	Servicios de Emergencias Sanitarias
	Centro de Transfusión

El detalle de los mismos, además del ya especificado para la red hospitalaria, se recoge a continuación:

~ ***Recursos Asistenciales Públicos actuales de la Conselleria Sanitat en la Comunitat Valenciana***

Recursos asistenciales de la Conselleria de Sanidad	
Centros de Salud	245
Consultorios	620
Unidades de Apoyo	388
Centros Sanitarios Integrados	34
Centros de Especialidades	25
Hospitales	34
Centro de Transfusión	3
Servicios de Emergencias Sanitarias	3

Cabe destacar que en la Comunitat Valenciana existen 80 Servicios de Atención e Información al Paciente, 3 Centros de Información y Coordinación de Urgencias, y como alternativas a la hospitalización convencional se dispone de 24 Unidades de Hospitalización a Domicilio, así como de 24 Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, y 24 Hospitales de día, que producen una importante disminución de las estancias hospitalarias.

Salud Pública

La Salud Pública se estructura en Servicios Centrales y Centros de Salud Pública.

100

La estructura central de la Salud Pública en la Comunitat Valenciana está integrada por tres áreas diferenciadas: el área de Epidemiología, el área de Seguridad Alimentaria, y el Área de Coordinación de Centros y Actuación en Salud Pública. El Centro Superior de Investigación en Salud Pública, centra todas las iniciativas de investigación desde la perspectiva de Salud Pública.

La estructura periférica la componen 16 Centros de Salud Pública, repartidos a lo largo de la geografía de la Comunitat Valenciana de la siguiente manera:

Provincia	Nº de Centros de Salud Pública
Castellón	2
Valencia	7
Alicante	7

Además se dispone de:

- 25 Unidades del Plan de Prevención del Cáncer de Mama (incluidas en las Unidades de Apoyo anteriormente citadas).
- 3 Centros de Información y Prevención del SIDA y .
- 3 Laboratorios de Salud Pública.

Investigación y Docencia

La investigación en materia sanitaria y biomédica se desarrolla fundamentalmente desde el conjunto de centros que componen la red asistencial, mayoritariamente en los hospitales. También se desarrolla una importante actividad investigadora desde las estructuras de Atención Primaria, desde los grupos de investigación de servicios centrales y departamentos de la Conselleria de Sanitat y desde los centros de investigación vinculados a ésta. El 89% de la población investigadora se concentra en los centros asistenciales.

La Conselleria de Sanitat ha impulsado la creación de Fundaciones como estructuras de gestión para la promoción y desarrollo de la investigación científico-técnica en el seno de los departamentos de salud de la red pública valenciana con mayor actividad investigadora, que junto con la Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio), vienen a completar el mapa de estructuras de apoyo a la gestión de la investigación en todos los centros sanitarios.

Además, hay que añadir la investigación sanitaria y biomédica realizada desde los Centros de Investigación impulsados por la Generalitat, entre los que hay que destacar los siguientes:

- Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF).
- Centro Superior de Investigación, Docencia y Asistencia en Patología Oftalmológica (FOM).
- Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

En materia de formación, la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) ha ido evolucionando desde su creación en 1987, con un enfoque formativo cada vez más amplio y actualmente lleva a cabo la formación continuada de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en la red sanitaria. Además entre sus funciones destacan las siguientes: organización de prácticas en los centros sanitarios públicos de alumnos de universidades públicas y privadas; apoyo a la investigación desde un punto de vista formativo; coordinación del grupo de formación e investigación en salud y género; servicio de publicaciones, biblioteca, documentación etc., constituyendo el punto de referencia en la organización de conferencias, congresos y foros de debate sobre temas relevantes en el ámbito sanitario en la Comunitat Valenciana.

4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El Decreto 126/1999, de 16 de agosto, del Consell, creó el Sistema de Información Poblacional (SIP), como registro administrativo de relación de los ciudadanos con los servicios de salud, siendo de aplicación a todos los ciudadanos que tengan o adquieran vecindad administrativa en cualquier municipio de la Comunitat Valenciana, habilitándose la tarjeta sanitaria como documento acreditativo del derecho a la protección de la salud.

Asistencia Sanitaria

La Comunitat Valenciana ha experimentado en los últimos años un importante crecimiento de la demanda asistencial, lo que le ha obligado a optimizar la utilización de los recursos asistenciales. Partiendo de la base de que la información es esencial para la toma de decisiones adecuadas, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) constituyen una herramienta fundamental para el funcionamiento del Sistema Sanitario, ya que mejoran la equidad, la calidad de la asistencia, la seguridad, la productividad y la eficiencia.

Los proyectos actuales de los Sistemas de Información se recogen en el gráfico siguiente:



Fuente: Conselleria de Sanitat. Plan de Sistemas de Información 2009-2011

Donde se observa tres bloques de sistemas de información para dar cobertura a los ámbitos asistenciales, logísticos y de inteligencia de negocio (BI); así como el conjunto de actividades que permiten la gestión de cada proyecto: desarrollo de aplicaciones, canales de acceso a los sistemas, infraestructuras TIC, soporte a la actividad, calidad y gestión de la continuidad de los servicios, y por último aquellas orientadas a la coordinación de la investigación e innovación como elemento de evolución de la asistencia sanitaria.

- HSE: Historia de Salud Electrónica. Comprende la historia clínica completa y estructurada de cada paciente.
- Abucasis: Sistema de Gestión Clínica del paciente ambulatorio (SIA, GAIA, etc.).

- Orion Clinic: Sistema para la Gestión Clínica del paciente hospitalario.
- Receta Electrónica: Sistema de Dispensación Eléctronica en las Oficinas de Farmacia mediante la recuperación por el sistema informático de la oficina de farmacia, de los registros electrónicos con la medicación pendiente de dispensar al paciente.
- Cordex: Sistema de Información para la coordinación de Urgencias y emergencias extra-hospitalarias.
- Orion Logis: Sistema para la Gestión Económica y Logística integral.
- Orion Perso: Sistema de Gestión Integral de Recursos Humanos.
- Sistema de Gestión Económico Asistencial: Sistema de facturación intercentros y de compensación.
- CCBI: Centro de Competencias en Business Intelligence.
- SIDO: Sistema de Dirección por Objetivos.
- SIE: Sistema de Información Económica.
- HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, etc.

La Sanitat24 facilita a los ciudadanos el acceso a los servicios sanitarios:

- Cita previa en Atención Primaria (Internet, SMS móvil, Portal vocal, Punt Salut).
- Consulta de la historia clínica (Internet y teléfono móvil).
- Información (teléfono móvil).

Cabe resaltar tres elementos de los sistemas de información sanitarios (SIS) que han facilitado la participación de la Comunitat en proyectos interregionales e internacionales:

- Código SIP como identificación unívoca de cada persona.
- Único sistema de registro asistencial con más de 5 millones de referencias.
- Identificación de los usuarios de las aplicaciones a través de un certificado digital.

Las características como equidad, calidad de la asistencia, seguridad, productividad y eficiencia se favorecen mediante el enfoque de los sistemas hacia los aspectos: unicidad, accesibilidad, y fiabilidad de datos. La mejora en estos aspectos se está realizando mediante la integración de sistemas, la migración de aplicaciones aisladas hacia sistemas corporativos, la evolución de sistemas tradicionales hacia arquitecturas de aplicaciones orientadas a servicios (SOA), la implantación de nuevos canales de acceso a la información (con las necesarias garantías de privacidad), y las actividades que permiten la continuidad de negocio (como la implantación del Centro de Respaldo o el empleo de infraestructuras redundantes).

Salud Pública

Cabe destacar entre otros, en las diferentes áreas los siguientes sistemas que se integran y/o coordinan con el resto de sistemas informáticos de la Conselleria:

- Epidemiología: AVE, Análisis de la Vigilancia Epidemiológica; RCS, Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana; RedMIVA, Red Microbiológica Valenciana; SIC, Sistema de Información sobre Cáncer; Registro de Mortalidad; Registro de Mortalidad Perinatal; Registro de enfermos renales; Sistema de Información de nuevas infecciones de VIH y casos sida, etc.
- Sanidad ambiental: SICCIR, Sistema de Información Centralizado y Compartido de Instalaciones de Riesgo de Legionela; ACH, previsto en desarrollo para la gestión de las fuentes de Agua de Consumo Humano, etc.

- Seguridad alimentaria: ISSA, para la gestión de la seguridad alimentaria y LIMS-SP para la gestión interna e integrada de los tres laboratorios de Salud Pública, etc.
- Prevención y Promoción: SIV/RVN, Sistema de Información Vacunal/Registro Nominal de Vacunas; SIGMA, para la gestión del programa de cáncer de mama; MetaB, para la gestión del programa de detección precoz de metabolopatías; EPS, Programa de Educación para la Salud en la escuela; Hipoacusias, etc.
- Salud laboral: SISVEL, Sistema de Vigilancia de la Salud Laboral; ROESB, Registros de establecimientos y servicios biocidas; REBA, Registro de incidentes de contacto biológico; Plaguicidas, etc.
- Investigación: Biobancos; EPIFARM, para el impulso de la investigación en el ámbito de la farmacoepidemiología, etc.
- Gestión: GIS, Sistema de Información Georeferencial, para el análisis espacial desde distintos ámbitos; SISGEREN, Sistema de Indicadores Sanitarios Gerenciales, etc.

Páginas web de interés ciudadano: Portal HELPCOME, de colaboración y de ayuda a la cooperación y al desarrollo desde Salud Pública y el portal CUÍDATE, acerca la promoción de la salud y los estilos de vida saludables a la población.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

1 CONVERGENCIA CON EL PLAN ESTRATÉGICO DE LA AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Como ya se ha comentado anteriormente uno de los grandes retos de este nuevo Plan ha sido el de hacer converger el Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut con este nuevo Plan de Salud, como marco de la estrategia global de la Conselleria de Sanitat.

Por ello, se ha apostado en el III Plan de Salud por una metodología innovadora en su elaboración que combina, la ya utilizada por la Agència Valenciana de Salut, "*Balanced Scorecard*" (BSC), para la configuración del mapa estratégico, el establecimiento de las líneas estratégicas y los objetivos generales del mismo; y la metodología más clásica de planificación por priorización de áreas de actuación, contemplada en la mayor parte de los planes de salud, para la determinación de los objetivos específicos dependientes de los generales. La utilización de una metodología común, BSC, facilitará la integración de ambos Planes.

El Balanced Scorecard (Kaplan y Norton, 1992) es una herramienta para abordar y comunicar la estrategia, alineando la organización con el cumplimiento de sus objetivos estratégicos desde diferentes perspectivas:

- Los resultados finales a conseguir por la organización (beneficios económicos o sociales).
- Los agentes de interés, recogiendo los servicios a proveer para conseguir esos resultados finales.
- Los procesos internos con los que se deben conseguir resultados para dar los servicios previstos.
- El desarrollo futuro, incorporando las actuaciones a introducir para cumplir la estrategia.

Entendemos que esta metodología incorpora dos aportaciones de valor a la metodología habitual de los planes de salud.

En primer lugar, los planes de salud se basan en las prioridades de mejora de la salud y, suelen fijar sus objetivos de mejora por problemas de salud (cardiovascular, cáncer…) o por áreas de intervención (vacunaciones, seguridad alimentaria…). Esta metodología aunque ampliamente utilizada, olvida con frecuencia, la formulación de objetivos que requieren un abordaje transversal desde la organización. La elaboración de un mapa estratégico, con la metodología BSC recoge el conjunto de objetivos generales que son transversales a todos los problemas de salud o áreas de intervención.

108

En segundo lugar, la metodología del BSC con la incorporación de las cuatro perspectivas, fija la atención en los objetivos de resultados finales, en base a los cuales, se ordena todo el resto del mapa estratégico. Ello evita una cierta tendencia usual a centrar la mayoría de objetivos en los procesos internos y en el desarrollo futuro (recursos).

En conjunto, la combinación de la metodología tradicional de los planes de salud y el BSC constituye una excelente aportación al Plan. El engranaje de estas dos metodologías ha sido clave en el diseño del mapa estratégico del Plan de Salud y ha conformado su estructura final, con la ubicación de los objetivos específicos (diseñados por los grupos de trabajo de las áreas de actuación priorizadas) en el mapa estratégico, en función del objetivo general al que más contribuyen (objetivo general predominante). Alguno de los objetivos generales del mapa, por sus especiales características, ha sido completado con objetivos específicos (transversales), abordados concretamente por determinados órganos centrales de la Conselleria de Sanitat.

Aunque la meta última del Plan de Salud es la ganancia de salud de la población, no hay que olvidar que la satisfacción de los usuarios del sistema y la sostenibilidad del mismo, son también resultados finales a considerar.

2 FASES DE LA ELABORACIÓN DEL III PLAN DE SALUD

1. **Establecimiento de las bases del Plan de Salud 2010-2013 por la Comisión Técnico Directiva del II Plan de Salud.** Determinación de las 6 apuestas o valores fundamentales del III Plan y de los agentes de interés para el III Plan de Salud a considerar para la configuración del mapa estratégico:
   - Apuestas o valores fundamentales:
     Participación, información, comunicación.
     Garantía de sostenibilidad.
     Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
     Atención a la cronicidad.
     Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud.
     Equidad en salud.
   - Agentes de interés:
     Pacientes.
     Ciudadanos.
     Sociedad y medios de comunicación.
     Financiadores.
2. **Realización de 12 foros de comunicación y participación ciudadana** para recabar las necesidades expresadas por nuestra sociedad en base a las apuestas estratégicas establecidas.
3. **Evaluación del cumplimiento de objetivos del II Plan de Salud 2005-2009.**
4. **Constitución de la Comisión Técnico Directiva del III Plan de Salud y del Comité de Dirección.**
5. **Elaboración por la Oficina del Plan de Salud del «Estudio para el Análisis de la Situación de la Salud de los Valencianos»**. Este documento abarcaba la información que a continuación se relaciona, para facilitar la toma de decisiones por parte de la Comisión Técnico Directiva:
   - Marco general de referencia en Planificación Normativa y Política Sanitaria.
   - Estrategias y Planes del Sistema Nacional de Salud y de la Conselleria de Sanitat.
   - Estudio comparativo de las áreas de intervención de los planes de salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.
   - Análisis demográfico de la Comunitat Valenciana.
   - Situación socioeconómica de la Comunitat Valenciana.
   - Nivel de salud de la población de la Comunitat Valenciana: análisis de los principales indicadores y de la salud percibida y estilos de vida de los valencianos según la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa).
   - Resultados de los 12 Foros de participación y comunicación ciudadana realizados.
   - Resultados de la evaluación del II Plan de Salud 2005-2009.
6. **Fijación de las 22 grandes líneas estratégicas** (letras A-V) **del Mapa Estratégico** mediante la realización del análisis DAFO-CAME por la Comisión Técnico Directiva.
7. **Fijación de los 35 Objetivos Generales** de las diferentes líneas estratégicas del mapa, por la Comisión Técnico Directiva, mediante la técnica de generación de ideas Metaplan.
8. **Elaboración del primer borrador del Mapa Estratégico.**

110

9. Priorización de las 25 Áreas de Actuación sobre las que determinar objetivos específicos, mediante el análisis del diagrama de impacto/factibilidad, de entre las múltiples áreas identificadas tras el estudio del Análisis de la Situación por la Comisión Técnico Directiva. Las áreas priorizadas han sido:

- Hábitos y estilos de vida:
  - ~ Tabaco.
  - ~ Alcohol y otras drogas.
  - ~ Alimentación, nutrición y actividad física.
  - ~ Salud sexual y reproductiva.
  - ~ Salud mental.
- Protección de la Salud / Prevención de la enfermedad:
  - ~ Seguridad Alimentaria.
  - ~ Salud Laboral.
  - ~ Vacunación.
- Enfermedades transmisibles:
  - ~ VIH / SIDA.
  - ~ Tuberculosis.
  - ~ Infecciones nosocomiales.
- Enfermedades crónicas:
  - ~ Cáncer / Detección precoz de tumores.
  - ~ Enfermedades cardiovasculares.
  - ~ Enfermedades cerebrovasculares.
  - ~ Enfermedades neurodegenerativas/demencias.
  - ~ Trastorno mental grave de curso crónico.
  - ~ Enfermedades respiratorias (EPOC).
  - ~ Enfermedades musculoesqueléticas.
- Enfermedades / Factores de riesgo:
  - ~ Hipertensión arterial.
  - ~ Diabetes.
  - ~ Obesidad.
  - ~ Dislipemias.
- Grupos de especial vulnerabilidad:
  - ~ Cuidados paliativos.
  - ~ Envejecimiento / Dependencia.
  - ~ Salud materno infantil y adolescencia.

10. Identificación, por la Comisión Técnico Directiva, de los órganos responsables de las áreas de actuación.

11. Identificación, por los órganos responsables, de los coordinadores de las áreas de actuación.

12. Toma de contacto con otras Consellerias, en relación con la salud, para garantizar el carácter intersectorial del Plan y establecer las bases de participación en el Plan.

13. Transmisión a los coordinadores de las áreas de actuación, de la información sobre la situación del Plan y de su participación en el mismo.

14. Creación de los grupos de expertos, por parte de los coordinadores y órganos responsables.

15. Establecimiento de los objetivos específicos, indicadores, sistemas de información y líneas de actuación de las diferentes áreas de actuación por los grupos de expertos, dirigidos por los coordinadores.

16. Definición de los objetivos específicos, indicadores, sistemas de información y líneas de actuación de carácter transversal, por coordinadores de órganos centrales de la Conselleria.

17. **Diseño e integración, en su caso, de los indicadores del Plan de Salud en los Sistemas de Información.**
18. **Ubicación de los objetivos específicos en el Mapa estratégico, vinculados al objetivo general predominante, para el diseño del segundo borrador del Mapa Estratégico. Aprobación por la Comisión Técnico Directiva y por el Comité de Dirección y presentación del documento al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.**
19. **Presentación del Documento Resumen para debate Público, el 30 de noviembre de 2010.**

    Para garantizar la transparencia, la comunicación y la participación ciudadana, se elaboró y presentó un documento resumen del III Plan, que estuvo disponible en formato electrónico, en el portal de la web de la Conselleria de Sanitat (www.san.gva.es), para la presentación de las alegaciones hasta el 3 de enero de 2011, por parte de los ciudadanos, colectivos, instituciones, sociedades etc., a través del buzón de sugerencias.
20. **Comunicación a las Consellerias y demás Instituciones, con las que se han definido líneas de actuación conjunta**, para su aprobación y establecimiento de canales de intercomunicación.
21. **Redacción del tercer borrador del Plan de Salud**, una vez valoradas las sugerencias recogidas en los puntos anteriores, para su aprobación por la Comisión Técnico Directiva, Comité de Dirección del III Plan de Salud y posterior traslado al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.
22. **Definición del documento definitivo con el mapa estratégico, del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana con**:

    22 líneas estratégicas

    35 objetivos generales

    163 objetivos específicos

    361 líneas de actuación

    232 indicadores

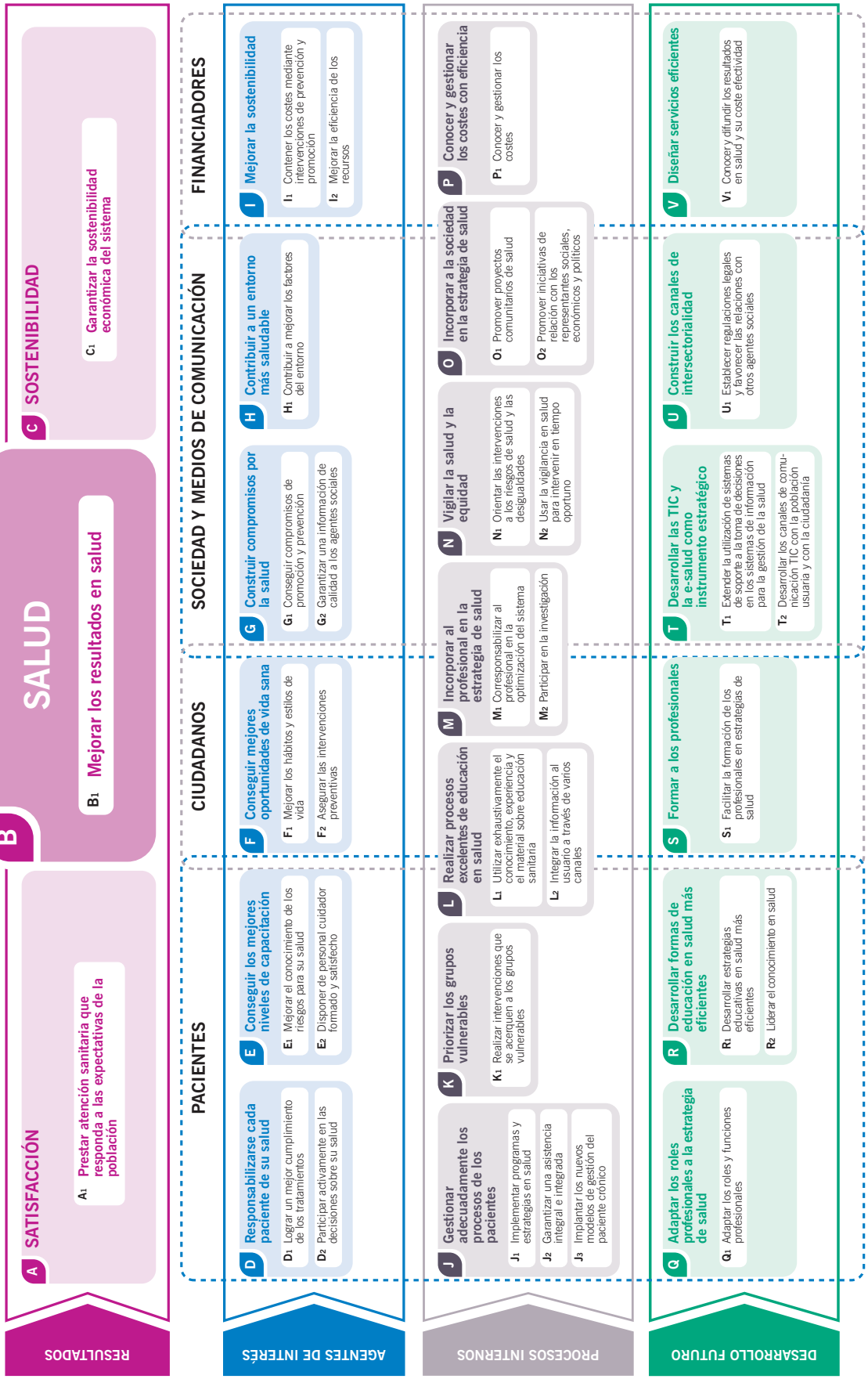
23. **Aprobación mediante Acuerdo del Consell de la Generalitat, a propuesta del Conseller de Sanitat, del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013 y remisión posterior a Les Corts Valencianes para su conocimiento.**

Los objetivos del mapa estratégico son, los que en conjunto, tendrán un mayor impacto en la salud de los ciudadanos, y por tanto, serán objeto de un esfuerzo adicional de vigilancia y seguimiento por el Plan de Salud.

La configuración del mapa estratégico no significa en absoluto que otros problemas de salud e intervenciones no sigan recibiendo la atención debida por parte de la Administración. Todos los problemas de salud de nuestros ciudadanos deben ser abordados por la Conselleria de Sanitat con el máximo posible de empeño y eficacia.

MAPA ESTRATÉGICO DEL PLAN DE SALUD 2010-2013




RESULTADOS
A SATISFACCIÓN
A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población
B SALUD
B1 Mejorar los resultados en salud
C SOSTENIBILIDAD
C1 Garantizar la sostenibilidad económica del sistema
AGENTES DE INTERÉS
PACIENTES
D Responsabilizarse cada paciente de su salud
D1 Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos
D2 Participar activamente en las decisiones sobre su salud
E Conseguir los mejores niveles de capacitación
E1 Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud
E2 Disponer de personal cuidador formado y satisfecho
CIUDADANOS
F Conseguir mejores oportunidades de vida sana
F1 Mejorar los hábitos y estilos de vida
F2 Asegurar las intervenciones preventivas
SOCIEDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
G Construir compromisos por la salud
G1 Conseguir compromisos de promoción y prevención
G2 Garantizar una información de calidad a los agentes sociales
H Contribuir a un entorno más saludable
H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno
FINANCIADORES
I Mejorar la sostenibilidad
I1 Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción
I2 Mejorar la eficiencia de los recursos
PROCESOS INTERNOS
J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes
J1 Implementar programas y estrategias en salud
J2 Garantizar una asistencia integral e integrada
J3 Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico
K Priorizar los grupos vulnerables
K1 Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables
L Realizar procesos excelentes de educación en salud
L1 Utilizar exhaustivamente el conocimiento, experiencia y el material sobre educación sanitaria
L2 Integrar la información al usuario a través de varios canales
M Incorporar al profesional en la estrategia de salud
M1 Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema
M2 Participar en la investigación
N Vigilar la salud y la equidad
N1 Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades
N2 Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno
O Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud
O1 Promover proyectos comunitarios de salud
O2 Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos
P Conocer y gestionar los costes con eficiencia
P1 Conocer y gestionar los costes
DESARROLLO FUTURO
Q Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud
Q1 Adaptar los roles y funciones profesionales
R Desarrollar formas de educación en salud más eficientes
R1 Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes
R2 Liderar el conocimiento en salud
S Formar a los profesionales
S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud
T Desarrollar las TIC y la e-salud como instrumento estratégico
T1 Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud
T2 Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía
U Construir los canales de intersectorialidad
U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales
V Diseñar servicios eficientes
V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad

RESULTADOS

A SATISFACCIÓN

A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población

A Satisfacción

A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población

Siendo el fin último que persigue el Plan de Salud, la mejora del nivel de salud de la población, la satisfacción que el usuario percibe del sistema sanitario o la confianza que tiene en el mismo, son elementos que deben tenerse presentes en todo momento.

La atención sanitaria debe responder a las expectativas de la población, tanto en la vertiente asistencial como de protección, promoción, educación para la salud, y prevención de la enfermedad.

Ello implica consolidar la confianza y la sensación de seguridad en que el sistema va a responder a las necesidades de mejora de la salud y de asistencia en los casos de necesidad, así como la confianza en que las recomendaciones educativas emanadas desde los servicios sanitarios se basan en criterios sólidamente fundados y se realizan para el beneficio del ciudadano.

Conocer la opinión que los ciudadanos tienen del sistema sanitario es fundamental, ya que es una medida de resultado de la atención sanitaria.

Objetivo específico:

OE.1: Mejorar la satisfacción percibida por los pacientes en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios.

LA Incluir en la medida de la satisfacción la del cumplimiento de los objetivos marcados para la mejora.

116

RESULTADOS

B

SALUD

B1 Mejorar los resultados en salud

B SALUD

B1 Mejorar los resultados en salud

Mejorar la salud de los ciudadanos es la razón última de la existencia de un sistema de salud y, por tanto, el elemento nuclear de los resultados finales del Plan de Salud.

El Plan de Salud pretende proporcionar a cada persona la oportunidad de gozar de una buena salud durante el mayor tiempo posible de su vida, y que este estado de salud se acerque lo más posible, al concepto promovido por la OMS: *estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.*

Bien es sabido, que la mejora de la salud es consecuencia de muchos factores como la propia biología humana, el entorno ambiental en el que vivimos, los determinantes sociales y los hábitos y estilos de vida que tenemos. Sin lugar a dudas, los servicios de salud contribuyen a esta mejora.

El objetivo de la Conselleria de Sanitat es obtener, para los ciudadanos, los mejores resultados en salud posibles mediante la intervención de los agentes implicados.

Este objetivo se conseguirá garantizando que el Sistema Valenciano de Salud realiza las mejores prácticas en la promoción de la salud y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud, definidos como áreas prioritarias por el Plan de Salud de la Conselleria de Sanitat.

Este apartado carece de objetivos específicos asignados, puesto que la consecución de todos los objetivos del Mapa Estratégico revierten en términos de ganancia en salud.

RESULTADOS

C SOSTENIBILIDAD

C_1 Garantizar la sostenibilidad económica del sistema

C SOSTENIBILIDAD

C1 Garantizar la sostenibilidad económica del Sistema

Nuestro sistema de salud busca conseguir los mejores resultados en términos de satisfacción y de mejora de la salud, con el mantenimiento de unos costes sostenibles.

La sostenibilidad del sistema sanitario depende del compromiso de los profesionales, los gestores y los ciudadanos. Todos deben hacer un uso racional de los recursos. Debemos asegurar la viabilidad de un sistema sanitario centrado en el paciente, seguro, oportuno, efectivo, eficiente y equitativo.

De todos es conocido el envejecimiento progresivo de la población y el mayor consumo de recursos que esto conlleva. Por tanto, es necesario compensar estos incrementos de costes. Para ello, el Plan de Salud fomentará las intervenciones más eficientes, que tienen una demostrada capacidad para la mejora de la salud de la población.

Al mismo tiempo, debe asegurar que los recursos puestos a disposición del sistema se utilizan con los mejores niveles de eficiencia.

Este esfuerzo debe producir la riqueza de una población más sana para toda la sociedad valenciana, lo que constituye el mejor retorno de la inversión en salud.

Nuestra propuesta de valor para los financiadores es, por tanto, conseguir los mejores resultados en salud por medios más eficientes y asegurar el mejor aprovechamiento de los recursos puestos a nuestra disposición.

Objetivo específico:

OE.2: Mantener incrementos de costes sostenibles.
LA Monitorizar los componentes principales del gasto sanitario.

AGENTES DE INTERÉS

D Responsabilizarse cada paciente de su salud

- **D1** Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos
- **D2** Participar activamente en las decisiones sobre su salud

D Responsabilizarse cada paciente de su salud

El Plan de Salud busca conseguir un paciente proactivo, que se preocupa de la mejora de su salud, confía en el sistema, cumple el tratamiento y utiliza los servicios de forma eficiente en su beneficio.

Hasta hace no mucho tiempo, era el médico el elemento fundamental en la relación con el paciente. Pero el papel del profesional en la alianza terapéutica está en plena transformación: no solo tiene que guiarse por el principio de curar sino que además, debe tener en cuenta el principio de autonomía del paciente (información y consentimiento).

Los medios de comunicación social han contribuido a que el paciente esté cada vez más informado, sea más exigente y tenga elevadas expectativas de lo que espera recibir del sistema.

Esta situación de "empoderamiento" (empowerment) del paciente contribuirá notablemente a la percepción de la calidad de los servicios y, por tanto, a la satisfacción del usuario.

Esto implica adoptar esquemas innovadores de atención que descansen sobre la base de la información. Aunque éste es un enfoque general, se refiere muy especialmente a los nuevos modelos de abordaje de la cronicidad.

D1 Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos

Para que la prescripción médica sea efectiva y la relación beneficio-riesgo favorable, el paciente debe tomar conciencia del uso de medicamentos, siendo responsable de seguir las indicaciones pautadas.

Una de las principales causas de no alcanzar los objetivos esperados, en los tratamientos prescritos, es la falta de cumplimiento definido como: "grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos y estilos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario".

Por otra parte, muchos de los pacientes con enfermedades crónicas padecen varios procesos patológicos simultáneos, lo que hace que tengan que tomar varios medicamentos (pacientes polimedicados), dificultando el cumplimiento.

La apuesta por la atención a la cronicidad incluye nuevas formas de realizar el seguimiento, que redundan en una formación más amplia del paciente para conseguir un cumplimiento mayor de los tratamientos y de las recomendaciones.

El objetivo implica analizar la información disponible sobre cumplimiento de los tratamientos, para investigar la posible existencia de colectivos de pacientes que presenten ratios de cumplimiento menores de lo esperado, y revisar su proceso para mejorarlo. En algunos casos, la falta de adherencia al tratamiento redunda, no solo en perjuicio del propio paciente, sino también en la salud de la comunidad.

Objetivos específicos:

OE.3: Alcanzar un 25% de pacientes hipertensos de 15 o más años de edad en los que se registra en la historia clínica el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los últimos 2 años.

LA Impulsar el registro del cumplimiento terapéutico en el sistema Abucasis.

LA Generar alertas en Abucasis relacionadas con el incumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial.

LA Desarrollar en Atención Primaria programas de formación, dirigidos a los profesionales sanitarios, sobre la importancia del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial.

OE.4: Disminuir la contagiosidad y las recidivas de los pacientes con Tuberculosis que requieren un enfoque específico por su riesgo de abandono del tratamiento, mejorando el acceso al mismo en el tiempo y lugar necesarios.

LA Dirigir la vigilancia epidemiológica a los grupos con mayor riesgo de abandono.

OE.5: Facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral y los programas de adherencia al mismo.

LA Intensificar las actividades y programas de adherencia al tratamiento antirretroviral.

LA Promocionar, entre el personal sanitario, la importancia de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional (PPENO) en los casos en los que está indicada.

OE.6: Mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes drogodependientes en los dispositivos de la Agència Valenciana de Salut y de los recursos complementarios de drogodependencias.

LA Incrementar el número de contactos con la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) durante los tres primeros meses de tratamiento.

LA Reducir el tiempo de demora de acceso a la unidad en la primera cita.

LA Disminuir el número de altas voluntarias de tratamiento en centros complementarios de drogodependencias

OE.7: Revisar los historiales farmacoterapéuticos de un número determinado de pacientes crónicos y polimedicados, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la eficacia y seguridad de los tratamientos.

LA Detectar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) de los pacientes REFAR (Revisión Farmacoterapéutica) para realizar las actuaciones pertinentes.

LA Realizar el seguimiento de los pacientes REFAR para medir el cumplimiento terapéutico a través de una Hoja de Seguimiento en SIA.

120

D2 Participar activamente en las decisiones sobre su salud

Este objetivo se inicia con la propia participación del paciente en las decisiones que afectan a su salud, a su estilo de vida y hábitos y con la atención sanitaria que recibe.

En los actuales perfiles de pacientes observamos el crecimiento de un amplio segmento de usuarios cada vez con más cultura sanitaria, más informados sobre sus problemas de salud, proactivos en la mejora de su salud y exigentes. Este perfil requiere consolidar entre los profesionales sanitarios, y en la organización de los servicios, la apuesta por la información al paciente y la consulta de su voluntad sobre la atención que se le va a prestar.

El objetivo implica por tanto fomentar la información y la posibilidad de elección entre las diferentes opciones de atención y de tratamiento.

Objetivos específicos:

OE.8: Facilitar la toma de decisiones informadas de la población respecto a la participación en los programas de cribado de cáncer y otras intervenciones sanitarias.

LA Elaborar materiales para población y profesionales con criterios para la toma de decisiones.

OE.9: Fomentar la participación activa del paciente mayor dependiente y su familia, de forma que se convierta en el protagonista del proceso asistencial y se garantice un trato digno.

LA Favorecer la implicación de los profesionales de los departamentos en el respeto a los derechos de los pacientes: intimidad, participación del paciente, información y autonomía.

LA Potenciar los estudios dirigidos a valorar la satisfacción de los/as pacientes/cuidadores con las atenciones sanitarias recibidas.

LA Fomentar la responsabilidad del paciente/cuidador/a en los cuidados de su propia salud.

OE.10: Proporcionar información y formación para favorecer el desarrollo de actitudes positivas, en las mujeres y en los hombres, hacia la maternidad.

LA Promover la presencia del padre, o de la persona que la madre desee como acompañante, durante el proceso del parto.

LA Editar el material divulgativo sobre los cuidados a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y bebé tras el nacimiento, tanto en soporte papel como en las páginas web propias de la Conselleria de Sanitat.

LA Facilitar la accesibilidad de las mujeres embarazadas y sus parejas a los talleres de preparación a la maternidad/paternidad, ofertando estos talleres en todas las zonas básicas de salud en horario de mañana y al menos en un centro sanitario de cada departamento en horario de tarde.

AGENTES DE INTERÉS

E Conseguir los mejores niveles de capacitación

- **E1** Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud
- **E2** Disponer de personal cuidador formado y satisfecho

E Conseguir los mejores niveles de capacitación

La proactividad a la que nos referíamos en la línea estratégica anterior, se consigue mediante una inversión para lograr pacientes altamente informados, conocedores de los riesgos de su enfermedad y de las estrategias para manejar y mantener la salud.

En buena parte de los casos, implica que el sistema se hace cargo también de las personas que los cuidan, evaluando su participación, formándolos y dándoles el apoyo adecuado.

E1 Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud

El desarrollo y la extensión a todo el sistema de nuevas formas de información y educación sanitaria redundará en conseguir que los pacientes:

- Conozcan las implicaciones de los hábitos y estilos de vida sobre el desarrollo de sus enfermedades.
- Identifiquen los riesgos que perjudican su salud.
- Conozcan mejor su enfermedad.
- Manejen mejor y de forma más autónoma la enfermedad.

Lo que se pretende es que el paciente pase de ser un elemento pasivo que espera a que sus problemas de salud se los resuelvan los demás, a un paciente activo, bien informado que toma decisiones sobre su propia vida.

El paciente capacitado es el que se preocupa de su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad, estableciendo una colaboración real y efectiva con el personal médico, contribuyendo a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

Conseguirlo implica utilizar intensivamente, a lo largo de toda la red, los formatos más eficientes de educación sanitaria disponibles, así como evaluar periódicamente el nivel de capacitación del paciente para su autocuidado.

En un escenario de recursos limitados como el actual, el conocimiento por parte de los pacientes de los riesgos para su salud facilita su autocuidado, adherencia al tratamiento y, por tanto, toma el paciente un papel activo en el cuidado de su salud y en la sostenibilidad del sistema.

En definitiva se trata de hacer una sanidad centrada en el paciente con el paciente.

Objetivos específicos:

OE.11: Fomentar, en población mayor de 50 años, las actividades de promoción de la salud y prevención de la artrosis (auto cuidados, educación, "paciente capacitado") frente a la hiper frecuentación y el mal uso de los recursos.

LA Elaborar un documento sobre actividades de promoción de la salud y prevención de la

122

artrosis (autocuidados, educación, "paciente capacitado") dirigido a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud.

LA Realizar sesiones formativas grupales por parte de las unidades funcionales básicas de promoción de la salud y prevención de la artrosis dirigidas a capacitación de pacientes.

OE.12: Mejorar con la educación diabetológica el autocuidado del paciente con diabetes.

LA Formar en diabetes y educación terapéutica a los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con diabetes mellitus tipo II para llevar a cabo el programa.

OE.13: Aumentar el conocimiento/sensibilización de los pacientes, sobre los riesgos de infecciones nosocomiales asociadas.

LA Explicitar los riesgos de infección asociada a la asistencia en los documentos de consentimiento informado.

LA Realizar campañas institucionales de educación sanitaria y sensibilización ciudadana para la prevención de infecciones nosocomiales.

E2 Disponer de personal cuidador formado y satisfecho

Las personas hemos cuidado unas de otras desde siempre, sin embargo es en la actualidad, cuando nos damos cuenta de ello más claramente, ya que la población que precisa de cuidados va aumentando y hace aumentar también la población que debe cuidar de otras personas.

Esta situación ha provocado que el aumento del número de cuidadores/as, ya sean familiares, voluntarios/as, o aquellos que cuidan de manera secundaria, como apoyo al cuidador/a principal, nos ha llegado de manera inesperada. Por eso, es ahora después de un tiempo, cuando vemos las repercusiones que tiene para el personal cuidador esta situación de prestar cuidado a otros.

Por tanto, la atención sanitaria, en muchas ocasiones, no se dirige sólo a los pacientes sino también a su entorno familiar y a la red social cuidadora. Esta situación es especialmente evidente, en los casos de combinación de enfermedad con dependencia.

Se propone, desde el III Plan de Salud, la realización de programas específicos destinados a "cuidar al cuidador/a". Supone intervenir, desde el inicio de los procesos de la enfermedad, en la identificación del cuidador/a, y en la valoración de su esfuerzo y formación, evaluando y apoyando su labor, en especial en los casos de alta dedicación con riesgo de sobrecarga.

Objetivos específicos:

OE.14: Identificar al cuidador/a principal de personas mayores dependientes, ofrecer soporte según la necesidad de asistencia sanitaria.

LA Identificar en la historia clínica a la persona cuidadora principal de mayores dependientes.

LA Realizar acciones formativas dirigidas a personas cuidadoras.

OE.15: Proporcionar al paciente al final de la vida y a su familia/persona cuidadora información clara, veraz, de acuerdo a sus necesidades y deseos.

LA Recoger en la historia clínica un apartado específico sobre los deseos de información expresados por el paciente (incluyendo su deseo de no ser informado) así como la información proporcionada y la persona o personas que designa para estar informadas.

LA Reseñar la información proporcionada al familiar o representante legal, en caso de que el paciente no sea competente para adoptar decisiones sobre sus cuidados.

LA Incidir sobre las actitudes de los profesionales a través de la formación en comunicación, humanización, bioética...

OE.16: Proporcionar al personal cuidador/familiares de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), un adecuado soporte asistencial en función de sus necesidades.

LA Fomentar la implantación de programas de soporte para cuidadores de personas con TMG.

LA Realizar grupos psicoeducativos basados en la evidencia científica de patologías específicas para familiares.

OE.17: Fomentar la competencia parental en el cuidado de la salud infantil.

LA Garantizar el acceso a talleres de crianza (educación para la salud en grupo) para familias de niños/as de 0 a 2 años de edad inclusive, en los Equipos de Atención Primaria.

LA Fomentar la participación del profesional sanitario de los equipos pediátricos en la educación para la salud en los centros docentes, en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades relevantes.

LA Promover la implantación de nuevas metodologías en educación para la salud relacionadas con la promoción de los estilos de vida saludable y la prevención de las enfermedades más relevantes en la infancia y adolescencia.

LA Prestar colaboración para que se produzca un aumento del número de centros docentes de Educación Primaria y de ESO que participan en proyectos de Educación para la Salud en la red de Escuelas para la Salud en Europa (SHE).

124

AGENTES DE INTERÉS

F **Conseguir mejores oportunidades de vida sana**

- **F1** Mejorar los hábitos y estilos de vida
- **F2** Asegurar las intervenciones preventivas

F Conseguir mejores oportunidades de vida sana

El III Plan de Salud asume la responsabilidad de procurar que los ciudadanos sanos no enfermen y se mantengan el máximo tiempo posible en situación de buena salud.

Ello implica una inversión, por parte del sistema sanitario, en las intervenciones con mayor eficacia demostrada para generar y mantener hábitos saludables.

Supone igualmente, que el sistema de salud se implique proactivamente en captar al máximo número posible de ciudadanos para la realización de intervenciones preventivas (vacunación, cribado de enfermedades...)

Todo esto requiere poner en marcha un conjunto bastante complejo de estrategias de identificación, comunicación y cambio de conductas.

F1 Mejorar los hábitos y estilos de vida

Los hábitos y estilos saludables de vida, sin lugar a dudas, son un elemento esencial de la salud individual y colectiva. De hecho se puede entender que son la base sobre la que se sustenta cualquier planificación en materia de salud.

La promoción de la salud se ha convertido en una de las herramientas más importantes en la mejora de la salud de una población. Su objetivo es mejorar la salud de los individuos ofreciéndoles las herramientas y condiciones necesarias para que se tomen decisiones informadas y responsables que incluyan el criterio "salud" de forma prevalente.

El III Plan de Salud debe servir a los ciudadanos como instrumento de mejora de sus hábitos y estilos de vida, para conseguir una población más sana a largo plazo. Es muy importante que el propio individuo asuma un papel activo en el cuidado de su salud, evitando los factores de riesgo que pueden conducir a padecer determinadas enfermedades.

La Conselleria de Sanitat debe liderar las intervenciones de promoción y educación en salud, tanto en sus formas directas sobre los usuarios del sistema sanitario, como mediante las iniciativas intersectoriales sobre los medios de comunicación, la educación, la empresa, los líderes políticos y de opinión y otros agentes sociales. Estas intervenciones irán dirigidas a la promoción de los hábitos y estilos de vida saludables como: alimentación, actividad física, salud sexual, etc.

Como resultado se pretende una mejora general de los ciudadanos en sus hábitos y estilos de vida.

Objetivos específicos:

OE.18: Incrementar en un 5%, la población consumidora de dos o más frutas y/o dos o más verduras al día.

LA Promover que los menús escolares y todos los centros educativos contengan diariamente oferta de fruta y verdura de temporada.

LA Promover la introducción en las cartas de los restaurantes de la Comunitat Valenciana de una oferta diaria de fruta y verdura de temporada.

LA Impulsar la cooperación intersectorial para la difusión de los beneficios del consumo de frutas y verduras a través de productores, distribuidores y puntos de venta, medios de comunicación y estructura de salud pública y de atención sanitaria.

LA Implementar la colaboración necesaria para desarrollar medidas de acompañamiento para el desarrollo de un plan de consumo de fruta y de verduras en los centros educativos.

LA Fomentar el consejo dietético de alimentación saludable desde Atención Primaria.

OE.19: Disminuir a una prevalencia del 15% la población infantojuvenil de, 6 a 15 años, que consume 3 o más productos dulces (bollería, refrescos) a la semana.

LA Realizar la difusión de los beneficios resultantes derivados de la disminución del consumo de bollería y refrescos azucarados a cualquier edad.

LA Promover que la oferta alimentaria presente en los Centros Educativos a través de máquinas expendedoras, cantinas y quioscos sea más saludable.

LA Difundir la bondades saludables del agua como elemento hidratador primordial en la dieta de las personas.

OE.20: Disminuir en un 8%, la prevalencia de población que declara no realizar nada de ejercicio físico en su tiempo libre.

LA Dotar a los profesionales sanitarios de las herramientas necesarias para poder realizar la evaluación de la intensidad de la práctica de actividad física habitual.

LA Dotar a los profesionales sanitarios de los materiales de apoyo necesarios para poder recomendar la práctica de actividad física habitual, en todas las personas que contacten con el sistema sanitario.

LA Promover la localización y divulgación de circuitos para la práctica de actividad física segura en el entorno de los Centros de Salud.

LA Realizar difusión, a través de los medios de comunicación social, de las ventajas derivadas de realizar actividad física de forma regular.

LA Promover la disponibilidad de los espacios aptos para la práctica de actividad física de los centros educativos más allá de los horarios escolares.

LA Incentivar la práctica de actividad física de forma colectiva y familiar.

OE.21: Promocionar acciones que conduzcan a la disminución del peso del material escolar que la población infantil lleva en las mochilas.

LA Realizar campañas de información en Centros de Primaria y ESO sobre el peso adecuado del material escolar a llevar en las mochilas.

126

LA Promover en las editoriales la división, de los libros de texto de Primaria y ESO, en 3 ó 4 fascículos.

LA Valorar los Centros de Primaria y ESO que no disponen de taquillas para el material escolar y proponerles su instalación.

OE.22: Promover en la población adolescente, en el medio escolar, actitudes y prácticas saludables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.

LA Desarrollar Programas estructurados y coordinados de Educación en Salud Sexual en ESO y Formación Profesional.

OE.23: Aumentar la percepción de riesgo de los jóvenes de 15 a 24 años, frente al consumo de alcohol y otras drogas, en especial cannabis y psicoestimulantes.

LA Realizar campañas informativas y de sensibilización a través de los medios de comunicación tradicionales (prensa, radio, televisión) y de los medios de internet (web, redes sociales).

LA Formar y trabajar directamente con los profesionales de los medios de comunicación para que hagan un tratamiento informativo no contrapreventivo de la información sobre alcohol y drogas.

LA Realizar programas de reducción de riesgos en los escenarios de consumo de la población joven.

LA Reforzar los programas de prevención escolar y las actuaciones preventivas en ciclos de enseñanza superior.

F2 Asegurar las intervenciones preventivas

La otra gran dimensión, con la que el ciudadano puede mejorar su salud, la constituye el seguimiento sistemático de las recomendaciones basadas en la evidencia sobre medidas preventivas.

Estas incluyen actividades como las vacunaciones sistemáticas en el niño y en el adulto, y los programas de cribado de cáncer o factores de riesgo.

En esta actividad, gestionada conjuntamente por los servicios de Salud Pública y de la Agència Valenciana de Salut, se introduce un elemento de proactividad en que los servicios sanitarios no se limitan a atender a sus usuarios, sino que buscan a la población en riesgo para recomendarles acudir a estas intervenciones.

Objetivos específicos:

OE.24: Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el RVN frente a : Polio 3ª dosis (6 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 1ª dosis (15 meses) > 90%; DTPa 4ª dosis (18 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 2ª dosis (5-6 años) > 85% y Tétanos/Difteria adolescentes (Td) 6ª dosis (14 años) > 85%.

LA Implementar la recaptación activa a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TIC para las etapas vacunales incluidas.

LA Desarrollar un plan de información para padres/tutores y ciudadanos y de formación e información para personal docente y sanitario.

LA Desarrollar un protocolo de retroalimentación de la información para sanitarios, padres, ciudadanos y medios de comunicación.

OE.25: Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a: Gripe en ≥ 65 años > 60%; Gripe en el grupo de riesgo "trabajadores de centros sociosanitarios" > 50%; Gripe en población < 15 años de los grupos de riesgo > 50%.

LA Implementar la recaptación activa a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TIC.

LA Desarrollar un plan de información para ciudadanos y de formación e información para personal sociosanitario.

LA Desarrollar un protocolo de retroalimentación de la información para sanitarios, ciudadanos y medios de comunicación.

LA Mejorar la codificación, mediante CIE 9, de los niños con patología crónica cardiorespiratoria, con procesos metabólicos crónicos, disfunción renal, hemoglobinopatías o inmunodeprimidos y niños sometidos a tratamientos prolongados con salicilatos.

OE.26: Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a Neumococo en ≥ 15 años de las personas con asplenia y/o con VIH > 30%.

LA Implementar la recaptación activa a traves del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TIC.

LA Elaborar y difundir protocolo de vacunación, según la evidencia científica, frente a neumococo en población adulta para las patologías frente a las que existe clara evidencia científica.

LA Mejorar la codificación mediante CIE 9 de los pacientes con asplenia y/o VIH.

OE.27: Incrementar la cobertura vacunal de las niñas de 14 años frente al virus del papiloma humano un 10% en cada cohorte tomando como referencia la cobertura vacunal alcanzada en la cohorte de 1995.

LA Realización de campañas informativas dirigidas a las niñas, sus padres y los profesionales sanitarios.

LA Informar por correo a todas las niñas una vez se incorporen a la cohorte.

LA Potenciar la utilización de los sistemas de captación activos incluidos en el Sistema de Información Vacunal de la Conselleria de Sanitat.

LA Realizar intervenciones en las redes sociales para favorecer la vacunación.

LA Definir estrategias de vacunación adaptadas a la situación específica de cada centro para optimizar la vacunación.

128

OE.28: Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, en la población adulta a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio (2013).

LA Sensibilizar a la población acerca de la consideración de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas ligadas a los "estilos de vida", e implicarla en su prevención y tratamiento

LA Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

LA Favorecer la implicación de los agentes sociales (industria alimentaria, medios de comunicación, etc.).

OE.29: Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), en la población infantil.

LA Sensibilizar a los futuros padres y madres sobre la importancia para la salud de su futuro hijo/a, de los cuidados y la alimentación saludable durante el embarazo y de la lactancia materna.

LA Facilitar los entornos adecuados y promover en las familias la adopción de hábitos de alimentación saludable desde el nacimiento, especialmente en lactantes y preescolares, y de la práctica de actividad física adecuada a la edad.

LA Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del consejo de salud (en alimentación, actividad física adecuada y limitación del tiempo de ocio sedentario), integrado en los exámenes de salud infantil y otro contacto.

OE.30: Mejorar la detección precoz y el abordaje preventivo y terapéutico de los niños/as con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).

LA Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la relevancia de identificar precozmente los factores de riesgo del exceso de peso (investigación y registro rutinario desde el momento de la apertura de la historia clínica).

LA Apoyar la labor de los profesionales sanitarios en la detección y abordaje del sobrepeso y la obesidad en Atención Primaria.

LA Asegurar la identificación de complicaciones o comorbilidad asociada a la obesidad infantil y la intervención adecuada apoyando la continuidad asistencial entre niveles.

OE.31: Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años de manera que, al finalizar el periodo de vigencia del Plan, no supere el 26,5% (30% en hombres y 23% en mujeres).

LA Promocionar la intervención breve en todos los niveles asistenciales de la red sanitaria.

LA Promover programas de ayuda para el abandono tabáquico en el ámbito laboral, prioritariamente en el sector sanitario y educativo.

LA Realizar campañas de sensibilización dirigidas a población general sobre el riesgo del tabaquismo, tanto activo como pasivo, y la alta capacidad adictiva de la nicotina apro-

vechando el uso de nuevas tecnologías de la información y las redes sociales.

OE.32: Disminuir las consecuencias del uso problemático del alcohol u otras drogas con especial atención a los accidentes de tráfico.

LA Implementar intervenciones de prevención selectiva en conductores sancionados por el uso de alcohol u otras drogas.

LA Fomentar campañas específicas de sensibilización sobre alcohol y conducción, y sobre alcohol y trabajo.

LA Promover estudios de morbilidad y discapacidad generada relacionada con los accidentes de tráfico con implicación de alcohol u otras drogas.

LA Intensificar la prevención y detección precoz de problemas de alcohol u otras drogas en el ámbito laboral.

OE.33: Asegurar las medidas de prevención y de detección precoz en las primeras etapas de la vida para disminuir la discapacidad.

LA Facilitar el acceso a los servicios de Atención Temprana de los recién nacidos prematuros y de otros recién nacidos con riesgo o problemas de desarrollo.

LA Facilitar la implantación de los programas de detección precoz de enfermedades congénitas, recomendados de acuerdo a la evidencia científica.

LA Fomentar la detección precoz de problemas de salud mental, especialmente de aquellos más relevantes en la infancia y adolescencia, incorporándola al programa de supervisión de la salud infantil y coordinándola con los centros docentes.

OE.34: Disminuir la tasa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento (peso menor de 2500 g).

LA Facilitar el abandono del hábito tabáquico en las mujeres embarazadas fumadoras, proporcionando asesoría por parte de las matronas y otros profesionales sanitarios.

LA Difundir entre la población en edad fértil la importancia de la edad en la salud reproductiva.

OE.35: Aumentar la detección precoz del cáncer, extendiendo el programa de detección precoz de cáncer colorrectal y mejorando la equidad en el acceso a los programas de detección precoz y protocolos ya establecidos (mama y cuello de útero).

LA Extender y mejorar la participación del programa de detección precoz de cáncer colorrectal.

LA Mejorar el acceso a los programas de detección precoz de cáncer cuello de útero.

LA Mejorar la equidad en el acceso a los programas de detección precoz y protocolos ya establecidos de cáncer de mama, colon y cervix.

OE.36: Alcanzar en los pacientes de 40 ó más años de edad, un registro en la historia clínica de cifras de presión arterial de un 50% en los últimos dos años.

130

LA *Impulsar el registro de los valores de presión arterial en el sistema Abucasis, tanto en Atención Primaria como en Especializada.*

LA *Potenciar el rol de los profesionales de enfermería en el proceso de registro de las cifras de presión arterial.*

OE.37: Aumentar la realización de intervenciones breves desde la Atención Primaria para la detección precoz del consumo problemático de alcohol.

LA *Formar intensivamente en intervención breve y detección precoz, a los profesionales de Atención Primaria (enfermería, medicina familiar y comunitaria).*

LA *Incorporar a la cartera de cursos de formación continua/continuada de la EVES, el curso de intervención breve en alcohol.*

LA *Influir para que la técnica de intervención breve se incorpore como materia obligatoria al currículum de los estudios universitarios en ciencias de la salud.*

OE.38: Fomentar la detección precoz de enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide y espondiloartritis).

LA *Incrementar la difusión, en mayor número de departamentos de salud, del documento en el que se recogen los criterios de derivación de pacientes a Reumatología, según estudio SERAP y estudio ESPERANZA ambos de la Sociedad Española de Reumatología.*

LA *Organizar sesiones formativas en Atención Primaria sobre detección precoz de enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide y espondiloartritis).*

OE.39: Disminuir la incidencia de tuberculosis mediante el estudio y tratamiento correspondiente, de los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico positivo.

LA *Mejorar la exhaustividad de los Estudios de Contactos de los casos de tuberculosis bacilíferos.*

OE.40: Reducir la incidencia de la infección por VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

LA *Intensificar las actividades para aumentar la percepción de riesgo individual en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).*

OE.41: Desarrollar estrategias de prevención primaria dirigidas a la prevención, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular.

LA *Abordar los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaco, alimentación, nutrición y actividad física, desde distintos objetivos de este Plan.*

LA *Identificar y registrar adecuadamente en la historia clínica, a las personas con antecedentes documentados de enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria o cual-*

quier otra enfermedad arterial oclusiva: cerebral o periférica).

LA Identificar y registrar adecuadamente en la historia clínica a todas las personas con algún factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y obesidad).

LA Calcular y valorar el riesgo cardiovascular a las personas con factor de riesgo sin síntomas de enfermedad, ofrecer en función de su nivel de riesgo las intervenciones preventivas y terapéuticas para controlar los factores de riesgo y reducir su riesgo.

OE.42: Alcanzar el 60% de pacientes hipertensos de edad ≥ 15 años, con cifras de presión arterial sistólica < 140 y presión arterial diastólica < 90 mmHg en el último registro de la presión arterial, realizado en los 12 meses previos.

LA Priorizar el control de la hipertensión arterial en la gestión de procesos asistenciales creando incentivos por objetivos conseguidos en el control de la hipertensión arterial.

LA Desarrollar programas estables de formación de alta calidad que permitan a los profesionales médicos y de enfermería, actualizar y mejorar sus conocimientos sobre el manejo de la hipertensión.

LA Generar alertas en Abucasis para aquellos campos de la historia clínica del paciente relacionados con el control de la hipertensión arterial.

LA Promover, desde los sistemas de gestión de Atención Primaria, acciones concretas encaminadas a una mejor detección de los pacientes, una mayor perseverancia y una acción más sistemática en el control, para evitar la inercia clínica.

OE.43: Mejorar el diagnóstico de dislipemia en población general.

LA Incrementar la utilización del sistema Abucasis en Atención Primaria y Especializada, con la implementación en la Historia Clínica Electrónica de los diagnósticos de dislipemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

LA Mejorar la accesibilidad a los resultados de las pruebas de laboratorio, con el volcado directo a la Historia Clínica electrónica, de las determinaciones realizadas en el ámbito de Atención Primaria y Especializada/Hospitalaria.

LA Crear para la Comunitat Valenciana, un impreso y/o un formato electrónico unificado para solicitud de pruebas de laboratorio que permita que las peticiones puedan ser cursadas entre departamentos, independientemente del origen de la petición.

OE.44: Incrementar la detección precoz de pacientes diabéticos con pie de riesgo en Atención Primaria.

LA Fomentar la educación podológica del personal sanitario encargado de realizar la valoración clínica de riesgo de lesión.

AGENTES DE INTERÉS

G Construir compromisos por la salud

- **G1** Conseguir compromisos de promoción y prevención
- **G2** Garantizar una información de calidad a los agentes sociales

OE.45: Proporcionar acceso precoz a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca para los pacientes dados de alta hospitalaria por síndrome coronario agudo, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.

LA Proporcionar a los/as pacientes el tratamiento integral adecuado: dietético, farmacológico, de prevención secundaria y rehabilitación, de ejercicio y de apoyo social.

LA Realizar un adecuado tratamiento de antiagregación y anticoagulación en aquellos pacientes que lo requieran.

LA Crear, poner en marcha y mantener los programas multifactoriales e interniveles de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, iniciados en la estancia hospitalaria, proporcionando la información pertinente al alta para su continuación.

OE.46: Desarrollar estrategias para la prevención secundaria del ictus.

LA Preparar a los/as pacientes con ictus y AIT (Accidente Isquémico Transitorio) para que mantengan el control de los factores de riesgo y suministrarles tratamiento médico preventivo.

LA Poner en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento al año y a los 5 años.

G Construir compromisos por la salud

Lograr ciudadanos sanos es un esfuerzo de toda la sociedad. El objetivo del Plan de Salud es por tanto construir alianzas estratégicas, con todos los agentes y representantes sociales, para facilitarles información de alto valor consolidando compromisos de promoción de la salud y prevención.

Los medios de comunicación de masas constituyen un terreno básico en este objetivo. El esfuerzo del Plan de Salud debe centrarse en transmitir información sistemática de alto valor para ellos y conseguir colaboraciones estables de promoción de hábitos saludables.

G1 Construir compromisos de promoción y prevención

Para conseguir gozar de buena salud es necesario establecer compromisos donde se implique activamente a todos los sectores de la sociedad en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esta implicación comienza con el entorno familiar en el que nos encontramos, y continúa en ámbitos cotidianos como la escuela, la empresa etc. Potenciar y establecer compromisos desde los diferentes grupos de la sociedad es un compromiso de este nuevo Plan.

Objetivos específicos:

OE.47: Fomentar la participación familiar en las tareas de prevención del abuso del alcohol, las drogas y las adicciones comportamentales.

LA Fomentar las intervenciones preventivas con la familia a través de los dispositivos de salud.

LA Desarrollar intervenciones preventivas con la familia desde nuevas metodologías didácticas, con especial incidencia en el uso de tecnologías de la información y comunicación.

LA Reforzar la colaboración con las AMPAS de la Comunitat Valenciana.

OE.48: Antes de finalizar el 2012, todos los departamentos de salud contarán con proyectos de promoción de la salud adaptados a las necesidades específicas de los mismos.

LA Elaborar proyectos de salud en cada departamento de salud.

LA Evaluar los proyectos de salud antes de la finalización del Plan.

G2 Garantizar una información de calidad a los agentes sociales

El compromiso con los agentes sociales debe traducirse en el suministro, por parte de la Conselleria de Sanitat, de una información continua y de calidad sobre la mejora de los hábitos, estilos de vida y las intervenciones preventivas.

La Conselleria de Sanitat debe consolidar, por tanto, en este III Plan su papel de referente en materia de salud, con una actitud proactiva para generalizar la difusión y utilización de la información entre los sectores clave y por parte de todos los profesionales de la salud.

Objetivos específicos:

OE.49: Monitorizar y difundir, los resultados obtenidos a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, a través de distintos canales.

LA Analizar periódicamente las actuaciones realizadas para la consecución de los objetivos.

LA Difundir los resultados obtenidos a nivel interno de la Organización y externo.

OE.50: Difundir la información generada por el Sistema de Información en Salud Pública que permita un análisis periódico sobre los principales aspectos relacionados con la salud, con especial hincapié en los determinantes y desigualdades sociales en salud, al conjunto de usuarios: profesionales, administración y ciudadanos.

LA Preparar e implementar las actividades de formación y difusión del Sistema de Información de Salud Pública.

134

AGENTES DE INTERÉS

H **Contribuir a un entorno más saludable**

H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno

H Contribuir a un entorno más saludable

H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno

La vigilancia y control del entorno es otro de los componentes esenciales en el Plan de Salud.

La Conselleria de Sanitat interviene en este sentido a dos niveles:

- En los ámbitos en que tiene competencias propias para contribuir a un entorno más seguro, como en el caso de la seguridad alimentaria, en el que la administración autonómica realiza un intenso trabajo de inspección y análisis, lo que demuestra la efectividad del Plan de Seguridad Alimentaria como garantía para el consumidor.
- En ámbitos que son responsabilidad de otros sectores, colaborando en la formación y en la implicación de éstos en los temas con impacto en la salud, poniendo a su disposición la información procedente de la vigilancia epidemiológica para detectar precozmente la aparición de problemas derivados del entorno ambiental.

El resultado buscado es el de un entorno cada vez más saludable y exento de riesgos.

Objetivos específicos:

OE.51: Concienciar a la población de los perjuicios del tabaquismo pasivo.

LA Realizar campañas informativas sobre la aplicación de la normativa que regula el consumo de tabaco y de sensibilización, dirigida a la población general, con el fin de aumentar la aceptabilidad social de la normativa referente al tabaquismo.

LA Difundir información sobre los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco, destacando la especial importancia de no fumar durante el embarazo, ni en presencia de niños, ancianos y enfermos.

OE.52: Asegurar el control de las industrias y establecimientos alimentarios según lo establecido en los planes de acción del Plan de Seguridad Alimentaria correspondientes al periodo 2010-2013.

LA Planificar la Vigilancia Sistemática en base al riesgo.

LA Realizar las visitas de control.

AGENTES DE INTERÉS

I Mejorar la sostenibilidad

- **I1** Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción
- **I2** Mejorar la eficiencia de los recursos

I Mejorar la sostenibilidad

El Plan de Salud tiene ante los financiadores del sistema de salud la responsabilidad de demostrar el retorno de la inversión realizada, haciendo ver que sus intervenciones son eficientes en términos de mejora de los costes sanitarios y de ganancia en salud.

Asimismo, debe demostrar que utiliza los recursos puestos a su disposición de la forma más eficiente.

El Plan de Salud tiene, además, el compromiso de mejorar la salud global de la población como fuente generadora de riqueza para el conjunto de la sociedad.

I1 Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción

Las necesidades sanitarias de los pacientes con enfermedades crónicas requieren gastos directos, a los que se dedican una parte muy importante de los recursos. Además hay costes indirectos como la reducción del rendimiento laboral, la pérdida de días de trabajo y los gastos de los cuidados. Es necesaria pues, la puesta en marcha de intervenciones con impacto en este sentido.

Nuestro sistema sanitario presenta indicadores de sobreutilización de la atención ambulatoria y utilización inadecuada de los servicios de urgencias.

Cada vez se potencia más la Atención Primaria, a través de una mejor cualificación de los profesionales, no sólo porque aumenta la satisfacción de los usuarios, sino también por hacer más resolutivo el primer ámbito de la atención e incrementar la eficiencia del sistema.

La Atención Primaria de salud es el nivel asistencial donde se produce el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. Es también, donde se realizan la mayoría de procesos de promoción, prevención y cuidados, se consiguen buena parte de los resultados en salud y se configuran la mayoría de las experiencias de los pacientes.

Conseguir que el paciente utilice los servicios de forma más eficaz constituye un beneficio para la atención del propio paciente y, para la propia sostenibilidad del sistema.

Este objetivo implica la necesidad de conseguir niveles de confianza elevados en los servicios ordinarios para aminorar, en lo posible, la cultura de la sobreutilización de determinados servicios especiales, como los de urgencias.

Objetivos específicos:

OE.53: Reducir el número de pacientes con problemas relacionados con los medicamentos (PRM), alcanzando así un mayor grado de seguridad en sus tratamientos.

LA Revisar y adaptar los tratamientos activos de los pacientes, en los que se ha detectado un posible problema relacionado con los medicamentos, utilizando la herramienta informática de PRM, con el fin de alcanzar un mayor grado de seguridad en los tratamientos.

136

OE.54: Disminuir la tasa de reingresos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

LA Disminuir la tasa de hospitalización por exacerbación de EPOC. Control adecuado por nivel de segmentación de EPOC.

LA Disminuir la tasa anual de visitas a urgencias por exacerbación de EPOC.

OE.55: Reducir los ingresos hospitalarios y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca.

LA Mejorar el tratamiento de las cardiopatías estructurales más frecuentes que evolucionan a insuficiencia cardiaca.

LA Optimizar el tratamiento farmacológico y las medidas higiénico-dietéticas, así como mejorar la adherencia de los pacientes a estos tratamientos, en la insuficiencia cardiaca crónica.

LA Informar a los pacientes con insuficiencia cardiaca con detalle y de la forma más adecuada, de las medidas higiénico-dietéticas, control de los factores de riesgo, así como la correcta toma de la medicación que se prescriba al paciente.

I2 Mejorar la eficiencia de los recursos

La eficiencia se obtiene también por la vía de la gestión de los recursos. Obtener el mejor aprovechamiento de los costosos recursos, puestos a disposición del sistema de salud, es una de las primeras apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

Objetivo especifico:

OE.56: Mejorar la eficiencia de los recursos hospitalarios.

LA Incrementar la adecuación de la estancia hospitalaria y de las tasas de ocupación adecuadas.

LA Seguimiento permanente de los indicadores de Estancia Media, Estancia Media Ajustada por Casuística e Índice de Ocupación en los hospitales.

PROCESOS INTERNOS

J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes

- **J1** Implementar programas y estrategias en salud
- **J2** Garantizar la integración de la asistencia
- **J3** Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico

J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes

Un compromiso del Plan de Salud con los pacientes, es conseguir que la asistencia sanitaria se preste en el lugar adecuado, de manera adecuada, consiguiendo integrar todos los recursos sin duplicidades ni descoordinaciones.

Esta gestión tiene una especial importancia en los procesos de atención a los pacientes crónicos. Implantar los nuevos modelos de atención integrada al paciente crónico constituye nuestro compromiso para con ellos.

J1 Implementar programas y estrategias en salud

Un primer paso en el abordaje de muchas patologías y en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, lo constituye la elaboración y puesta en marcha de programas y estrategias que permitan la planificación de los objetivos y de las actividades necesarias para dar solución a los retos o problemas específicos que plantean.

Objetivos específicos:

OE.57: Antes de final de 2012 se habrá diseñado un Plan Estratégico para la Promoción de una Alimentación y Actividad Física Saludables para la Comunitat.

LA Analizar la situación relativa a la alimentación, nutrición y actividad física actual de la población valenciana a través de la Encuesta de Nutrición.

LA Constituir un grupo asesor técnico de trabajo para la realización del Plan Estratégico de Alimentación y Actividad Física.

LA Elaborar, editar, presentar y difundir el Plan Estratégico.

OE.58: Que a la fecha de finalización del Plan de Salud, la Conselleria de Sanitat disponga de un Plan de Atención al Tabaquismo, desarrollado , alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales sobre el tabaquismo y sus consecuencias.

LA Elaborar protocolos de actuación por parte de grupos de expertos.

LA Revisar periódicamente el cumplimiento del protocolo para detectar deficiencias y elaborar líneas de mejora.

OE.59: Implantar la Estrategia de atención al parto y nacimiento normal en las maternidades.

LA Promover la disminución del intervencionismo en el parto (porcentaje de partos inducidos y cesáreas).

LA Proporcionar una continuidad en la atención sanitaria a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y de la maternidad, adaptando el rol de la matrona en el departamento de salud.

LA Fomentar la capacidad de decisión de la mujer gestante en el cuidado de su salud en el embarazo, en el proceso del parto y en el

138

puerperio, a través de la educación y haciéndola partícipe en la toma de decisiones.

LA Mejorar las condiciones del ambiente que rodean el nacimiento (tanto en los partos normales como en los intervenidos).

LA Favorecer la formación de los profesionales sanitarios en la atención al parto normal y en los cuidados neonatales centrados en el desarrollo.

OE.60: Diseñar el Plan de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.

LA Elaborar el Plan de Salud Mental.

LA Difundirlo en los departamentos de salud para su implementación.

OE.61: Desarrollar programas para las personas con Trastorno Mental Grave de Curso Crónico, en las Unidades de Salud Mental.

LA Impulsar la elaboración de planes/programas de Trastorno Mental Grave en las Unidades de Salud Mental.

LA Difundir los programas a los departamentos de salud.

OE.62: Implementar un Programa de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores, en Centros de Atención Primaria y Centros Cívicos dependientes de Ayuntamiento y Asociaciones.

LA Realizar una campaña de información sobre la importancia del ejercicio físico.

LA Potenciar la formación continuada del personal de las Unidades de Rehabilitación para el desarrollo de estos programas.

LA Coordinar con otros profesionales, la derivación de pacientes para incluirlos/as en programas de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores.

J2 Garantizar una asistencia integral e integrada

La integración de la asistencia implica un esfuerzo por compartir la información clínica del paciente entre todos los niveles asistenciales, para que cualquier proceso se realice con criterios de accesibilidad, eficiencia y al más alto grado posible de satisfacción de los usuarios.

Se trata de dar la atención adecuada en el lugar adecuado y, la organización de procesos protocolizados de asistencia "sin escalones", en que cada profesional y nivel del sistema atiende las funciones que le corresponden de forma integrada.

En determinadas situaciones como en los cuidados paliativos, etc es necesario prestar una atención integral, continua y activa de los pacientes y de sus familias, y proporcionar la atención en el lugar que resulte más conveniente para cada persona respetando sus valores y preferencias, proporcionando el apoyo a los pacientes y sus familias con una adecuada comunicación.

El III Plan de Salud apuesta por la integración progresiva de la asistencia, sin escalones ni duplicidades, en beneficio del paciente y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Objetivos específicos:

OE.63: Potenciar la realización de un Plan de Atención Integral (PAI) para cada paciente en: cuidados paliativos, enfermedad neurodegenerativa/demencia y trastorno mental grave de curso crónico.

LA Realizar una valoración multidimensional previa a la elaboración del PAI.

LA Elaborar un PAI que quede recogido como elemento básico de la historia clínica con la participación del paciente.

LA Incorporar a la elaboración del Plan de Salud Mental el objetivo de potenciar la realización de un PAI a personas con trastorno mental grave de curso crónico.

OE.64: Reducir la mortalidad por cáncer, especialmente en las personas con menos de 65 años y aumentar la supervivencia específicamente en los tumores de mama, colorrectal, próstata y pulmón acercándola a los estándares de excelencia.

LA Elaborar el III Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana y desarrollar diferentes líneas de acción.

OE.65: Establecer circuitos que permitan el acceso rápido a las prestaciones diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y/o atención de secuelas del cáncer.

LA Implementar vías rápidas para el diagnóstico de cáncer entre los diferentes niveles asistenciales.

OE.66: Asegurar la atención adecuada y la continuidad asistencial en el seguimiento de las personas que son largos supervivientes de cáncer.

140

LA Establecer protocolos de continuidad entre primaria y especializada que garanticen la integración asistencial oncológica en los departamentos.

OE.67: Aumentar el porcentaje de población con ictus que es tratada en tiempo y forma adecuada.

LA Lograr una adecuada organización de la asistencia sanitaria urgente al ictus.

LA Crear unidades funcionales de ictus, multidisciplinares, en los departamentos de salud, de manera que conformen una red asistencial de unidades funcionales o equipos de ictus.

LA Crear unidades funcionales de daño cerebral sobrevenido en los Hospitales de Atención a Enfermos Crónicos y de Larga Estancia.

OE.68: Conseguir la máxima autonomía funcional posible de los pacientes con ictus.

LA Promover la incorporación a programas de rehabilitación de todos los pacientes que lo requieran tras un ictus.

LA Iniciar precozmente la rehabilitación en la fase aguda del ictus.

LA Protocolizar el alta de los pacientes con ictus.

OE.69: Mejorar las estrategias de reperfusión cardiaca en el infarto agudo de miocardio.

LA Reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer contacto con el sistema sanitario.

LA Proporcionar transporte rápido al hospital, con personal capacitado y equipamiento adecuado con capacidad de desfibrilar en el menor tiempo posible.

LA Realizar tratamiento de reperfusión precoz, definiendo para ello una red asistencial en la Comunitat Valenciana, para atender el síndrome coronario agudo con angioplastia primaria y fibrinolisis, estableciendo los flujos para la atención a estos pacientes

OE.70: Adecuar la organización del sistema sanitario para proporcionar a las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias y a sus familiares o cuidadores/as, una atención integral e integrada.

LA Definir en los departamentos de salud el circuito asistencial para la atención, en el entorno más próximo posible, de personas con enfermedad neurodegenerativa/demencias.

OE.71: Adecuar la organización sanitaria a las necesidades en salud de las personas mayores dependientes, para garantizar la continuidad de los cuidados.

LA Establecer un protocolo de seguimiento en los equipos de Atención Primaria que favorezca la asistencia sanitaria en el entorno más próximo al paciente.

OE.72: Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a la población mayor dependiente con pérdida de algún grado de autonomía, basada en las mejores prácticas y evidencias científicas coste-efectivas.

LA Elaborar "documentos de buenas prácticas de asistencia sanitaria a la persona mayor dependiente".

LA Difundir los documentos de buenas prácticas de asistencia sanitaria a la persona mayor dependiente.

OE.73: Garantizar que los/as pacientes que lo requieran puedan recibir cuidados paliativos en todos los departamentos de salud; potenciando los Equipos de Atención Primaria como responsables de los cuidados paliativos.

LA Establecer programas de cuidados paliativos en todos los departamentos de salud alineados con las líneas directrices del Plan de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013.

LA Configurar el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del departamento (ES) integrado, con funciones en la comunidad y en el hospital.

LA Promover la existencia en cada Centro de Salud de un médico y enfermera referentes del programa de cuidados paliativos.

OE.74: Impulsar la actividad de las "Unidades funcionales de Diabetes", de los departamentos sanitarios, para mejorar la asistencia diabetológica en la Comunitat Valenciana.

LA Establecer reuniones periódicas de coordinación e impulso.

LA Establecer programas formativos para personal médico y de enfermería.

OE.75: Incrementar el cribado de retinopatía diabética mediante la realización de retinografías en Atención Primaria.

LA Normalizar el uso habitual de los retinógrafos en Atención Primaria.

OE.76: Fomentar el abordaje de la fibromialgia en Atención Primaria en población mayor de 18 años.

LA Elaborar un documento de actuación clínica de la fibromialgia en Atención Primaria.

OE.77: Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva.

LA Facilitar el acceso a los Centros de Salud Sexual y Reproductiva para mejorar la información, prevención y atención en Salud Sexual y Reproductiva.

142

J3 Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico

La cronicidad se ha considerado como la patología que utiliza mayoritariamente los servicios sanitarios. En el año 2020, el 78% de las actuaciones sanitarias tendrán como objetivo la atención de la patología crónica, por lo que es necesario ofrecer soluciones innovadoras que garanticen y mejoren el acceso a nuestros servicios.

El modelo valenciano de atención a enfermos crónicos enfatiza el papel del paciente y de las nuevas tecnologías. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos, disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y prevenibles; retrasar, en lo posible, la evolución de la enfermedad y potenciar los autocuidados y participación activa de los pacientes sobre su propia enfermedad.

De acuerdo con esta situación, se han desarrollado modelos de gestión del paciente crónico caracterizados por la proactividad del sistema sanitario, la identificación cuidadosa de los perfiles de necesidad mediante técnicas de segmentación, la aparición de esquemas de gestión de casos o gestión de la enfermedad, y la estricta protocolización entre equipos interdisciplinares.

Estos esquemas han obtenido notables éxitos en los resultados clínicos, la satisfacción del paciente y la utilización más eficaz de los servicios. En consonancia con esta evidencia, la Conselleria de Sanitat ha elaborado su apuesta estratégica de atención a la cronicidad. Desarrollar, implantar y evaluar los resultados de estos modelos en nuestro medio constituye, seguramente, uno de los principales retos de los servicios sanitarios actualmente.

Objetivo especifico:

OE.78: Incluir un 20% de pacientes crónicos en programas que aborden los nuevos modelos de gestión del paciente crónico.

LA Desarrollar el sistema de identificación en SIA de pacientes crónicos e incluirlos en programas acreditados de gestión del paciente crónico.

PROCESOS INTERNOS

K **Priorizar los grupos vulnerables**

K1 Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables

K Priorizar los grupos vulnerables

K1 Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables

Sabemos que en la sociedad se producen diferencias en los niveles de salud en función de los colectivos y territorios. La misión del sistema sanitario público es contribuir a la equidad, garantizando, no sólo un acceso igual a todos los ciudadanos, sino también un especial esfuerzo por mejorar la salud de los grupos sociales y colectivos más desfavorecidos y vulnerables.

Estas intervenciones se realizarán en función:

- Género, edad, características socioeconómicas (clase social, nivel cultural...).
- Colectivos en situaciones de dificultad especial (personas con discapacidad, problemas sociales...).

El Plan de Salud velará por la mejora de la equidad en salud y en especial por el diseño de intervenciones y servicios que acerquen los beneficios del sistema a los grupos de población más vulnerables

Objetivos específicos:

OE.79: Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en el último mes en el grupo de edad de entre 14 y 18 años, de manera que al finalizar el periodo de vigencia del Plan, ésta no supere el 27% (24% en hombres y 30% en mujeres).

LA Incrementar la cobertura de los programas de prevención en el ámbito educativo (Educación Primaria y Secundaria).

LA Realizar talleres dirigidos al personal sanitario del área materno infantil para la realización de actividades de prevención.

LA Velar por el cumplimiento de la normativa respecto a la venta y consumo de tabaco en menores.

OE.80: Aumentar la accesibilidad al sistema sanitario de las personas que por sus circunstancias personales, sociales o culturales se encuentran en situación de especial vulnerabilidad ante al alcohol y otras drogas, en especial menores y jóvenes, y mujeres.

LA Establecer acuerdos para reducir las barreras de accesibilidad por cuestiones de género.

LA Adaptar y proporcionar programas específicos desde la perspectiva de género.

LA Mejorar la coordinación entre los recursos existentes (asistenciales, centros educativos, servicios sociales, centros de mujer 24 horas, centros de protección de menores, centros de acogida).

LA Procedimentar los procesos de colaboración entre los dispositivos de prevención y dispositivos asistenciales de drogodependencias.

LA Adaptar y proporcionar programas específicos para menores y jóvenes.

144

OE.81: Potenciar un abordaje biopsicosocial en las personas con cáncer, especialmente en niños y adolescentes.

LA Ofertar una valoración multidimensional a las personas diagnosticadas de cáncer en sus distintas fases evolutivas.

OE.82: Identificar lo antes posible a la persona mayor dependiente en situación de especial vulnerabilidad.

LA Elaborar un documento con los criterios mínimos que facilite la identificación precoz.

LA Difundir los criterios mínimos para la identificación en todos los departamentos de salud.

OE.83: Reducir la incidencia de la infección por VIH en población inmigrante.

LA Intensificar las actividades de información para la prevención de la transmisión de infección por VIH en inmigrantes, en situación de especial vulnerabilidad y exclusión, teniendo en cuenta los condicionantes de género.

OE.84: Promover estrategias para disminuir la estigmatización y favorecer la integración de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

LA Realizar intervenciones en la comunidad, en medios de comunicación y campañas de sensibilización.

LA Favorecer el empleo de una terminología o léxico integrador y desestigmatizador mediante actividades dirigidas a los medios de comunicación, asociaciones y Administración Pública.

OE.85: Disminuir la incidencia de embarazos no planeados y de abortos inducidos en la población adolescente.

LA Mejorar la información y la accesibilidad de la anticoncepción a los adolescentes y jóvenes en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva y Centros Atención Primaria.

OE.86: Fomentar actuaciones específicas de prevención del exceso de peso en población infantil más vulnerable a presentar riesgo de aparición de sobrepeso y obesidad, especialmente bajo nivel socioeconómico, familias inmigrantes y niños/as con necesidades educativas especiales.

LA Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la relevancia de los determinantes sociales en la aparición del sobrepeso y la obesidad.

LA Formar a los profesionales sanitarios sobre el trabajo en red: interdisciplinar e intersectorial, y en habilidades de comunicación y adaptación sociocultural.

LA Fomentar la colaboración entre diferentes departamentos (Sanidad, Educación, Bienestar Social) e instituciones (Ayuntamientos, Asociaciones...) para el abordaje a nivel local de población infantil más vulnerable.

PROCESOS INTERNOS

L **Realizar procesos excelentes de educación en salud**

- **L1** Utilizar exhaustivamente el conocimiento, experiencia y el material sobre educación sanitaria
- **L2** Integrar la información al usuario a través de varios canales

L Realizar procesos excelentes de educación en salud

Una de las apuestas estratégicas clave del III Plan de Salud es la apuesta por la información, la formación y el conocimiento.

El importante conocimiento acumulado sobre educación sanitaria no debe únicamente mejorar, sino también hacerse accesible y ser utilizado exhaustivamente, no sólo por todos los niveles del sistema sanitario sino también por otros agentes sociales como, los medios de comunicación, los profesionales de la educación, los líderes sociales y políticos...

Para lograrlo, el III Plan de Salud se compromete a hacer un esfuerzo especial para conseguir la accesibilidad al conocimiento y a la formación sobre educación sanitaria en promoción y prevención, a la red sanitaria y los agentes sociales clave.

L1 Utilizar exhaustivamente el conocimiento, la experiencia y el material sobre educación sanitaria

Como bien sabemos, el que exista un conocimiento suficiente sobre una materia no implica en muchos casos, que cambie la práctica de acuerdo con ese conocimiento. En nuestra organización existe una importante acumulación de conocimiento sobre las intervenciones educativas más eficientes, que en muchas ocasiones, no llega a convertirse en una realidad tangible en el día a día del sistema sanitario.

La apuesta estratégica por la información implica poner los medios, desde los servicios centrales y los departamentos de salud, para que el conocimiento existente sobre educación sanitaria esté a disposición, de forma accesible y utilizable, para el mejor beneficio de todos.

Supone por tanto, un esfuerzo desde el diseño de los programas hasta su difusión y los sistemas de formación profesional.

Objetivos específicos:

OE.87: Diseñar e implantar un sistema de comunicación para la prevención de riesgos asociados al consumo de alimentos.
- *LA Diseñar el sistema de comunicación.*
- *LA Realizar campañas de comunicación.*

OE.88: Optimizar los resultados de la educación diabetológica dependiendo de los valores de la determinación de la HbA1c en el momento de la visita médica.
- *LA Adquirir el medidor de HbA1c.*
- *LA Establecer los criterios de distribución del medidor de HbA1c.*
- *LA Aprovisionamiento de reactivos necesarios para la realización de la HbA1c.*

OE.89: Fomentar la sensibilización e información tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y discriminación.

146

LA Realizar actividades de información y sensibilización sobre la infección por VIH en el medio laboral.

LA Llevar a cabo actividades de información y sensibilización frente al VIH en la población general.

L2 Integrar la información al usuario a través de varios canales

Las nuevas tecnologías han creado todo un ámbito de comunicación con el usuario fuera de los tradicionales contactos personales con los profesionales.

Un plan que apuesta por la información y la comunicación, debe ser especialmente activo en conseguir integrar la comunicación entre los pacientes y los profesionales, en un conjunto amplio de canales nuevos. Las páginas web, la mensajería instantánea, el correo electrónico, las redes sociales, etc., constituyen canales que deben complementar, muy activamente, la transmisión de información a través de contactos con el personal sanitario. Ordenar y operativizar estas herramientas para la educación sanitaria es una tarea crucial para el futuro del sistema de salud.

El III Plan de Salud ha realizado una apuesta estratégica por las nuevas tecnologías que deberán ser impulsadas con fuerza en los próximos años.

Objetivos específicos:

OE.90: Implantar sistemas integrados de relación con el paciente en los departamentos de salud.

LA Desarrollar e implantar sistemas de contacto multicanal para la difusión de educación sanitaria con el ciudadano.

OE.91: Difundir y mejorar la información/formación en materia de salud sexual, mediante la elaboración y edición de diversos materiales y la aportación de las nuevas tecnologías a través del portal de salud de la Conselleria de Sanitat.

LA Incorporar dentro del Portal Cuídate de la Conselleria de Sanitat la información sobre Salud Sexual y Reproductiva.

PROCESOS INTERNOS

M Incorporar al profesional en la estrategia de salud

- **M1** Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema
- **M2** Participar en la investigación

M Incorporar al profesional en la estrategia de salud

Los profesionales sanitarios son, y deben serlo cada vez más, agentes de salud con sus pacientes y con el medio que les rodea.

Esto ocurre en general, pero sobre todo, en aquellos niveles que están directamente en contacto con la mayoría de los pacientes y la comunidad, como es el caso de la Atención Primaria de salud, en la que la relación estrecha médico paciente es especialmente valorada por los usuarios del sistema sanitario.

M1 Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema

En el sistema ya es tradicional la responsabilización de los profesionales en la optimización del sistema, tanto en términos de garantía de una buena práctica clínica, como en términos de eficiencia de la organización, mediante la revisión sistemática de indicadores de productividad y eficiencia.

El III Plan de Salud, apuesta por la mejora de la práctica clínica y por la eficiencia, y se plantea consolidar estas líneas de trabajo.

Objetivos específicos:

OE.92: Implicar en el Sistema de Información en Salud Pública (SISP) a profesionales y organizaciones interesados/as mediante su participación en las comisiones técnicas que procuren su desarrollo.

LA Desarrollar la normativa de regulación del SISP mediante la puesta en funcionamiento de las cuatro comisiones técnicas: aspectos sociodemográficos, estado de la salud, factores determinantes y situación del sistema de atención sanitaria.

OE.93: Disponer de un sistema analítico de vanguardia, tanto en capacidad de análisis como en calidad de los resultados, para hacer frente a los riesgos químicos y microbiológicos relacionados con la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental.

LA Incrementar el grado de acreditación de los laboratorios de Salud Pública.

OE.94: Mejorar la atención sanitaria de la población adulta con sobrepeso y obesidad y sus familias.

LA Detectar y registrar en la historia clínica el IMC y la codificación del diagnóstico según CIE-9. Conocer la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la Comunitat Valenciana.

LA Favorecer la formación del personal sanitario y potenciar la acción interdisciplinaria en el tratamiento de la obesidad.

LA Favorecer el aumento de la conciencia de enfermedad de los pacientes y la necesidad de implicarse en su propio tratamiento.

148

OE.95: Aumentar el número de pacientes con criterio* diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se registra en la historia clínica electrónica la valoración de actividad física.

LA Identificar a los pacientes en situación de riesgo: sedentarios.

LA Fomentar la prescripción de actividad física. Formación de los profesionales.

OE.96: Disminuir las incidencias y/o eventos de infecciones nosocomiales asociadas a prácticas asistenciales de especial riesgo.

LA Realizar un despliegue de estrategias colaborativas de reducción de infecciones asociadas a prácticas instrumentales.

OE.97: Mejorar la determinación del riesgo vascular en pacientes dislipémicos (CT ≥ 200 mg/dl y/o HDL < 40 mg/dl en hombres o HDL < 50 mg/dl en mujeres).

LA Incrementar la utilización del sistema Abucasis en Atención Primaria y Especializada, con la implementación en la Historia Clínica Electrónica del cálculo del riesgo vascular.

LA Mejorar la formación en riesgo vascular del personal médico y de enfermería con el desarrollo de cursos al respecto.

LA Potenciar el desarrollo de la consulta de enfermería para identificar a pacientes de alto riesgo vascular.

LA Coordinar protocolos de actuación conjunta médico/enfermería para el abordaje de pacientes con dislipemia, incidiendo especialmente en la cuantificación del riesgo vascular y en su seguimiento.

OE.98: Mejorar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar.

LA Optimizar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar con la implementación ante su sospecha de los criterios MedPed incluidos en Abucasis, para corroborar el diagnóstico y conseguir la aportación reducida del tratamiento con estatinas y ezetimibe.

LA Crear un registro en la Comunitat Valenciana de pacientes con hipercolesterolemia familiar, aproximar el número de pacientes diagnosticados a la prevalencia real estimada (1/500 personas).

LA Coordinar protocolos de actuación conjunta primaria/especializada en los departamentos de salud.

LA Valorar el número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar hasta la fecha sin la realización de los criterios MedPed, y con prestación reducida.

LA Mejorar la formación del personal médico y de enfermería.

OE.99: Aumentar el número de pacientes con criterio* diagnóstico de EPOC, en población mayor de 40 años con historia de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año.

LA Realizar una espirometría en pacientes mayores de 40 años, fumadores o exfumadores de 10 o más paquetes/año y que presenten síntomas respiratorios.

LA Segmentar a los pacientes EPOC en los distintos grados.

LA Realizar a los pacientes con EPOC grados III y IV una valoración multidimensional (al menos 4 de 5 pruebas: volúmenes pulmonares estáticos, capacidad de difusión de monóxido de carbono, gasometría arterial, prueba de esfuerzo, valoración nutricional).

OE.100: Identificar en cualquier nivel asistencial y lo más precozmente posible a los pacientes susceptibles de cuidados paliativos.

LA Potenciar que el médico responsable del paciente en cada nivel asistencial, sea el encargado de la identificación del paciente en situación de final de la vida.

LA Fomentar la utilización de los códigos V de la CIE para diagnósticos relacionados con cuidados paliativos (V 66.7 en la CIE 9MC).

OE.101: Sensibilizar a los agentes implicados para normalizar las actividades que permitan disminuir el retraso diagnóstico de la infección por VIH.

LA Promocionar la prueba de detección del VIH.

LA Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH en Atención Primaria.

OE.102: Utilizar de forma racional los fármacos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años.

LA Elaborar y difundir una propuesta con criterios de tratamiento farmacoterapéutico de la osteoporosis.

LA Organizar sesiones formativas sobre el uso de forma racional de los fármacos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años, en Atención Primaria.

OE.103: Promover el uso racional de cefalosporinas y antibióticos de uso restringido para reducir el número de infecciones por microorganismos resistentes.

LA Promover la reducción del uso de cefalosporinas en el ámbito comunitario.

LA Controlar la utilización de antibióticos de uso restringido en hospitales.

---

* *Paciente de edad superior a 40 años, que tenga factores de riesgo, como exposición a humo de tabaco (>10 paquetes/año), y presente una espirometría con obstrucción poco reversible, definida por un cociente FEV/FC<0.70, tras broncodilatación.*

150

M2 Participar en la investigación

La Generalitat ha realizado en estos últimos años una importante apuesta por la investigación sanitaria y biomédica, apoyando la creación de centros de investigación, dotando de recursos especializados y de apoyo financiero para el desarrollo de multitud de proyectos de investigación y potenciando la labor investigadora de los profesionales que trabajan en este entorno.

Un ámbito de compromiso del III Plan de Salud respecto a los profesionales es el de fomentar la participación en la investigación, ligada a la mejora de la salud de pacientes y la ciudadanía.

Importantes estudios como: el Estudio Valencia: investigación de la prevalencia de la diabetes mellitus y el síndrome metabólico; Estudio Valencia II: prevalencia de la obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y resistencia a la insulina y proyectos de investigación como el Programa ESCARVAL (investigación en enfermedades cardiometabólicas y sus factores de riesgo), el Programa ESOSVAL (investigación en osteoporosis) y el programa de investigación asociado al Plan EPOC, etc., corroboran este hecho.

La colaboración público-privada en el campo de la investigación ofrece nuevas vías para contribuir a incrementar el nivel en la calidad de vida de la población.

Este objetivo, se concreta en incrementar la participación de los profesionales en las iniciativas de I+D+i, para valorar sus resultados y difundir el conocimiento y las aplicaciones de la investigación.

Esta participación se refiere a la promoción investigadora en diferentes tipos de proyectos, tal como ya realizan alrededor de un 10% de los profesionales sanitarios.

Objetivo específico:

OE.104: Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de proyectos de investigación en los ámbitos prioritarios de actuación definidos en este Plan de Salud, especialmente en cáncer, enfermedades neurodegenerativas/demencias, enfermedades raras, salud mental y cuidados paliativos.

LA Convocar anualmente ayudas al desarrollo de proyectos de investigación desde la Conselleria de Sanitat.

LA Fomentar la participación en investigaciones de ámbito nacional e internacional.

LA Potenciar la participación en proyectos de investigación de carácter estratégico para la Conselleria de Sanitat, como los programas ESCARVAL, ESOSVAL y el programa de investigación asociado al Plan de EPOC.

LA Fomentar la colaboración público-privada con los agentes sanitarios para el desarrollo de programas de investigación.

LA Potenciar la relevancia de los resultados de la investigación fomentando la investigación colaborativa, promoviendo la constitución de grupos de investigación multicéntricos e interdisciplinares.

LA Potenciar la Red de Biobancos de la Comunitat Valenciana.

PROCESOS INTERNOS

N **Vigilar la salud y la equidad**

- **N1** Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades
- **N2** Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno

N Vigilar la salud y la equidad

La vigilancia del estado de salud y su evolución constituye tradicionalmente uno de los principales cometidos de los servicios de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat.

El Plan de Salud se compromete, en especial, a utilizar la información epidemiológica para monitorizar la evolución de la salud. Ello incluye los enfoques clásicos de la vigilancia epidemiológica (enfermedades emergentes, brotes epidémicos...), y también, analizar las desigualdades en salud e identificar colectivos cuyas necesidades de servicios sean mayores o diferentes a la población usual.

N1 Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades

El III Plan de Salud plantea consolidar y reforzar los mecanismos de vigilancia epidemiológica, para monitorizar la salud de los valencianos, la aparición de problemas emergentes, o derivados del entorno, y la evolución de las desigualdades en salud así como la situación sanitaria de los colectivos de mayor riesgo.

La finalidad de este refuerzo de la vigilancia epidemiológica debe ser la de intervenir precozmente sobre los problemas de salud, sean estos un brote epidémico nuevo, la aparición de un impacto en la salud del entorno, o la existencia de colectivos de especial riesgo.

Objetivos específicos:

OE.105: Disminuir la incidencia de las principales comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias) asociadas al sobrepeso y a la obesidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

LA Favorecer y priorizar la intervención sanitaria que persiga el control estricto del sobrepeso y la obesidad para evitar el aumento de la incidencia de las principales comorbilidades asociadas.

LA Promover los hábitos de vida saludables relacionados con el sobrepeso y la obesidad.

LA Concienciar al paciente de que su pérdida de peso aumentará su calidad de vida.

OE.106: Disminuir la mortalidad por enfermedad cerebro y cardiovascular en los pacientes hipertensos (varones < de 70 años y mujeres < de 75 años).

LA Desarrollar campañas de educación y comunicación que susciten un mayor conocimiento y sensibilidad de la sociedad civil respecto al impacto sanitario y social de la hipertensión, así como a su posible prevención y control.

LA Fomentar, desde los servicios autonómicos de salud, un enfoque integral en la prevención y control de la hipertensión arterial por parte de los equipos asistenciales, así como la cooperación entre los distintos niveles.

152

LA Realizar un protocolo/guía de manejo del paciente hipertenso para toda la Comunitat, cuya puesta en marcha podrá ser adaptada por cada departamento de salud.

LA Adoptar los objetivos de presión arterial y las recomendaciones terapéuticas basados en la mejor evidencia disponible.

OE.107: Mejorar el control lipídico de los pacientes diabéticos o con enfermedad vascular arteriosclerótica.

LA Incrementar la utilización del sistema Abucasis en Atención Primaria y Especializada, para el diagnóstico de diabetes y de "enfermedad vascular arterioscleróticа".

LA Formar al personal sanitario para optimizar el seguimiento de los/as pacientes dignosticados/as en la Historia Clínica Electrónica.

LA Mejorar la accesibilidad en Atención Primaria a pruebas complementarias, para detectar enfermedad vascular subclínica.

OE.108: Evaluar la exposición de la población valenciana a contaminantes a través de la dieta.

LA Poner a punto los métodos de análisis y ejecución de los mismos.

LA Diseñar y ejecutar el muestreo y preparación de las muestras.

LA Evaluar la exposición a los contaminantes definidos en el estudio de la población valenciana a través de la dieta.

OE.109: Vigilar la presencia de residuos de plaguicidas en alimentos vegetales y evaluar la exposición de la población.

LA Programar la toma de muestras de alimentos de origen vegetal en el mercado.

LA Analizar las muestras tomadas para la detección de plaguicidas en alimentos de origen vegetal en el mercado.

LA Evaluar la exposición de la población de la Comunitat Valenciana a residuos de plaguicidas por consumo de vegetales.

OE.110: Proveer los medios y mecanismos de intervención necesarios que permitan mejorar el control de las epizootias en los mataderos de abasto.

LA Diseñar un sistema de información para los mataderos de abasto.

LA Implantar el sistema de información en los mataderos de abasto.

LA Elaborar la guía de autocontrol en mataderos.

OE.111: Mejorar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores (VST) de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica.

LA Elaborar, distribuir e implantar Guías para la VST especifica para las principales ocupaciones de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica.

LA Poner en marcha un Documento de Intercambio de Información Sanitaria (DIIS) sobre la VST para los perfiles laborales de los

trabajadores de Hosteleria, Cerámica, Agricultura y Administración.

OE.112: Mejorar la prevención de los problemas de salud de tipo psíquico mediante su detección precoz en los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial.

LA Elaborar, distribuir y usar una guía/protocolo para promover y armonizar la detección precoz del daño psíquico en los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial constatado por la evaluación de riesgos laborales.

LA Asegurar la detección precoz del daño psíquico en los exámenes de salud de los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial constatado por la evaluación de riesgos laborales correspondiente, mediante el uso de la guía/protocolo.

OE.113: Mejorar las actividades sanitarias para trabajadores frente a las exposiciones laborales accidentales a riesgo biológico.

LA Implantar el Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA) por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las entidades y empresas del sector sanitario.

OE.114: Mejorar la detección de enfermedades musculoesqueléticas de origen laboral.

LA Elaborar protocolos para la identificación del origen laboral de las enfermedades.

N2 Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno

La vigilancia epidemiológica de la salud no es un fin en sí misma, sino un instrumento para identificar problemas e intervenir en ellos. En ella, se han incluido los cometidos más tradicionales de la epidemiología (enfermedades infecciosas) así como la vigilancia de otras enfermedades, como las crónicas o los problemas relacionados con el impacto del entorno sobre la salud.

Este objetivo plantea desarrollar canales de intervención ante la aparición de información epidemiológica que identifique un problema.

Los canales de comunicación, entre los servicios de salud pública y los sanitarios, y los canales de intersectorialidad, constituirán el eje de trabajo de este objetivo.

Objetivo especifico:

OE.115: Definir, dentro de los indicadores del Sistema de Información en Salud Pública, un conjunto mínimo de datos (cuadro de mando) de indicadores sociales y de la salud que tengan en cuenta los distintos ejes de desigualdad.

LA Desarrollar el trabajo en los comités técnicos por el que se elaboran los indicadores que se irán incorporando al Sistema de Información en Salud Pública.

154

PROCESOS INTERNOS

O Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud

- **O1** Promover proyectos comunitarios de salud
- **O2** Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos

O Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud

La mejora del estado de salud depende, por un lado de la intervención del sistema de salud, pero otra gran parte de intervenciones como las de mejora de los hábitos, se encuentran en manos de otros sectores y, en general, de la sociedad en sentido amplio.

En especial habría que destacar el papel de los medios de comunicación, la educación, la empresa, las administraciones y los representantes políticos, económicos y sociales en conseguir una sociedad más saludable.

O1 Promover proyectos comunitarios de salud

La incorporación de la sociedad a la estrategia de salud tiene una expresión a nivel local con la promoción de proyectos comunitarios de salud.

Los proyectos comunitarios en salud desempeñan un importante papel en las estrategias en salud sostenibles. En ellos se fortalece la participación de la comunidad en el proceso de mejora de su propia salud, utilizando una forma de trabajo en la que participan voluntarios y recursos comunitarios.

La construcción de redes por la salud, puede concretarse en proyectos a nivel local, en los que un amplio abanico de organizaciones creen una estrategia con objetivos comunes para mejorar la salud de los ciudadanos.

Estos proyectos deben ser promovidos activamente desde las diferentes instancias de la Conselleria de Sanitat.

Objetivos específicos:

OE.116: Potenciar la participación de la sociedad valenciana, a través de las asociaciones de pacientes y de voluntariado, fundamentalmente en funciones de acompañamiento como vínculo del equipo sanitario y la sociedad.

LA Facilitar las actividades de voluntariado relacionadas con el acompañamiento.

LA Realizar actividades formativas destinadas al voluntario sanitario, a través de la EVES, en colaboración con entidades que realicen actividades relacionadas en esta Área.

OE.117: Potenciar la participación de la sociedad valenciana y la colaboración intersectorial en los cuidados paliativos.

LA Promover acciones de información, difusión y participación de la sociedad valenciana en los cuidados paliativos.

OE.118: Incrementar la sensibilización sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud entre los profesionales.

LA Preparar e implementar las actividades de formación y difusión del Sistema de Información en Salud Pública entre profesionales sanitarios.

OE.119: Proporcionar a los/as cuidadores/as/ familiares de las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias el soporte asistencial y facilitar el acceso al soporte social, en un entorno digno y en los distintos momentos evolutivos del proceso de la enfermedad.

LA Identificar en la historia clínica a la persona cuidadora principal, valorarla y atenderla, en función de sus necesidades en salud.

LA Dirigir actividades formativas a cuidadores/as.

O2 Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos

Este objetivo implica una actitud proactiva de contacto y establecimiento de redes de relación con los agentes sociales para implicarlos en los objetivos de salud.

La salud laboral constituye una de las grandes áreas de intervención donde se cuenta, además, con una importante red de servicios y profesionales que la desarrollan. La mejora de la salud de los trabajadores constituye una inversión en riqueza del capital humano y tiene un impacto visible evitando situaciones como la incapacidad laboral y los costes correspondientes.

De la misma manera que con las empresas, los diferentes niveles de la Conselleria de Sanitat, deben tejer una red de relaciones con los representantes políticos, responsables de la administración y representantes sociales para comunicar la importancia de su rol en la mejora de salud de la población.

Objetivos específicos:

OE.120: Mejorar la atención sociosanitaria en situaciones de riesgo de desprotección o maltrato infantil.

LA Fomentar la utilización de la Hoja de Notificación de Atención Sociosanitaria Infantil y Protección de Menores, en la comunicación de los casos en situación de riesgo de desprotección o maltrato infantil.

156

LA Garantizar la participación de profesionales del ámbito sanitario en las comisiones locales y comarcales, para la atención a las situaciones de riesgo social de menores.

LA Promover la formación de los profesionales del ámbito sanitario que atienden a la población infantil en prevención, detección y abordaje de situaciones de riesgo sociosanitario.

OE.121: Mejorar la información de empresarios y trabajadores sobre la importancia de la vigilancia de la salud en el trabajo como medida preventiva.

LA Elaborar y distribuir una guía de explicación de la Vigilancia de la Salud en el Trabajo como actividad sanitaria preventiva laboral dirigida a empresarios y trabajadores.

OE.122: Favorecer la integración del niño con diabetes en el ámbito escolar en condiciones de igualdad.

LA Establecer convenio de colaboración entre la Conselleria de Sanitat y la Conselleria d'Educació para garantizar la adecuada integración del niño con diabetes en el ámbito escolar.

LA Formación adecuada en materia sanitaria de la persona designada como responsable de salud en el colegio y dotación de material sanitario y educativo necesario.

OE.123: Aumentar el conocimiento de las intervenciones sobre prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Promoción de la Salud (PS), que se realizan tanto en el Sistema Sanitario como fuera del mismo.

LA Registrar las intervenciones preventivas de las ITS en los colectivos con prácticas de riesgo.

PROCESOS INTERNOS

P **Conocer y gestionar los costes con eficiencia**

P1 Conocer y gestionar los costes

P Conocer y gestionar los costes con eficiencia

P1 Conocer y gestionar los costes

Obtener el mejor aprovechamiento de los costosos recursos puestos a disposición del sistema de salud, es una de las primeras apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

En el ámbito asistencial, la financiación capitativa y facturación intercentros, iniciadas en el año 2005, son esenciales para los cambios que se están produciendo en la organización y sistema de gestión de los departamentos de salud: gerencia única, integración de atención primaria y especializada, acuerdos de gestión con los departamentos etc.

Esta gestión de recursos se valora desde varias perspectivas: estancia media, tasas de ocupación, ratio de sucesivas/primeras, tasa de ocupación del quirófano, hospitalización a domicilio, hospital de día, etc.

La presencia cada vez más frecuente de los medicamentos entre las medidas terapéuticas empleadas, así como su arraigo en la población, justifican la importancia que tiene el medicamento en los valores culturales y sociales de nuestro entorno. Su trascendencia se ve reforzada por el elevado interés económico que el mundo del medicamento genera.

La Conselleria de Sanitat está impulsando políticas de mayor eficiencia en la adquisición y dispensación de medicamentos. Las medidas de contención del gasto farmacéutico aplicadas por la Conselleria tienen como objetivo garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

En este ámbito es necesario establecer actuaciones encaminadas hacia el uso racional de los medicamentos, en lo referente al uso adecuado, a los efectos adversos, a la educación sanitaria y al coste de oportunidad de la utilización de los medicamentos, favoreciendo la corresponsabilidad del propio paciente, de los profesionales y de las autoridades sanitarias.

Conocer y gestionar los costes constituye un objetivo importante para el logro de la sostenibilidad.

Objetivos específicos:

OE.124: Fomentar la prescripción farmacoterapéutica de la forma más eficiente.

- *LA Adecuar la herramienta de prescripción electrónica para favorecer la selección de fármacos más eficientes.*
- *LA Difundir entre los facultativos, la importancia de la prescripción de fármacos eficientes en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.*

OE.125: Poner en marcha el nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.

- *LA Definir e implantar el nuevo modelo de costes en el nuevo aplicativo para la gestión de rendimientos y costes.*
- *LA Implantar la nueva herramienta, en todos los departamentos de salud, previa la integración con todos los sistemas fuente de soporte a la gestión económica y asistencial implicados.*

158

OE.126: Consolidar el sistema de financiación capitativa y su modulación a través de la facturación intercentros.

- LA *Integración de la receta de farmacia en el sistema de compensación intercentros.*
- LA *Integración de las prótesis en el sistema de compensación intercentros.*
- LA *Integración de la medicación de hospital de día en el sistema de compensación Intercentros.*
- LA *Integración de la actividad concertada en el sistema de compensación intercentros.*
- LA *Integración de las vacunas en el sistema de compensación intercentros.*

DESARROLLO FUTURO

Q Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud

Q1 Adaptar los roles y funciones profesionales

Q Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud

Q1 Adaptar los roles y funciones profesionales

Dirigir la atención a los pacientes, especialmente a los crónicos, implica la necesidad de readaptar los roles y las competencias de los profesionales. Intensificar y mejorar las tareas de educación sanitaria, desarrollar figuras nuevas como las de enfermería comunitaria o de enlace, las tareas de gestión de casos, etc.

La Comunitat cuenta con algunas experiencias sólidas como es el caso del modelo de gestión de enfermedades crónicas implantado por el departamento de salud La Fe de Valencia, basado en la coordinación de las actuaciones de distintos agentes, mediante la figura de enfermería gestora de casos, encargada del seguimiento del paciente, de la resolución de dudas y de la coordinación de todos los recursos asistenciales.

La Conselleria de Sanitat debe revisar, con nuevas perspectivas, la aportación al equipo de los diferentes profesionales, llegando si es necesario al cambio de roles y estándares establecidos.

Objetivos específicos:

OE.127: Desarrollar el rol de gestión de casos entre enfermería comunitaria y de enlace.

LA Definir el perfil y elaborar el material de formación.

OE.128: Proporcionar una atención sanitaria continuada al recién nacido entre la maternidad y la Atención Primaria.

LA Implantar la visita domiciliaria, al recién nacido sano en Atención Primaria, dentro de los 3 días siguientes al alta en la maternidad, en casos de riesgo biológico y/o social.

LA Facilitar la citación del recién nacido, a través de los sistemas informáticos, para ser atendido en consulta por el equipo pediátrico en el Centro de Salud en la primera semana de vida.

160

DESARROLLO FUTURO

R Desarrollar formas de educación en salud más eficientes

- **R1** Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes
- **R2** Liderar el conocimiento en salud

R Desarrollar formas de educación en salud más eficientes

La información, formación y educación para la salud a los pacientes y también a los profesionales constituye una de las apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

El abundante conocimiento existente en materia de salud precisa de una revisión y actualización, para definir cuales son las intervenciones con una mejor relación coste-efectividad conocida (educación en grupo, rol del paciente experto, papel de las nuevas tecnologías etc.).

Este conocimiento, además de desarrollarse, debe también organizarse de forma que sea accesible y fácilmente utilizable por el conjunto de profesionales y pacientes.

R1 Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes

La Conselleria de Sanitat es depositaria de un amplio bagaje, y muchos años de experiencia en la educación sanitaria, para diferentes colectivos y problemas de salud.

Este objetivo pretende conseguir la mejora del conocimiento actualmente disponible mediante su organización en productos fácilmente accesibles para los profesionales y los agentes sociales y en formatos lo más eficientes posibles (educación grupal, participación de pacientes expertos, TIC, etc).

Objetivos específicos:

OE.129: Facilitar el acceso a la información sobre los factores de riesgo y estilos de vida relacionados con cáncer a toda la población, en particular a los grupos con mayores dificultades de acceso a la información.

LA Elaborar y distribuir materiales de información en prevención primaria en cáncer, en diferentes soportes.

LA Incrementar la información sobre prevención primaria en cáncer en el Portal Cuídate CV.

OE.130: Antes del 2012, se implementará el Portal de Educación para la Salud en la Escuela, instrumento de trabajo y consulta para profesionales relacionados con la educación sanitaria.

LA Diseñar y poner en marcha un portal de recursos de educación para la salud en el ámbito escolar para su utilización por parte de los profesionales sanitarios y docentes.

OE.131: Tener un número representativo de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) expertos para formar a otros pacientes con la enfermedad.

LA Realizar un taller específico de formación para conocer la sintomatología de exacerbación y correcta administración del tratamiento, dirigido a pacientes EPOC capacitados para formación.

R2 Liderar el conocimiento en salud

La revisión y ordenación del conocimiento en salud disponible y el papel de los técnicos de la Conselleria de Sanitat, debería reflejarse en la consolidación del liderazgo de la Conselleria en este tema.

Este objetivo implica organizar y difundir el conocimiento, con especial atención a las TIC, para conseguir su mayor visibilidad entre los profesionales sanitarios y otros usuarios del mismo.

En esta línea de garantizar información de salud de calidad, la Conselleria de Sanitat, debe convertirse en el referente de consulta que garantice, de forma ágil y accesible, una información actualizada y de alta calidad a todos los agentes sociales que puedan interesarse por ella.

La revisión del papel de las TIC habrá de desempeñar aquí un papel clave.

Objetivo especifico:

OE.132: Realizar las actuaciones oportunas para que la página web de la Conselleria de Sanitat sea referente en temas de salud.

LA Reelaborar la página web de la Conselleria y realizar el seguimiento de su utilización.

162

DESARROLLO FUTURO

S Formar a los profesionales

S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud

S Formar a los profesionales

S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud

La formación de los profesionales constituye otro elemento básico para el éxito de un proyecto.

El III Plan de Salud debe generar formas específicas de abordar la formación de los profesionales en los diferentes contenidos del mismo.

Esta formación no debe limitarse a los conocimientos teóricos, sino fomentar el desarrollo de habilidades que no forman parte de la formación tradicional en salud, tales como la formación en habilidades relacionales y comunicación, fundamentales para superar las importantes dificultades que implica conseguir cambios de hábitos y estilos de vida.

El sistema sanitario invierte un considerable esfuerzo en las actividades de formación. Muchas veces se plantean dudas sobre hasta qué punto estas iniciativas consiguen llegar a aquellos profesionales más necesitados de las mismas, o se centran más bien en los profesionales más motivados o incluso en los mejor formados.

El desarrollo que se pretende conseguir con este objetivo es llegar a estandarizar programas de formación, diseñados específicamente para llegar allí donde son más necesarios. Sin descartar otras posibilidades, habría que analizar abordajes como el uso de la teleformación, etc., para lograr el objetivo de formar en estrategias de salud al núcleo de los profesionales sanitarios.

Es más que evidente que el logro de objetivos del tipo de la educación en salud, o la mejora de hábitos y estilos de vida, precisa de habilidades que no se suelen adquirir ni en la formación básica de profesionales sanitarios, ni en la formación continua orientada a los conocimientos.

Este objetivo busca también conseguir sistematizar la formación de los profesionales sanitarios en habilidades relacionales tales como las de comunicación, negociación, etc., que les capacite para conseguir sus objetivos en la interacción con pacientes y con la ciudadanía. El III Plan de Salud apuesta por la inclusión de este tipo de formación en los programas de la estrategia en salud.

Objetivos específicos:

OE.133: Potenciar e impulsar la formación de profesionales sanitarios (especialmente Atención Primaria) en salud sexual, para que se incorporen en la consecución de los objetivos relacionados con la salud sexual.

LA Realizar cursos de formación dirigidos a los profesionales de los Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Sexual Reproductiva para mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y declaración de las Infecciones de Transmisión Sexual.

OE.134: Potenciar la formación adecuada de profesionales de todos los ámbitos asistenciales en enfermedades neurodegenerativas/demencias.

LA Dirigir actividades formativas a profesionales de Atención Primaria, Servicio de Neurología y Unidades de Salud Mental, para la promoción de factores protectores, la identificación precoz y la atención a lo largo del proceso.

OE.135: Potenciar la formación entre profesionales en el ámbito de los cuidados paliativos adaptada a su nivel de responsabilidad y conocimientos, en colaboración con otras entidades e instituciones.

LA Diseñar líneas de formación básica, intermedia y avanzada en cuidados paliativos para todos los profesionales del Sistema Sanitario Público Valenciano.

LA Desarrollar por parte de los departamentos de salud la formación básica diseñada por la EVES en cuidados paliativos definida en el Plan de cuidados paliativos.

LA Desarrollar por parte de la EVES en colaboración con las sociedades científicas, la formación intermedia/avanzada en cuidados paliativos definida en el Plan.

OE.136: Garantizar y potenciar la formación de profesionales y la investigación en envejecimiento/dependencia.

LA Elaborar un itinerario formativo continuo en esta área (EVES) para los profesionales de todos los ámbitos asistenciales.

LA Convocar ayudas a la investigación en el ámbito de las personas mayores dependientes, en situación de especial vulnerabilidad.

OE.137: Desarrollar antes de fin de 2011, un programa de formación e investigación en tabaquismo alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales existentes.

LA Realizar cursos de formación para el abordaje y tratamiento del tabaquismo en todos los departamentos de salud con periodicidad mínima anual.

LA Incentivar la realización de proyectos de investigación en relación al tabaquismo y su tratamiento.

LA Incentivar el registro sistemático del consumo de tabaco en la historia clínica de Atención Primaria.

OE.138: Potenciar la formación entre profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de Salud Mental.

LA Diseñar propuestas de formación específicas.

LA Integrar la formación en Salud Mental en los Planes o itinerarios formativos de la Conselleria de Sanitat.

LA Impartir cursos monográficos sobre diferentes patologías de Salud Mental que incluyan prevención, diagnóstico y tratamiento.

164

DESARROLLO FUTURO

T Desarrollar las TIC y la e-salud como instrumento estratégico

- **T1** Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para gestionar la salud
- **T2** Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía

T Desarrollar las tecnologías de la información y comunicación y la e-salud como instrumento estratégico

La apuesta estratégica del III Plan de Salud por las nuevas tecnologías recoge el hecho de que éstas se han convertido en una herramienta central de diferenciación y aportación de valor añadido.

La progresiva implantación de los servicios de receta electrónica en la Comunitat (con un total de 2.297 oficinas de farmacia), iniciada en 2008 es un claro ejemplo de ello, dando servicio en la actualidad, a más de 788.400 ciudadanos, a través de 373 oficinas de farmacia con servicios de receta electrónica. Este tipo de dispensación, implantado al 100% en la provincia de Castellón y desplegada progresivamente en Alicante y Valencia, supone un elemento clave para el uso eficiente de los recursos sanitarios y además un fuerte impulso para que las nuevas tecnologías se acerquen cada vez más al ciudadano.

La Conselleria de Sanitat, está haciendo desde hace muchos años, un notable esfuerzo por la innovación en la implementación de las TIC en toda la red sanitaria de la Comunitat, ya que los sistemas de información son un componente esencial de la actividad asistencial, sin los cuales no se puede concebir una asistencia sanitaria de calidad, segura eficiente y competitiva. La información es un elemento primordial en la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios y, por tanto, los sistemas que facilitan su manejo son una herramienta fundamental en el trabajo de los profesionales.

La incorporación de sistemas automatizados, de ayudas en los procesos clínicos (alertas, apoyo a la toma de decisiones sobre tratamientos, recordatorios...) aportan inteligencia a los sistemas de información y mejoran notablemente la calidad de la atención.

La incorporación de las TIC como nuevos canales de comunicación interactiva con el paciente o ciudadano, como Sanitat 24 y el uso de internet, móviles, redes sociales..., acercan los servicios públicos al ciudadano.

T1 Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud

Las Tecnologías de la Información y Comunicación se encuentran en pleno proceso de incorporación de "inteligencia" a la rutina de los sistemas.

La considerable implantación que tienen ya los sistemas automatizados en nuestra comunidad, ofrece enormes oportunidades para incorporar sistemas que faciliten al profesional y al usuario, sacar de estos sistemas el máximo rendimiento, tanto en su utilización en el contacto con el ciudadano o paciente, como en la capacidad de explotar la información y analizar perfiles y situaciones.

Se trata, por un lado, de incorporar sistemas de ayuda inteligentes a la tarea cotidiana de profesionales y pacientes, en la línea de la estrategia de salud y, por

otro lado, también se pretende analizar la información, identificar perfiles de pacientes con problemas especiales, segmentar colectivos para el diseño de programas diferenciados, o evaluar los resultados de las intervenciones.

En suma, incorporar inteligencia a los sistemas como herramienta de mejora de la eficiencia y los resultados

Objetivos específicos:

OE.139: Desarrollar el Sistema de Información en Salud Pública atendiendo a sus diferentes áreas funcionales: aspectos sociodemográficos, estado de la salud y sus principales factores determinantes, así como, sobre la situación del sistema de atención sanitaria.

LA Desarrollar la normativa de regulación del SISP mediante la puesta en funcionamiento de las comisiones gestoras previstas en la normativa: Comisión de Evaluación y la de Gestión y Desarrollo.

OE.140: Capacitar al sistema para segmentar la población e identificar los grupos de pacientes con riesgos más importantes, para realizar las intervenciones oportunas.

LA Desarrollar la clasificación o clasificaciones de segmentación de pacientes.

OE.141: Potenciar la selección de tratamientos que se adecuen a las recomendaciones recogidas en guías y protocolos incorporados en la herramienta de prescripción informatizada.

LA Fomentar el uso racional de medicamentos, a través de la prescripción de tratamientos basados en guías y protocolos que se fundamentan en la evidencia disponible.

OE.142: Mantener, desarrollar y mejorar los sistemas de información en cáncer (SIC) para que puedan ser útiles en la monitorización y evaluación del plan oncológico y de las actividades relacionadas con la oncología.

LA Analizar la tendencia temporal de incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer en la Comunitat Valenciana.

OE.143: Mejorar la integración y eficiencia de los sistemas de información relativos a la salud de los trabajadores.

LA Puesta en marcha de un portal on-line para la comunicación entre los SPRL y la Conselleria de Sanitat que incluya los trámites administrativos y el intercambio de información sobre las actividades sanitarias para la prevención de riesgos para la salud de origen laboral.

LA Posibilitar a todos los médicos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales la conexión al SISVEL para la comunicación on-line de las sospechas de enfermedades profesionales detectadas al realizar la VST.

LA Mejorar el intercambio de información sobre la salud de los trabajadores entre la Conselleria de Sanitat, la Administración laboral, el personal sanitario de los SPRL de las empresas y de las MATEPSS, con perfiles de usuarios específicos al SISVEL.

166

OE.144: Implementar un sistema de información confidencial, específico y de calidad que permita el análisis de información relativa a nuevas infecciones por VIH y casos sida.

LA Puesta en marcha del sistema de vigilancia epidemiológica específico.

LA Establecer líneas de seguimiento que permitan disponer de un sistema de información estable y de calidad de nuevas infecciones y casos sida.

OE.145: Configurar un mecanismo efectivo para compartir información clínica entre todos los profesionales sanitarios de la AVS independientemente de la diversidad de orígenes.

LA Desarrollar e implantar plenamente la Historia de Salud Electrónica (HSE) en todos los departamentos y centros de la AVS.

LA Normalizar terminologías e implantar estándares que garanticen la interoperabilidad de los distintos sistemas en el ámbito de la AVS y de éstos con sistemas externos.

OE.146: Proporcionar a los profesionales herramientas para el acceso y manejo de la información clínica (incluidos los resultados de pruebas, imagen médica, etc.) que sean útiles, eficientes y con buen nivel de aceptación por parte de los usuarios.

LA Refactorización y evolución de Abucasis II.

LA Culminación del desarrollo de Orion-Clinic.

LA Extensión de la implantación de Orion-Clinic a todos los departamentos gestionados por la Agència Valenciana de Salut.

LA Unificación de interfaces de usuario de las diferentes aplicaciones corporativas de gestión clínica, incorporando estándares internacionales de presentación de datos clínicos.

OE.147: Garantizar la seguridad, la privacidad, el control de acceso y la continuidad del servicio en los sistemas de uso asistencial.

LA Consolidación del certificado electrónico como medio generalizado de acceso a los sistemas asistenciales.

LA Establecimiento de mecanismos que aseguren la continuidad del servicio en todos los sistemas asistenciales de carácter crítico.

OE.148: Revisar y optimizar la definición de los procesos clave relacionados con la asistencia sanitaria, incorporándola a la construcción de las herramientas de gestión clínica.

LA Inclusión de vías clínicas en los sistemas del entorno de HSE.

LA Implantación de una plataforma para la gestión del paciente crónico integrada con los sistemas corporativos.

LA Deslocalización de la asistencia sanitaria en aquellos procesos que sean susceptibles de ello en base a la utilización de TIC (Telemedicina, teleasistencia, telediagnóstico).

OE.149: Facilitar a los profesionales mecanismos para utilizar la información contenida en los sistemas para el análisis y el mejor conocimiento de sus pacientes, patologías, condicionantes de salud, necesidades, utilización de servicios, etc.

LA Incluir en los sistemas para la gestión clínica herramientas de análisis de datos.

LA Disponer de un repositorio que agregue toda la información susceptible de ser explotada con dicha finalidad.

OE.150: Establecer mecanismos para el aprovechamiento óptimo de la información en la toma de decisiones estratégicas y de planificación, gestión e investigación.

LA Creación de herramientas para el seguimiento de los principales indicadores de funcionamiento de la organización (cuadros de mando) que faciliten las decisiones estratégicas y de planificación y gestión.

LA Creación de herramientas para la explotación de datos que faciliten el desarrollo de la investigación, garantizando la anonimización de los datos y su acceso a los profesionales autorizados.

OE.151: Poner a disposición de los profesionales herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas que mejoren la práctica asistencial y la seguridad del paciente.

LA Definir criterios para la toma de decisiones clínicas que puedan incorporarse a las herramientas de gestión clínica (alergias, interacciones, guías de prescripción, guías diagnósticas, guías de derivación...).

LA Incorporar las aplicaciones clínicas herramientas para dar soporte a la toma de decisiones clínicas.

T2 Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía

A pesar de la incorporación de algunas iniciativas de gran impacto, la utilización de estas tecnologías tanto para los servicios sanitarios como para la educación sanitaria parece aún bastante limitada.

El objetivo en este campo es que las TIC se conviertan en un canal de comunicación y uso de servicios entre los ciudadanos o pacientes y los profesionales o recursos.

Ello implica no sólo sumar iniciativas aisladas, sino realizar un planteamiento global para transformar, los canales de comunicación con el usuario a través de las TIC, en uno de los canales más importantes de los servicios sanitarios y la promoción y prevención.

Objetivos específicos:

OE.152: Aumentar la dispensación por receta electrónica (RELE).

LA Incrementar el número de zonas básicas de salud en las que está implantado el Servicio de Receta Electrónica (RELE)

OE.153: Facilitar el acceso de la ciudadanía a su información clínica y a las recomendaciones y consejos de salud ajustados a sus necesidades (carpeta personal de salud).

LA Desarrollar e implantar plenamente la carpeta personal de salud.

168

OE.154: Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación del paciente con el personal sanitario responsable de su proceso que permitan su seguimiento óptimo.

LA Desarrollar e implantar portales colaborativos para poner en comunicación a la ciudadanía con los profesionales sanitarios.

OE.155: Aprovechar los diferentes medios que ofrece la tecnología para mejorar la comunicación con la ciudadanía.

LA Extender la utilización del servicio de acceso a la historia de salud desde el teléfono móvil

LA Habilitar mecanismos de teleconsulta a través de internet y de TDT

OE.156: Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación entre los profesionales para facilitar la cooperación y el intercambio de conocimiento.

LA Desarrollar e implantar portales colaborativos para poner en comunicación a los profesionales sanitarios.

DESARROLLO FUTURO

U Construir los canales de intersectorialidad

U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales

U Construir los canales de intersectorialidad

U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales

Las intervenciones en materia sanitaria se fundamentan en el ordenamiento jurídico, que establece el marco legal de regulación en ciertas materias, a nivel estatal y en otras a nivel estatal y/o autonómico.

Sin embargo, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios ni políticas sanitarias, sino que influyen también de manera considerable, las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles. Salud en todas las políticas supone identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios, tales como la educación, el mercado laboral, el urbanismo etc en los que se transmiten o generan desigualdades.

La apuesta por liderar la intersectorialidad, implica poner un esfuerzo especial en consolidar o crear los canales de trabajo con los sectores y representantes políticos, económicos y sociales.

El objetivo principal es consolidar a la Conselleria de Sanitat como líder técnico, en los temas de salud para diferentes sectores sociales cuando necesiten información para realizar intervenciones de mejora de la salud y los hábitos de la población.

DESARROLLO FUTURO

V Diseñar servicios eficientes

V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad

Por tanto, el III Plan de Salud monitorizará que la Conselleria de Sanitat dedique un esfuerzo especial a analizar la situación de los canales de intersectorialidad para proponer y desarrollar los mismos.

Objetivos específicos:

OE.157: Implantar mecanismos de coordinación y corresponsabilidad entre las Consellerias de Sanitat y Bienestar Social en la atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

LA Elaborar el acuerdo de coordinación entre ambas Consellerias.

LA Implantar el Acuerdo de coordinación entre ambas Consellerias.

OE.158: Impulsar la colaboración con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales y laborales de cáncer.

LA Realizar intervenciones con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales de cáncer.

LA Realizar intervenciones con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos laborales de cáncer.

V Diseñar servicios eficientes

V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad

Como ya se ha comentado, la apuesta por la sostenibilidad del III Plan de Salud, implica centrarse en generalizar las intervenciones con mayor coste-efectividad.

Ello supone una atención especial en actualizar la información evaluativa y seleccionar las intervenciones con mayor evidencia de resultados. Este cometido puede ser realizado mediante las tradicionales revisiones bibliográficas, o bien mediante proyectos específicos de I+D+i que contribuyan a medir y aclarar la evidencia.

Esto implica prestar una especial atención a la aplicación de nuevas intervenciones, con vistas a la introducción de nuevos mecanismos de financiación y de gestión que favorezcan una mayor eficiencia en el uso de los recursos, garantice la calidad de las prestaciones, permita su sostenibilidad financiera y preserve el principio de equidad en el acceso a los servicios.

Objetivos específicos:

OE.159: Ampliar la cobertura de la información recogida en la Nota Informativa entregada a los pacientes en el momento del alta hospitalaria.

LA Integrar la aplicación de soporte a la Nota Informativa con la información sobre la acti-

170

vidad de laboratorios y las prótesis para mejorar la cobertura de la información recogida en la Nota.

OE.160: Incrementar el número de estudios que analizan aspectos de coste-efectividad de las tecnologías e intervenciones sanitarias, en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

LA Incluir la "evaluación económica de medicamentos, tecnologías e intervenciones sanitarias" entre las líneas prioritarias de investigación en las convocatorias de ayudas a proyectos de investigación dependientes de la Conselleria de Sanitat.

OE.161: Crear la plataforma para la futura Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut.

LA Configurar y poner en marcha la plataforma.

OE.162: Elaborar catálogos normalizados para el registro de la actividad asistencial y el cálculo de costes.

LA Elaboración de catálogos normalizados para el registro de la actividad asistencial y el cálculo de costes.

LA Constitución de grupos de trabajo para cada especialidad y elaboración conjunta del listado conceptual de técnicas y procedimientos no ambulatorios realizados.

LA Valoración de los costes individuales directos asociados a cada una de las pruebas que integran cada uno de los catálogos de las distintas especialidades.

OE.163: Llevar a cabo auditoria interna de los departamentos de salud y avanzar en la implantación del control de gestión.

LA Poner en marcha un proyecto piloto para implementar las auditorias internas periódicas en los centros que integran los departamentos de salud, implantar la cultura del control de gestión de la organización.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La evaluación se desarrollará a partir de la medición o estimación de los indicadores fijados para los objetivos específicos, utilizando para ello las fuentes de información seleccionadas. Para ello y de forma previa, se verificará que los indicadores propuestos en el Plan puedan extraerse de los Sistemas de Información seleccionados a fin de realizar las actuaciones necesarias para que los mismos estén operativos en la evaluación del III Plan.

El abordaje de las tareas de evaluación y seguimiento del Plan de Salud 2010-2013, requiere el compromiso de todos los niveles implicados.

Para ello se han establecido diferentes niveles de responsabilidad, que serán ejercidos por: el Comité de Dirección; la Comisión Técnico-Directiva de elaboración y seguimiento; los órganos dependientes de la Conselleria de Sanitat, responsables de las diferentes áreas de actuación del Plan de Salud, o de los objetivos fijados en el caso de los objetivos de carácter trasversal; los coordinadores de las áreas de actuación y los grupos de expertos. Las responsabilidades de los diferentes niveles implicados quedan recogidas en el apartado 2.2 del Plan de Salud.

La Oficina del Plan de Salud, dependiente de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat, realizará las siguientes funciones:

- Coordinación del proceso de elaboración del Plan.
- Redacción del documento del III Plan de Salud.
- Coordinación de la puesta en marcha del Plan de Salud.
- Impulso de la difusión del Plan, en todos los niveles de organización de la Conselleria de Sanitat involucrados.
- Coordinación de los agentes implicados en los diferentes niveles de responsabilidad.
- Evaluación continuada a partir de la información facilitada por los coordinadores, apoyados por los expertos.
- Propuesta de acciones correctoras.
- Monitorización del grado de cumplimiento.
- Evaluación final a partir de la información facilitada por los coordinadores, apoyados por los expertos.

Las evaluaciones del Plan tendrán un carácter anual, con independencia de la evaluación inicial de partida que se realice con la puesta en marcha del mismo. Además de las evaluaciones citadas sobre la consecución de los objetivos propuestos se realizarán por los coordinadores de las áreas de actuación o de los objetivos de carácter trans-

174

versal, con la periodicidad oportuna, informes sobre la evolución de las líneas de actuación propuestas para el logro de los objetivos, para incorporar, en caso necesario, medidas de mejora.

La monitorización y difusión de los resultados obtenidos a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, a través de diversos canales, constituye en sí un objetivo específico, asumido por la Oficina del Plan de Salud, para garantizar una información de calidad a los agentes sociales.

FINANCIACIÓN

FINANCIACIÓN

Si convenimos que el Plan de Salud es un instrumento ambicioso en el que se enmarca la política de salud, y no solo sanitaria de la población de la Comunitat Valenciana, la concreción de su aspecto económico financiero es vital para poder evaluar el compromiso real que la Administración Autonómica adquiere con la ciudadanía con el objeto de contribuir en la mejora de su calidad de vida.

A partir del conocimiento de ese Plan, y en el contexto del entorno económico de cada momento, la Administración Autonómica es la que prioriza los objetivos, y dota de los medios necesarios para su consecución. Así, cada uno de los ejercicios presupuestarios reflejará la cuantía de los medios económicos que las Cortes decidan poner a disposición de la salud, expresando así la verdadera importancia que tiene este compromiso que ha adquirido con su población. La medida pues de este compromiso, se concretará en cada una de las Leyes de Presupuestos que se aprueban anualmente.

Dado el carácter transversal del Plan de Salud, carece de una partida presupuestaria concreta. La consecución del Plan afecta a todos los capítulos y programas del Presupuesto anual de la Generalitat, destinado a Sanidad, si bien es cierto que el 1,5% del Presupuesto asignado, es dedicado a otras partidas distintas de la estricta atención sanitaria, y de las actividades propias de la salud pública como la protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En consecuencia podemos afirmar que el 98,5% del Presupuesto aprobado para la Conselleria de Sanitat se dedica a financiar los objetivos que se incluyen en el Plan de Salud. Por lo que en base a los Presupuestos de la Generalitat para el año 2010 y 2011 (Ley 13/2009, de 29 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2010 y Ley 17/2010, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2011), y, debido a la particular situación económica que atravesamos, tomando como referencia el año 2011 para los próximos años 2012 y 2013, su imputación económica es la siguiente:

Año 2010: 5.634 millones de euros.

Año 2011: 5.432 millones de euros.

Año 2012: 5.432 millones de euros.

Año 2013: 5.432 millones de euros.

Por lo que el importe total que dedicará nuestra Administración Sanitaria para atender las necesidades previstas en el III Plan de Salud se sitúa en torno a 21.930 millones de euros, a falta de los reajustes que haya que realizar a las anualidades estimadas para los años 2012 y 2013 con la publicación de las Leyes de Presupuestos de la Generalitat correspondientes, dependientes de los objetivos de recorte del déficit público que se establezcan en cada momento.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Ciudad Autónoma de Ceuta. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud de Ceuta 2008-2011*.

Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2007) 630 final, Bruselas. "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013".

Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2009) 567/4, Bruselas. "Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE".

Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2010) 546 final, Bruselas. "Europa 2020: una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador".

Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, 23 de octubre de 2007. "Segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud 2008-2013".

Decreto 154/2006, de 13 de octubre, del Consell, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5371, 20 octubre 2006).

Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5518, 23 abril 2007).

Decreto 120/2007, de 27 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat. (DOCV núm. 5566, 30 julio 2007).

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Plan de Salud de Catalunya en el horizonte 2010*.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. II Plan Integración Familia e Infancia 2007-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Plan Integral para la Atención a Personas con Discapacidades Persistentes por Enfermedad Mental 2009-2015.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Plan de Igualdad de Oportunidades 2010-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas. I Plan de Igualdad entre Mujeres y Hombres de la Administración de la Generalitat 2010-2012.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas. Plan Estratégico para la Mejora Continua de la Seguridad y Salud Laboral de los Empleados Públicos de la Generalitat 2010-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. I Plan del SIDA de la Comunitat Valenciana 1997.

182

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunitat Valenciana 2001.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *I Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2001-2004.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de la Dirección General de Salud Pública 2004.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Excelencia de la Sanitat Valenciana 2005.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2005.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico sobre drogodependencias u otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana 2006-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de Investigación Sanitaria y Biomédica 2006-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico para el control y calidad de la farmacia, medicamentos y productos sanitarios en la Comunitat Valenciana 2007.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana 2007-2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos de la Comunitat Valenciana 2007-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Atención a personas con enfermedades crónicas 2008: una estrategia para la gestión por procesos en hospital de media y larga estancia.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico para la gestión de la formación especializada en ciencias de la salud en la Comunitat Valenciana 2008-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Comunitat Valenciana 2009.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana 2009.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut 2009-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Sistemas de Información 2009-2011.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de I+D+i en Salud Pública de la Comunitat Valenciana 2009-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. II Plan para la prevención y control de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana 2009-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de gestión de la seguridad del paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, (en prensa).

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de inspección de servicios sanitarios de la Conselleria de Sanitat 2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Salud en EPOC de la Comunitat Valenciana 2010-2014.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de atención al ICTUS de la Comunitat Valenciana 2011-2015.

Gobierno del País Vasco. Departamento de Sanidad. *Plan de Salud del País Vasco 2002-2010.*

Gobierno de Navarra. *Plan de Salud de Navarra 2006-2012.*

Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. *Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral 2007-2010 del Principado de Asturias.*

Gobierno de Cantabria. *Plan de Gobernanza de Cantabria 2008-2012.*

Gobierno de la Rioja. *Plan de Salud de La Rioja 2009-2013.*

Gobierno de Canarias. Borrador del Plan de Salud de Canarias 2010-2015.

Junta de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010.*

Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012.*

Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.*

Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – Measures that drive performance. Harvard Business Review. 1992; (January – February): 71-79.

Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad. (BOE núm. 102, 29 abril 1986).

Ley 3/2003, de 6 de febrero. Ley de Ordenación Sanitaria en la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 4.440, 14 febrero 2003).

Ley 16/2003, de 28 de mayo. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, 29 mayo 2003).

Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat. Ley de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5.034, 23 junio 2005).

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad (NAOS) 2005.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de diabetes del SNS 2006.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de salud mental del SNS 2009-2013.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de cardiopatía isquémica del SNS 2006, actualizada en 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en cuidados paliativos del SNS 2007.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el SNS 2007.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Proyecto AP21.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia del ICTUS del SNS 2008.

184

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España 2008.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en cáncer del SNS 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del SNS 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Enfermedades Raras del SNS 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategias básicas de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2010.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (1998): Salud21 "Salud para todos en el siglo XXI". 51º Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1998. Copenhague.

Organización Mundial de la Salud. "La Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles". 61ª Asamblea Mundial de la Salud, 18 abril 2008. Disponible en URL: http://www.who.int/media-centre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/.

Organización Mundial de la Salud. "La política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS, 2002". Disponible en URL: http://www.who.int/gender/documents/sppolicy.pdf.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa de la OMS. Los Hechos Probados, "Los determinantes sociales de la salud, 2003". Disponible en: URL: http://www.who.int/social_determinants/es/.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa de la OMS. 55º Sesión del Comité Regional de la OMS para Europa, septiembre 2005. "Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia: Herramienta de género, 2007". Disponible en URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/herramGeneroEstratInfanAdolesc.pdf.

Organización Mundial de la Salud. "Resumen Analítico: Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana, 2009", noviembre 2009. Disponible en URL: http://www.who.int/dg/speeches/2009/women_health_report_20091109/es/.

Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen procedimiento y plazos para los Planes integrados de salud. (BOE núm. 179, 28 julio 1989).

Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud de Murcia 2010-2015.*

Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidad. Secretaria General. *Plan de Salud de Galicia 2006-2010*.

ANEXOS

ANEXO I

INDICADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MAPA ESTRATÉGICO DEL PLAN DE SALUD 2010-2013

A Satisfacción

A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.1 Mejorar la satisfacción percibida por los pacientes en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios.	—Índice sintético de satisfacción.	~ Encuestas de Opinión de Pacientes (DG Calidad y Atenc. Paciente).

C Sostenibilidad

C1 Garantizar la sostenibilidad económica del Sistema

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.2 Mantener incrementos de costes sostenibles.	—Variación del coste por habitante.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

188

D Responsabilizarse cada paciente de su salud

D1 Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos

Objetivo Específico		Indicador	Fuente de Información
OE.3	Alcanzar un 25% de pacientes hipertensos de 15 o más años de edad en los que se registra en la historia clínica el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los últimos 2 años.	—Porcentaje de pacientes hipertensos de 15 o más años de edad, en los que se registra en la historia clínica, el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los últimos 2 años.	~ ABUCASIS.
OE.4	Disminuir la contagiosidad y las recidivas de los pacientes con Tuberculosis que requieren un enfoque específico por su riesgo de abandono del tratamiento, mejorando el acceso al mismo en el tiempo y lugar necesarios.	—Porcentaje de casos de TB con riesgo de abandono que completan el tratamiento.	~ AVE.
OE.5	Facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral y los programas de adherencia al mismo.	—Hospitales que disponen de protocolo de Profilaxis Postexposición No Ocupacional (PPENO) en el servicio de urgencias.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.6	Mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes drogodependientes en los dispositivos de la Agència Valenciana de Salut y de los recursos complementarios de drogodependencias.	—Porcentaje de citas a las que acude el paciente sobre las programadas en UCAS.	~ SIA.
		—Porcentaje de altas terapéuticas de centros complementarios de DG Drogodependencias con cumplimiento de tratamiento.	~ SIGED (Sistema de Información para la Gestión de la DG Drogodependencias).
OE.7	Revisar los historiales farmacoterapéuticos de un número determinado de pacientes crónicos y polimedicados, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la eficacia y seguridad de los tratamientos.	—Porcentaje de historiales farmacoterapéuticos revisados.	~ GAIA.

D2 Participar activamente en las decisiones sobre su salud

Objetivo Específico		Indicador	Fuente de Información
OE.8	Facilitar la toma de decisiones informadas de la población respecto a la participación en los programas de cribado de cáncer y otras intervenciones sanitarias.	—Porcentaje de materiales con contenidos para la toma de decisión sobre beneficios y perjuicios de los programas de detección precoz de cáncer, respeto al total de materiales elaborados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.9	Fomentar la participación activa del paciente mayor dependiente y su familia, de forma que se convierta en el protagonista del proceso asistencial y se garantice un trato digno.	—Pacientes que opinan que se ha respetado su intimidad, han sido adecuadamente informados, se ha tenido en cuenta su opinión y se sienten satisfechos con las atenciones recibidas.	~ Encuestas de Opinión de Pacientes (DG Calidad y Atenc. Paciente).
OE.10	Proporcionar información y formación para favorecer el desarrollo de actitudes positivas, en las mujeres y en los hombres, hacia la maternidad.	—Porcentaje de mujeres primíparas que asisten a talleres de preparación a la maternidad/paternidad.	~ ABUCASIS.
		—Porcentaje de padres que asisten a talleres de preparación a la maternidad/paternidad.	~ ABUCASIS.
		—Porcentaje de padres que asisten al parto.	~ ABUCASIS.

E Conseguir los mejores niveles de capacitación

E1 Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.11 Fomentar, en población mayor de 50 años, las actividades de promoción de la salud y prevención de la artrosis (auto cuidados, educación, "paciente capacitado") frente a la hiper frecuentación y el mal uso de los recursos.	—Número de pacientes capacitados formados por unidad básica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de sesiones formativas sobre promoción de la salud y prevención de la artrosis, individuales y en grupo, realizadas por personal médico/enfermería.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.12 Mejorar con la educación diabetológica el autocuidado del paciente con diabetes.	—Porcentaje de pacientes que reciben educación diabetológica del total de diabéticos tipo 2 conocidos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.13 Aumentar el conocimiento/sensibilización de los pacientes, sobre los riesgos de infecciones nosocomiales asociadas.	—Número de documentos de consentimiento informado donde se incluye información específica del riesgo de infección asociada a la asistencia.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

E2 Disponer de personal cuidador formado y satisfecho

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.14 Identificar al cuidador/a principal de personas mayores dependientes, ofrecer soporte según la necesidad de asistencia sanitaria.	—Porcentaje de personas cuidadoras (principales informales) de personas mayores dependientes identificadas.	~ ABUCASIS.
	—Actividades formativas dirigidas a personas cuidadoras de mayores dependientes.	~ Sistema de información de la EVES. ~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.15 Proporcionar al paciente al final de la vida y a su familia/persona cuidadora información clara, veraz, de acuerdo a sus necesidades y deseos.	—Publicación de una guia de cuidadores/as donde se valore su compromiso y su aportación a la atención del enfermo y su distribución por los departamentos de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de familiares/personas cuidadoras que acuden a los talleres de educación sanitaria para el apoyo al cuidador.	~ Sistema de información de la EVES.
OE.16 Proporcionar al personal cuidador/familiares de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), un adecuado soporte asistencial en función de sus necesidades.	—Programas de atención a personas cuidadoras y familiares incorporados en todos los departamentos de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.17 Fomentar la competencia parental en el cuidado de la salud infantil.	—Porcentaje de familias de recién nacidos que asisten a talleres de crianza (masaje infantil, lactancia materna).	~ ABUCASIS.

190

F Conseguir mejores oportunidades de vida sana

F1 Mejorar los hábitos y estilos de vida

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.18 Incrementar en un 5%, la población consumidora de dos o más frutas y/o dos o más verduras al día.	—Porcentaje de población consumidora de dos o más frutas/verdura al día.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.19 Disminuir a una prevalencia del 15% la población infantojuvenil de, 6 a 15 años, que consume 3 o más productos dulces (bollería, refrescos) a la semana.	—Porcentaje de población de 6 a 15 años con consumo de productos dulces y bolleria de 3 o más veces a la semana.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
	—Porcentaje de población de 6 a 15 años con consumo de refrescos de 3 o más veces a la semana.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.20 Disminuir en un 8%, la prevalencia de población que declara no realizar nada de ejercicio físico en su tiempo libre.	—Porcentaje de población con sedentarismo en su tiempo libre.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.21 Promocionar acciones que conduzcan a la disminución del peso del material escolar que la población infantil lleva en las mochilas.	—Porcentaje de Centros de Primaria y ESO en los que se da una charla sobre el peso adecuado del material escolar a llevar en las mochilas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de editoriales con libros de texto para Primaria y ESO a las que se les sugiere dividir los libros en 3 ó 4 fascículos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.22 Promover en la población adolescente, en el medio escolar, actitudes y prácticas saludables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.	—Porcentaje de Centros Educativos con intervención en Educación para Salud Sexual.	~ EPS.
OE.23 Aumentar la percepción de riesgo de los jóvenes de 15 a 24 años, frente al consumo de alcohol y otras drogas, en especial cannabis y psicoestimulantes.	—Porcentaje de población joven que considera riesgo alto/muy alto el consumo habitual de alcohol, psicoestimulantes y cannabis.	~ Encuesta Domiciliaria de Drogas.

F2 Asegurar las intervenciones preventivas

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.24 Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el RVN frente a: Polio 3ª dosis (6 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 1ª dosis (15 meses) > 90%; DTPa 4ª dosis (18 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 2ª dosis (5-6 años) > 85% y Tétanos/Difteria adolescentes (Td) 6ª dosis (14 años) > 85%.	—Cobertura de vacunación registrada en polio 3ª dosis (6 meses).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en Triple Vírica 1ª dosis (15 meses).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en DTPa 4ª dosis (18 meses).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en Triple Vírica 2ª dosis (5-6 años).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en Td 6ª dosis (14 años).	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.25 Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a: Gripe en ≥ 65 años > 60%; Gripe en el grupo de riesgo "trabajadores de centros sociosanitarios" > 50%; Gripe en población < 15 años de los grupos de riesgo > 50%.	—Cobertura de vacunación registrada de gripe en población ≥ 65 años.	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada de gripe para cualquier grupo de riesgo en < 15 años.	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en el grupo de riesgo "trabajadores de centros sociosanitarios".	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.26 Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a Neumococo en ≥ 15 años de las personas con asplenia y/o con VIH > 30%.	—Cobertura de vacunación registrada de neumococo en pacientes asplénicos y/o VIH en ≥ 15 años.	~ SIV. ~ SISGEREN.

F2 Asegurar las intervenciones preventivas (Cont.)		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.27 Incrementar la cobertura vacunal de las niñas de 14 años frente al virus del papiloma humano un 10% en cada cohorte tomando como referencia la cobertura vacunal alcanzada en la cohorte de 1995.	—Diferencia entre el porcentaje de niñas vacunadas en la cohorte y el porcentaje de niñas vacunadas de la cohorte anterior.	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.28 Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, en la población adulta a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio (2013).	—Prevalencia de adultos entre 15 y 85 años diagnosticados con criterios de obesidad o sobrepeso según criterios de la SEEDO 2007.	~ ABUCASIS.
OE.29 Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), en la población infantil.	—Porcentaje de población de 0-14 años con IMC ≥ P85 (tablas de referencia OMS, según sexo y periodo etario)	~ ABUCASIS.
OE.30 Mejorar la detección precoz y el abordaje preventivo y terapéutico de los niños/as con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).	—Porcentaje de población de 0-14 años con IMC ≥ P85 (tablas de referencia OMS, según sexo y periodo etario) con registro de un código (CIE 9) de sobrepeso-obesidad en la historia clínica informatizada (Abucasis).	~ ABUCASIS.
OE.31 Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años de manera que, al finalizar el periodo de vigencia del Plan, no supere el 26,5% (30% en hombres y 23% en mujeres).	—Porcentaje de personas mayores de 15 años que se declaran fumadoras ocasionales o diarias.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.32 Disminuir las consecuencias del uso problemático del alcohol u otras drogas con especial atención a los accidentes de tráfico.	—Número de fallecidos en accidentes de tráfico con implicación de alcohol u otras drogas (prueba analítica confirmada).	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de intoxicaciones agudas por alcohol u otras drogas.	~ CMBD.
	—Morbilidad (dependencia y abuso, cirrosis, pancreatitis, neumonías por aspiración, traumatismos).	~ SIA. ~ CMBD.
OE.33 Asegurar las medidas de prevención y de detección precoz en las primeras etapas de la vida para disminuir la discapacidad.	—Porcentaje de recién nacidos en los que se ha realizado el cribado de enfermedades endocrinometabólicas y de hipoacusia.	~ RMBCV. ~ Hipoacusia de la DGSP.
	—Porcentaje de recién nacidos prematuros de peso al nacer inferior a 1500 g atendidos en Centros de Atención Temprana.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.34 Disminuir la tasa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento (peso menor de 2500 g).	—Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a los 2.500 g en la Comunitat Valenciana.	~ RMBCV.
OE.35 Aumentar la detección precoz del cáncer, extendiendo el programa de detección precoz de cáncer colorrectal y mejorando la equidad en el acceso a los programas de detección precoz y protocolos ya establecidos (mama y cuello de útero).	—Cobertura del programa de cáncer colorrectal y de cervix.	~ Programa de cáncer de colon. ~ ABUCASIS.
	—Participación del programa de cáncer mama, colorrectal y cervix.	~ Programa de cáncer de colon. ~ SIGMA. ~ ABUCASIS.
OE.36 Alcanzar en los pacientes de 40 ó más años de edad, un registro en la historia clínica de cifras de presión arterial de un 50% en los últimos dos años.	—Porcentaje de pacientes de 40 ó más años de edad, con un registro en la historia clínica de cifras de presión arterial en los últimos dos años.	~ ABUCASIS.
OE.37 Aumentar la realización de intervenciones breves desde la Atención Primaria para la detección precoz del consumo problemático de alcohol.	—Número de intervenciones breves en alcohol en Atención Primaria.	~ SIA.
OE.38 Fomentar la detección precoz de enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide y espondiloartritis).	—Porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica (artritis reumatoide y espondiloartritis) detectados en los primeros 2 meses de enfermedad.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

192

F2 Asegurar las intervenciones preventivas (Cont.)		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.39 Disminuir la incidencia de tuberculosis mediante el estudio y tratamiento correspondiente, de los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico positivo.	—Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico posititvo a los que se realiza estudio de contactos.	~ AVE.
OE.40 Reducir la incidencia de la infección por VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).	—Incidencia de la infección por VIH en HSH.	~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.41 Desarrollar estrategias de prevención primaria dirigidas a la prevención, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular.	—Porcentaje de personas a las que se les ha detectado algún factor de riesgo cardiovascular y que aún no han desarrollado síntomas de enfermedad a las que se les ha calculado y valorado el riesgo cardiovascular.	~ ABUCASIS.
OE.42 Alcanzar el 60% de pacientes hipertensos de edad ≥ 15 años, con cifras de presión arterial sistólica < 140 y presión arterial diastólica < 90 mmHg en el último registro de la presión arterial, realizado en los 12 meses previos.	—Porcentaje de pacientes hipertensos ≥15 años, con cifras de presión arterial sistólica < 140 y presión arterial diastólica < 90 mmHg en el último registro de la presión arterial, realizado en los 12 meses previos.	~ ABUCASIS.
OE.43 Mejorar el diagnóstico de dislipemia en población general.	—Porcentaje de personas con determinación del colesterol sérico y HDL en los últimos 5 años del total de la población mayor de 18 años.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes dislipémicos con determinación en el último año del perfil lipídico (colesterol total, HDL y triglicéridos) del total de pacientes dislipémicos.	~ ABUCASIS.
OE.44 Incrementar la detección precoz de pacientes diabéticos con pie de riesgo en Atención Primaria.	—Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y exploración de pie en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
OE.45 Proporcionar acceso precoz a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca para los pacientes dados de alta hospitalaria por síndrome coronario agudo, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.	—Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio incluidos en programas de prevención secundaria y de rehabilitación cardiaca.	~ CMBD.
OE.46 Desarrollar estrategias para la prevención secundaria del ictus.	—Porcentaje de pacientes que han sido diagnosticados de ictus, que mantienen la adherencia al tratamiento al año.	~ ABUCASIS.

G Construir compromisos por la salud

G1 Construir compromisos de promoción y prevención		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.47 Fomentar la participación familiar en las tareas de prevención del abuso del alcohol, las drogas y las adicciones comportamentales.	—Número de acciones formativas de prevención familiar y número de padres y madres formados.	~ SIPRED (Sistema de Información de Prevención de la DG Drogodependencias).
OE.48 Antes de finalizar el 2012, todos los departamentos de salud contarán con proyectos de promoción de la salud adaptados a las necesidades específicas de los mismos.	—Porcentaje de departamentos de salud con proyectos de promoción de salud adaptados a sus necesidades específicas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

G2 Garantizar una información de calidad a los agentes sociales		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.49 Monitorizar y difundir, los resultados obtenidos a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, a través de distintos canales.	—Porcentaje de objetivos del Plan de Salud evaluados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de actividades de comunicación o difusión realizadas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.50 Difundir la información generada por el Sistema de Información en Salud Pública que permita un análisis periódico sobre los principales aspectos relacionados con la salud, con especial hincapié en los determinantes y desigualdades sociales en salud, al conjunto de usuarios: profesionales, administración y ciudadanos.	—Número de actividades de difusión de información: cursos de formación, jornadas y seminarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

H Contribuir a un entorno más saludable

H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.51 Concienciar a la población de los perjuicios del tabaquismo pasivo.	—Porcentaje de personas no fumadoras que se declaran como no expuestas al humo de tabaco.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.52 Asegurar el control de las industrias y establecimientos alimentarios según lo establecido en los planes de acción del Plan de Seguridad Alimentaria correspondientes al periodo 2010-2013.	—Grado de cumplimiento del Programa de Vigilancia Sistemática.	~ ISSA.

194

I Mejorar la sostenibilidad

I1 Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.53 Reducir el número de pacientes con problemas relacionados con los medicamentos (PRM), alcanzando así un mayor grado de seguridad en sus tratamientos.	—Porcentaje de reducción de pacientes con problemas relacionados con los medicamentos.	~ GAIA.
OE.54 Disminuir la tasa de reingresos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).	—Porcentaje de reingresos por EPOC dentro de los 30 días tras un alta previa por EPOC.	~ CMBD.
OE.55 Reducir los ingresos hospitalarios y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca.	—Tasa de pacientes por 100.000 habitantes que han ingresado en los hospitales de la AVS con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.	~ CMBD. ~ SIP.
	—Tasa de pacientes por 100.000 habitantes que han fallecido en los hospitales de la AVS con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.	~ CMBD. ~ SIP.

I2 Mejorar la eficiencia de los recursos		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.56 Mejorar la eficiencia de los recursos hospitalarios.	—Estancia Media Ajustada por Casuística.	~ CMBD.
	—Índice de ocupación hospitalario.	~ SISAL.

J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes

J1 Implementar programas y estrategias en salud

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.57 Antes de final de 2012 se habrá diseñado un Plan Estratégico para la Promoción de una Alimentación y Actividad Física Saludables para la Comunitat.	—Presentación del Plan Estratégico.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.58 Que a la fecha de finalización del Plan de Salud, la Conselleria de Sanitat disponga de un Plan de Atención al Tabaquismo, desarrollado , alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales sobre el tabaquismo y sus consecuencias.	—Publicación del Plan de Atención al Tabaquismo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.59 Implantar la Estrategia de atención al parto y nacimiento normal en las maternidades.	—Porcentaje de cesáreas (estandarizado por indicaciones).	~ Registro de Metabolopatías.
	—Porcentaje de inicio lactancia materna.	~ Registro de Metabolopatías.
	—Porcentaje de partos inducidos (estandarizado por indicaciones).	~ ABUCASIS.
OE.60 Diseñar el Plan de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.	—Publicación del Plan de Salud Mental.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.61 Desarrollar programas para las personas con Trastorno Mental Grave de Curso Crónico, en las Unidades de Salud Mental.	—Porcentaje de Unidades de Salud Mental que desarrollan programas para las personas con Trastorno Mental Grave.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.62 Implementar un Programa de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores, en Centros de Atención Primaria y Centros Cívicos dependientes de Ayuntamiento y Asociaciones.	—Centros implicados en el Programa de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores (en Centros de Atención Primaria y Centros Cívicos dependientes de Ayuntamiento y Asociaciones).	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

J2 Garantizar una asistencia integral e integrada

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.63 Potenciar la realización de un Plan de Atención Integral (PAI) para cada paciente en: cuidados paliativos, enfermedad neurodegenerativa/demencia y trastorno mental grave de curso crónico.	—Porcentaje de personas con enfermedad neurodegenerativa/demencia con PAI contenido en la historia clínica.	~ ORION. ~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes susceptibles de cuidados paliativos en los HACLES con PAI contenido en la historia clínica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de personas con trastorno mental grave con PAI.	~ ORION. ~ ABUCASIS.
OE.64 Reducir la mortalidad por cáncer, especialmente en las personas con menos de 65 años y aumentar la supervivencia específicamente en los tumores de mama, colorrectal, próstata y pulmón acercándola a los estándares de excelencia.	—Tasa de supervivencia relativa.	~ SIC.
	—Tasa de supervivencia general.	~ SIC.
	—Tasa de mortalidad general.	~ Registro de Mortalidad CV.
	—Tasa de supervivencia global.	~ SIC.
	—Tasa de mortalidad especifica por sexo,edad y tumor.	~ Registro de Mortalidad CV. ~ SIC.
OE.65 Establecer circuitos que permitan el acceso rápido a las prestaciones diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y/o atención de secuelas del cáncer.	—Tiempos entre el diagnóstico y tratamiento de los tumores de mama, colorrecto, cervix y próstata.	~ SIGMA; Programa de cancer de colon; SIC; PATWIN; ORION; ABUCASIS.

J2 Garantizar una asistencia integral e integrada (Cont.)			
	Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.66	Asegurar la atención adecuada y la continuidad asistencial en el seguimiento de las personas que son largos supervivientes de cáncer.	—Departamentos con protocolos de atención compartida por Atención Primaria y Atención Especializada para pacientes oncológicos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.67	Aumentar el porcentaje de población con ictus que es tratada en tiempo y forma adecuada.	—Porcentaje de pacientes diagnosticados de ictus que son tratados antes de 4,5 horas en una unidad de ictus.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.68	Conseguir la máxima autonomía funcional posible de los pacientes con ictus.	—Porcentaje de pacientes que a los tres meses de ser diagnosticados de ictus han mejorado su escala Rankin alcanzando un valor igual o inferior a 3.	~ ABUCASIS.
OE.69	Mejorar las estrategias de reperfusión cardiaca en el infarto agudo de miocardio.	—Número de angioplastias primarias realizadas por cada 1.000.000 de habitantes.	~ CMBD.
OE.70	Adecuar la organización del sistema sanitario para proporcionar a las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias y a sus familiares o cuidadores/as, una atención integral e integrada.	—Proceso asistencial integrado en los departamentos de salud, con elementos de calidad y prioridades definidas en función de las necesidades de la población.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.71	Adecuar la organización sanitaria a las necesidades en salud de las personas mayores dependientes, para garantizar la continuidad de los cuidados.	—Visitas medias programadas en Atención Primaria realizadas a mayores dependientes.	~ ABUCASIS.
OE.72	Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a la población mayor dependiente con pérdida de algún grado de autonomía, basada en las mejores prácticas y evidencias científicas coste-efectivas.	—Documentos de buenas prácticas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.73	Garantizar que los/as pacientes que lo requieran puedan recibir cuidados paliativos en todos los departamentos de salud; potenciando los Equipos de Atención Primaria como responsables de los cuidados paliativos.	—Porcentaje de departamentos de salud que tienen elaborado un programa de cuidados paliativos, mediante adaptación del Plan de paliativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
		—Porcentaje de Equipos de Atención Primaria (EAP) con referente de cuidados paliativos en el departamento de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.74	Impulsar la actividad de las "Unidades funcionales de Diabetes", de los departamentos sanitarios, para mejorar la asistencia diabetológica en la Comunitat Valenciana.	—Actividad de las Unidades funcionales de diabetes de cada departamento de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.75	Incrementar el cribado de retinopatía diabética mediante la realización de retinografías en Atención Primaria.	—Proporción de pacientes con diabetes y retinografía realizada en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
OE.76	Fomentar el abordaje de la fibromialgia en Atención Primaria en población mayor de 18 años.	—Porcentaje de pacientes con afectación leve de la calidad de vida con diagnóstico de fibromialgia que se tratan y siguen desde Atención Primaria con control clínico específico por este motivo de salud, sin seguimiento programado por otra especialidad no de Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
		—Porcentaje de pacientes diagnosticados de fibromialgia en los que consta la anamnesis y exploración en Atención Primaria, frente a los diagnosticados de fibromialgia en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
OE.77	Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva.	—Porcentaje de primeras consultas de salud sexual y reproductiva.	~ ABUCASIS.

J3 Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico			
	Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.78	Incluir un 20% de pacientes crónicos en programas que aborden los nuevos modelos de gestión del paciente crónico.	—Número de pacientes incluidos en programas de gestión de pacientes crónicos.	~ SIA.

K Priorizar los grupos vulnerables

K1 Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.79 Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en el último mes en el grupo de edad de entre 14 y 18 años, de manera que al finalizar el periodo de vigencia del Plan, ésta no supere el 27% (24% en hombres y 30% en mujeres).	—Prevalencia en el consumo de tabaco en el último mes en la población entre 14 y 18 años.	~ Encuesta Escolar sobre Consumo de Drogas en la Comunitat Valenciana.
OE.80 Aumentar la accesibilidad al sistema sanitario de las personas que por sus circunstancias personales, sociales o culturales se encuentran en situación de especial vulnerabilidad ante al alcohol y otras drogas, en especial menores y jóvenes, y mujeres.	—Número de programas de prevención selectiva y de tratamiento para colectivos especialmente vulnerables.	~ Registro de centros y programas acreditados de drogodependencias. ~ SIGED (Sistema de Información para la Gestión de la DG Drogodependencias). ~ SIPRED (Sistema de Información de Prevención de la DG Drogodependencias).
OE.81 Potenciar un abordaje biopsicosocial en las personas con cáncer, especialmente en niños y adolescentes.	—Porcentaje de departamentos con protocolos de circuitos de soporte biopsicosocial en pacientes diagnosticados en cáncer (tanto en adultos como en niños y adolescentes).	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de pacientes con valoración multidimensional del total de pacientes diagnosticados en cáncer (tanto en adultos como en niños y adolescentes).	~ ORION. ~ ABUCASIS.
OE.82 Identificar lo antes posible a la persona mayor dependiente en situación de especial vulnerabilidad.	—Número de pacientes identificados como mayores dependientes en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
	—Número de pacientes identificados como mayores dependientes en otros centros de la AVS.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
OE.83 Reducir la incidencia de la infección por VIH en población inmigrante.	—Nuevas infecciones por VIH en inmigrantes.	~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.84 Promover estrategias para disminuir la estigmatización y favorecer la integración de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).	—Número de estrategias para disminuir la estigmatización y favorecer la integración de las personas con TMG.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.85 Disminuir la incidencia de embarazos no planeados y de abortos inducidos en la población adolescente.	—Tasa de abortividad en mujeres menores de 15 y de 15-19 años.	~ INE. ~ IVE. ~ Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la CV.
OE.86 Fomentar actuaciones específicas de prevención del exceso de peso en población infantil más vulnerable a presentar riesgo de aparición de sobrepeso y obesidad, especialmente bajo nivel socioeconómico, familias inmigrantes y niños/as con necesidades educativas especiales.	—Porcentaje de Centros de Atención Primaria con al menos una actuacion específica en población infantil más vulnerable que incluyan trabajo interdisciplinar e intersectorial.	~ Sistema de Información del Programa de Salud Infantil. ~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

198

L Realizar procesos excelentes de educación en salud

L1 Utilizar exhaustivamente el conocimiento, la experiencia y el material sobre educación sanitaria			
	Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.87	Diseñar e implantar un sistema de comunicación para la prevención de riesgos asociados al consumo de alimentos.	—Actuaciones de comunicación (charlas, folletos divulgativos...) para la prevención de riesgos ligados al consumo de alimentos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.88	Optimizar los resultados de la educación diabetológica dependiendo de los valores de la determinación de la HbA1c en el momento de la visita médica.	—Porcentaje de Unidades funcionales de diabetes infantil dotadas con medidor de HbA1c.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.89	Fomentar la sensibilización e información tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y discriminación.	—Número de actividades de sensibilización e información realizadas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y discriminación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

L2 Integrar la información al usuario a través de varios canales			
	Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.90	Implantar sistemas integrados de relación con el paciente en los departamentos de salud.	—Número de usuarios que utilizan la información distribuida o accesible por canales TIC.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.91	Difundir y mejorar la información/formación en materia de salud sexual, mediante la elaboración y edición de diversos materiales y la aportación de las nuevas tecnologías a través del portal de salud de la Conselleria de Sanitat.	—Número de materiales educativos en Salud Sexual.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

M Incorporar al profesional en la estrategia de salud

M1 Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.92 Implicar en el Sistema de Información en Salud Pública (SISP) a profesionales y organizaciones interesados/as mediante su participación en las comisiones técnicas que procuren su desarrollo.	—Número de reuniones de trabajo para la creación de los Comités técnicos, así como, las de seguimiento.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.93 Disponer de un sistema analítico de vanguardia, tanto en capacidad de análisis como en calidad de los resultados, para hacer frente a los riesgos químicos y microbiológicos relacionados con la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental.	—Grado de Cumplimiento Analítico Acreditado (GCAA).	~ LIMS.
OE.94 Mejorar la atención sanitaria de la población adulta con sobrepeso y obesidad y sus familias.	—Porcentaje de historias clínicas de Abucasis de diagnóstico de sobrepeso-obesidad según criterios SEEDO 2007 en la población entre 15 y 85 años con determinación de IMC que lo justifique.	~ ABUCASIS.
OE.95 Aumentar el número de pacientes con criterio diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se registra en la historia clínica electrónica la valoración de actividad física.	—Porcentaje de pacientes con criterio diagnóstico de EPOC en los que se registra en la historia clínica electrónica la valoración de la actividad física.	~ ABUCASIS.
OE.96 Disminuir las incidencias y/o eventos de infecciones nosocomiales asociadas a prácticas asistenciales de especial riesgo.	—Incidencia asociada a prácticas asistenciales específicas en relación al número de intervenciones específicas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.97 Mejorar la determinación del riesgo vascular en pacientes dislipémicos (CT ≥ 200 mg/dl y/o HDL < 40 mg/dl en hombres o HDL < 50 mg/dl en mujeres).	—Porcentaje de pacientes dislipémicos con cuantificación del riesgo vascular del total de pacientes dislipémicos.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes dislipémicos con determinación conjunta de presión arterial, hábito tabáquico, glucemia, perímetro de cintura e índice de masa corporal y perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos) del total de pacientes dislipémicos.	~ ABUCASIS.
OE.98 Mejorar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar.	—Porcentaje de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar del total de población.	~ ABUCASIS.
OE.99 Aumentar el número de pacientes con criterio diagnóstico de EPOC, en población mayor de 40 años con historia de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año.	—Porcentaje de pacientes con criterio diagnóstico de EPOC en población mayor de 40 años con historia de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año.	~ ABUCASIS.
OE.100 Identificar en cualquier nivel asistencial y lo más precozmente posible a los pacientes susceptibles de cuidados paliativos.	—Porcentaje de pacientes susceptibles de cuidados paliativos identificados con el código V66.7, en la historia clínica o el CMBD de acuerdo a criterios establecidos.	~ ABUCASIS. ~ CMBD.
OE.101 Sensibilizar a los agentes implicados para normalizar las actividades que permitan disminuir el retraso diagnóstico de la infección por VIH.	—Porcentaje de diagnósticos tardíos de sida.	~ Registro casos de SIDA ~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.102 Utilizar de forma racional los fármacos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años.	—Porcentaje de pacientes en tratamiento de osteoporosis que tengan dos factores clínicos de riesgo de fractura osteoporótica.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Porcentaje de pacientes en tratamiento de osteoporosis con una densitometría ósea.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Porcentaje de pacientes con fractura osteoporótica previa en tratamiento de osteoporosis.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Porcentaje de pacientes en tratamiento de osteoporosis a los que se les ha aplicado FRAX.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

M1 Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema (Cont.)		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.103 Promover el uso racional de cefalosporinas y antibióticos de uso restringido para reducir el número de infecciones por microorganismos resistentes.	—Consumo de cefalosporinas.	~ GAIA.
	—Consumo de antibióticos de uso restringido.	~ Registro de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

M2 Participar en la investigación		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.104 Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de proyectos de investigación en los ámbitos prioritarios de actuación definidos en este Plan de Salud, especialmente en cáncer, enfermedades neurodegenerativas/demencias, enfermedades raras, salud mental y cuidados paliativos.	—Financiación destinada a investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de proyectos de investigación desarrollados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de profesionales sanitarios implicados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de convenios de colaboración suscritos con los agentes sanitarios para el fomento de la investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

N Vigilar la salud y la equidad

N1 Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.105 Disminuir la incidencia de las principales comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias) asociadas al sobrepeso y a la obesidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.	—Porcentaje de Centros de Salud con al menos una actuación realizada, dentro de la población diagnosticada de obesidad o sobrepeso, para mejorar las comorbilidades asociadas a la obesidad, dentro de la comunidad.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.106 Disminuir la mortalidad por enfermedad cerebro y cardiovascular en los pacientes hipertensos (varones < de 70 años y mujeres < de 75 años).	—Mortalidad anual por enfermedad cerebro o cardiovascular en varones hipertensos menores de 70 años en varones hipertensos de esta edad.	~ Registro de Mortalidad CV.
	—Mortalidad anual por enfermedad cerebro o cardiovascular en mujeres hipertensas menores de 75 años en mujeres hipertensas de esta edad.	~ Registro de Mortalidad CV.
OE.107 Mejorar el control lipídico de los pacientes diabéticos o con enfermedad vascular arteriosclerótica.	—Porcentaje de pacientes diabéticos con LDL inferior a 100 mg/dl del total de pacientes diagnosticados de diabetes.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular arterioesclerótica con LDL inferior a 100 mg/dl del total de pacientes diagnosticados de enfermedad vascular arterioesclerótica.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular arteriosclerótica en tratamiento con estatinas del total de pacientes diagnosticados de enfermedad vascular arterioesclerótica.	~ ABUCASIS.
OE.108 Evaluar la exposición de la población valenciana a contaminantes a través de la dieta.	—Cálculo de la ingesta diaria de cada contaminante en la población.	~ Portal de dieta total.
OE.109 Vigilar la presencia de residuos de plaguicidas en alimentos vegetales y evaluar la exposición de la población.	—Grado de cumplimiento del programa de Vigilancia Sanitaria.	~ ISSA.
OE.110 Proveer los medios y mecanismos de intervención necesarios que permitan mejorar el control de las epizootias en los mataderos de abasto.	—Implantación del sistema de información en el 90% de los mataderos de abasto con más de 10 trabajadores en líneas de sacrificio y elaboración de la guía.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.111 Mejorar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores (VST) de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica.	—Guías con Documento de Intercambio de Información Sanitaria sobre la VST específica para las principales ocupaciones de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica, elaboradas y distribuidas.	~ SISVEL.
OE.112 Mejorar la prevención de los problemas de salud de tipo psíquico mediante su detección precoz en los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial.	—Número de exámenes de salud realizados a trabajadores en los que se aplican los criterios de la Guia de Riesgo Psicosocial elaborada.	~ SISVEL.
OE.113 Mejorar las actividades sanitarias para trabajadores frente a las exposiciones laborales accidentales a riesgo biológico.	—Número de exposiciones biológicas accidentales de trabajadores para cuyo tratamiento y seguimiento se utiliza la aplicación del Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA).	~ Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA).
OE.114 Mejorar la detección de enfermedades musculoesqueléticas de origen laboral.	—Tasa de comunicación de sospechas de enfermedad profesional.	~ SISVEL. ~ SIA.

N2 Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.115 Definir, dentro de los indicadores del Sistema de Información en Salud Pública, un conjunto mínimo de datos (cuadro de mando) de indicadores sociales y de la salud que tengan en cuenta los distintos ejes de desigualdad.	—Número de indicadores consensuados, elaborados y con formato para su difusión.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

202

O Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud

O1 Promover proyectos comunitarios de salud			
	Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.116	Potenciar la participación de la sociedad valenciana, a través de las asociaciones de pacientes y de voluntariado, fundamentalmente en funciones de acompañamiento como vínculo del equipo sanitario y la sociedad.	—Grado de participación del voluntariado en actividades relacionadas con el acompañamiento a personas mayores dependientes.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
		—Actividades formativas destinadas al voluntariado.	~ Sistema de información de la EVES.
OE.117	Potenciar la participación de la sociedad valenciana y la colaboración intersectorial en los cuidados paliativos.	—Número de campañas de información y difusión de los cuidados paliativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.118	Incrementar la sensibilización sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud entre los profesionales.	—Número de actividades de difusión de información: cursos de formación, jornadas y seminarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.119	Proporcionar a los/as cuidadores/as/ familiares de las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias el soporte asistencial y facilitar el acceso al soporte social, en un entorno digno y en los distintos momentos evolutivos del proceso de la enfermedad.	—Porcentaje de cuidadores/as de personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias identificados en la historia clínica en los distintos momentos evolutivos del proceso de la enfermedad.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

O2 Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos			
	Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.120	Mejorar la atención sociosanitaria en situaciones de riesgo de desprotección o maltrato infantil.	—Porcentaje de Hojas de Notificación de Atención Sociosanitaria Infantil y Protección de Menores recibidas anualmente en relación a la población < 18 años.	~ ABUCASIS. ~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.121	Mejorar la información de empresarios y trabajadores sobre la importancia de la vigilancia de la salud en el trabajo como medida preventiva.	—Número de guías editadas y distribuidas entre empresarios y trabajadores.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.122	Favorecer la integración del niño con diabetes en el ámbito escolar en condiciones de igualdad.	—Porcentaje de colegios con niños diabéticos que aceptan la intervención educativa.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.123	Aumentar el conocimiento de las intervenciones sobre prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Promoción de la Salud (PS), que se realizan tanto en el Sistema Sanitario como fuera del mismo.	—Número de intervenciones preventivas frente a las ITS.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

P Conocer y gestionar los costes con eficiencia

P1 Conocer y gestionar los costes

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.124 Fomentar la prescripción farmacoterapéutica de la forma más eficiente.	—Utilización de medicamentos de precio menor, para las moléculas de alto potencial de ahorro seleccionadas.	~ GAIA.
	—Porcentaje de envases de genéricos dispensados, frente al total de envases de medicamentos que se dispensan (según criterios del Acuerdo de Gestión de la Agència Valenciana de Salut).	~ GAIA.
OE.125 Poner en marcha el nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.	—Número de departamentos en los que está en funcionamiento el nuevo sistema de información.	~ Nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de actividad y porcentaje de costes recogidos en el nuevo sistema de información.	~ Nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.
OE.126 Consolidar el sistema de financiación capitativa y su modulación a través de la facturación intercentros.	—Número de departamentos integrados en el aplicativo Compás.	~ Compás.
	—Ámbitos asistenciales recogidos en el aplicativo Compás.	~ Compás.

204

Q Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud

Q1 Adaptar los roles y funciones profesionales		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.127 Desarrollar el rol de gestión de casos entre enfermería comunitaria y de enlace.	—Número de profesionales dedicados a la gestión de casos en el sistema asistencial.	~ SASIS.
OE.128 Proporcionar una atención sanitaria continuada al recién nacido entre la maternidad y la Atención Primaria.	—Porcentaje de recién nacidos atendidos en el Centro de Atención Primaria en la 1ª semana de vida.	~ ABUCASIS.

R Desarrollar formas de educación en salud más eficientes

R1 Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.129 Facilitar el acceso a la información sobre los factores de riesgo y estilos de vida relacionados con cáncer a toda la población, en particular a los grupos con mayores dificultades de acceso a la información.	—Porcentaje de materiales de información de prevención en cáncer elaborados en diferentes soportes.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de consultas en el portal Cuídate CV sobre prevención en cáncer respecto al total de consultas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.130 Antes del 2012, se implementará el Portal de Educación para la Salud en la Escuela, instrumento de trabajo y consulta para profesionales relacionados con la educación sanitaria.	—Portal de Educación para la Salud en la Escuela puesto en marcha.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.131 Tener un número representativo de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) expertos para formar a otros pacientes con la enfermedad.	—Porcentaje de pacientes EPOC formados para ser formadores de pacientes EPOC.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

R2 Liderar el conocimiento en salud		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.132 Realizar las actuaciones oportunas para que la página web de la Conselleria de Sanitat sea referente en temas de salud.	—Número de visitas a los contenidos de salud de la página web.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

S Formar a los profesionales

S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.133 Potenciar e impulsar la formación de profesionales sanitarios (especialmente Atención Primaria) en salud sexual, para que se incorporen en la consecución de los objetivos relacionados con la salud sexual.	—Número de actividades de formación en salud sexual dirigidas a profesionales sanitarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.134 Potenciar la formación adecuada de profesionales de todos los ámbitos asistenciales en enfermedades neurodegenerativas/demencias.	—Actividades formativas y asistencia de profesionales a las mismas.	~ Sistema de información de la EVES.
OE.135 Potenciar la formación entre profesionales en el ámbito de los cuidados paliativos adaptada a su nivel de responsabilidad y conocimientos, en colaboración con otras entidades e instituciones.	—Plan de formación especifico en cuidados paliativos para todo el personal asistencial de la Conselleria de Sanitat, adaptado a los niveles de atención en función de la complejidad y de la formación de los distintos colectivos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.136 Garantizar y potenciar la formación de profesionales y la investigación en envejecimiento/dependencia.	—Actividades formativas y asistencia de los profesionales a las mismas.	~ Sistema de información de la EVES.
	—Ayudas a la investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.137 Desarrollar antes de fin de 2011, un programa de formación e investigación en tabaquismo alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales existentes.	—Publicación del Plan de formación e investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.138 Potenciar la formación entre profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de Salud Mental.	—Número de actividades acreditadas sobre salud mental realizadas cada 2 años, por cada 100 profesionales.	~ Sistema de información de la EVES.

206

T Desarrollar las tecnologías de la información y comunicación y la e-salud como instrumento estratégico

T1 Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.139 Desarrollar el Sistema de Información en Salud Pública atendiendo a sus diferentes áreas funcionales: aspectos sociodemográficos, estado de la salud y sus principales factores determinantes, así como, sobre la situación del sistema de atención sanitaria.	—Número de reuniones de trabajo para la creación de la Comisión de Evaluación y la Comisión de Gestión y Desarrollo, así como las de seguimiento.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.140 Capacitar al sistema para segmentar la población e identificar los grupos de pacientes con riesgos más importantes, para realizar las intervenciones oportunas.	—Periodicidad y cobertura de la segmentación.	~ CCBI.
OE.141 Potenciar la selección de tratamientos que se adecuen a las recomendaciones recogidas en guías y protocolos incorporados en la herramienta de prescripción informatizada.	—Porcentaje de tratamientos nuevos que se adecuen a las recomendaciones recogidas en las guías y protocolos incorporados en la herramienta de ayuda a la prescripción, GFAR.	~ GAIA.
OE.142 Mantener, desarrollar y mejorar los sistemas de información en cáncer (SIC) para que puedan ser útiles en la monitorización y evaluación del plan oncológico y de las actividades relacionadas con la oncología.	—Porcentaje de centros asistenciales incorporados del total de posibles centros susceptibles de ser incorporados.	~ SIC.
	—Población cubierta por el Registro de Tumores de Castellón.	~ SIC.
	—Cobertura de población en NEOS y en SIO.	~ SIC.
OE.143 Mejorar la integración y eficiencia de los sistemas de información relativos a la salud de los trabajadores.	—Porcentaje de entidades integradas en el Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL) respecto a las posibles.	~ SISVEL.
OE.144 Implementar un sistema de información confidencial, específico y de calidad que permita el análisis de información relativa a nuevas infecciones por VIH y casos sida.	—Sistema de información de nuevas infecciones y casos sida.	~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.145 Configurar un mecanismo efectivo para compartir información clínica entre todos los profesionales sanitarios de la AVS independientemente de la diversidad de orígenes.	—Porcentaje de sistemas de los departamentos y centros de la AVS capaces de donar información a HSE, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de sistemas de los departamentos y centros de la AVS capaces de aceptar información de HSE, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de sistemas de los departamentos y centros de la AVS capaces de interoperar, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.146 Proporcionar a los profesionales herramientas para el acceso y manejo de la información clínica (incluidos los resultados de pruebas, imagen médica, etc.) que sean útiles, eficientes y con buen nivel de aceptación por parte de los usuarios.	—Cumplimiento de plazos de acuerdo con la planificación del proyecto Abucasis II.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Cumplimiento de plazos de acuerdo con la planificación del proyecto Orion-Clinic.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de departamentos y centros en los que se ha implantado Orion-Clinic.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Cumplimiento de plazos de acuerdo con la planificación del proyecto de unificación de interfaces de usuario de las diferentes aplicaciones corporativas de gestión clínica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

T1 Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud (Cont.)

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.147 Garantizar la seguridad, la privacidad, el control de acceso y la continuidad del servicio en los sistemas de uso asistencial.	—Porcentaje de usuarios de sistemas asistenciales que utilizan certificado electrónico, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de sistemas asistenciales para los que existe un mecanismo de restauración del servicio que no interfiera con la práctica asistencial, respecto a todos los que lo necesitan, ponderados por volumen medio de usuarios diarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.148 Revisar y optimizar la definición de los procesos clave relacionados con la asistencia sanitaria, incorporándola a la construcción de las herramientas de gestión clínica.	—Porcentaje de procesos que han seguido alguna vía clínica en los sistemas del entorno de HSE del total de procesos atendidos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de pacientes crónicos gestionados a través de la plataforma integrada con los sistemas corporativos respecto al total de pacientes crónicos susceptibles de ser gestionados por dicha plataforma.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de servicios con atención sanitaria deslocalizada, respecto a la cartera total de servicios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de pacientes a los que se ha prestado algún tipo de asistencia sanitaria deslocalizada.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.149 Facilitar a los profesionales mecanismos para utilizar la información contenida en los sistemas para el análisis y el mejor conocimiento de sus pacientes, patologías, condicionantes de salud, necesidades, utilización de servicios, etc.	—Porcentaje de profesionales que utilizan de forma regular las herramientas para el análisis de datos para la gestión clínica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Volumen de información consolidada en un repositorio que agregue toda la información susceptible de ser explotada con dicha finalidad frente a la que debería consolidarse.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.150 Establecer mecanismos para el aprovechamiento óptimo de la información en la toma de decisiones estratégicas y de planificación, gestión e investigación.	—Porcentaje de personal directivo de la Conselleria de Sanitat que utiliza estas herramientas para el seguimiento de los principales indicadores de funcionamiento de la organización.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de proyectos de investigación desarrollados con la utilización de la información corporativa facilitada por el Centro de Competencias en *Business Intelligence*.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.151 Poner a disposición de los profesionales herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas que mejoren la práctica asistencial y la seguridad del paciente.	—Porcentaje de procesos para los que se han definido guías respecto al total.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de profesionales que utilizan de forma regular las herramientas para el soporte a la toma de decisiones clínicas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

208

T2 Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.152 Aumentar la dispensación por receta electrónica (RELE).	—Porcentaje de recetas dispensadas por receta electrónica.	~ GAIA.
OE.153 Facilitar el acceso de la ciudadanía a su información clínica y a las recomendaciones y consejos de salud ajustados a sus necesidades (carpeta personal de salud).	—Porcentaje de la ciudadanía que accede a su carpeta personal de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.154 Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación del paciente con el personal sanitario responsable de su proceso que permitan su seguimiento óptimo.	—Porcentaje de la ciudadanía que utiliza alguno de los portales colaborativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de profesionales que utiliza alguno de los portales colaborativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.155 Aprovechar los diferentes medios que ofrece la tecnología para mejorar la comunicación con la ciudadanía.	—Porcentaje de la ciudadanía que se descarga la historia de salud en el teléfono móvil.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de la ciudadanía que utiliza la teleconsulta.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de profesionales que utiliza la teleconsulta.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.156 Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación entre los profesionales para facilitar la cooperación y el intercambio de conocimiento.	—Porcentaje de profesionales que utiliza alguno de los portales colaborativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

U Construir los canales de intersectorialidad

U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.157 Implantar mecanismos de coordinación y corresponsabilidad entre las Conselleries de Sanitat y Bienestar Social en la atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG).	—Comisión socio-sanitaria entre la Conselleria de Bienestar Social y Conselleria de Sanitat.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.158 Impulsar la colaboración con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales y laborales de cáncer.	—Intervenciones realizadas con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales y laborales de cáncer.	~ Registro específico de Salud Ambiental, SISVEL.

V Diseñar servicios eficientes

V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad		
Objetivo Específico	**Indicador**	**Fuente de Información**
OE.159 Ampliar la cobertura de la información recogida en la Nota Informativa entregada a los pacientes en el momento del alta hospitalaria.	—Número de notas informativas entregadas respecto al total de altas hospitalarias y cobertura de la información registrada respecto al total de la asistencia prestada.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.160 Incrementar el número de estudios que analizan aspectos de coste-efectividad de las tecnologías e intervenciones sanitarias, en el ámbito de la Comunitat Valenciana.	—Crecimiento porcentual en el número de publicaciones (artículos originales y de revisión) en revistas indexadas en el Journal Citación Reports con al menos un investigador/a perteneciente a centros de investigación de la Comunitat Valenciana.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.161 Crear la plataforma para la futura Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut.	—Número de departamentos conectados a la plataforma para la futura Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut.	~ Nueva plataforma de la Central de Rendimientos y Costes de la AVS.
	—Número de funcionalidades ofrecidas por la herramienta respecto al total deseable.	~ Nueva plataforma de la Central de Rendimientos y Costes de la AVS.
OE.162 Elaborar catálogos normalizados para el registro de la actividad asistencial y el cálculo de costes.	—Número de especialidades médicas con catálogo elaborado respecto al total de especialidades para las que se plantea su elaboración y estado de situación de los mismos: disponibilidad de listado conceptual, de valoraciones económicas y del catálogo final.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.163 Llevar a cabo auditoria interna de los departamentos de salud y avanzar en la implantación del control de gestión.	—Auditoría interna realizada y estado de situación de la misma.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

210

ANEXO II

COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD 2010-2013

Presidente: Manuel Cervera Taulet. Conseller de Sanitat.

Vicepresidente primero: Alfonso Bataller Vicent. Subsecretario de la Conselleria de Sanitat.

Vicepresidente segundo: Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.

Vocales:

- Luis Rosado Bretón
- Eloy Jiménez Cantos
- José Cano Pascual
- Mª Luisa Carrera Hueso
- Sofía Tomás Dols
- José Clérigues Belloch
- Pilar Ripoll Feliu
- Manuel Escolano Puig
- Joaquín Ibarra Huesa
- José Ángel Sánchez Navajas
- Elvira Bosch Reig
- Agapito Núñez Tortajada

ANEXO III

COMISIÓN TÉCNICO-DIRECTIVA DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2010-1013

Presidenta: Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.

Secretaria: Mª José Torner Giner. Jefa de la Oficina del Plan de Salud de la Conselleria de Sanitat.

Vocales:

- Alfonso Bataller Vicent
- Julia Calabuig Pérez
- Esteban Carrillo Ridau
- Pedro Chinesta Tejera
- Ángel Delicado Torres
- José Luis Fabado Agustí
- Caridad García León
- Gregorio Gómez Soriano
- Carmen López Almazán
- Juan Antonio López Vilaplana
- Rafael Micó Pérez
- Alberto José Monforte Albalat
- Manuel Pascual de la Torre
- Amparo Rufino Valor
- Elias Ruiz Rojo
- Salvador Sánchez Torres
- José Luis Trillo Mata
- Clara Tuset Sanchis
- Manuel Yarza Cañellas

212

ANEXO IV

CONSEJO DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Alfonso Bataller Vicent
Lourdes Bernal Sanchís
Juan Enrique Blasco Sanchiz
José Cano Pascual
Rafael Cantó Pastor
Mª Luisa Carrera Hueso
Antonio Clemente Olivert
José Clérigues Belloch
Javier Climent Grau
Andrés Corno Caparrós
Isabel Dolz Muñoz
Francisco Dolz Sinisterra
Manuel Escolano Puig
Alberto Fabra Prat
Asunción Francés Camarena
José Antonio Herranz Martínez
José Ramón Hueso Abacens
Fernando Moner Romero
Emilio Monte Maynés
José Vicente Morata Estragues
Vicente Nebot Palmer
Cristina Papí Meseguer
Ana Pareja Langreo
Manuel Pérez Fenoll
Josep Manuel Picó i Tormo
Antonio Plá Piera
Antonio Redondo Pastor
Pilar Ripoll Feliu
Mª Carmen Román Ortega
Luis Rosado Bretón
José Ruiz Cervera
Antonio Javier Verdú Rico

ANEXO V

ÓRGANOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Tabaco	Servicio de Promoción de la Salud
	Secretaria Técnica del Comisionado para la Atención y Prevención de Drogodependencias
	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
	Área de Asistencia Sanitaria
Alcohol y Otras drogas	Secretaría Técnica del Comisionado para la Atención y Prevención de Drogodependencias
Alimentación, Nutrición y Actividad física	Servicio de Promoción de la Salud
Salud Sexual y Reproductiva / ITS	Servicio del Plan del SIDA
Salud Mental	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4

PROTECCIÓN DE LA SALUD / PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Seguridad Alimentaria	Área de Seguridad Alimentaria
Salud Laboral	Servicio de Salud Laboral
Vacunación	Servicio de Promoción de la Salud
	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

VIH / SIDA	Servicio del Plan del SIDA
Tuberculosis	Área de Epidemiología
	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Infecciones Nosocomiales	Servicio de Calidad Asistencial

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Cáncer / Detección precoz de tumores	Oficina del Plan del Cáncer
Enfermedades Cardiovasculares	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Enfermedades Cerebrovasculares	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Enfermedades Neurodegenerativas / Demencias	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Trastorno Mental Grave de Curso Crónico	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4
Enfermedades Respiratorias (EPOC)	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
Enfermedades Musculoesqueléticas	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1

214

ANEXO V

ÓRGANOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS (Continuación)

ENFERMEDADES / FACTORES DE RIESGO

Hipertensión Arterial	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
Diabetes	Plan de Diabetes Comunitat Valenciana
	Subsecretaría
Obesidad	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
	Servicio de Salud Infantil y de la Mujer
Dislipemias	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1

GRUPOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Cuidados Paliativos	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4
Envejecimiento / Dependencia	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4
	Dirección General de Calidad y Atención al Paciente
Salud Materno-Infantil y Adolescencia	Servicio de Salud Infantil y de la Mujer

ANEXO VI

ÓRGANOS RESPONSABLES DE LOS OBJETIVOS DE CARÁCTER TRANSVERSAL

Área de Coordinación de Centros y Actuación en Salud Pública

Área de Epidemiología

Área de Farmacia y Productos Sanitarios

Dirección General de Asistencia Sanitaria (zona 2)

Dirección General de Asistencia Sanitaria (zonas 3 y 4)

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección General de Recursos Económicos

Oficina de Gestión de la Investigación

Oficina de Investigación Sanitaria

Oficina del Plan de Salud

Área de Informática, Telecomunicaciones y Organización

216

ANEXO VII

RELACIÓN DE COORDINADORES POR ÁREA DE ACTUACIÓN

Mª Dolores Aicart Bort	Enfermedades Respiratorias (EPOC)
Mª José Avilés Martínez	Tabaco
Miguel Catalá Bauset	Diabetes
Adelina Corbacho Godes	Obesidad
Dolores Cuevas Cuerda	Enfermedades Neurodegenerativas / Demencias Tuberculosis
Ángel Delicado Torres	Alcohol y Otras Drogas Tabaco
Valentín Esteban Buedo	Salud Laboral
Ana Fullana Montoro	Salud Materno-Infantil y Adolescencia
Vicente Giner Ruiz	Enfermedades Musculoesqueléticas
Francisco González Morán	Tuberculosis
Mª Dolores Gutiérrez Sigler	Vacunación
Carmen López Almazán	Envejecimiento / Dependencia
José Luis LListerri Caro	Hipertensión Arterial
José A. LLuch Rodrigo	Tabaco Vacunación
Silvia Marín Villuendas	Seguridad Alimentaria
Javier Mataix Sancho	Tabaco
Juan José Moreno Murcia	Salud Mental Trastorno Mental Grave de Curso Crónico
Cristina Nebot Marzal	Envejecimiento / Dependencia
Vicente Pascual Fuster	Dislipemias
Eduardo Plá Ernest	Salud Sexual y Reproductiva / ITS
Mercedes Pons Esteve	VIH / SIDA
Joan Quiles Izquierdo	Alimentación / Nutrición y Actividad Física
Mª Jesús Redondo Gallego	Obesidad
Pablo Rodríguez Martínez	Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Cerebrovasculares
Mª Dolores Salas Trejo	Cáncer / Detección Precoz de Tumores
José Ignacio Sánchez González	Vacunación
Salvador Sánchez Torres	Infecciones Nosocomiales
Eduardo Zafra Galán	Cuidados Paliativos

ANEXO VIII

RELACIÓN DE COORDINADORES DE LOS OBJETIVOS DE CARÁCTER TRANSVERSAL

Carmen Aguado Giménez

Patricia Alagarda López

Rocío Broseta Solaz

Mireia Candel Molina

Pedro Chinesta Tejera

Gregorio Gómez Soriano

Marta Hermenegildo Caudevilla

Carmen López Almazán

Juan Antonio López Vilaplana

José A. Lluch Rodrigo

Domingo Orozco Beltrán

Beatriz Pedrós Marí

Salvador Peiró Moreno

Amparo Rufino Valor

Mª José Torner Giner

Herme Vanaclocha Luna

218

ANEXO IX

RELACIÓN DE EXPERTOS POR ÁREA DE ACTUACIÓN

Tabaco

Mercedes Andrés Martínez
Juan Manuel Beltrán Garrido
Montiel Chelet Martí
Virginia Fuentes Leonarte
Ángela Fuentes Piaget
Francisco Furió Martínez
Alfonso Jiménez López
Teresa Orengo Caus
Inmaculada Pérez Pont
Joan Antoni Ribera i Osca
Jaime Signes Costa
Francisco Verdú Asensi

Alcohol y otras drogas

Julia Aguilar Serrano
Leonor Cano Pérez
Miguel Castellano Gómez
Vicente Garijo García
Azucena Martí Palacios
Ana Robles Pariente
Alberto Sancho Muñoz
Vicente Tomás Gradolí

Alimentación, nutrición y actividad física

Alejandro Buendía Romero
Ascensió Carratalá Beguer
Pilar Codoñer Franch
Jaime Dalmau Serra
José Devís Devís
Gloria Ferris Maluenda
Adela Martínez Martínez
José Martínez Valls
Rocío Ortíz Moncada
Gerardo Pastor Saura
Enrique Romero Pérez
Carlos Sánchez Juan
José Miguel Soriano del Castillo

Salud sexual y reproductiva / ITS

Francisco Brotons Munt
Concepción Ferrer Casanova
Isabel Huertas Zarco
Adrián Lloret Cano
Antonia Moreno Ortín
Macarena Quesada Moreno
Froilán Sánchez Sánchez

Salud mental / Trastorno mental grave de curso crónico

Mª José Abad Pérez
Amparo Arocas Estellés
Manuel Barceló Iranzo
José Manuel Bertolín Guillén
Juana Cantero Llorca
Ana Doménech Almendros
Elisa Gallach Solano
Eva Legaz Sánchez
Mª Jesús Megia Sanz
Carmen Miguel Marín
Teresa Navarro García
Vicente Palop Larrea

Seguridad alimentaria

Rosario Báguena Montesinos
Mar Canós Cerdá
Eduardo Gómez Carazo
Rosa Peyró Vilaplana
Vicent Yusá Pelechá

Salud laboral

Ricardo Goberna Ortiz
José María Lledó López Cobo
Javier López Cantó
José María Sempere Aleixandre
Miguel Ángel Tarín Remohí
Santiago Villar Mira

Vacunación

Dolores Alfonso Doménech
María Garcés Sánchez
Ana Jorro Llagaria
Enrique Mascarós Balaguer
Eliseo Pastor Villalba
Antonio Portero Alonso
Javier Soriano Faura

VIH / SIDA

Federico Alcácer García
Carlos Manuel Gómez García
Alicia Hernández Galve
Amparo Juan Corrons
Enrique Ortega González
Josefa Polache Vengud
Dante Tortola Graner

Tuberculosis

Rafael Blanquer Olivas
Mª Dolores Gil Aparicio
Pilar Momparler Carrasco
Rosario Moreno Muñoz
Elvira Pérez Pérez

Infecciones nosocomiales

Juan Manuel Beltrán Garrido
Alicia Hernández Galve
Rafael Manuel Ortí Lucas

220

Cáncer / Detección precoz de tumores

Carmen Alberich Martí
Pascual Bolufer Gilabert
Carlos Camps Herrero
Dolores Cuevas Cuerda
Manuel Escolano Puig
Valentín Esteban Buedo
Enrique García García
Constantino Herranz Fernández
Josefa Ibáñez Cabañell
Jesús María González Marín
Vicente Guillem Porta
Victor Jiménez Torres
Antonio Llombart Bosch
Ana Lluch Hernández
José A. Lluch Rodrigo
José Vicente Martí Boscá
Ricardo Meneu de Guillermo
Carmen Puchalt Sanchis
Joan Quiles Izquierdo
Francisco Ruiz Perales
Oscar Zurriaga Llorens

Enfermedades cardiovasculares

José Luis Diago Torrent
Manuel González Sal
Salvador Morell Cabedo
Juan Vicente Ruiz Nodar
Elías Ruiz Rojo
Juan Sanchis Forés
Enrique Viosca Herrero

Enfermedades cerebrovasculares

Mercedes Carrasco González
Nuria García Guerrero
Daniel Eduardo Geffner Sclarsky
Aida Pilar Lago Martín
Carlos Leiva Santana
Consuelo Maraber Lora
Amparo Romero Martínez

Enfermedades neurodegenerativas / Demencias

Jordi Alom Poveda
Mª Dolores Alonso Salvador
Ana Arbaizar Martínez
Rafael Esplugues Sisternes
Antonio Sansano Clement
Emilia Trull Maravilla
José Villar Company
Teresa Villarroya Pastor

Enfermedades respiratorias (EPOC)

Rafael Micó Pérez
José Ignacio Sánchez González
Juan José Soler Cataluña

Enfermedades musculoesqueléticas

José Barreda Puchades
José J. Blanquer Gregori
Mª Ángeles Cabrera Ferriols
Javier Calvo Catalá
José María Climent Barberá
Antonio Fuertes Fortea
José Carlos Rosas Gómez de Salazar
Gloria López García
Amparo Martínez Azucena
Juan Carlos Ojea Arnedo
José Francisco Pastor Oliver
José Andrés Román Ivorra
Encarna Santolaria Bartolomé
Isabel Serralta Davia
Paloma Vela Casasempere

Hipertensión arterial

Rafael Durá Belinchón
José Luis Gorriz Teruel
Vicente Pallarés Carratalá
Carlos Sanchis Doménech
Juan José Tamarit García
Francisco Valls Roca

Diabetes

Carlos Sánchez Juan
Francisca Moreno Macián
Isabel Gabaldón Sánchez
Jorge Navarro Pérez
Juan Adrián Girbés Borrás
Mª Teresa Marí Herrero
Manuel Antonio Ruiz Quintero
Óscar Moreno Pérez
Rosario Isabel Lorente Calvo
Salvador Varea Tórtola

Obesidad

Mª Dolores Aicart Bort
José Rafael Berná Salas
Julia Colomer Revuelta
Cayetano Gómez Gálvez
Empar Lurbe i Ferrer
Jesús Marrodán Gironés
Manuel Jesús Romero Atanes
Yolanda Sánchez Sánchez
Valero Sebastián Barberán

Dislipemias

Dolores Corella Piquer
Diego Vicente Godoy Rocati
Antonio Maiques Galán
Carlos Morillas Ariño
José Luis Pardo Franco

Cuidados paliativos

Rosario Baydal Cardona
Andrés Cervantes Ruipérez
Victoria Espinar Cid
Miguel Fombuena Moreno
Josefa Ibáñez Cabanell
Ramón Navarro Sanz
Lorenzo Pascual López
Inmaculada Pérez Escoto
Carmen Puchalt Sanchis
Carmen Soler Sáiz

222

Envejecimiento / Dependencia

Ignacio Blasco Garrido
Vicente Escoms Trullenque
Paloma Ferrandis Garrayo
José Fornés Ruíz
Carol Gutiérrez Ferris
Mª José Monrós Chancosa
Pilar Román Sánchez
Leopoldo Segarra Castelló
Vicente Segura Sobrino
Pepa Soler Leyva
Luis Vañó Gisbert
Óscar Zurriaga Llorens

Salud materno-infantil y adolescencia

Trinidad Álvarez de Laviada
Mª Teresa Asensi Monzó
Sofía Clar Gimeno
Jorge Colomer Pellicer
Javier Cortés de las Heras
Manuel Fillol Crespo
Jesús García Martínez
Antonio Martorell Aragonés
Alfredo Perales Marín
Carmen María Pons Salvador
Vicente Roqués Serradilla
Mª Luisa Sáez Tejerina
Josefa Inés Santamaría Castañar
Juan Ignacio Soler Tormo

ANEXO X

RELACIÓN DE PARTICIPANTES DE OTRAS CONSELLERIAS DESIGNADOS PARA FACILITAR LA INTERSECTORIALIDAD DEL PLAN DE SALUD

Paloma Ferrandis Garrayo	Conselleria de Bienestar Social
Nuria García Guerrero	Conselleria de Bienestar Social
Jesús García Martínez	Conselleria de Educación
Auxiliadora Hernández Miñana	Conselleria de Educación
Araceli Málaga López	Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas
Carmen Miguel Marín	Conselleria de Bienestar Social
Gotzone Mora Temprano	Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía
Concepción Navarro Penela	Conselleria de Bienestar Social
Inmaculada Pérez Escoto	Conselleria de Bienestar Social
Antonio Sansano Clement	Conselleria de Bienestar Social

224

ANEXO XI

RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS CAPÍTULOS DEL PLAN 2010-2013

Oficina del Plan de Salud

Mª Ángeles Irles Rocamora
Raquel López Lara
Saray Millán Velasco
Blasa Paredes Quero
Mª José Torner Giner

Capítulo de Demografía

Nieves Alba Moratilla
Pablo León Ródenas
Francisco José Ortiz Cervelló
Jorge Ribera Lacomba
Carles Simó Noguera

Capítulo de Recursos del Sistema Sanitario Público

Julia Calabuig Pérez
Pedro Chinesta Tejera
Carmen Cots Soler
Bernardo Cuenca Richart
Mª Gracia García Baquero
Julia García Torán
Patricia González Castellanos
Marta Hermenegildo Caudevilla
Enrique Hevilla Cucarella
Joaquín Ibarra Huesa
Juan Antonio López Vilaplana
Jaime Miguel Mocholí Gras
Cristina Nebot Marzal
Daniel Pablo Comeche
Rosa Pérez Mencía
Carmen Puchalt Sanchis
Teresa de Rojas Galiana
Desamparados Rufino Valor
Eloy Sáiz Ramiro
José Carlos Segura Miguel
Francisco Tamarit Puchades
José Luís Trillo Mata

Metodología y Elaboración Foros de Comunicación y Participación Ciudadana

Mª Jesús Felipe Tío
Carol de Miguel González
Inmaculada Serra Yoldi
Montserrat Vilar Figueirido

Metodología Plan de Salud

Antares Consulting SA:
Esteban Carrillo Ridao
José Luís Gómez Jerique
Víctor Cañellas Guerrero

Asesores Externos

José Luis Alfonso Sánchez
Ellke Jakubowski
José Mª Martín Moreno

Instituto Valenciano de Estadística

Francisco Fabuel Gadea
Juan Martínez Albuixech

Apoyo Administrativo

Encarna León Pérez
Liliana Moreno Martínez
Mª José Rodríguez Turpín

ANEXO XII

SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

AVE	ANÁLISIS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
AVS	AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
BSC	BALANCED SCORECARD
CCBI	CENTRO DE COMPETENCIAS EN BUSINESS INTELLIGENCE
CDM	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR
CIPF	CENTRO DE INVESTIGACIÓN PRÍNCIPE FELIPE
CS	CENTRO DE SALUD
CSISP	CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
DGSP	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
EDO	ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA
EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
EPS	PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EVCD	ESPERANZA DE VIDA CON DISCAPACIDAD
EVLD	ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD
FISABIO	FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA
FOM	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DEL MEDITERRANEO
GIS	SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOREFERENCIAL
HACLE	HOSPITALES DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA
HCDSNS	HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
HSE	HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA
IM	INDICE DE MASCULINIDAD
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
ITS	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
IVE	INSTITUTO VALENCIANO DE ESTADISTICA
LA	LÍNEA DE ACTUACIÓN
OE	OBJETIVO ESPECÍFICO
RCS	RED CENTINELA SANITARIA
REBA	REGISTRO DE EXPOSICIONES BIOLÓGICAS ACCIDENTALES
RedMIVA	RED MICROBIOLÓGICA VALENCIANA
ROESB	REGISTROS OFICIALES DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS BIOCIDAS
RVN	REGISTRO NOMINAL DE VACUNAS
SAVIA	SISTEMA AUTONÓMICO VALENCIANO DE INFORMACIÓN EN ADICCIONES
SIC	SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER
SICCIR	SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRALIZADO Y COMPARTIDO DE INSTALACIONES DE RIESGO DE LEGIONELA
SIDO	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN POR OBJETIVOS
SIE	SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA
SIGED	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA DG DROGODEPENDENCIAS
SIP	SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL
SIS	SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS
SISVEL	SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL
SISGEREN	SISTEMA DE INDICADORES SANITARIOS GERENCIALES
SIV	SISTEMA DE INFORMACIÓN VACUNAL
SNS	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
TIC	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
TMG	TRASTOSNO MENTAL GRAVE
UHD	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO