

 **Salud en todas las edades**
Salud en todas las políticas

IV Plan de Salud
2016–2020
Comunitat Valenciana



 **Salud en todas las edades**
Salud en todas las políticas

IV Plan de Salud
2016–2020
Comunitat Valenciana



Coordinación: Direcció General de Salut Pública

Ana M García García
Carmen Barona Vilar
M^a Ángeles Irles Rocamora
Rosa Mas Pons

Colaboración técnica: Grupo Calité Universidad Miguel Hernández

Jose Joaquín Mira Solves
Mercedes Guilabert Mora
Isabel Navarro Soler

Apoyo en el análisis de situación

Ana Míguez Santiyán
Guillermo Vallés Castellano
Jordi Pérez Panadés

Apoyo administrativo

Regina Martín Aparisi
Nieves Torremocha Barrofet

Edita

Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
© de la presente edición: Generalitat, 2016
© de los textos: los autores
1^a edición

Maquetación e impresión

Grafimar

ISBN: 978-84-482-6084-2
Depósito Legal: V-921-2016

IV PLAN DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2016-2020)



GENERALITAT VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Presentación

La salud de las personas es uno de los principales recursos de nuestra sociedad y un activo para su desarrollo económico y social, tal y como queda reflejado en las principales fuentes de referencia que marcan las políticas de salud en el contexto internacional.

El Gobierno Valenciano considera la salud y el bienestar como un derecho fundamental que se debe garantizar y sitúa a las personas en el centro de atención de sus políticas y actuaciones. En consecuencia, son imprescindibles políticas que garanticen el estado de bienestar, con especial atención a los más vulnerables.

Es una prioridad de este gobierno mejorar la salud y el bienestar de la población de la Comunitat Valenciana de manera sostenible, eficiente y continuada, considerando la salud como una realidad determinada por el entorno físico y social donde vivimos.

El nivel de salud de la población valenciana es elevado y se equipara al de los países más desarrollados de nuestro entorno. Buen reflejo de ello, es no sólo el aumento de la esperanza de vida sino también el incremento de los años vividos con buena salud. Sin embargo, persisten diferencias importantes en los distintos estratos de la sociedad y es, por ello, prioridad de este Gobierno actuar para reducirlas.

Desde el Gobierno Valenciano asumimos el enfoque de Salud en Todas las Políticas, cuyo impulso y reconocimiento más reciente dio lugar a la Declaración de Adelaida (OMS, 2010). La salud debe ser asumida como un objetivo compartido por todos los niveles del gobierno y considerada como un indicador común del desarrollo. La promoción de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector sanitario. Es necesario cooperar y establecer sinergias con otros sectores e implicar a la ciudadanía.

El IV Plan de Salud constituye el punto de referencia y la hoja de ruta que va a marcar el desarrollo de las políticas de salud en la Comunitat Valenciana en los próximos años. Implica el compromiso explícito que adquiere el Gobierno Valenciano en su conjunto, para impulsar y contribuir al desarrollo de políticas públicas saludables. Para conseguirlo apuesta por transformar el sistema sanitario desde una perspectiva innovadora, que englobe los principales problemas de salud de las personas en todas las etapas y entornos de su vida. Salud en todas las edades.

Tenemos plena confianza en que la implementación de las diferentes acciones que se plantean en el Plan de Salud 2016-2020 mejorará la salud de la población valenciana, respetando los principios de equidad, sostenibilidad, solidaridad y respuesta a nuevos retos.

Ximo Puig
President de la Generalitat

Prólogo

El Plan de Salud es el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunitat Valenciana. Persigue mejorar el nivel de salud y reducir las desigualdades en salud en nuestra sociedad, con actuaciones concretas desde la administración y contando con la participación de la ciudadanía.

El marco que ha inspirado la elaboración de este IV Plan de Salud 2016-2020 está en consonancia con las principales tendencias en materia de salud a nivel internacional. Por ello, asume tanto el compromiso de considerar los factores que son determinantes de las desigualdades en salud como la necesidad de impulsar el principio de Salud en Todas las Políticas.

Este nuevo Plan apuesta por una reorientación y reorganización asistencial del sistema sanitario, con el fin de abordar los principales retos que imponen el envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades crónicas. Incorpora el enfoque de la salud positiva y los activos para la salud, con la idea de hacer fáciles y accesibles a las personas las diferentes opciones orientadas a mejorar su bienestar. Y vincula sus objetivos con los establecidos en los acuerdos de gestión del Sistema Valenciano de Salud.

Quisiera destacar y poner en valor, el amplio proceso participativo que se ha seguido en la elaboración del IV Plan de Salud. Ésta es una de sus mayores fortalezas.

Para su elaboración se ha contado con la colaboración de notables profesionales y representantes de diferentes sectores de la Comunitat y de personal técnico y responsable de las distintas unidades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Pero también y en base al principio de “Salud en todas las Políticas” que lo sustenta, se ha fortalecido con la participación de representantes de las distintas consellerias y estamentos del Gobierno Valenciano.

Las líneas estratégicas y objetivos principales se han sometido a una consulta pública a través de un foro de participación online. Esto implica un importante esfuerzo de transparencia y de participación en la definición de las políticas de salud en nuestra Comunitat, lo que a su vez ha permitido identificar las áreas de especial interés antes de la aprobación final del Plan por el Gobierno Valenciano.

El IV Plan de Salud adopta el lema “Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas” y se configura en torno a cinco grandes líneas estratégicas, la innovación y reorientación del sistema sanitario, su orientación hacia la cronicidad, la necesidad de reducir las desigualdades en salud y el cuidado de la salud en todas las etapas y en todos los entornos de la vida.

Vinculadas a estas líneas estratégicas, se han definido 33 objetivos y 291 acciones concretas, cuyo epicentro son todas las personas, pero en especial, las más vulnerables: niños, personas mayores, mujeres víctimas de violencia de género y personas enfermas o con diversidad funcional.

Con la implementación del IV Plan de Salud, la Comunitat Valenciana conseguirá mayores cotas de equidad y justicia social, ofreciendo unas prestaciones de calidad y con los máximos niveles de eficiencia y efectividad. Siempre bajo los principios de universalidad, transparencia, solidaridad, participación, sostenibilidad, excelencia e innovación.

Carmen Montón
Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública

ÍNDICE

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

Introducción

Referencias en políticas de salud

Marco conceptual para el IV Plan de Salud (2016-2020)

La población y el sistema de salud de la Comunitat

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL IV PLAN DE SALUD

Evaluación del III Plan de Salud

Identificación de prioridades

Valores, principios fundamentales y líneas estratégicas del IV Plan de Salud

OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES VINCULADOS A LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea 1: Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario, para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes

Línea 2: Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud

Línea 3: Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación

Línea 4: Cuidar la salud en todas las etapas de la vida

Línea 5: Promover la salud en todos los entornos de la vida

IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Implantación

Seguimiento y evaluación

Recursos financieros

ANEXOS

1. Principales referencias bibliográficas

2. Evaluación del III Plan de Salud: tabla resumen

3. Resumen de la priorización realizada en la consulta Metaplan y Delphi

4. Objetivos del Plan de Salud en el presupuesto de la Generalitat de 2016

5. Glosario terminológico

6. Personas que han participado en la elaboración

7. Abreviaturas



ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

Introducción

Marco normativo

La Ley de Ordenación Sanitaria de 2003 incorporó el mandato de establecer planes periódicos de salud para marcar las políticas de salud a desarrollar en la Comunitat Valenciana. Este mandato se ha ratificado recientemente en la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat, que define en su artículo 12 el Plan de Salud como:

“El instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud en la Comunitat Valenciana. 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, constituye pues el punto de referencia y la hoja de ruta que debe marcar el desarrollo de las políticas de salud, e implica el **compromiso** explícito que adquiere el **Gobierno Valenciano** en su conjunto de impulsar y contribuir al desarrollo de políticas públicas saludables desde los diferentes departamentos que lo constituyen. Por ello, tal como establece la mencionada Ley de 2014:

*“.... será **aprobado por el Consell de la Generalitat**, a propuesta del titular de la Conselleria competente en materia de sanidad, y será remitido a les Corts para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación”.*

De acuerdo con lo establecido en el artículo 12.3 de esta Ley, el Plan de Salud 2016-2020 contempla la evaluación de la situación y necesidades de salud de la población, así como de los recursos existentes, las líneas estratégicas, programas y actuaciones prioritarias a desarrollar, tomando en consideración los diferentes grupos sociales y modalidades de atención sanitaria, los recursos financieros, humanos y materiales necesarios; el calendario general de actuación y los indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del plan.

Justificación del período del Plan: 2016-2020

El Plan de Salud 2016-2020 que se presenta, ha estado precedido de tres planes, cada uno de los cuales obedecieron a contextos sanitarios distintos al actual y partieron de concepciones y principios bastante diferentes. Los dos primeros (2001-2004 y 2005-2009) se elaboraron con la metodología clásica basada en fijar objetivos tras la priorización de problemas de salud y áreas de intervención. El último plan de salud (2010-2013) apostó por la elaboración de un mapa estratégico, con la metodología “Balanced Scorecard” con la finalidad última de lograr una convergencia con el Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud.

La periodicidad de los tres planes de salud previos fue de 4 años, excepto para el II Plan de Salud cuya vigencia fue de 5 (2001-2004; 2005-2009; 2010-2013). En base a los resultados obtenidos en la evaluación del III Plan de Salud (2010-2013), tanto desde su enfoque cuantitativo como por las opiniones de los expertos, se hace aconsejable prolongar el periodo de vigencia del nuevo plan respecto al anterior, para poder percibir mejor los cambios que se proponen en términos de resultados en salud de la población.

Del mismo modo hay que tener en cuenta que los objetivos en salud de los organismos internacionales como la OMS y la UE se establecen con el horizonte 2020 y que los nuevos planes salud que están definiendo las diferentes CCAA del Estado se están alineando a la propuesta de 2020, lo que hace recomendable sumarse a esta propuesta.

Enfoque planificador: de abajo hacia arriba

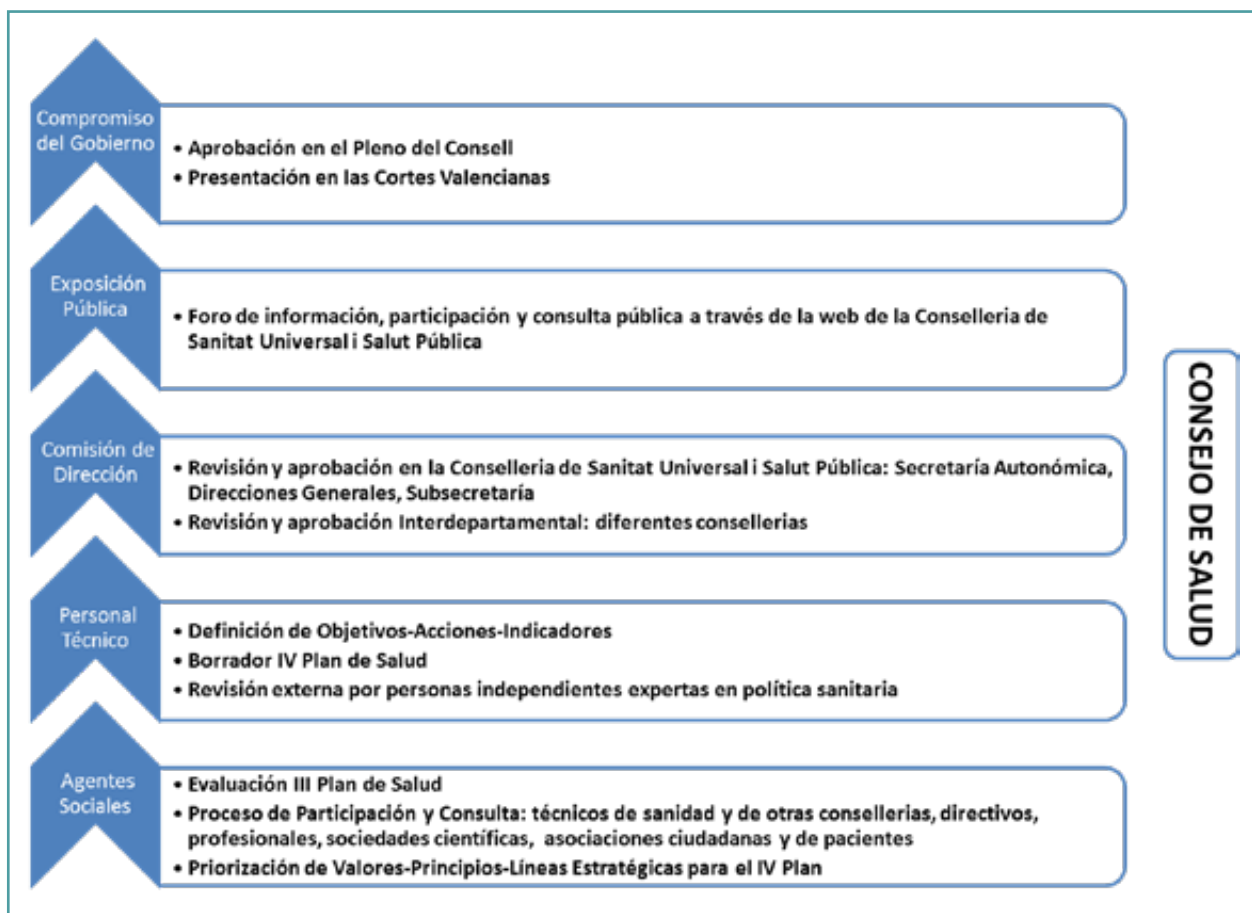
La finalización del periodo de vigencia del III Plan de Salud en 2013, dio paso a un periodo de evaluación y análisis del grado de consecución de los objetivos que se habían propuesto. Por primera

vez un plan de salud incorporó al proceso de evaluación una **valoración cualitativa**, con la finalidad de ir más allá en la interpretación de los puntos fuertes y logros obtenidos, pero también de aquellos aspectos débiles que quedaron sin resolver y que son mejorables.

Para la elaboración del IV Plan de Salud, el primer paso consistió en establecer un proceso de consulta, con **participación** de un número importante de personas representantes de diferentes instituciones y sectores de la sociedad valenciana. Su opinión ha sido el **punto de partida y la principal referencia** de un proceso que, partiendo de la evaluación del anterior plan de salud, continuó con la definición de los valores y principios que deben presidir las actuaciones en materia de salud, la identificación de las líneas prioritarias y los objetivos para su desarrollo.

Esos primeros resultados, que constituyen la esencia y el germen del nuevo plan, permitieron concretar la definición de los objetivos, acciones e indicadores de evaluación, por el personal **técnico responsable** de su impulso y evaluación en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. El borrador del plan se ha enriquecido también con las aportaciones de dos **personas externas independientes, expertas en política sanitaria** (Ildefonso Hernández Aguado y Soledad Márquez Calderón). A continuación se presentó a la **Comisión de Dirección**, integrada por representantes de los diferentes órganos directivos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, y se solicitó la participación de las diferentes consellerias y estamentos del **Gobierno Valenciano** con relación más directa con los contenidos del plan, mediante una **Comisión Interdepartamental** designada por los Subsecretarios del Consell. El proceso fue seguido de una exposición pública a través de la web oficial de la conselleria, antes de su aprobación final por el **Pleno del Consell** y posterior presentación a les Corts.

En cada una de las etapas del proceso se ha contado con el **Consejo de Salud** de la Comunitat Valenciana, como órgano consultivo con representación de las administraciones locales y de las diferentes fuerzas sociales.



Referencias en Políticas de Salud

El patrón epidemiológico de las enfermedades prevalentes: Cronicidad

La *Cumbre Mundial sobre Enfermedades No Contagiosas*, auspiciada por la ONU, que tuvo lugar en septiembre de 2011, llamó la atención sobre la necesidad de establecer estrategias frente a los problemas que plantea la creciente tasa de enfermedades crónicas no contagiosas. Los trastornos **cardiovasculares**, el **cáncer**, las enfermedades **respiratorias crónicas** y la **diabetes**, constituyen las causas más prevalentes de mortalidad y morbilidad en el mundo pero, sobre todo, son la principal causa de fallecimientos evitables. Todas ellas presentan factores de riesgo comunes y se pueden prevenir en gran medida mediante intervenciones eficaces sobre el **consumo de tabaco**, la **dieta no saludable**, la **inactividad física** y el **consumo nocivo de alcohol**. Además, el incremento en su incidencia y prevalencia está claramente vinculado a determinantes sociales como la distribución desigual de la riqueza, la educación, la rápida urbanización, el envejecimiento de la población, el género, factores políticos y medioambientales. Por ello, recomienda que la respuesta al desafío de este problema no se centre exclusivamente en el sector salud e implique a la sociedad en su conjunto, mediante la elaboración de **políticas públicas multisectoriales** educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales.

En la **65 Asamblea Mundial de la Salud** celebrada el 26 de mayo de 2012, haciéndose eco de las propuestas de la ONU, la OMS aprobó varias resoluciones y decisiones sobre las enfermedades no transmisibles, tales como la creación de un marco de vigilancia para la prevención y control a través de indicadores. Los Estados Miembros convinieron en adoptar una meta mundial de **reducción de un 25% de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, para el año 2025**, y promover el envejecimiento activo y saludable, a través del fortalecimiento de las políticas contra las enfermedades no transmisibles. También reconocieron la necesidad de una respuesta integral y coordinada para hacer frente a los trastornos mentales desde los sectores sanitario y social, con programas orientados a reducir la estigmatización y la discriminación, medidas de reinserción laboral y social de los pacientes, apoyo a los proveedores de atención y las familias, e inversión en salud mental en los presupuestos de salud.

La consideración de los determinantes sociales de la salud

La OMS puso en marcha en 2005 la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud** con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. En su informe, la Comisión hace un llamamiento para que se subsanen las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación y dan pie a que en la **Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud** celebrada en Río de Janeiro en octubre de 2011, se abogue por la gobernanza del sector salud para lograr la equidad social y sanitaria, mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral de salud en todas las políticas.

El enfoque de Salud en Todas las Políticas cuyo impulso y reconocimiento más reciente dio lugar a la **Declaración de Adelaida (2010)**, supone que la salud sea asumida como un objetivo compartido por todos los niveles del gobierno: local, regional, nacional e internacional, y como un indicador común del desarrollo. Destaca las conexiones importantes que existen en las sociedades modernas entre la salud y los objetivos económicos y sociales más amplios ya que la promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que va más allá de los modos de vida sana, hasta el bienestar y los entornos propicios. Asimismo, este enfoque sitúa las mejoras de la salud de la población y la reducción de las inequidades en salud como problemas complejos prioritarios que exigen una respuesta de política transectorial integrada. Esta respuesta ha de considerar las repercusiones de las políticas sobre los determinantes sociales, así como los beneficios que las mejoras en salud aportan a los objetivos de otros sectores.

Tomando en consideración las propuestas de la OMS, el **Ministerio de Sanidad** constituyó la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España y durante la presidencia española de la Unión Europea de 2010 fijó como prioridad la “innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades en salud”.

Las propuestas de la UE en materia de salud

La **Oficina Regional de Europa de la OMS**, por acuerdo de los 53 países miembros, acordó en 2012 la Estrategia europea **Salud 2020** para proteger y promover la salud y bienestar de los europeos, especialmente de los grupos más vulnerables. Teniendo en cuenta los principales desafíos que afectan actualmente al territorio de la Unión Europea, el documento propone que las políticas europeas en materia de salud se sustenten sobre tres pilares básicos: la inversión en la **mejora de la salud** de la población, teniendo en cuenta los cambios que se producen **a lo largo del ciclo vital** y la promoción de la autonomía; la adaptación de las políticas sanitarias a los **cambios demográficos** de la población y a los patrones actuales de enfermedad, especialmente en lo que respecta a la **salud mental, enfermedades crónicas y condiciones asociadas al envejecimiento**; y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, mediante una aproximación **centrada en las personas** y una adecuada capacidad de respuesta, que garantice una atención de alta calidad y basada en la evidencia. El texto reconoce la importancia crucial de la **prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables** en la población, a través de programas que promuevan la **alimentación sana**, el **ejercicio diario** o la **reducción del consumo de tabaco y alcohol**.

El **Tercer Programa de Acción de la UE** en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 que aprobó el Parlamento Europeo y el Consejo en marzo de 2014, plantea la mejora de la salud y la **reducción de las desigualdades**, por medio de cuatro áreas prioritarias:

1. Promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar entornos que propicien estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el principio de “**salud en todas las políticas**”
2. Proteger a los ciudadanos de las **amenazas transfronterizas** graves para la salud
3. Fomentar la **innovación, eficiencia y sostenibilidad** de los sistemas de salud
4. Facilitar el acceso a una **asistencia sanitaria mejor y más segura**

La referencia del Sistema Nacional de Salud (SNS)

La ley 16/2003, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud de 28 de mayo sentó las bases para la coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el sistema nacional de salud. En esta ley se definen los ámbitos de colaboración entre el estado y las comunidades autónomas con el objeto de que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes. Se asigna a la agencia de calidad del ministerio, la competencia de elaborar estrategias de salud, en aras a garantizar un nivel de atención sanitaria integral, que comprenda la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de aquellos problemas de salud considerados de mayor relevancia.

Las Estrategias de Salud del SNS

La elaboración de estrategias del Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivo mejorar la calidad en la **atención sanitaria en determinadas patologías** de gran prevalencia o coste social y económico, de manera conjunta y coordinada entre todos los servicios de salud de las comunidades y ciudades autónomas, con el fin de reforzar los principios de equidad y cohesión en la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos. La elaboración de las estrategias es un proceso bien definido y consolidado, y **corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, a propuesta del Ministerio con competencias en materia de salud, **decidir las patologías concretas**

sobre las que actuar. Esta decisión lleva aparejada, una vez consensuadas y aprobadas por el CISNS, distintas actuaciones de implementación, sensibilización, formación e investigación que son impulsadas por las comunidades autónomas. En la actualidad se encuentran en marcha diferentes estrategias, dirigidas tanto al abordaje de problemas de salud concretos (cáncer, diabetes, ictus....) como al fomento de estilos de vida favorecedores de la salud (estrategias NAOS y de Promoción de la Salud...). En la tabla siguiente se presentan las estrategias vigentes y su situación actual.

Situación de las Estrategias en salud del Sistema Nacional de Salud

Denominación	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cáncer	APR		EVA	ACT				EVA		
Cardiopatía Isquémica	APR		EVA	ACT			EVA			
Salud Mental	APR			EVA y ACT				DIF		
Cuidados Paliativos		APR			EVA y ACT				CP PED	
Diabetes	APR				EVA		ACT			
Ictus			APR				EVA			
EPOC				APR			EVA		ACT	
Enfermedades Raras				APR			EVA		ACT	
Cronicidad							APR		DOL	ECR
Enf. Reumáticas y Musculoesqueléticas							APR			
Plan TBC				APR		SEG	SEG	SEG		
Violencia de Género	EVA	EVA APR	EVA	EVA	EVA	EVA	EVA APR	EVA		MGF
Plan VIH y otras enf Transmisión Sexual			APR				EVA	APR		
Estrategia NAOS										
Atención al Parto Normal		APR					EVA			
Salud Sexual y Reproductiva						APR				
Drogas				APR						
Seguridad del Paciente						EVA				ACT
Promoción de la Salud								APR		EV AF FA

APR: Aprobación; EVA: Evaluación; ACT: Actualización; DIF: Difusión; SEG: Seguimiento CP PED: Cuidados paliativos pediátricos; DOL: Abordaje Dolor; ECR: Abordaje Enfermedad Renal Crónica; MGF: Mutilación genital femenina; EV: Estilos de vida; AF: Actividad física; FA: Fragilidad y caídas personas mayores

Además cabe destacar otras estrategias que tienen un carácter interministerial, con impacto sobre la salud:

- II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia
- Plan integral de apoyo a la familia
- Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer
- Estrategia española de seguridad y salud en el trabajo
- Plan nacional de control oficial de la cadena alimentaria
- Plan nacional de adaptación al cambio climático
- Estrategia de seguridad vial

En la tabla siguiente se reflejan de forma sintética las actuaciones más relevantes que se están desarrollando en la Comunitat desde diferentes abordajes: promoción de la salud y necesidades vinculadas al ciclo vital, prevención de la enfermedad, protección de la salud, atención a la enfermedad, así como las que resultan de la acción transversal.

Estrategias y Programas de Salud en la Comunitat Valenciana

Área de Actuación	Denominación
Promoción de la salud/ necesidades vinculadas al ciclo vital	Programa de Embarazo Estrategia de Atención del Parto Normal Programa de Salud Infantil Programas de educación para la salud en el ámbito escolar Protocolo Violencia de género Estrategia de Envejecimiento Activo
Prevención de la enfermedad	Programa de Vacunaciones Cribado de cáncer: mama, colon y cérvix Cribado neonatal de defectos congénitos Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas
Protección de la salud	Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria Estrategia de Salud Laboral
Atención a la enfermedad	Plan Oncológico Plan de Diabetes Plan Osteoporosis Plan de actuación para reperusión IAM Plan de Atención al ICTUS Proceso de Atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer Plan de Salud Mental Plan de EPOC Plan de Cuidados Paliativos Plan Estratégico de Drogodependencias Estrategia para la atención a pacientes crónicos Estrategia de prevención VIH/Sida y otras ITS
Transversales	Seguridad del paciente Farmacia Investigación Formación

Dada la repercusión que tienen sobre la salud las políticas que emanan desde los diferentes departamentos del Gobierno Valenciano y la necesidad de que la salud en todas las políticas sea una realidad en el marco del nuevo plan de salud, es fundamental su consideración. A continuación se detallan las más importantes:

Planes estratégicos de otras consellerías del Gobierno Valenciano relacionadas con la salud

- Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres
- Plan de medidas del gobierno valenciano para combatir la violencia que se ejerce contra las mujeres
- II Plan integral de la familia y la infancia
- II Plan para la inclusión social y prevención de la exclusión social
- Estrategia Valenciana ante el cambio climático
- Pla Generalitat Jove
- Plan general estratégico de ciencia y tecnología
- Plan Territorial de emergencias
- Plan Valenciano de estadística
- Plan global de seguridad viaria
- Estrategia de vivienda y regeneración urbana
- Plan estratégico SERVEF

Marco Conceptual para el IV Plan de Salud

Una de las aportaciones que realiza el nuevo Plan de Salud es la definición explícita de un **marco conceptual** que se constituye en el principio rector en el que se inspiran tanto las líneas estratégicas como los objetivos y actuaciones a desarrollar.

La salud debe ser valorada como un gran recurso de la sociedad y como un activo para el desarrollo económico y social de la Comunitat. Por ello, el Gobierno Valenciano considera **la salud y el bienestar como un derecho** elemental que hay que garantizar para todas las personas.

Modelo de determinantes de las desigualdades en Salud

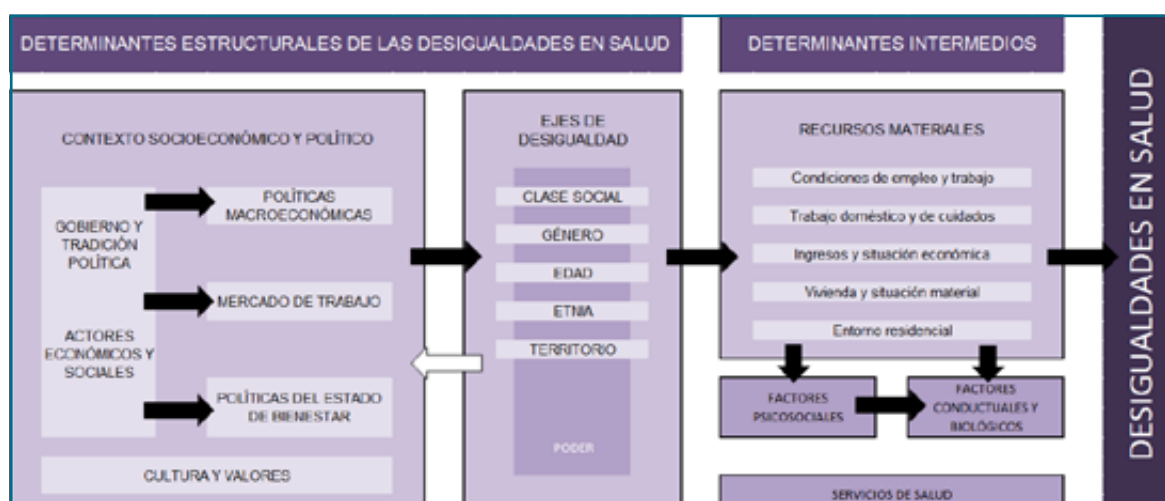
Partimos de la realidad constatada de que la salud y la enfermedad son el resultado de la **interacción de diversos factores** y de la influencia que sobre ellas ejerce la posición que cada persona ocupa en la sociedad. Las oportunidades y elecciones que realizamos a diario están condicionadas por nuestra situación socioeconómica, nivel de educación, lugar de residencia y vivienda, situación y entorno laboral, relaciones sociales y familiares, así como por la accesibilidad a los servicios sanitarios. Todos estos aspectos que tienen que ver con la organización social y las condiciones de vida, van a influir sobre la adopción de unos estilos de vida más o menos saludables, tales como la alimentación, la utilización del ocio, las relaciones sociales, el consumo, etc.

Por ello, el Plan de Salud del Gobierno Valenciano entiende que dada la repercusión que tienen sobre la salud las decisiones adoptadas desde los distintos sectores, resulta beneficioso incorporar el principio de **Salud en todas las Políticas**, mediante acciones intersectoriales y transversales en las administraciones públicas, sector productivo y tercer sector, lideradas desde el sector salud.

También tiene en consideración la existencia constatada de un **gradiente social en la salud** y la necesidad de monitorizar y reducir las **desigualdades sociales en salud** por ser injustas y evitables. Y esto desde una perspectiva que se centra en desarrollar actuaciones a lo largo del **ciclo vital** de las personas, pero también aplicando el principio de **universalidad proporcional**, con intervenciones de intensidad creciente en función del nivel de desventaja social que se presente.

Entre los modelos que explican los factores determinantes de las desigualdades en salud está el propuesto por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España en 2010, en el que se identifican factores estructurales e intermedios y se establecen 166 recomendaciones agrupadas en 14 áreas diferentes para el abordaje de las desigualdades sociales en salud, con diferente nivel de priorización. Entre las recomendaciones para el sector salud se encuentra la inclusión en los planes de salud de objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.

Modelo de Atención a la Cronicidad

Para abordar los principales retos que plantean los cambios demográficos y epidemiológicos vinculados al progresivo envejecimiento de la población y predominio de las **enfermedades crónicas**, el Plan de Salud apuesta por una respuesta multidimensional que implica una reorientación del sistema de salud. En el ámbito asistencial, se dirige hacia la reorganización de los cuidados clínicos para una **atención integrada y continuada** que combine los distintos niveles asistenciales y centre su atención en el paciente y su entorno familiar. Además reconoce la necesidad de actuar en el ámbito poblacional fomentando la **prevención** y el **empoderamiento** de la ciudadanía y de los pacientes mediante intervenciones que faciliten la participación y la incorporación de activos en salud comunitarios.

Este cambio de paradigma, alineado con el modelo de “Perfil de la Atención Innovadora para las condiciones crónicas” (AICC) propuesto por la OMS, se apoya en las siguientes ideas de fuerza:

Ideas fuerza del modelo AICC

- La toma de decisiones basada en la evidencia
- Enfoque de salud poblacional
- Foco en la prevención
- Énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- Flexibilidad/adaptabilidad
- Integración, como núcleo duro y fractal del modelo

Modelo de la OMS de atención a la cronicidad



Fuente: OMS “Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas” en el informe Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio.

Modelo de mejora continua de la calidad: La Triple Meta

En relación con los servicios, se adquiere el compromiso de fortalecer un **sistema sanitario público, universal y de calidad**, en el que la valoración de las personas sobre el cuidado recibido se considere un elemento fundamental y los profesionales un valor esencial del sistema, sin dejar de reconocer la necesidad de contemplar **criterios de sostenibilidad**.

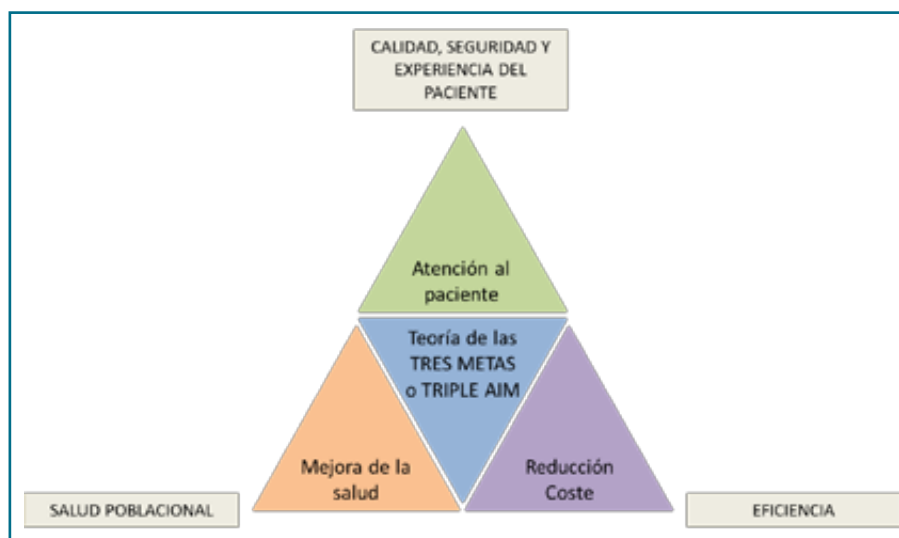
En este sentido, un reto que vincula la mejora de resultados en salud y resultados económicos es la demostración de la efectividad y eficiencia de las actuaciones implementadas, mediante la **generación y uso de la evidencia científica**, tanto en las intervenciones de carácter clínico como en las de promoción, prevención y protección de la salud.

Para que la reorientación de la organización a **los resultados en salud** se haga realidad, el Plan de Salud promueve, además de la integración de sus objetivos en los **acuerdos de gestión** de los departamentos de salud, establecer un salto cualitativo en el desarrollo de los **sistemas de información y evaluación**.

La teoría de “Las tres Metas” tiene como objetivo el fomento de la cultura de la calidad del sector salud. Promulga que la mejora continua del sistema de atención de la salud requiere de la búsqueda simultánea de tres objetivos o metas: debe buscar la mejor atención de calidad y seguridad, al menor coste para obtener los mejores resultados en salud.

- CUIDADO: mejorar la experiencia de la atención
- SALUD: mejorar la salud de las poblaciones
- COSTE: reducir los costos per cápita de la atención sanitaria

Modelo de la Triple Meta



Fuente: Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Disponible en www.IHI.org)

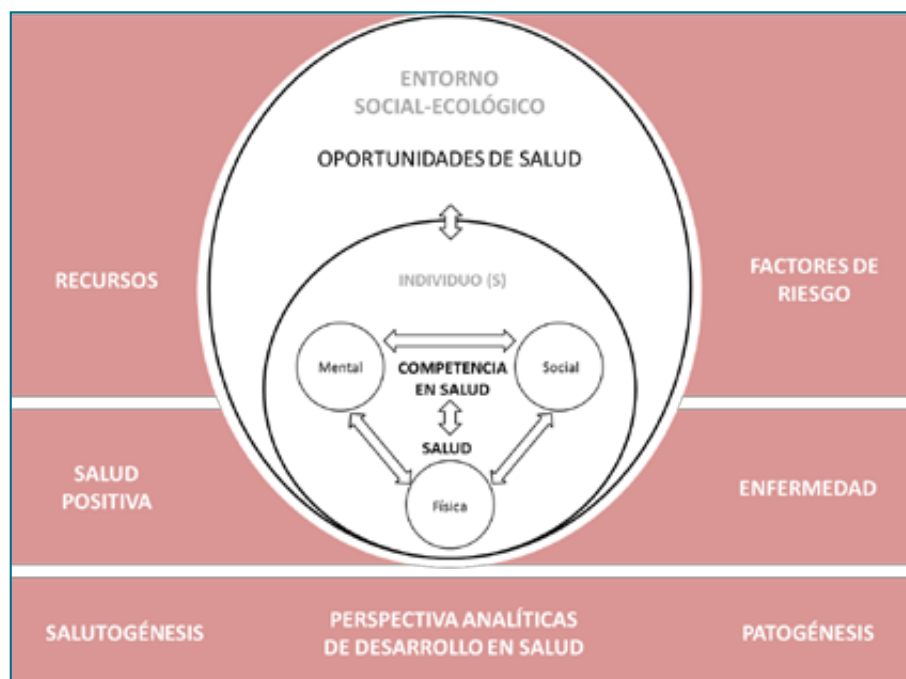
Modelo de Salud Positiva y Activos en salud

El IV Plan de Salud propugna como elemento innovador, un cambio de paradigma que combina el enfoque clásico de identificar los factores de riesgo de enfermar y la atención a las personas cuando están enfermas, con el énfasis en la **salud positiva** o lo que se ha dado en llamar el enfoque de los **activos en salud**. Este enfoque sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable. Desde un punto de vista de la salud pública, habría que incorporar el término “**epidemiología de la salud**” acuñado por Morgan y Ziglio al análisis epidemiológico de la situación con enfoque tradicional, y empezar a identificar cuáles son los factores protectores, o activos en salud, que resultan esenciales para asistir a las personas y las comunidades en su desarrollo.

Esto redundará en una mayor autonomía y menor dependencia de los servicios sociales y de salud, propiciando que los recursos limitados disponibles puedan ser destinados a los que más los necesitan y por tanto esta perspectiva ofrece un gran potencial para **ayudar a reducir las desigualdades** en salud.

En definitiva, se trata de una **revitalización de la idea de promoción de la salud**, desarrollada al amparo de la Carta de Ottawa en 1986, cuyos principios fundamentales incluyen la participación, el empoderamiento, la equidad, la multidisciplinariedad y la acción intersectorial.

Modelo de Salud Positiva



Fuente: EUPHID Health Development model

La Población y el Sistema de Salud

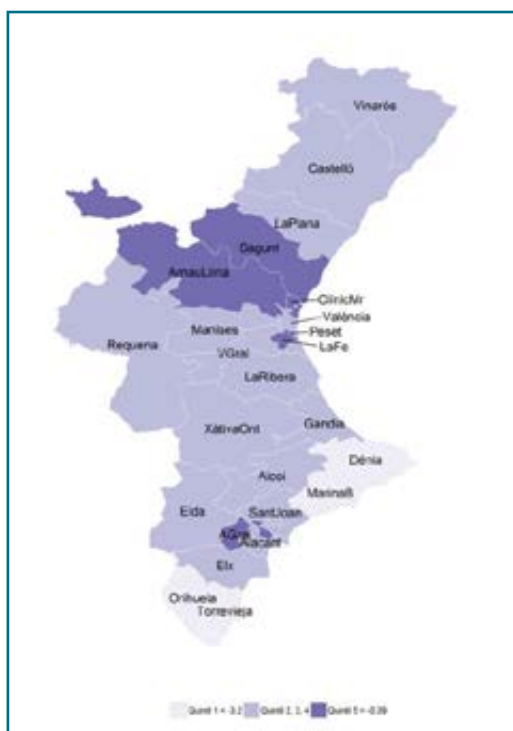
Características de la población

Descenso de la población

En la primera década del siglo XXI, el crecimiento constante de la población valenciana supuso un incremento global en el número de habitantes de 990.977 (24,1%). En el año 2010, se inició un enlentecimiento del proceso, con un descenso gradual del número de habitantes en algunos departamentos de salud. El porcentaje de variación interanual para el conjunto de la Comunitat fue por primera vez negativo en 2013, con 15.451 habitantes menos que en el año anterior.

El descenso poblacional se mantuvo en 2014 donde la población de la CV se situó en 5.004.844 habitantes.

Porcentaje de variación interanual de la población por departamentos de salud Comunitat Valenciana 2014



Fuente: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Evolución de la población CV

Año	Total	Hombres	Mujeres
2010	5.111.706	2.542.949	2.568.757
2011	5.117.1902	2.541.780	2.575.410
2012	5.129.266	2.546.404	2.582.862
2013	5.113.815	2.534.539	2.579.276
2014	5.004.844	2.475.081	2.529.763

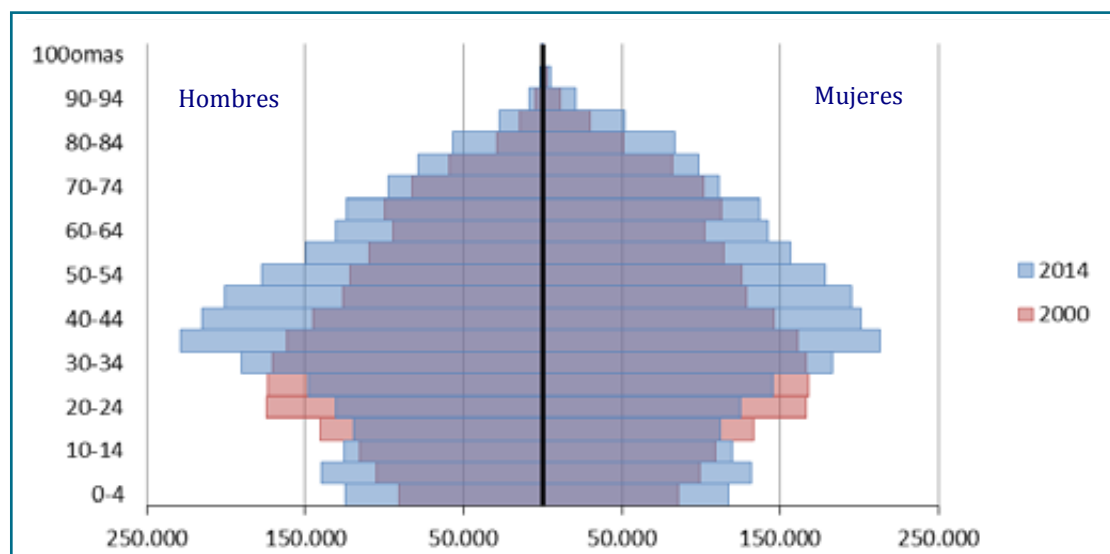
Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat. Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo

Envejecimiento de la población

La estructura de la población de la CV ha sufrido una evolución paralela a la del conjunto de España y similar a la de otros países del entorno europeo. Desde finales del siglo XX, se observa un envejecimiento progresivo de la población, con un incremento en el peso de los grupos de edades maduras y longevas. En el año 2000, el 16,6% de los habitantes tenía más de 64 años, y de éstos, un 21,3% alcanzaba los 80 o más años. En 2014, estas cifras se situaban en un 18,0% y 28,4% respectivamente.

Esta situación es el resultado de la confluencia de dos fenómenos, por una parte, el mantenimiento de la natalidad en niveles bajos, y por otra, el incremento de la esperanza de vida. Entre 2000 y 2013, la esperanza de vida al nacer en la CV aumentó 3,9 años, alcanzando los 83 años para el conjunto de la población (80,4 años en hombres y 85,6 en mujeres).

Población de la Comunitat Valenciana por edad y sexo, 2000 y 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISP. DGSP.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

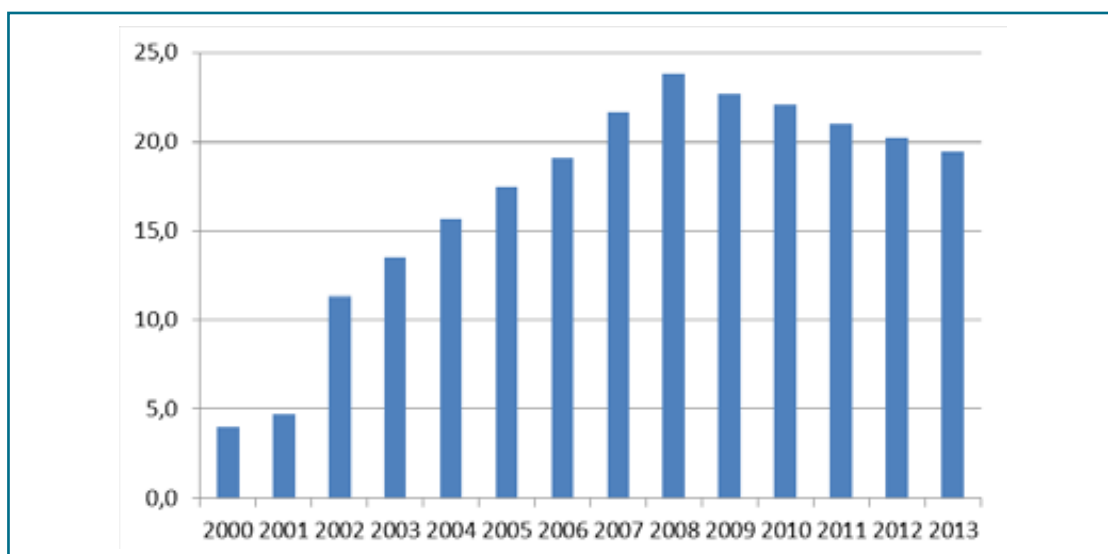
El índice de dependencia de mayores de 64 años, es decir, el porcentaje de población >64 años en relación con la población activa (15-64 años), se situó en un 27,0% en 2014, cifra similar a la de España (27,2%) y algo inferior al valor para la Unión Europea (UE-16: 29,5%). La distribución del indicador por departamentos de salud muestra la existencia de diferencias territoriales en la estructura demográfica de la Comunitat, con valores que oscilan desde un 19,4% a un 42,3%.

Descenso de la natalidad

La tendencia creciente de la natalidad observada desde el año 2000, tanto en la CV como en el conjunto de España, comenzó a declinar a partir del año 2009, manteniéndose este descenso hasta la actualidad. En el año 2013, la tasa de natalidad en la CV fue de 8,6 nacidos vivos por mil habitantes, cifra ligeramente inferior a la de España y a la de la Unión Europea.

La evolución de la natalidad ha estado claramente vinculada al creciente e intenso fenómeno migratorio que vivió la Comunitat en la primera década del siglo XXI. El progresivo incremento en los nacimientos de madre extranjera, pasó de suponer el 4% en 2000 al 23,8% en 2008 sobre el total de nacimientos, apreciándose a partir de ese año un descenso progresivo.

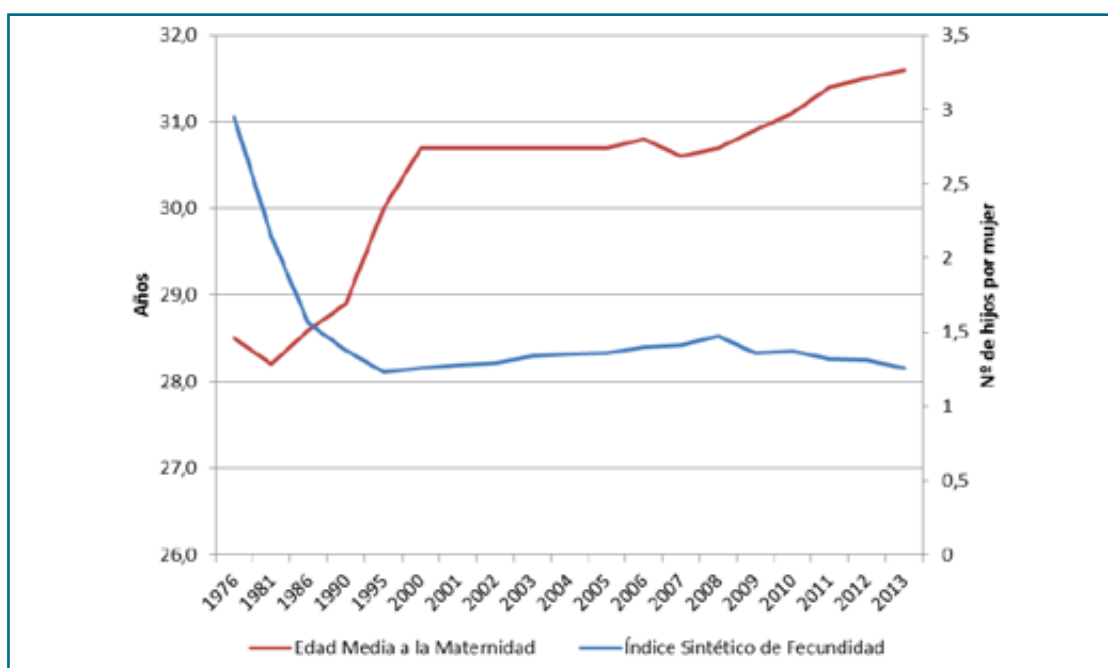
Evolución del porcentaje de nacimientos de madres extranjeras Comunitat Valenciana, 2000-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística

El patrón reproductivo de las mujeres de la CV presenta una evolución similar al observado en el resto del territorio español, que al igual que en otros países de nuestro entorno, se manifiesta con un aumento en la edad de las madres y un descenso en el número de hijos. En 2013, la edad media a la maternidad en la CV fue de 31,6 años (32,1 en mujeres españolas y 29,1 en mujeres extranjeras) y el número medio de hijos por mujer -Índice sintético de fecundidad- se situó en 1,3 (1,2 en mujeres españolas y 1,4 en mujeres extranjeras), muy por debajo del 2,1 necesario para garantizar el reemplazo generacional.

Evolución del índice sintético de fecundidad y de la edad media a la maternidad Comunitat Valenciana, 1976-2013

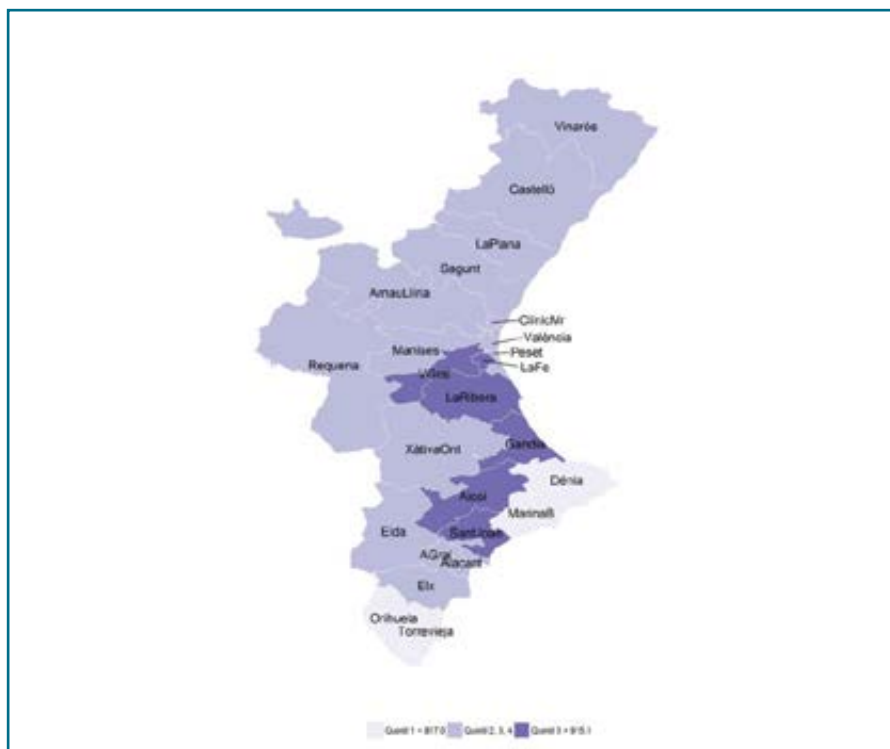


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística

Mortalidad

La mortalidad en la CV presenta una evolución descendente, paralela a la observada a nivel nacional, que afecta a todos los grupos de edad y tanto a hombres como a mujeres. En el año 2000, la tasa estandarizada de mortalidad general en la CV fue de 1135,4 defunciones por 100.000 habitantes (1440,0 en hombres y 902,1 en mujeres), cifra que descendió hasta 842,8 por 100.000 habitantes en 2013 (1045,4 en hombres y 681,7 en mujeres). Tal y como se aprecia en la figura siguiente existen diferencias territoriales en la distribución de la mortalidad:

Tasa estandarizada de mortalidad general* por departamentos de salud Comunitat Valenciana, 2013



* Tasa de mortalidad para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a población estándar europea

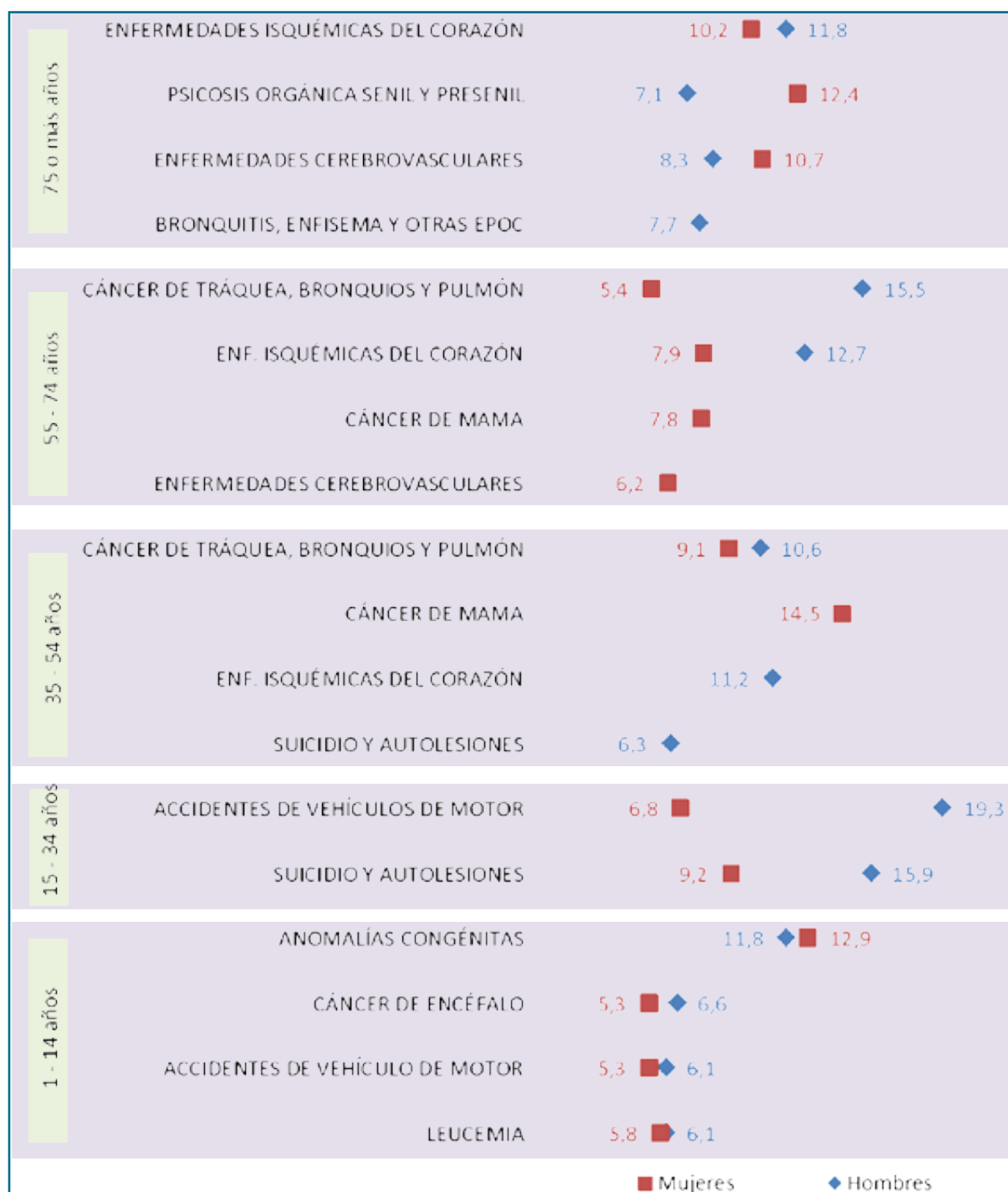
Fuente: SISP, DGSP, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Las causas de muerte presentan patrones diferentes según edad y sexo. En los menores de 15 años la primera causa de mortalidad corresponde a las anomalías congénitas, ocupando el segundo lugar algunos tipos de tumores y las lesiones por accidente de tráfico. En los jóvenes (15-34 años) la mortalidad se debe fundamentalmente a causas externas (lesiones por tráfico, suicidio y lesiones autoinflingidas), siendo responsables de algo más de un tercio de las muertes en el caso de los hombres.

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y las enfermedades isquémicas del corazón ocupan los primeros lugares en la mortalidad de los hombres en la edad adulta. En las mujeres de 35-54 años, el cáncer de mama junto con el de tráquea, bronquios y pulmones causan un 23,6% de las muertes, mientras que en el grupo de 55-74 años, además de las causas tumorales, cobran importancia las enfermedades del sistema circulatorio (enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares).

En las edades más avanzadas (≥ 74 años), la primera causa de mortalidad en los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón y la psicosis orgánica senil y presenil en las mujeres. El segundo lugar, en ambos casos, lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares.

Mortalidad proporcional por grupos de edad y sexo. Principales causas
Comunitat Valenciana 2008 - 2012



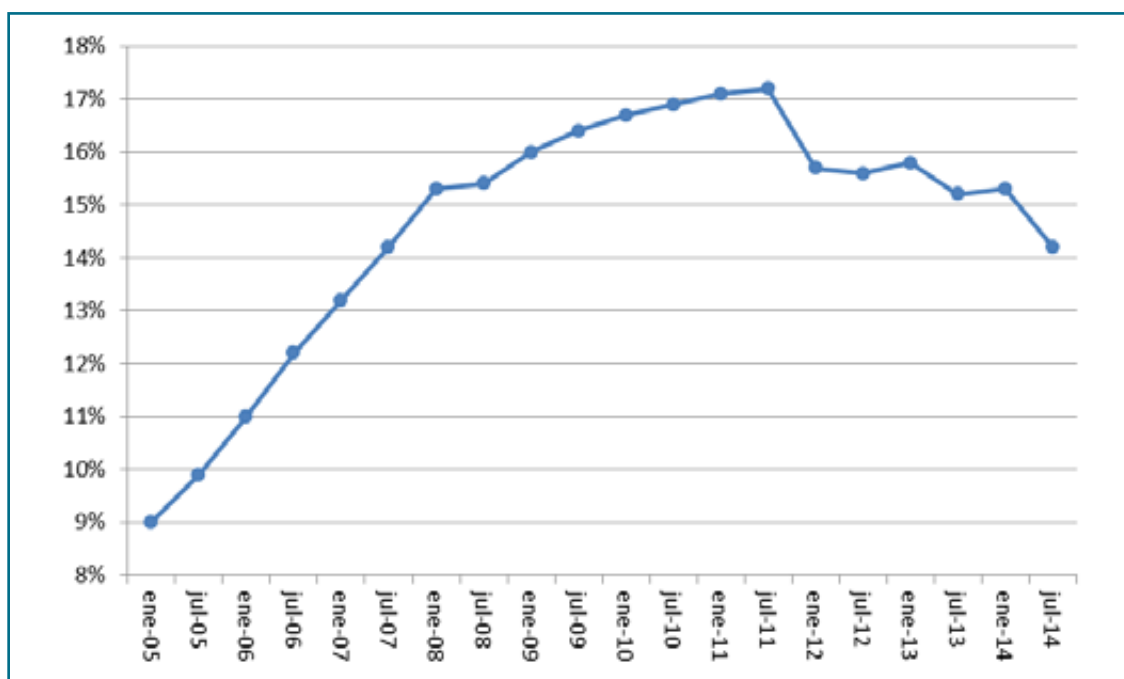
Fuente: Sistema de Información en Salud Pública. Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP. Cociente entre el número de defunciones por una causa o grupos de causas y el número total de defunciones ocurridas en ese grupo de edad, expresado en % (>5%)

Población extranjera y flujos migratorios

La CV, al igual que otras CCAA, fue receptora de un flujo migratorio constante a lo largo de la primera década del siglo XXI, que condujo a un incremento de la población extranjera, alcanzando su máxima expresión en 2011 con una proporción cercana al 17% de la población total. A partir de ese momento se aprecia un marcado descenso como consecuencia de la incidencia de la crisis económica y el retorno al país de origen o la emigración hacia otros países, además de la adquisición de la nacionalidad española en algunos grupos.

En 2012, desde la CV, emigró un 19,4% más de personas extranjeras que en el año anterior. Por el contrario, en el mismo año, la inmigración de extranjeros hacia la CV disminuyó un 20,5%. Esta tendencia se mantuvo en 2013, con un saldo migratorio de -29.565 personas extranjeras. A su vez, la emigración de población española desde la CV hacia otros países aumentó un 23% en 2013 respecto al año anterior, dando lugar a un saldo migratorio negativo de -5.048 personas con nacionalidad española. Los datos provisionales de 2014 parecen indicar una cierta estabilización del fenómeno, aunque se mantiene un saldo migratorio negativo en ambos casos.

Evolución de la proporción de población extranjera residente en la Comunitat Valenciana, 2005-2014

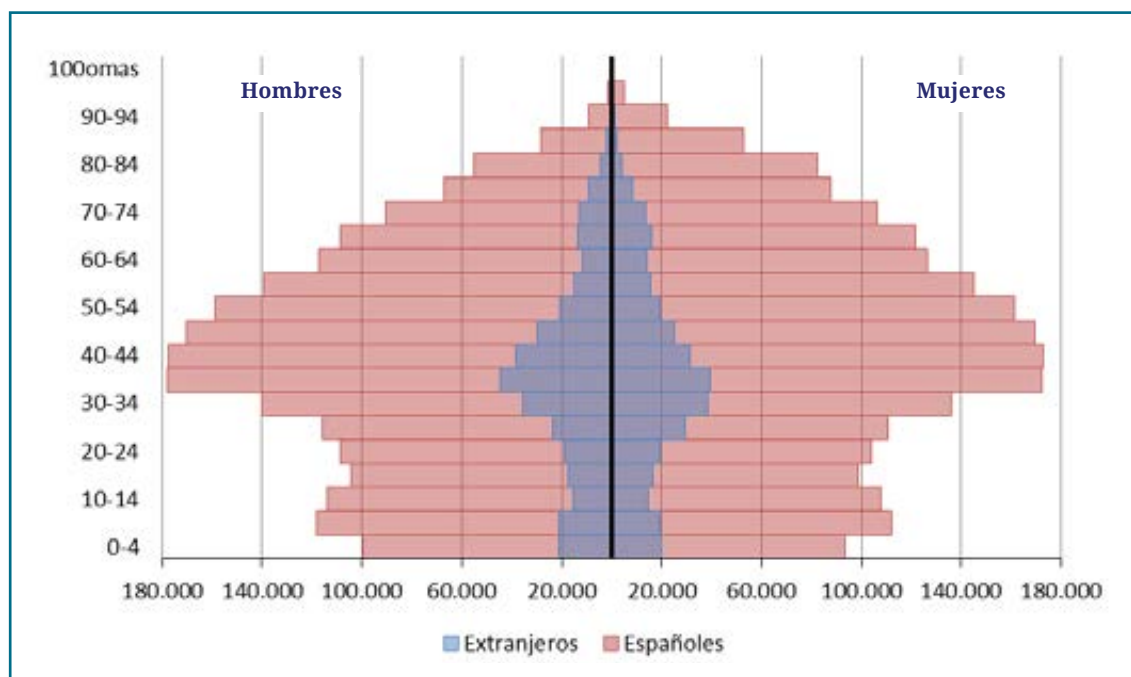


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIP. Empadronados y no empadronados con estancias >1m

Según el Sistema de Información Poblacional (SIP), en enero de 2015, la población extranjera en la CV se situó en 706.242 habitantes (14,1% de la población). Se aprecia una distribución heterogénea por departamentos de salud. Las poblaciones con mayor proporción de ciudadanos extranjeros corresponden a los departamentos de Torrevieja (48,5%), Dénia (32,5%), la Marina Baixa (27,6%) y Vinaròs (21,9%).

En general, se trata de una población joven, mayoritariamente en edad laboral, y sin diferencias significativas por sexo. Un 15,8% tiene <15 años, un 71,6% entre 15-64 años y un 12,7% ≥65 años. La distribución por edad no es homogénea en toda la CV, apreciándose algunas diferencias territoriales. Destacan los departamentos de Torrevieja y Dénia, donde la proporción de personas extranjeras de 65 o más años supera el 30% del total de población extranjera, o el departamento de la Marina Baixa con un porcentaje cercano al 20%.

Estructura de la población de la Comunitat Valenciana. Población española y extranjera, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIP. Empadronados y no empadronados con estancias >1m

Organización sanitaria

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública es el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política sanitaria. Ejerce las competencias en materia de sanidad, salud pública, farmacia, evaluación, investigación, calidad y atención al paciente. Territorialmente se organiza en servicios centrales y periféricos y, funcionalmente, en órganos superiores, nivel directivo y nivel administrativo.

La ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, define el Sistema Valenciano de Salud como el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la salud, que incluye tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública.

El Sistema Valenciano de Salud se ordena en 24 departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud contempladas en la Ley General de Sanidad. Cada departamento de salud se divide a su vez en zonas básicas de salud, que constituyen el ámbito territorial básico de actuación de la Atención Primaria.

Estructura

Asistencia sanitaria

El acceso inicial al sistema sanitario se realiza a través de los **centros de salud y consultorios**, dónde se proveen las prestaciones asistenciales propias de la Atención Primaria. En la CV se ubican 244 centros de salud y 569 consultorios de atención primaria, distribuidos en los distintos departamentos y zonas de salud.

Como **unidades de apoyo** a los equipos de atención primaria se dispone de las unidades básicas de rehabilitación, unidades de odontología preventiva, unidades de salud mental, unidades de conductas adictivas, unidades de salud sexual y reproductiva y unidades de prevención de cáncer de mama.

La atención **especializada**, con **carácter ambulatorio**, se realiza a través de los centros sanitarios integrados, los centros de especialidades y la actividad ambulatoria hospitalaria. Destacar en este ámbito la extensión de nuevas modalidades asistenciales, en favor de una mayor eficiencia y calidad en la atención a los pacientes, con el incremento en el número de unidades de hospitalización de día y de cirugía mayor ambulatoria.

Área de Actuación	Centros y servicios sanitarios	Número
Atención ambulatoria: AP y AE	Centros de salud	244
	Consultorios	569
	Unidades de apoyo	
	- Unidad básica de rehabilitación	31
	- Unidad de conductas adictivas (UCA)	41
	- UCAS	34
	- Centro dispensación	1
	- Comunidades terapéuticas	5
	- Unidades desintoxicación hospitalaria	1
	- Unidad de alcoholología	6
	- Unidad de odontología preventiva	128
	- Unidad de prevención del Cáncer de Mama	24
	- Unidad de Salud Mental	124
	- Salud Mental	93
Atención de hospitalización	- Hospital de día	4
	- Salud Mental Infantil	27
	- Unidades de Salud Sexual y Reproductiva	80
	Centros sanitarios integrados	42
	Centros de especialidades	21
	Hospitalización agudos	28
	- Hospital departamental	25
	- Hospital complementario	3
	Hospitalización larga estancia	7
	- HACLE	6
	- Hospital psiquiátrico	1

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada

Para la prestación de la atención sanitaria en régimen de internado se cuenta con 28 hospitales generales y 6 hospitales de media y larga estancia (HACLE). Además, como alternativa a la hospitalización convencional se han desarrollado las unidades de hospitalización a domicilio, que permiten prestar atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente, y las unidades médicas de corta estancia.

Salud Pública

La ley 10/2014, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, define como actuaciones estratégicas en materia de salud pública: la vigilancia, a través del Sistema de Información en Salud Pública y la Red de Vigilancia en Salud Pública; la promoción de la salud, con mención especial al fomento de las redes para el intercambio de conocimiento y experiencias; la protección de la salud, incluyendo la seguridad alimentaria, la salud laboral y la sanidad ambiental; y la prevención de la enfermedad.

En la CV se dispone de una estructura descentralizada a través de la cual se organizan y desarrollan las actuaciones en salud pública en los distintos departamentos de salud. Como órgano responsable a nivel central se sitúa la **Dirección General de Salud Pública**, mientras que, a nivel de departamento, son los **Centros de Salud Pública** (CSP) los responsables del despliegue de las

acciones y programas en materia de salud pública. Existen 16 CSP que dan cobertura a los 24 departamentos de salud.

Encuadrados en los CSP de Alicante, Castellón y Valencia, se ubican las tres **Unidades de Prevención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual**, estructuras fundamentales en la prevención de la infección por VIH en la Comunitat, que han ampliado su actividad comunitaria a las infecciones de transmisión sexual, con actividad asistencial delimitada en los colectivos de especial vulnerabilidad usuarios habituales de estos centros.

Asimismo, se dispone de tres Laboratorios de Salud Pública que proporcionan el soporte analítico necesario para el desarrollo de los programas y actuaciones en seguridad alimentaria y control ambiental en la CV.

Docencia, investigación e innovación

Tal y como establece la Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, *todo el Sistema Valenciano de Salud debe estar en disposición de poder ser utilizado para la docencia pregraduada, especializada, postgraduada y continuada de los profesionales*. Para el desempeño eficaz de la formación práctico-clínica es necesaria *la actuación coordinada de los departamentos con competencia en materia de sanidad y educación*.

La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud es la unidad administrativa de la conselleria competente en materia sanitaria para el apoyo científico-técnico en el ámbito de la formación, docencia e investigación. La formación permanente del personal sanitario y no sanitario del Sistema Valenciano de Salud se estructura a través de los distintos planes de formación, que se elaboran teniendo en cuenta las necesidades de los profesionales y las líneas estratégicas de la conselleria.

La investigación sanitaria y la innovación en salud son elementos básicos del Sistema Valenciano de Salud, que se desarrollan tanto en centros de investigación como en centros asistenciales. La conselleria competente en materia de sanidad es la responsable de marcar las directrices y desarrollar la política de investigación e innovación en el ámbito de la salud.

Como estructuras de apoyo a la investigación desde los centros sanitarios se cuenta con un conjunto de entidades para la gestión de la actividad investigadora en los departamentos de salud. El Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, gestiona la investigación biomédica del Hospital Clínico Universitario de Valencia y su departamento de salud; el Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, ejerce estas funciones en el ámbito del Hospital Universitario y Politécnico de la Fe y su departamento de salud; la Fundación del Hospital Provincial de Castellón y la Fundación del Hospital General Universitario de Valencia desarrollan estas actividades de apoyo en sus correspondientes ámbitos. La Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) integra en la actualidad el anterior Centro Superior de Investigación en Salud Pública y las fundaciones del Hospital Universitario Doctor Peset, Hospital General Universitario de Alicante y el Hospital General Universitario de Elche, además de asumir la gestión de la actividad científica de otros 17 departamentos de salud y de la Fundación Oftalmológica del Mediterráneo. Por último, citar el Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF) como centro de excelencia de la investigación biomédica en la CV.

Recursos humanos

El Sistema Valenciano de Salud dispone de una plantilla de más de 65.000 profesionales. En el ámbito de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública existen tres tipos de personal y puestos:

- Los gestionados por la Dirección General de Función Pública de la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas, que no tienen la consideración de personal sanitario y se encuentran circunscritos a los servicios centrales y territoriales.

- Los de Salud Pública, Inspección de Servicios Sanitarios y los puestos traspasados a la conselleria con requisito de licenciatura/diplomatura sanitaria, que son gestionados por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y tienen la consideración de personal sanitario.
- Los de instituciones sanitarias, desempeñados fundamentalmente por personal estatutario.

Plantilla de personal gestionado por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública correspondiente a Salud Pública, Atención Primaria y Especializada.

Salud Pública					
Grupo A1	Grupo A2	Grupo C1	Grupo C2	AP	Total
790	142	89	192	29	1.242
Atención Primaria					
Personal Directivo					8
Personal Facultativo					4.344
Personal Sanitario No Facultativo					5.173
Resto de Personal					3.207
Personal en Formación					567
Total					13.299
Atención Especializada					
Personal Directivo					174
Personal Facultativo					6.645
Personal Sanitario No Facultativo					23.947
Resto de Personal					8.878
Personal en Formación					2.075
Total					41.719

Fuente: Registro de puestos y gestión de personal, CIRO (Octubre 2015)

Plantilla de personal adscrito a los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública según el órgano de gestión

Órgano de gestión	Servicios Centrales	Direcciones Territoriales	Total
Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública	119	163	282
Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas	507	459	966
Total	626	622	1.248

Fuente: Registro de puestos y personal (Octubre 2015)

Personal dependiente de las Concesiones Administrativas y de los Consorcios

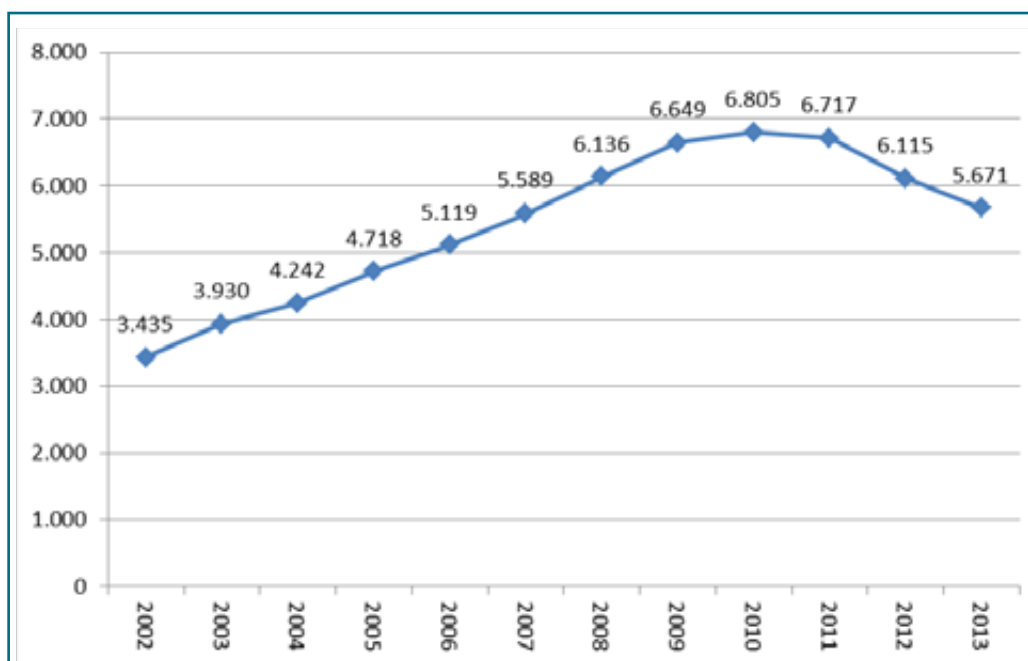
Atención Primaria y Especializada	
Personal Directivo	41
Personal Facultativo	2.306
Personal Sanitario No Facultativo	4.656
Resto de Personal	1.784
Personal en Formación	179
Total	8.966

Fuente: Concesiones Administrativas y Consorcios (Octubre 2015)

Recursos económicos

La Estadística de Gasto Sanitario Público, en su serie 2002-2013, incorpora el criterio de devengo (gasto real o efectivo) y presenta la información siguiendo distintas clasificaciones: económica, funcional y sectorial. Según consta en ella, en el año 2013, el gasto sanitario público en la CV fue de 5.671 millones de euros, lo que representa el 5,8% del PIB. En relación a su población, este volumen supuso un gasto de 1.109 euros por habitante. Atendiendo a la clasificación funcional, son los servicios hospitalarios y especializados los que mayor peso tienen, con un 62,2% del gasto, ocupando el segundo lugar, el gasto en farmacia (20,4%).

Evolución del gasto sanitario público consolidado (millones de euros) Sector de gasto Comunidades Autónomas. Comunitat Valenciana, 2002-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En los presupuestos de la Generalitat para el año 2016, la cantidad asignada a la conselleria competente en materia de salud ha sido de 5.909 millones de euros, lo que supone un incremento del 7,6% respecto al ejercicio anterior.

**PROCESO DE
ELABORACIÓN DEL
IV PLAN DE SALUD**

Evaluación del III Plan de Salud

Una vez finalizado el período de vigencia, su evaluación se planteó desde la doble perspectiva metodológica que complementase el análisis **cuantitativo** tradicional del grado de consecución de los objetivos planteados, con una valoración **cualitativa**.

Principales resultados de la evaluación cuantitativa

El mapa estratégico del Plan de Salud 2010-2013 incorporó un total de 22 líneas estratégicas, 35 objetivos generales, 163 objetivos específicos y 361 líneas de actuación estructuradas. A partir de 25 áreas de actuación priorizadas y 11 de carácter transversal se plantearon 232 indicadores de evaluación.

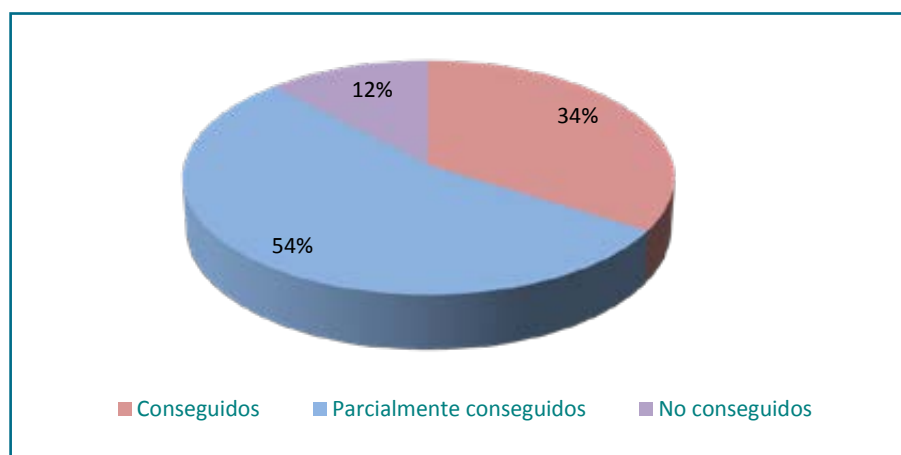
Para llevar a cabo esta evaluación se elaboró un cuestionario de recogida de información, que cumplieron las personas responsables de las 25 áreas de actuación priorizadas y de las 11 áreas de carácter transversal. Junto a ello se obtuvo información específica de los sistemas de información de atención primaria (ABUCASIS) y especializada (CMBD), así como de las actuaciones formativas desarrolladas a través de la Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES). La evaluación cuantitativa contó con la colaboración de un total de 54 profesionales, personal técnico de la Conselleria de Sanitat.

Para conocer los logros alcanzados, en primer lugar se valoró el **grado de consecución de los objetivos específicos (OE)**. De los 163 OE, 2 se consideraron no evaluables porque la información disponible sobre ellos era insuficiente o incompleta. En la tabla y figura siguientes se resume el grado de consecución de estos objetivos y en el **anexo 2** el de las líneas estratégicas:

Descripción del grado de consecución de los Objetivos Específicos

	Grado de consecución	Nº OE.	% OE.
Evaluados	Conseguidos	55	98,8%
	Parcialmente conseguidos	87	
	No conseguidos	19	
No evaluables		2	1,2%

Grado de consecución de los objetivos específicos evaluados.
Plan de Salud (2010-2013)



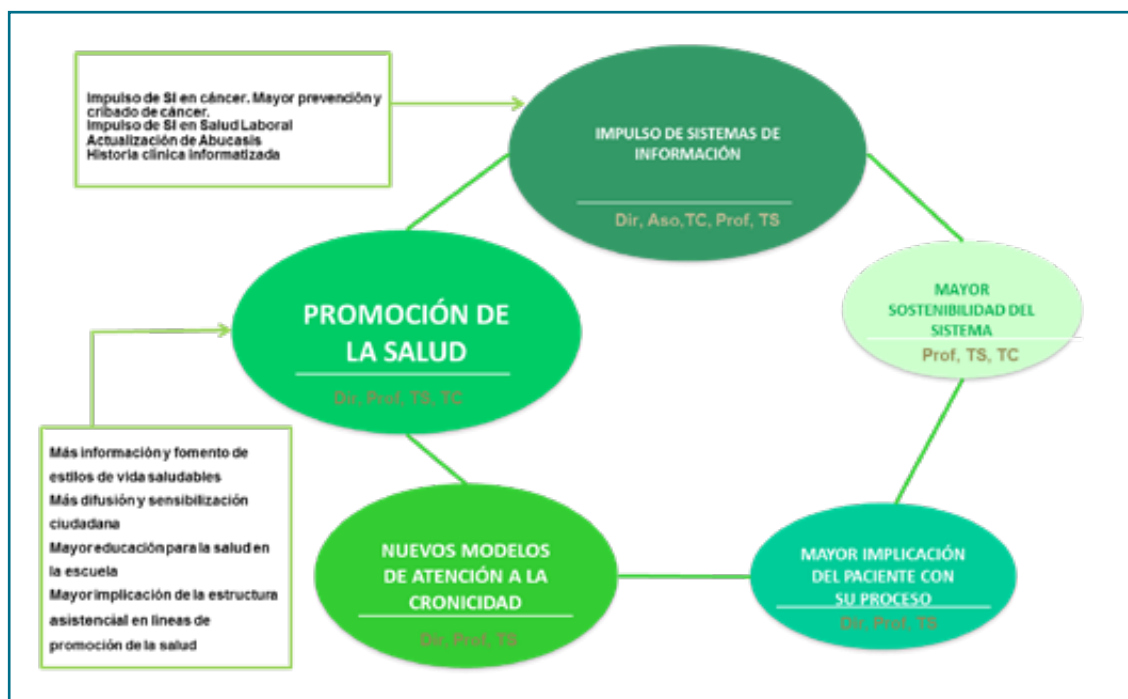
Principales resultados de la evaluación cualitativa

Para este propósito se utilizó la técnica de investigación cualitativa Metaplan, con la finalidad de capturar información de informantes clave sobre los logros o aspectos positivos alcanzados y sobre aquellos aspectos que en su opinión no cumplieron con los objetivos o expectativas generadas por el plan. El perfil de los 109 participantes fue: equipos sanitarios directivos, técnicos y profesionales del ámbito sanitario, técnicos municipales y de otras consellerias, asociaciones ciudadanas y de pacientes.

Los principales **logros** identificados tienen que ver con el carácter más transversal de este Plan, el avance en el desarrollo de los sistemas de información, propiciar una mayor preocupación por la eficiencia y el despliegue del Plan del Cáncer, así como la introducción de objetivos y actuaciones en los ámbitos de la salud laboral y la seguridad alimentaria.

En los siguientes gráficos se representa la consistencia global, es decir ideas coincidentes entre los distintos grupos de participantes, como resumen de las ideas más sobresalientes aportadas. El tamaño de cada círculo representa la importancia relativa de la idea. En cada caso se presentan las siglas del grupo de participantes donde esta idea sobresalía. De este modo se puede comprobar el grado de coincidencia y la intensidad con la que se propusieron determinadas ideas en el debate abierto entre los participantes.

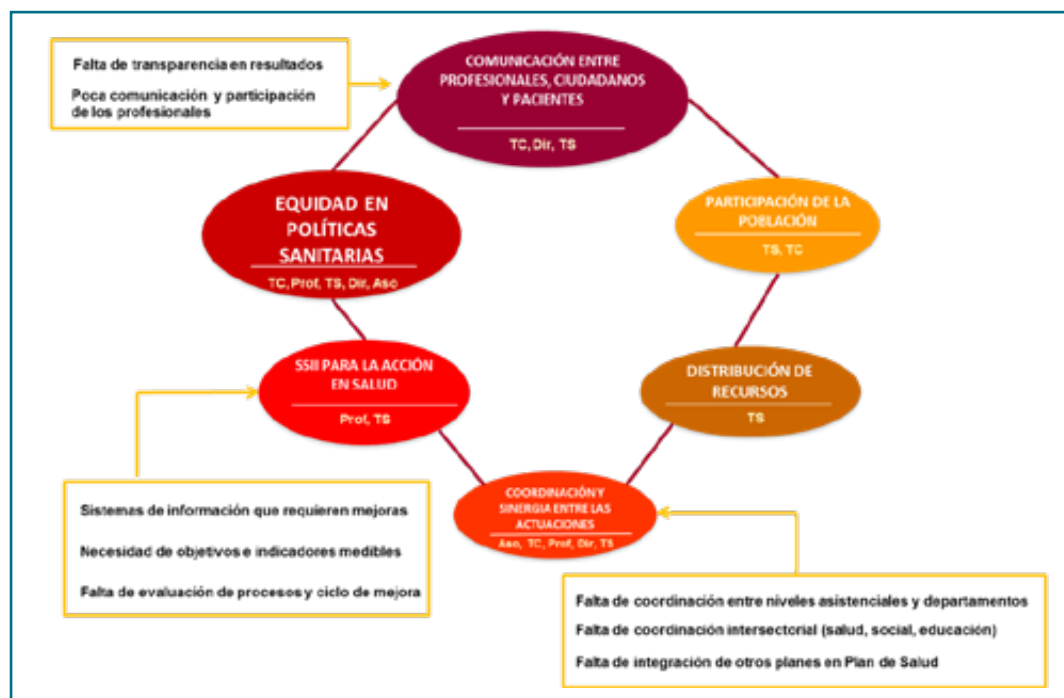
Principales logros del Plan de Salud 2010 - 2013



TS y Dir: técnicos y directivos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. TC: técnicos de otras consellerias y de la administración local. Prof: profesionales sanitarios y sociedades científicas. Aso: asociaciones ciudadanas y de pacientes

Por el contrario, en opinión de los participantes el Plan no logró la difusión que se esperaba, lo que ha limitado la participación de un amplio número de agentes sociales y de los propios profesionales, no ha estado suficientemente ligado a los acuerdos de gestión del sistema valenciano de salud y aunque ha sido una referencia de las estrategias y planes sectoriales que se han puesto en práctica, ha sido difícil visualizar una coordinación de todos ellos en torno a este Plan de Salud.

Principales líneas estratégicas, objetivos específicos o líneas de actuación que no han cumplido expectativas 2010 - 2013



TS y Dir: técnicos y directivos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. TC: técnicos de otras consellerias y de la administración local. Prof: profesionales sanitarios y sociedades científicas. Asoc: asociaciones ciudadanas y de pacientes

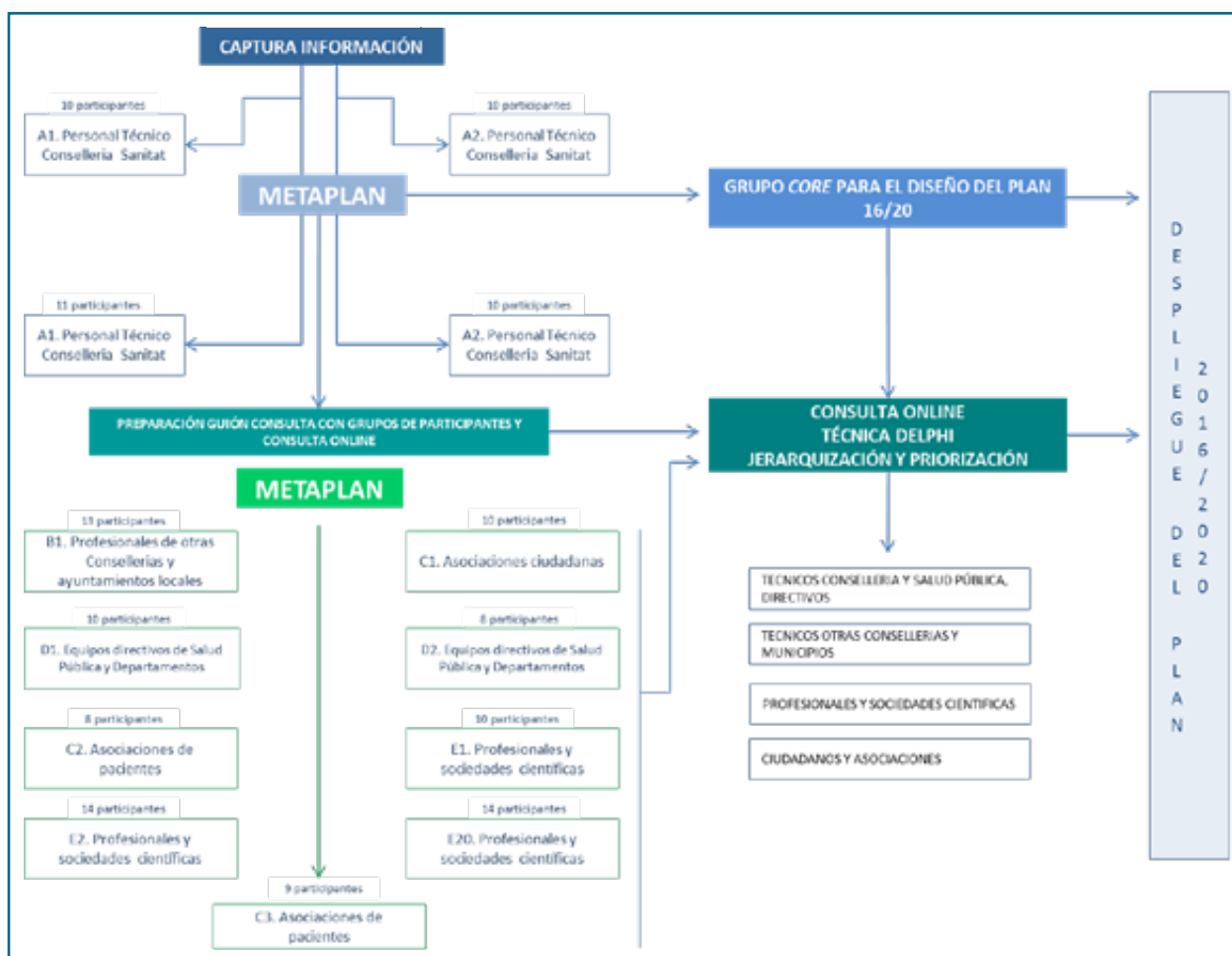
Identificación de las Prioridades para el IV Plan de Salud

Mediante técnicas de **investigación cualitativa** (Metaplan y Delphi) se capturó información para identificar principios, valores y objetivos para el nuevo Plan de Salud 2016-20.

Se realizaron un total de 13 sesiones mediante la metodología Metaplan, con la participación de 137 personas entre representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales, técnicos y directivos (incluyendo personal de distintas Conselleries y Administraciones Locales) y 4 estudios Delphi con participación de 273 personas pertenecientes a los mismos colectivos, que se desarrollaron en paralelo.

En la siguiente figura se representa en esquema el proceso que resume la planificación, grupos de trabajo y consultas online realizadas para cubrir los objetivos del estudio y en la tabla se resume la distribución de las sesiones del Metaplan.

Resumen del proceso de trabajo



Descripción de las sesiones realizadas con la técnica Metaplan

Perfil	Sede	Nº grupos	Nº participantes
Técnicos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	EVES	4	41
Profesionales de otras consellerias y administraciones locales	DGSP	1	13
Asociaciones de ciudadanos	DGSP	3	27
Asociaciones de pacientes	HGUA		
Equipos directivos de salud pública y departamentos	DGSP	2	18
Profesionales y sociedades científicas	DGSP HGUA	3	38

EVES: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. DGSP: Dirección General de Salud Pública. HGUA: Hospital General Universitario de Alicante

Captura de información mediante la técnica Metaplan

La técnica Metaplan se utilizó para capturar la información a partir de 3 cuestiones clave que se formularon para iniciar y mantener activa la técnica, junto a una serie de preguntas racimo que incorporaban ámbitos a explorar para conocer de forma fidedigna todas las perspectivas de los diferentes perfiles de participantes. Para perfilar los guiones de trabajo y el contenido de la consulta, valorar la idoneidad del plan de trabajo y seleccionar a los grupos de interés, se contó con un grupo *Core*, integrado por 7 técnicos en representación de las diferentes Direcciones Generales de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

- La primera pregunta se centró en destacar los principales logros, aspectos positivos y mejoras en salud, bienestar y calidad de vida, prevención, promoción de la salud y asistencia sanitaria en los últimos años, percibidos por cada grupo de participantes
- La segunda en identificar las propuestas de mejora en los diferentes ámbitos de la promoción, prevención, problemas de salud prioritarios, colectivos que requieren mayor atención, calidad y seguridad del paciente, sistemas de información, participación...
- La tercera en determinar las líneas estratégicas y objetivos que no deberían faltar en el Plan de Salud, así como la estrategia para su implementación en los departamentos de salud

La técnica **Delphi** se aplicó realizando un total de 4 consultas *online* (4 consultas x 2 rondas). Para ello se dispuso de un sitio *Web* <http://calite-revista.umh.es/delphi> y de una aplicación informática que aseguraba la correcta administración de los tiempos y la información necesaria para que los informantes clave respondieran en tiempo y forma apropiados. En la tabla siguiente queda resumido este proceso.

Descripción de las consultas, rondas, recuerdos y respuestas del método Delphi

Consulta	Rondas	Número de recuerdos	Nº expertos invitados	Nº de respuestas válidas
Técnicos Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, directivos	1	2	201	125
	2	2	125	110
Técnicos otras Consellerias y municipios	1	3	136	70
	2	3	70	52
Profesionales y sociedades científicas	1	4	145	100
	2	3	100	84
Asociaciones Ciudadanas y pacientes	1	4	49	34
	2	4	34	27

Guión de preguntas Delphi

El guión de las preguntas a formular en las consultas *online* (técnica Delphi) surgió como fruto de la combinación de información analizada y extraída de las diferentes sesiones grupales así como de las formulaciones, recomendaciones y sugerencias aportadas por el grupo Core de técnicos. A cada uno de los participantes se le solicitó que asignase una puntuación en la escala del 0 (mínima prioridad) al 10 (máxima prioridad) a cada una de las propuestas, agrupadas en 5 epígrafes:

- A – Prioridades en salud que más atención necesitan
- B – Necesidades prioritarias del modelo sanitario
- C – Prioridades para lograr una mayor participación ciudadana y de los pacientes
- D – Enfoques para potenciar el éxito del Plan de Salud
- E – Valores y principios que son fundamentales en el Plan de Salud 2016-2020

En resumen, el proceso de participación y consulta consistió en 17 sesiones en las que colaboraron 410 participantes: 13 sesiones grupales aplicando la técnica Metaplan y 4 consultas online aplicando la técnica Delphi.

Descripción de las consultas, rondas, recuerdos y respuestas del método Delphi

Técnica	Objetivo	Número de sesiones/consultas	Nº de participantes
Metaplan	Captura de información	13	137
Delphi	Priorización de las propuestas	4	273
Total		17	410

Los resultados de todo este proceso participativo han sido fundamentales para poder definir los valores y principios que deberán presidir el nuevo Plan de Salud (2016-2020), así como las diferentes líneas estratégicas en las que se enmarcarán los objetivos y acciones que lo integrarán. Así mismo, en el análisis de la situación previo a la definición de cada uno de los objetivos, se ha incorporado un resumen de los aspectos más destacados de la priorización llevada a cabo por los diferentes colectivos que participaron en las consultas Metaplan y Delphi.

Valores, Principios Fundamentales y Líneas Estratégicas del IV Plan de Salud

Como resultado de las aportaciones realizadas en el proceso participativo por los diferentes agentes sociales, colectivos profesionales y personal técnico participante, los principios y valores en los que debe basarse el IV Plan de Salud son los siguientes:

Misión

Servir a la mejora de la salud y del bienestar de la población valenciana de una manera sostenible, eficiente y continuada desde la consideración de la salud como realidad determinada por el entorno físico y social donde vivimos.

Visión

Mejorar la salud de la población valenciana en base a los principios de equidad, sostenibilidad, solidaridad y respuesta a nuevos retos.

Valores-Principios

Equidad como eje transversal

- Equidad en resultados en salud atendiendo a las necesidades de salud por razón de edad, sexo, lugar de residencia, clase social y país de origen
- Equidad en el acceso, uso y calidad de los servicios sanitarios: universalidad en el acceso
- Equidad desde las perspectivas de género y de la diversidad

Sostenibilidad

- Mejorar la eficiencia del sector sanitario
- Incrementar la coordinación de los niveles asistenciales
- Fomentar la coordinación de los servicios sanitarios con los sociales y los de otros sectores

Solidaridad. Asegurar y mejorar la atención sanitaria a toda la población teniendo en consideración situaciones de especial vulnerabilidad.

Respuesta a nuevos retos

- Fomentar enfoques colaborativos y de trabajo en equipo a nivel profesional y en la comunidad
- Fomentar la investigación, desarrollo e innovación en salud

Horizontalidad de la acción de gobierno, acción intersectorial para que todas las administraciones actúen de manera coordinada.

Gobernanza y descentralización. Ha de asignarse de manera clara las funciones y responsabilidades para cada uno de los niveles de decisión.

Coordinación y sinergia entre las actuaciones que se definan.

Participación e implicación de profesionales y ciudadanía en las políticas de salud.

Proactividad, del sistema sanitario para conseguir una atención temprana, ágil, adecuada y eficiente a los problemas de salud.

Calidad, excelencia, innovación. Consideración de la mejor evidencia científica disponible.

Responsabilidad institucional.

Transparencia. En la gestión de recursos y en la gestión clínica, haciendo partícipe a la ciudadanía de los resultados en salud.

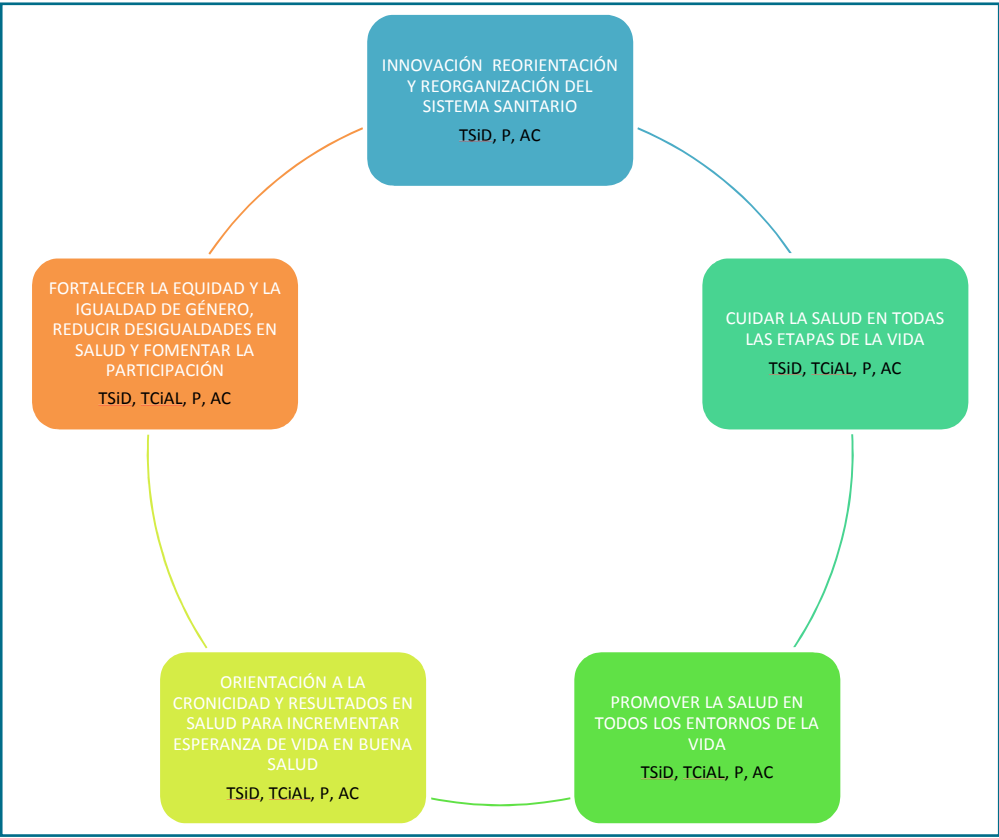
En la siguiente figura se representan gráficamente estos valores y principios:

Valores y principios fundamentales en el Plan de Salud 2016 - 2020



El proceso participativo de consulta, ha sido un elemento clave, junto a las consideraciones previas que se han detallado al inicio de este capítulo, referidas al marco conceptual y a la referencia en políticas de salud en los contextos internacional, estatal y de las diferentes CCAA.

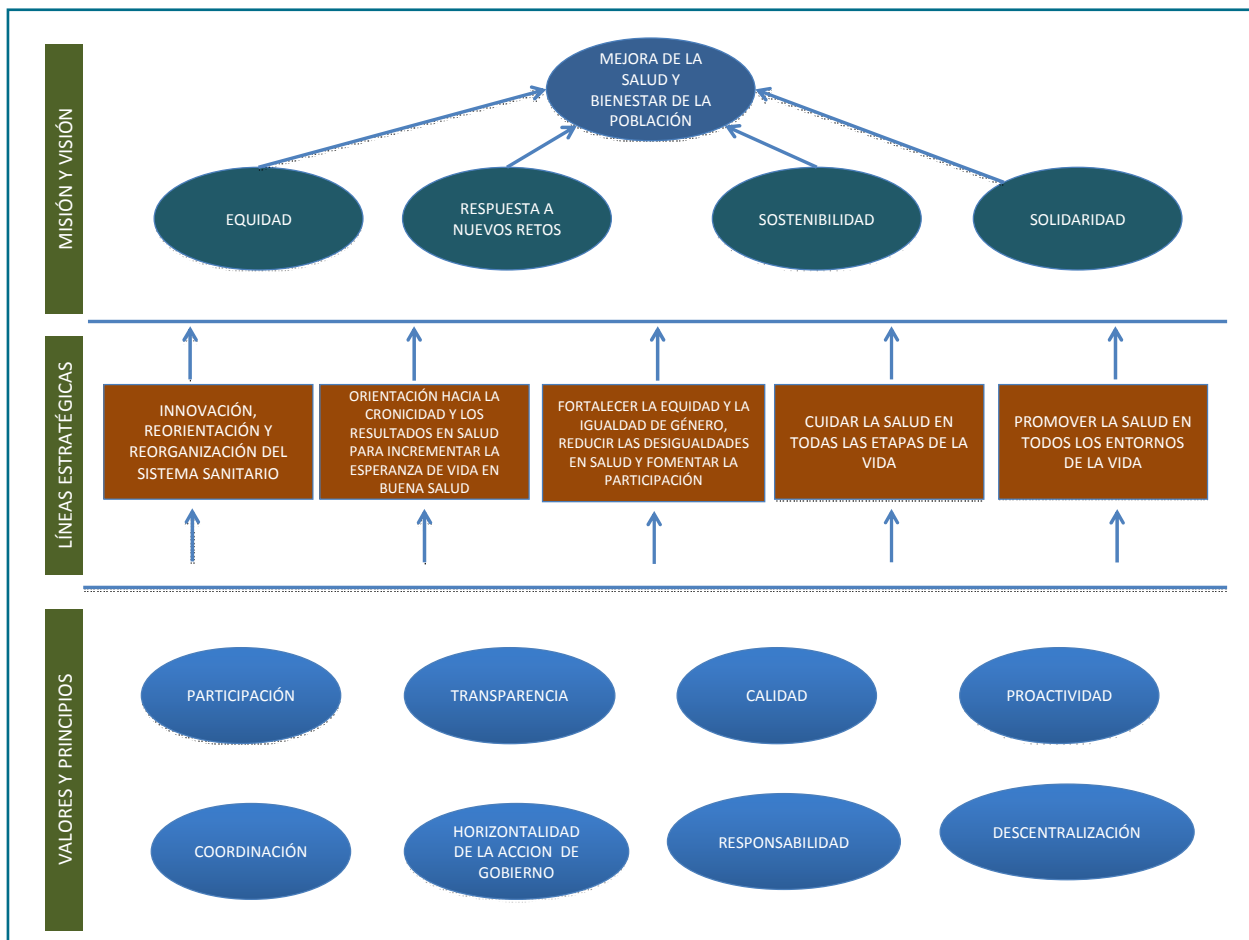
A continuación las **5 líneas estratégicas** identificadas en el proceso de consulta, teniendo en cuenta que el tamaño de los cuadros representa la intensidad o priorización efectuada por los participantes.



TS y D: técnicos y directivos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. TC y AL: técnicos de otras consellerias y de la administración local. P: profesionales sanitarios y sociedades científicas. AC: asociaciones ciudadanas y de pacientes

En definitiva, el resultado de la integración y ordenación de toda la información resume en el siguiente esquema el planteamiento y las bases que deberán presidir el Plan de Salud 2016-2020.

Valores, principios y líneas estratégicas del Plan de Salud 2016 - 2020



**OBJETIVOS, ACCIONES
E INDICADORES
VINCULADOS A LAS
LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

Línea 1. Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes

- 1.1. Orientarse a los resultados en salud de la población**
- 1.2. Aumentar la calidad del sistema sanitario público**
- 1.3. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público incrementando su efectividad**
- 1.4. Poner la información al servicio de la mejora de la salud**
- 1.5. Considerar a los y las profesionales como valor esencial del sistema**

1.1. Orientarse a los resultados en salud de la población

Análisis de la situación

Se ha llevado a cabo una **estratificación de la población** en función de su condición de morbilidad y riesgo clínico o complejidad, mediante el sistema de clasificación de pacientes incluido en la historia clínica de salud y basado en los Clinical Risk Group (CRG) utilizados previamente para la clasificación de pacientes con objetivos de uso racional de medicamentos y análisis de gasto farmacéutico. Merced a esta clasificación se ha constatado que en 2013, el 44% de la población presentaba alguna condición crónica (40,2 % de los hombres y 49,3 % de las mujeres), correspondiendo a un total de 2.097.873 habitantes de los 4.743.844 analizados. La precisión en la clasificación y su nivel de implementación (aproximadamente 5 millones de pacientes identificados a nivel individual) permite definir fácilmente los estratos poblacionales a los que dirigir las distintas iniciativas y destinar los recursos necesarios en aras de alcanzar un mejor resultado en salud, especialmente en aquella población con un grado de complejidad y riesgo clínico más elevado.

En 2012 se implantó el **Programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia** de la CV (Programa REFAR), a través del cual, mediante su línea de actuación para la mejora de la eficiencia y adherencia de los tratamientos (Subprograma REFAR-EA), se realiza una revisión y seguimiento farmacoterapéutico continuado de los pacientes con mayor riesgo y falta de adherencia al tratamiento, sobre todo en los **pacientes mayores polimedicados**. Entre 2012 y 2014 un total de 29.044 pacientes de la CV estaban en seguimiento continuado, valorando su capacidad cognitiva y social, su adherencia al tratamiento mediante test específicos y realizando una revisión farmacoterapéutica para detectar los posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos de los medicamentos (RNM).

En el segundo semestre de 2012 se inició el subprograma de seguimiento de la **eficacia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA)**. El objetivo inicial fue revisar 40 historiales farmacoterapéuticos por cupo/año. Teniendo en cuenta la fecha de inicio del programa, en 2012 se revisaron el 14,1% de los historiales farmacoterapéuticos de los pacientes crónicos y polimedicados y el 13,7% en 2013.

Así mismo se creó en el apartado de historia sociosanitaria dentro de la valoración del núcleo familiar, el flag de **“Cuidador”** para la identificación de la persona cuidadora principal. Además se puede identificar dentro de la hoja de seguimiento REFAR en datos del cuidador. En el año 2013 se registraron 1.032 pacientes con la condición de cuidador.

Se ha publicado una *Guía metodológica para la atención de las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario* dirigida a profesionales.

El desarrollo de **documentos de actuación clínica** como apoyo a los procesos asistenciales integrados en enfermedades crónicas se inició en 2012. Se publicó el documento *de Atención a pacientes con fibromialgia* y se ha elaborado un documento de *Atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer*.

Objetivo 1.1

Orientarse a los resultados en salud de la población

Reorientar las funciones de los diferentes niveles y ámbitos asistenciales, para adecuar los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población.

Acciones

1.1.1. Reorganización asistencial de los departamentos para la atención integrada de pacientes crónicos con diseño de circuitos departamentales y supradepartamentales en procesos priorizados y teniendo como eje central al paciente:

- crónico de baja complejidad (autocuidado)
- crónico de complejidad moderada (gestión de enfermedad)
- crónico de alta complejidad o que requiere cuidados paliativos y sus personas cuidadoras (gestión de casos)

1.1.2. Desarrollar las **unidades de referencia** del sistema sanitario valenciano.

1.1.3. Desarrollar en el ámbito de la atención primaria, intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir enfermedades, lesiones y discapacidad, fomentando **intervenciones en el entorno comunitario**.

1.1.4. Aportar **herramientas de ayuda a las decisiones**, para aproximar los resultados de las intervenciones sanitarias a las diferentes preferencias informadas de sus destinatarios.

1.1.5. Fomentar intervenciones individuales y grupales dirigidas a personas con condiciones crónicas, para potenciar el **autocuidado**.

1.1.6. Desarrollar intervenciones de **apoyo a las personas cuidadoras** de pacientes crónicos, para atender sus necesidades en salud y velar por su bienestar.

1.1.7. Reforzar el papel de la **atención primaria como referente en la atención al paciente crónico, anciano y dependiente**, promoviendo la toma de decisiones compartidas con el profesional, respetando las preferencias y valores del paciente y favoreciendo el cuidado en su entorno habitual.

1.1.8. Incorporar la valoración multidimensional en los pacientes ancianos, así como en los crónicos de alta complejidad y paliativos, por parte de un equipo multidisciplinar, para realizar un **plan de atención individualizada**.

1.1.9. Mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos en **pacientes polimedicados**, mediante programas de prescripción y utilización efectiva de medicamentos.

1.1.10. Reducir el consumo de **medicación innecesaria y excesiva**, favoreciendo la utilización de diferentes alternativas conducentes a mitigar los riesgos para la salud asociados

1.1.11. Revisar y hacer ejecutivo el **acuerdo marco entre las Consellerías competentes en materia de salud y de bienestar social** para una coordinación efectiva y eficiente de la utilización de recursos en la atención a la cronicidad y el despliegue de protocolos asistenciales para personas institucionalizadas o en la comunidad con graves problemas de salud crónicos y dependientes.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Estrategia de Atención Socio-Sanitaria	Acuerdo Marco: Creación Grupos de Trabajo (2016)	Finalizada y en marcha	SA
Altas ponderadas por médico de UHD	400 (2014)	↑	HACLE AG (962.1)
Peso del Hospital a domicilio en los hospitales de agudos	9,5 (2014)	↑	DGAS
% de población de la CV con servicio de gestión de casos	15% (2013)	↑	DGAS
% de reingresos a los 30 días con misma CDM en personas	4,4% (2014)	↓	CMBD/ALUMBRA AG (CMBD0021.2)
% de historiales de pacientes crónicos polimedicados revisados para su adecuación	13,7% (2013)	↑	ABUCASIS/ ALUMBRA
COMPLEMENTARIOS			
% de pacientes crónicos complejos en cuya historia consta la persona cuidadora principal			DGFyPS
Número de actividades grupales de educación para la salud dirigidas a pacientes crónicos y personas cuidadoras en los departamentos de salud			DGSP CSP
% de pacientes derivados a HACLE desde UHD			HACLE

1.2. Aumentar la calidad del sistema sanitario público

Análisis de la situación

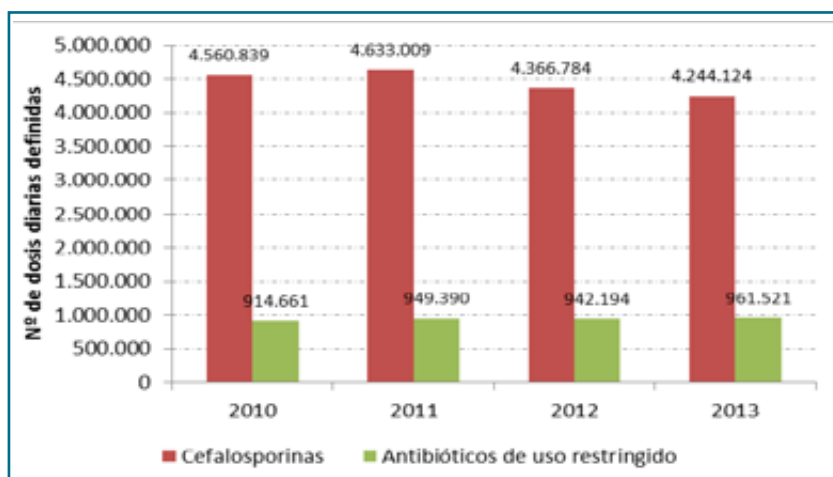
Con la puesta en marcha del Subprograma de **alertas de productos farmacéuticos** y revisión de la farmacoterapia **REFAR-AR**, se han revisado más de 200.000 pacientes:

- Más de 85.800 pacientes afectados por alertas de seguridad que afectaban a fármacos como: calcitonina, domperidona, ranelato de estroncio, trimetazidina, aceclofenaco, etc.
- Más de 11.100 pacientes mayores de 65 años afectados por criterios stopp (medicación no apropiada) a nivel del sistema cardiovascular.
- Más de 42.400 en los que se ha detectado una medicación no adecuada a las indicaciones y recomendaciones de uso. Un ejemplo de ello es la revisión de pacientes en tratamiento con citicolina para el tratamiento de demencias seniles, o pérdida de memoria que, no respondían a trastornos neurológicos y/o cognitivos asociados a traumatismos craneoencefálicos o accidentes cerebrovasculares.
- Más de 71.750 pacientes afectados por PRM (interacciones, contraindicaciones, posologías inadecuadas, duplicidades terapéuticas, alergias medicamentosas, acontecimientos adversos).

Gracias a su aplicación se ha producido una reducción del 26,72 % de los PRM en la población valenciana y una disminución del 10% de los pacientes mayores polimedicados (35.000 pacientes).

Dentro del objetivo de reducir el número de **infecciones por microorganismos resistentes**, se ha logrado disminuir el uso de cefalosporinas a nivel comunitario, mientras que el uso de antibióticos restringido a nivel hospitalario se ha incrementado ligeramente.

Consumo de cefalosporinas a nivel comunitario y de antibióticos de uso restringido en hospital

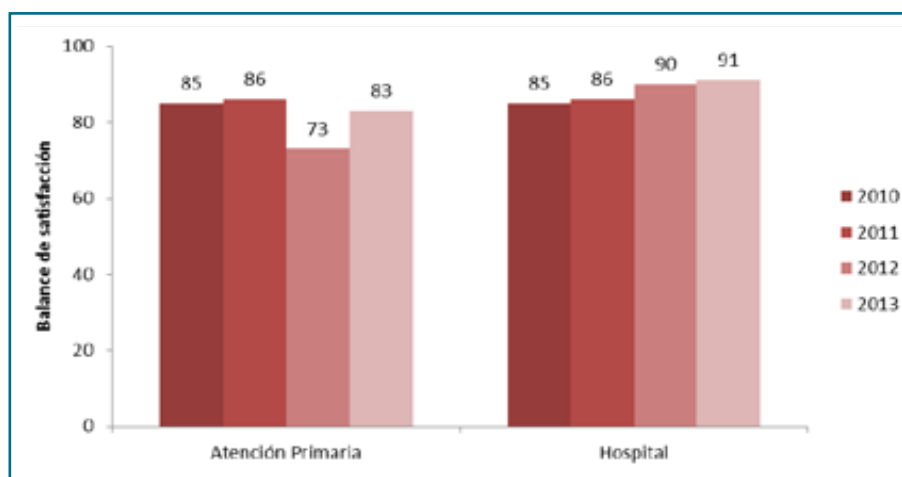


Fuente: GAIA, Orion Logist, Farmasyst e informe específico DGFyPS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Se han implementado diferentes programas para la disminución de la frecuencia de **infección hospitalaria**, entre las que se encuentran los programas de “Bacteriemia Zero”, “Neumonía Zero”, “Resistencia Zero” y las campañas de higiene de manos. Además, se ha divulgado a los pacientes información sobre el riesgo de infecciones nosocomiales asociadas a la asistencia, a través de los Documentos de Consentimiento Informado.

A lo largo de la vigencia del III Plan de Salud, se observó que la **satisfacción de los usuarios** que recibieron atención sanitaria en centros hospitalarios fue superior a la percibida por los atendidos en un centro de atención primaria, y mejoró a lo largo del periodo 2010-2013 con valores semejantes en hombres y mujeres. Así, en 2013, se registró un balance de satisfacción en pacientes atendidos en un hospital del 91% en hombres y 90% en mujeres.

Balance de satisfacción en pacientes atendidos en centro de salud y hospital



Fuente: encuestas de opinión de los pacientes. DGIITC.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

En relación con las listas de espera quirúrgica, la tabla siguiente se resumen los datos a mitad de 2015 publicados en la web oficial de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Listas de espera quirúrgica - junio 2015

Tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural (Demora).	57
Número de pacientes con 0-90 días de espera.	37.837
Número de pacientes con 91-180 días de espera.	7.067
Número de pacientes con más de 180 días de espera.	1.591
Población.	4.733.087
Tasa por 1.000 habitantes.	9,82
Actividad quirúrgica.	333.221

<http://www.san.gva.es/web/dgas/informe-de-situacion>

Objetivo 1.2

Aumentar la calidad del sistema sanitario público

Aumentar la **calidad** del sistema sanitario en todas sus dimensiones: adecuación, accesibilidad, seguridad, efectividad, puntualidad, eficiencia y equidad, con el centro en la experiencia satisfactoria de los pacientes.

Acciones

1.2.1. Potenciar el uso de **guías clínicas basadas en la evidencia** y las recomendaciones de las guías y protocolos incorporados en la prescripción informatizada.

1.2.2. Elaborar, validar y difundir recomendaciones para no realizar **intervenciones innecesarias**: “lo que no se debe hacer”.

1.2.3. Identificar y promover la adopción de **buenas prácticas** para mejorar la adecuación y la seguridad de la asistencia sanitaria.

1.2.4. Promover la aplicación de los resultados de la **evaluación de tecnologías sanitarias**, tanto diagnósticas como terapéuticas u organizativas, a todos los niveles de la organización.

1.2.5. Promover la extensión y plena integración a todos los niveles asistenciales de la notificación de efectos adversos e incidentes relacionados con la **seguridad**.

1.2.6. Valorar la **satisfacción percibida por la ciudadanía** en los diferentes niveles de la atención sanitaria, identificando áreas deficitarias e impulsando medidas de mejora, haciendo públicamente accesibles los resultados de estos estudios.

1.2.7. Valorar la satisfacción percibida por las y los profesionales como activos fundamentales en la **mejora continua de la calidad** del sistema sanitario.

1.2.8. Fomentar e impulsar la utilización de **modelos y/o herramientas de gestión de calidad** en los centros sanitarios, que faciliten la detección de áreas de la organización susceptibles de mejora, implicando a los profesionales sanitarios en la mejora continua de los procesos de atención.

1.2.9. Potenciar y desarrollar los órganos garantes de los **derechos de los pacientes**, para asesorar ante situaciones de conflicto de manera que quede en todo momento protegida la dignidad de las personas.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de fracturas de cadera intervenidas en las primeras 48 horas	50,45% (2014)	↑	CMBD AG (135.3)
Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas	5,96% (2014)	↓	ALUMBRA AG (URG037.1)
Tiempo medio de demora para primeras consultas de atención especializada	45 (2014)	↓	LECEX AG (25.1)
Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica > 180 días	5% (2014)	↓	LEQ AG (283.1)
Proporción de intervenciones quirúrgicas con aplicación checklist	91% (2014)	↑	AG (6001.1)
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	4,88% (2013)	Media nacional	EPINE DGIITC
% de efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria que son evitables	47,1% (2013)	Disminución mínima del 10%	EPIDEA DGIITC
Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público	6,1/10 (BS, 2014) 8,3/10 (EOP, 2013)	↑	BS (INCLASNS) EOP (DGIITC)
COMPLEMENTARIOS			
Incidencia acumulada de infección/colonización por <i>klebsiella pneumoniae</i> con sensibilidad disminuida a carbapenems			DGSP RedMIVA-AVE
Incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica para la cirugía de colon			DGSP RedMIVA-AVE
Incidencia acumulada de infecciones del tracto urinario relacionados con sondaje uretral en UCIs			DGSP RedMIVA-AVE

1.3. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público incrementando su efectividad

Análisis de la situación

El impacto de la crisis económica reciente sobre los ingresos de las administraciones públicas junto a la vigencia de un modelo de financiación de las comunidades autónomas que está generando importantes y crecientes diferencias entre las capacidades de financiación regionales, son factores que están afectando negativamente y con especial incidencia a la Generalitat de la Comunitat Valenciana y tensando progresivamente la situación financiera del sistema sanitario público valenciano.

Además, los desequilibrios financieros que amenazan al sistema se están viendo agravados por factores de diversa índole entre los que cabe citar el envejecimiento de la población, la elevada medicalización de la población, los precios de los medicamentos, los costes de la tecnología y el continuo aumento de la demanda de servicios sanitarios por parte de los ciudadanos, cada vez más informados y exigentes. Si a lo anterior se une la escasa posibilidad de que se repitan los niveles de ingresos autonómicos generados en la etapa previa a la crisis, existe el riesgo es más que probable que los desequilibrios producidos deriven en un problema de sostenibilidad estructural del sistema sanitario público.

Por ello, es necesario que todas las medidas contempladas en el Plan de Salud 2016-2020 tengan presente, con especial hincapié, el respeto al principio de eficiencia en la gestión y ejecución del gasto sanitario público al que obliga el artículo 31.2 de la Constitución Española de 1978.

Además, en aras a procurar y velar por la sostenibilidad de la sanidad pública, es necesario continuar impulsando actuaciones y medidas específicas que permitan la mejora de la eficiencia, velando por la eficacia y calidad de los procesos y favoreciendo avances en la gestión, lo cual ha de contribuir a la racionalización del gasto y a la mejora de ingresos, derivando en una mayor disponibilidad de recursos destinados a la salud.

La integración de la aplicación de soporte a la **facturación intercentros COMPAS con el aplicativo GAIA** que se ha llevado a cabo, permite la facturación automatizada a terceros países y a través del INSS de los medicamentos dispensados a personas titulares de tarjeta sanitaria europea. Los departamentos de salud integrados en el aplicativo COMPAS son 29 (incluye los hospitales de media y larga estancia) y recoge los siguientes ámbitos asistenciales: hospitalización, cirugía mayor ambulatoria, larga estancia, urgencias hospitalarias, consultas externas de especializada, consultas de primaria, técnicas de radiodiagnóstico, farmacia de receta y farmacia hospital a pacientes externos.

Otro aspecto a destacar es la potenciación de **alternativas a la hospitalización tradicional** (hospital a domicilio, cirugía sin ingreso y hospital de día) como estrategias de gestión de la calidad asistencial, que incrementan los niveles de satisfacción del paciente y aumentan la eficiencia de los procesos, pilar fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario. Ha mejorado la adecuación de estancias hospitalarias y de las tasas de ocupación adecuada. Cabe destacar una disminución de la estancia media entre 2010 y 2013, con la consiguiente reducción de las estancias (-112.964) y se mantiene el índice de ocupación (74,7% en 2010 a 2012 y 74,9 en 2013) con un incremento de pacientes ingresados (8.683) durante el año 2013 frente al año 2010 así como del índice de rotación de camas, que pasó de 3,5 en 2010 a 3,8 en 2013.

Objetivo 1.3.

Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público incrementando su efectividad

Maximizar la búsqueda de la **efectividad** para garantizar la **sostenibilidad** del sistema sanitario, orientando las decisiones hacia la obtención de resultados en salud.

Acciones

1.3.1. Impulsar actuaciones para la **mejora de la financiación, planificación y gestión de los recursos humanos y materiales** del sistema sanitario público en base a los principios de profesionalidad, participación, transparencia, eficiencia y buen gobierno.

1.3.2. Fomentar el **autoconcerto**, de forma que esta actividad extra sea asumida por los equipos de los centros sanitarios que acrediten altos rendimientos en su actividad ordinaria, así como impulsando estrategias de plan de choque interno para que los equipos de los departamentos puedan asumir listas de espera de sus departamentos vecinos.

1.3.3. **Revertir progresivamente las concesiones y su integración en el sistema sanitario público**, aumentando el control público de las mismas con una escrupulosa fiscalización de la actividad y del cumplimiento de los contratos, a la vez que estructurando las funciones, recursos y líneas de trabajo de los comisionados.

1.3.4. **Revertir progresivamente la actividad y los equipos de resonancia magnética a la red sanitaria pública**, revisando el marco contractual para garantizar su estricto cumplimiento y garantizando que la reversión plena del servicio a la red pública se realiza en las condiciones adecuadas.

1.3.5. Aumentar el grado de **internalización del resto de actividades concertadas** para realizarlas con recursos propios, mejorando en cualquier caso la gestión de la actividad concertada y la tramitación de expedientes de contratación e incluyendo controles rigurosos de todos los servicios externalizados.

1.3.6. Reducir el gasto farmacéutico potenciando herramientas que mejoren el **uso racional de los medicamentos**, con especial hincapié en los pacientes crónicos y los polimedicados, la implantación de la receta electrónica en todos los departamentos y en todos los centros sociosanitarios, los precios de referencia, la prescripción por principio activo, el uso de genéricos y la compra centralizada de medicamentos.

1.3.7. Fomentar la utilización de la **evaluación de tecnologías sanitarias** para la toma de decisiones sobre prestaciones.

1.3.8. Impulsar un plan de **mejora de las inversiones e infraestructuras de la red hospitalaria**.

1.3.9. Consolidar la **Central de Compras** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, maximizando su cobertura sobre productos sanitarios y medicamentos.

1.3.10. Mejorar los procesos de **almacenamiento, gestión de compras y logística de los departamentos** de salud mediante el impulso de acciones destinadas a la reducción de índices de rotación, maximización de la gestión de inventarios y de las condiciones de compra, minimización de pérdidas y caducidades y otras actuaciones similares.

1.3.11. Mejorar la **capacidad resolutive de la atención primaria**, incrementando el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos y evitando la derivación a otros recursos más complejos.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa ajustada de hospitalizaciones potencialmente evitables (ACSC) por 10.000 habitantes de 15 o más años	44,65 total 12,50 EPOC 19,21 ICC 3,06 HTA 1,25 neumonía 9,84 ITU (2013)	↓	CMBD AG
Tasa de sustitución ambulatoria en hernias inguinales	86,41% (2014)	↑	CMBD AG
Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad Farmaindex (FIX)	93,57% (2014)	↑	GAIA AG (971.2)
Indicador de facturación y cobro	81,95 (2014)	↑	COMPAS COBRA AG (872.2)
Grado de externalización de la actividad sanitaria: optimizar uso de servicios y recursos sanitarios propios	4,81% (2014)	↓	DGRHyE Orion Logis AG
Rendimiento de bloque quirúrgico	70,67% (2014)	↑	HIS AG (QUI050.1)
% del gasto sanitario en AP	12,37 (2013)	20%	INCLASNS
% del consumos de material sanitario adquirido mediante pedidos de inventario	44,52% (2014)	↑	DGRHyE Orion Logis AG (4005)
COMPLEMENTARIOS			
Desviación del importe de la diabetes ajustado a morbilidad y riesgo clínico			DGFyPS (Acuerdos Gestión)
% de adquisiciones de la Central de Compras respecto al total de gasto en productos sanitarios y medicamentos			DGRHyE AG
Eficiencia del autoconcierto para la gestión de las listas de espera (indicador por definir)			DGAS

1.4. Poner la información al servicio de la mejora de la salud

Análisis de la situación

Se ha puesto en marcha el proyecto **Alumbra** como herramienta para el seguimiento de los principales indicadores de funcionamiento de la organización que faciliten las decisiones estratégicas y de planificación y gestión.

Durante 2012 se finalizó el desarrollo necesario para poder compartir la **Historia de Salud Electrónica (HSE)** y se ha continuado con el despliegue en toda la red asistencial. En 2013 se alcanzó el objetivo de cubrir todos los centros públicos de forma que todos ellos se pueden considerar “consumidores” de HSE y un alto porcentaje “donante”. Desde finales de ese mismo año **se puede acceder a la Historia Clínica Electrónica** a través del portal del ciudadano de la página web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Se ha optado por el **sistema de clasificación de pacientes CGR** (Clinical Risk Group) utilizado para la clasificación de pacientes con objetivos de uso racional de medicamentos y análisis de gasto farmacéutico, como herramienta más apropiada para segmentar a la población en función de su nivel de complejidad, en relación a la cronicidad. Los CRG clasifican a la población en 1.076 categorías mutuamente excluyentes, que en su nivel más agregado se resumen en nueve estados de salud, que van desde una situación de estado de salud “sano” (estado 1) al de pacientes con “necesidades sanitarias elevadas” (estado 9).

Se ha implantado el **Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH** y casos de sida por la Subdirección General de Epidemiología y Vigilancia de la Salud.

Se ha puesto en marcha el **portal on-line** para la comunicación entre los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (trámites administrativos e intercambio de información sobre las actividades sanitarias para la **prevención de riesgos para la salud de origen laboral**). A final de 2011, 186 médicos de los SPRL de las empresas (el 42% del total) eran usuarios del portal de los SPRL del SISVEL.

Sistema de Información Oncológica (SIO): El porcentaje de Centros asistenciales incorporados al sistema de información en 2013 era del 67%, y la población cubierta por el Registro de Tumores de Castellón así como la cobertura de población en NEOS y en SIO era del 100%.

El **Sistema de Información en Salud Pública (SISP)** ha incorporado indicadores con desagregación territorial para cada departamento de salud, en las áreas funcionales de aspectos sociodemográficos, estado de salud (mortalidad y morbilidad) y determinantes.

En marzo de 2013 se puso en marcha la nueva **web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública** a través de la Oficina 2.0.

Objetivo 1.4

Poner la información al servicio de la mejora de la salud

Poner el conocimiento sobre la **información clínica, resultados en salud**, sus **determinantes** y la **oferta de servicios** del sistema de salud a disposición de la ciudadanía, pacientes, profesionales y gestores sanitarios y otros agentes interesados, adecuando la información al nivel de cada usuario y siguiendo el principio de transparencia.

Acciones

1.4.1. Integrar en la historia de salud electrónica la información sobre cada paciente procedente de diferentes ámbitos asistenciales, para promover la continuidad asistencial y la comunicación entre profesionales.

1.4.2. Avanzar en la integración de **sistemas de información** e implementar **herramientas de explotación de la información** asistencial y económica que permitan la toma de decisiones clínicas y de gestión adecuadas, así como el desarrollo de indicadores válidos, fiables y comparables entre centros y departamentos.

1.4.3. Avanzar en el desarrollo de **catálogos corporativos normalizados de servicios sanitarios** para disponer de mayor y mejor información sobre actividades, rendimientos y costes.

1.4.4. Avanzar en el desarrollo de las **ayudas a la toma de decisiones clínicas** integradas en los sistemas de información.

1.4.5. Promover los **observatorios terapéuticos** sobre el uso de medicamentos, con la finalidad de evaluar en el tiempo el consumo en las patologías más prevalentes del ámbito ambulatorio, analizar las diferencias entre departamentos de salud, equipos clínicos y facultativos, y establecer propuestas de acción.

1.4.6. Promover el uso de **recursos telemáticos para la comunicación** entre profesionales y como alternativa a la consulta tradicional entre profesionales y pacientes (consulta no presencial, especialista consultor, correo electrónico, telemedicina).

1.4.7. Facilitar el acceso de la ciudadanía a la información y la gestión sobre su salud (**carpeta de salud**), incluyendo información clínica, citas y recomendaciones y consejos de salud ajustados a sus necesidades.

1.4.8. Facilitar a la ciudadanía la toma de **decisiones informadas** sobre las diferentes alternativas preventivas, diagnósticas, terapéuticas o asistenciales y sus resultados, desarrollando instrumentos que permitan conocer las alternativas y servicios que respondan mejor a las preferencias en cada caso, considerando la diversidad cultural y otros determinantes sociales en la población.

1.4.9. Avanzar en el desarrollo de **sistemas de información** que permitan elaborar y ofrecer periódicamente información sobre resultados poblacionales en salud, para que la ciudadanía conozca el impacto de los diversos servicios sanitarios prestados y los profesionales puedan usar la información para mejorar su trabajo.

1.4.10. Diseñar una estrategia para **mejorar la comunicación sobre y para la salud** hacia los diferentes perfiles de necesidades: medios de comunicación, ciudadanía, asociaciones, pacientes, profesionales sanitarios y otros grupos de interés.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Número de procesos integrados en ALUMBRA	8 (2015)	↑	ALUMBRA
Indicador sintético de calidad de SIP	66,6% (2014)	↑	DataMart de SIP AG
Número de indicadores en el SISP en sus cuatro áreas funcionales.	190 (2014)	↑	DGSP SISP
Número de usuarios y consultas al SISP	3.069 (2014)	↑	DGSP SISP
Número de informes anuales publicados con resultados en salud vinculados a los objetivos del Plan de Salud	-	1/año	DGSP IV PSCV
Nº ámbitos de explotación en ALUMBRA de la marca de cronicidad en patologías priorizadas.	Disponible en HSE ABUCASIS	100% ámbitos de explotación de ALUMBRA	ALUMBRA
COMPLEMENTARIOS			
Número de personas que acceden telemáticamente a consultar su Historia Clínica			DGIITC
Número de personas que acceden a su carpeta de salud.			DGIITC

1.5. Los profesionales como valor esencial del sistema

Análisis de la situación

La formación y la investigación constituyen valores fundamentales de cualquier organización moderna. La interacción de la formación sobre el capital humano redunda en capital intelectual, principal fuente de riqueza para los profesionales y también para las instituciones que están inmersas en la sociedad del conocimiento. La **Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES)** tiene como principal actividad la formación de las personas que trabajan en los servicios asistenciales de la red sanitaria pública y de los centros de salud pública de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de sus diferentes planes docentes.

En el terreno de la investigación e innovación en salud, resulta esencial fomentar y apoyar la internacionalización a través de la participación de los investigadores en los programas europeos. En 2014 se produjo la primera convocatoria de ayudas a la investigación sanitaria y biomédica de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), dotada con 600.000 euros. La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública también destinó 100.000 euros a proyectos de investigación específicos en el ámbito de la salud mental.

Las actividades formativas llevadas a cabo por la EVES en el periodo 2010-2013 para cubrir las líneas de actuación previstas en el III Plan de Salud, consistieron en la oferta de cursos/ talleres y jornadas dentro del **Plan de Formación de la Escuela** (389 cursos), **de formación continua** (91 cursos) y **de formación continuada** (73 cursos). La formación se centró en distintos campos, entre los que cabe citar las enfermedades neurodegenerativas/demencias, cuidados paliativos, envejecimiento y dependencia y salud mental. En el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se realizaron distintas actividades formativas en torno a la atención al parto normal y cuidados neonatales centrados en el desarrollo, lactancia materna, cursos de formación para el abordaje y tratamiento del tabaquismo en colaboración con los departamentos de salud, actualización en educación para la salud sexual con formación dirigida a personal sanitario y orientadores/as que participan en el PIES, consejo alimentario en atención primaria, etc.

En esta misma línea, la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de la convocatoria de ayudas para la investigación en grupos de pacientes en situación vulnerable, tal como pacientes crónicos y susceptibles de cuidados paliativos, destinó presupuesto para un total de 19 proyectos, por un importe de 40.000 euros en 2010, 50.000 en 2011 y 41.921 en 2013.

Desde el punto de vista de la adecuación de los roles profesionales a las necesidades asistenciales, el número de profesionales dedicadas a la gestión de casos en el sistema asistencial se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años pasando de 13 en 2010 a 48 en 2013.

Objetivo 1.5

Considerar a los y las profesionales como valor esencial del sistema

Situar los **recursos humanos como principal activo** y sustentar su poder de competitividad en la formación, capacitación profesional e implicación en la investigación e innovación, para asumir los nuevos retos y necesidades que requiere la sociedad actual.

Acciones

1.5.1. Potenciar el **trabajo en equipo multidisciplinar y en red** facilitando espacios de comunicación entre profesionales donde compartir y difundir el conocimiento y las buenas prácticas.

1.5.2. Desarrollar y desplegar **nuevos perfiles profesionales, competencias avanzadas y consultores**, para garantizar la continuidad asistencial y la mejora de la eficiencia.

1.5.3. **Mejorar las competencias profesionales** mediante la capacitación profesional de forma adaptada a los cambios y las necesidades, incluyendo la formación pre y postgrado, además de estimular y facilitar la conciliación de las tareas asistenciales e investigadoras del personal sanitario.

1.5.4. Potenciar el **protagonismo y liderazgo de los profesionales** en los aspectos relacionados con la mejora de la organización y la calidad de la atención, habilitando canales de participación en aras de una mayor corresponsabilidad de clínicos y gestores.

1.5.5. Desarrollar **estrategias de buen gobierno** de las instituciones y servicios, poniendo en manos de quienes tienen los conocimientos y capacidades específicos las herramientas organizativas que mejor permitan alcanzar los objetivos/metas planteados.

1.5.6. Revisar y adecuar las competencias profesionales de **mandos intermedios hospitalarios** mediante aplicación sistemática de la legislación vigente.

1.5.7. Diseñar un sistema de revisión de competencias profesionales para **jefes de zona básica en atención primaria**.

1.5.8. Poner en marcha un **“Plan de igualdad”** que facilite y mejore la conciliación y corresponsabilidad de todos los trabajadores en el sistema sanitario público y contribuya a disminuir las desigualdades de género en la distribución del trabajo de cuidados familiares.

1.5.9. Establecer un **código ético** con criterios explícitos para ordenar la forma de relación entre la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, incluyendo servicios sanitarios y de salud pública, y otros agentes con intereses propios.

1.5.10. Vincular el **Plan de Formación** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a los objetivos planteados en el Plan de Salud.

1.5.11. Vincular los **complementos de productividad profesional** (acuerdos de gestión) a los objetivos planteados en el Plan de Salud, priorizando indicadores que midan mejoras asistenciales y en salud de la población.

1.5.12. Reducir la proporción de interinidad entre los trabajadores del sistema sanitario público, promoviendo las convocatorias de **oferta pública de empleo** en los correspondientes estamentos y cuerpos profesionales.

1.5.13. Mejorar la gestión de las **bolsas de trabajo** aplicando criterios claros, transparentes, ágiles y eficientes.

1.5.14. Impulsar el desarrollo de **proyectos de investigación** en las áreas de actuación prioritarias del Plan de Salud, con especial atención a la evaluación de las intervenciones en salud, promoviendo la constitución de equipos de investigación multicéntricos e interdisciplinarios.

1.5.15. **Difundir y publicar** los resultados de los estudios de investigación y aplicarlos a la mejora de los resultados en salud.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Número de enfermeras gestoras de casos comunitarias y hospitalarias en los departamentos de salud	48 en 14 departamentos (2013)	↑	DGAS
Número de comités departamentales para el abordaje de distintas estrategias (cronicidad, cuidados paliativos, cáncer, diabetes, parto, etc).	-	Establecidos	DGAS
% de trabajadores temporales contratados a través de la bolsa: normalización contrataciones de corta temporalidad	24,57% (2014)	↑	CIRO ULISES AG
% de indicadores en los acuerdos de gestión coincidentes con los incluidos en el IV PSCV	66% (2016)	↑	SA
Nº cursos anuales del plan de formación (continua, continuada y propia EVES) vinculados a los objetivos del IV PSCV	40 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIOS			
Número de personas participantes en los cursos ofertados			EVES
Número de especialistas consultores en patologías priorizadas en los departamentos de salud			DGAS
Número de plazas creadas en las ofertas públicas de empleo por estamentos profesionales			Subsecretaría
Número de líneas de investigación vinculadas a los objetivos del IV PSCV			FISABIO-SP
Número de publicaciones científicas vinculadas a los objetivos del IV PSCV			FISABIO-SP

Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud

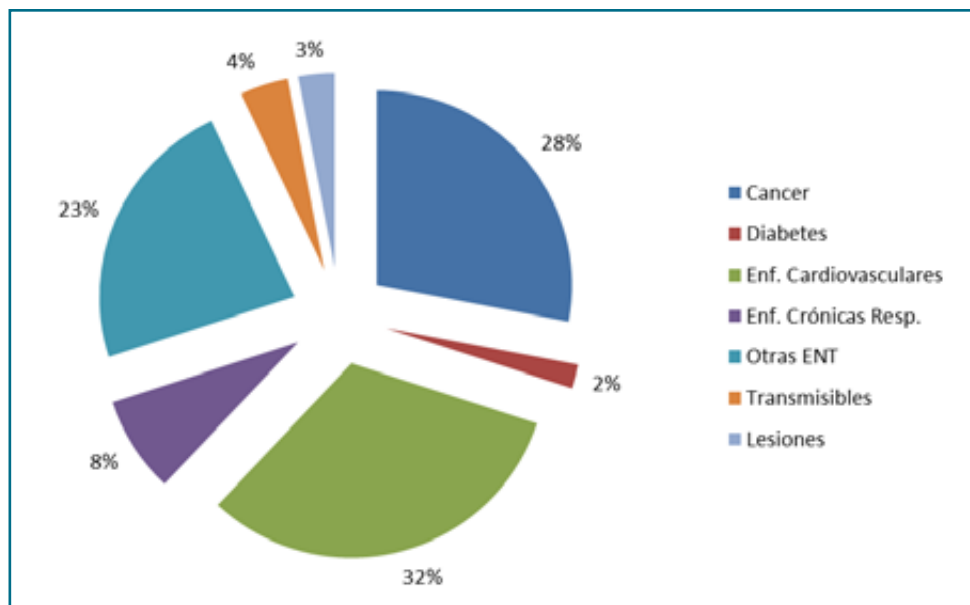
- 2.1. Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas**
- 2.2. Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares**
- 2.3. Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer**
- 2.4. Frenar la tendencia creciente de la diabetes**
- 2.5. Mejorar el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas**
- 2.6. Prestar atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas y demencias**
- 2.7. Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental**
- 2.8. Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras**
- 2.9. Realizar programas de cribado basados en la evidencia**
- 2.10. Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia**
- 2.11. Mejorar la atención de las enfermedades raras**

2.1. Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas

Análisis de la situación

El patrón epidemiológico actual se caracteriza por un predominio de las enfermedades crónicas vinculadas al envejecimiento progresivo de la población. El 93% de las muertes en la Comunitat Valenciana se deben a enfermedades no transmisibles. Entre ellas, destaca el importante peso de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes, que en conjunto suponen un 70% de las defunciones. Esta situación, es la que determina que uno de los objetivos de la OMS en el marco del Plan de Acción Global frente a las Enfermedades Crónicas, sea reducir en un 25% de la **probabilidad de morir debido a una de las principales enfermedades crónicas** (enfermedades cardiovasculares, tumores, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) **en la población de 30 a 70 años**, en el año 2025 respecto al 2010 (Objetivo 25x25).

Mortalidad proporcional: porcentaje de muertes según causa en todas las edades y en ambos sexos. Comunitat Valenciana, 2013

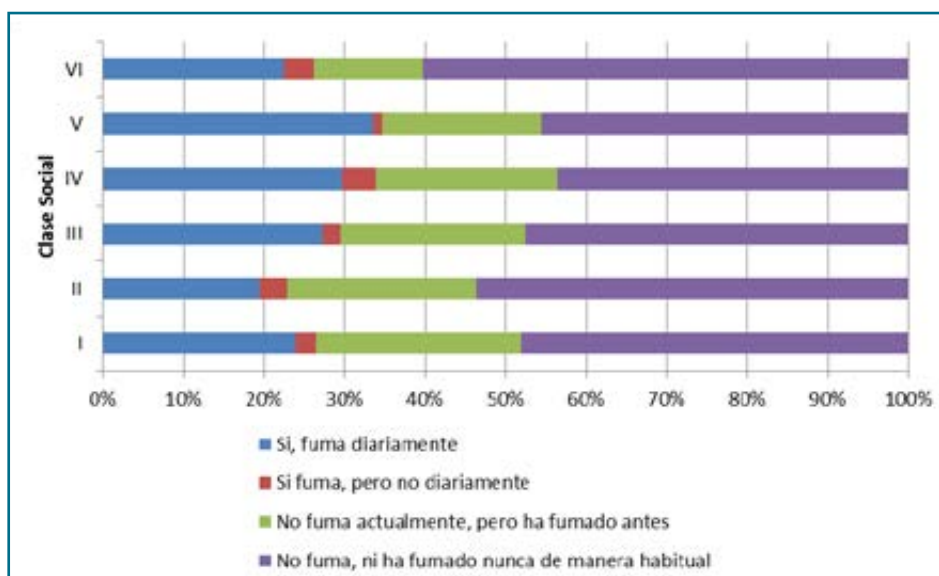


Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad . DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Todas estas enfermedades comparten una serie de factores de riesgo modificables como son la obesidad, el sedentarismo y el consumo de alcohol y tabaco. Basado en estos factores de riesgo comunes, un abordaje común va a suponer una gran ventaja, dado que en muchas ocasiones una misma persona va a padecer más de una de estas enfermedades.

El 27,6% de la población de la CV de 15 o más años fuma diariamente y un 2,5% lo hace de forma ocasional, según la ENSE2011-12. La proporción de fumadores diarios entre los hombres es superior a la de las mujeres (32,5% y 22,8% respectivamente), en todos los grupos de edad, excepto entre 35-44 años donde el porcentaje de mujeres fumadoras supera ligeramente al de los hombres y en el grupo de 45-54 años donde se igualan. El 20,4% de la población adulta valenciana se declara exfumadora (26,4% en hombres y 14,6% en mujeres), apreciándose un porcentaje mayor de abandono del hábito entre las clases sociales más favorecidas.

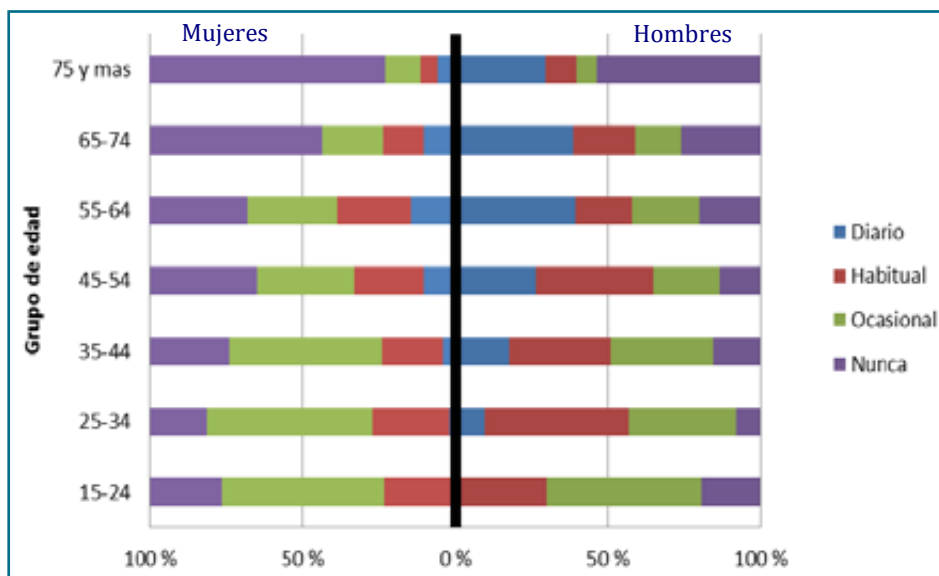
Hábito tabáquico y clase social. Población ≥15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12

En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, un 13,9% toma alguna bebida alcohólica a diario (21,2% en hombres y 6,8% en mujeres) y un 4,9% lo hace de forma habitual (1-6 días a la semana). Conforme aumenta la edad se incrementa el porcentaje de población que consume alcohol a diario, tanto en hombres como en mujeres, aunque en ellas en una proporción mucho menor, hasta alcanzar un máximo en el grupo de 55-64 años, descendiendo en los grupos de mayor edad.

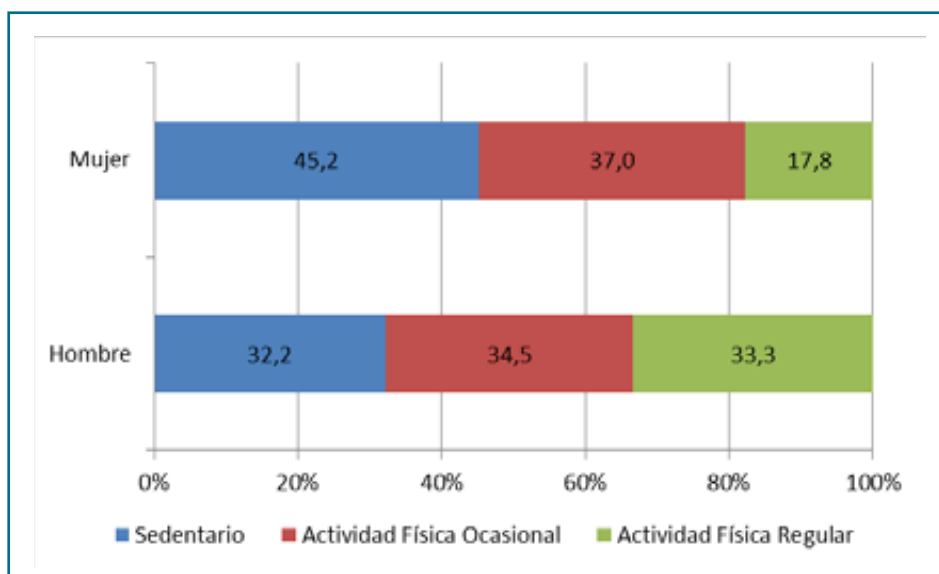
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, en población adulta (15 o más años), según sexo y edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12

Respecto a la actividad física, el 38,8% de la población valenciana adulta (≥15 años) declara ser sedentaria, es decir que no realiza de forma regular ni ocasional actividad alguna en su tiempo libre. Esta proporción es mayor en las mujeres (45,2%) que en los hombres (32,2%), los hombres son más activos y además de forma más regular.

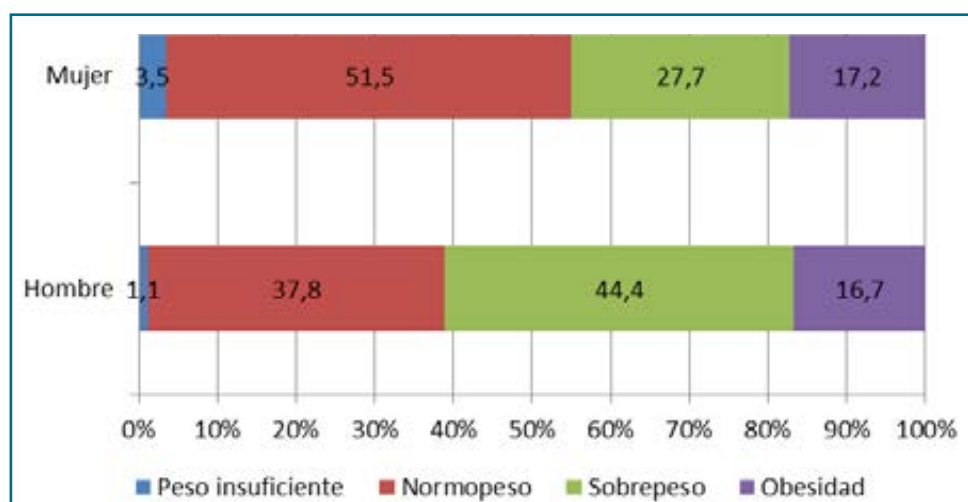
Actividad física en el tiempo libre según sexo. Población ≥ 15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12

El 53,0% de la población adulta valenciana (≥ 15 años) presenta un exceso de peso (36,1% sobrepeso y 16,9% obesidad), que es más frecuente en los hombres (61,1%) que en las mujeres (44,9%) y se debe fundamentalmente al componente de sobrepeso.

Distribución del IMC en población ≥ 15 años, según sexo. Comunitat Valenciana



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12.

La proporción de personas con exceso de peso se incrementa con la edad, afectando alrededor del 70% de la población de 55 o más años. Existe un gradiente social en la distribución de la obesidad, de forma que la proporción de población obesa aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico. El 25,6% de los adultos del grupo más desfavorecido son obesos frente al 7,7% de los de la clase I.

Objetivo 2.1

Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas

Actuar sobre los diferentes **factores de riesgo que comparten las principales enfermedades crónicas**, con la finalidad de obtener el máximo rendimiento en los resultados en salud, desde una visión integral del proceso asistencial.

Acciones

2.1.1. Monitorizar la **mortalidad prematura** por enfermedades no transmisibles: Objetivo de la Estrategia Europea 2020.

2.1.2. Registrar en la Historia de Salud Electrónica el **hábito tabáquico** en las personas > 10 años, como variable esencial para el cálculo del riesgo cardiovascular y de otras enfermedades crónicas.

2.1.3. Favorecer el abandono del **hábito tabáquico** en las consultas de atención primaria, incorporando el consejo personalizado, la ayuda para dejar de fumar y el seguimiento mínimo durante las primeras semanas tras el abandono.

2.1.4. Registrar en la Historia de Salud Electrónica el **hábito de consumo de alcohol** en las personas > 10 años.

2.1.5. Realizar **intervenciones breves** en atención primaria cuando se detecte consumo de riesgo de alcohol (28 U/semana o 4/día en hombres y 17 unidades/semana o 2,5/día para mujeres).

2.1.6. Mejorar el registro en la Historia de Salud Electrónica del IMC de las personas > 14 años para identificar **sobrepeso y obesidad**.

2.1.7. Incorporar la recomendación sobre **alimentación y actividad física** en las consultas de atención primaria para el abordaje de los diferentes problemas crónicos de salud.

2.1.8. Incorporar la **atención grupal** en el abordaje de los factores de riesgo que comparten las principales enfermedades crónicas.

2.1.9. Promover **estudios de desigualdades** sobre la distribución y tendencias en los factores de riesgo que comparten las principales enfermedades crónicas, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional.

2.1.10. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

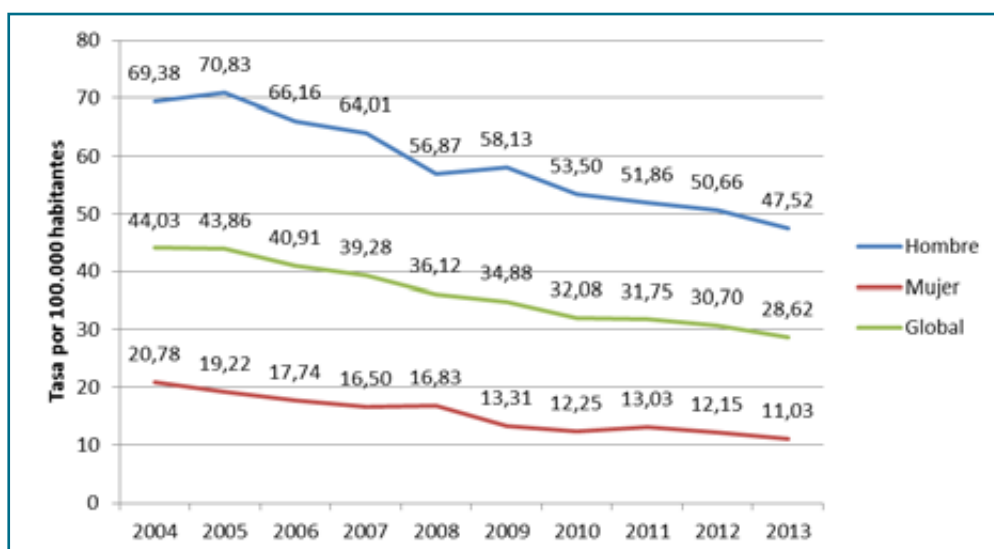
ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mortalidad prematura global por ENT (30-70 años (cardiovascular, cáncer, EPOC y diabetes).	11,395% (2012)	↓	DGSP Registro de Mortalidad
Esperanza de vida libre de enfermedad crónica.	♂ 51 años ♀ 50 años (2010)	↑	DGSP ESCV
Prevalencia de consumo de tabaco diario en ≥ 15 años.	♂ 32,5% ♀ 22,8% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en ≥ 15 años.	♂ 2,9% ♀ 2,0% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Prevalencia de sedentarismo en ≥ 15 años.	♂ 32,2% ♀ 45,2% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Prevalencia sobrepeso en ≥ 15 años.	♂ 44,4% ♀ 27,7% (2011-12)	NO ↑	DGSP ESCV
Prevalencia obesidad en ≥ 15 años.	♂ 16,7% ♀ 17,2% (2011-12)	NO ↑	DGSP ESCV

2.2. Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares

Análisis de la situación

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda en los hombres, muy igualada con los tumores. A pesar de la tendencia decreciente a lo largo del periodo 2004-2013, las enfermedades isquémicas del corazón, se mantuvieron como primera causa de mortalidad en la Comunitat Valenciana en el año 2013, registrándose 3.945 defunciones por este grupo de enfermedades, de las que 1797 fueron debidas a infarto agudo de miocardio (el 61,9% en hombres).

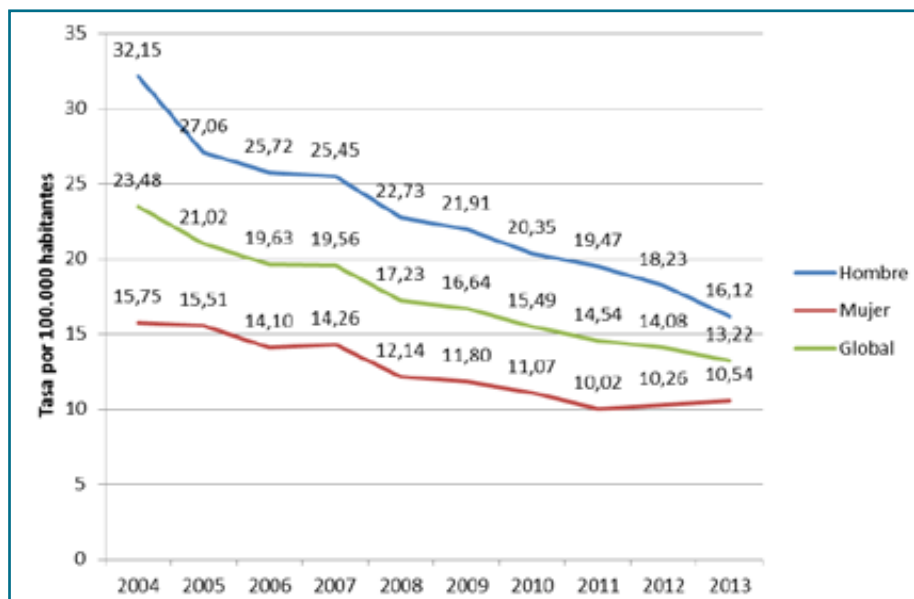
**Tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica
Comunitat Valenciana 2004-2013**



Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLASNS-MSSSI). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares también ha ido disminuyendo considerablemente desde 2004, manteniéndose en todo momento superior en el sexo masculino. En el año 2013 se registraron 2.807 defunciones por este grupo de enfermedades, representando la tercera causa de mortalidad de este año.

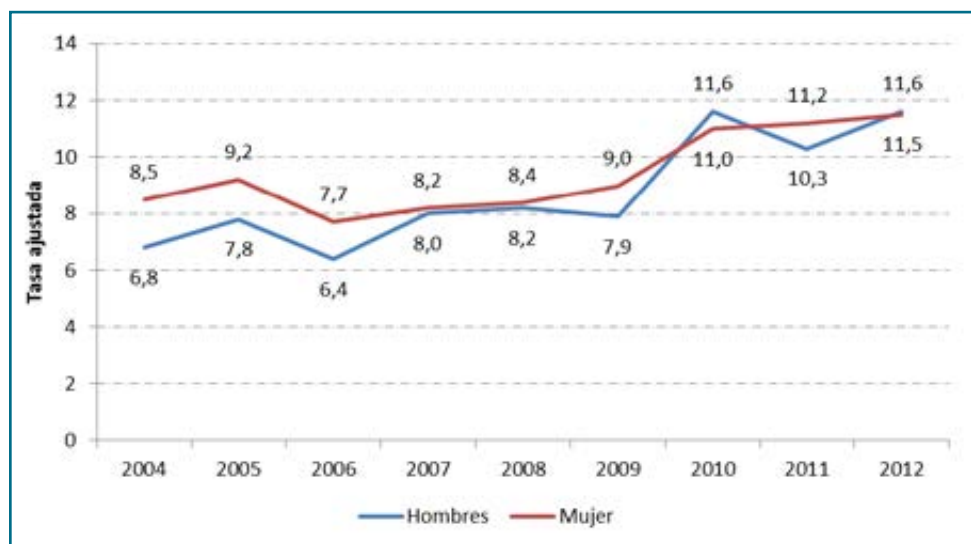
Tasa de mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral Comunitat Valenciana, 2004-2013



Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLASNS-MSSSI). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La sexta causa de mortalidad, con 1.434 defunciones, en el año 2013 la constituyen las enfermedades hipertensivas, representando el 3,5% de las muertes por todas las causas. Desde el año 2004, las tasas de mortalidad por este grupo de enfermedades, presenta una tendencia claramente ascendente en ambos sexos. En hombres, cabe resaltar el incremento observado a partir de 2010, igualándose sus tasas a las de las mujeres.

Mortalidad por enfermedades hipertensivas



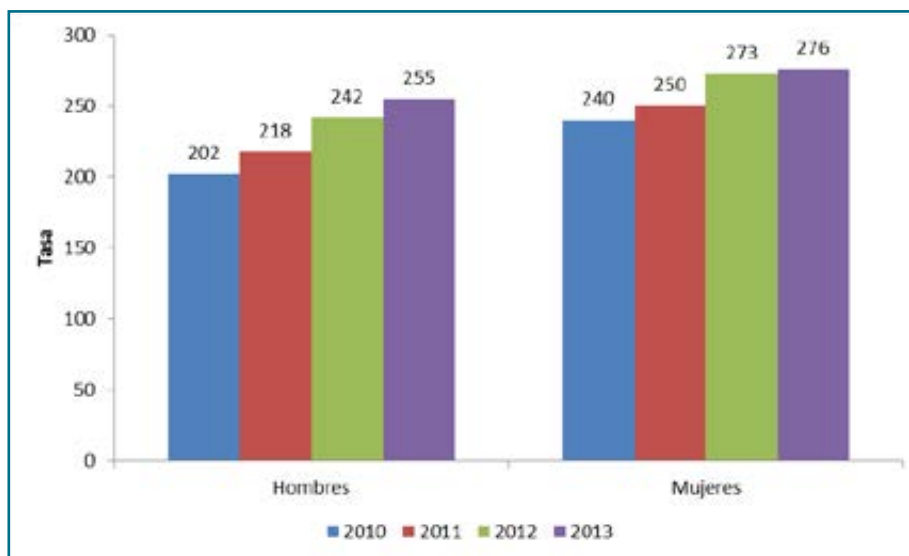
Tasa de mortalidad por 10⁵ habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La prevalencia declarada de problemas de salud en población adulta sitúa la hipercolesterolemia (23,9% de las mujeres y 19,2% de los hombres) y la hipertensión arterial (23,3% de las mujeres y 19,4% de los hombres) como los dos problemas de mayor prevalencia (datos de la CV en la ENSE 2011-12).

La cumplimentación del registro de presión arterial en la historia de salud (ABUCASIS) de atención primaria se ha ido incrementando en los últimos años, pero no llegaba a alcanzar al 50% de las personas de > 40 años al finalizar 2013.

La tasa de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca ha sufrido un incremento progresivo, más acusado en mujeres.

Tasa de ingresos hospitalarios por 10⁵ habitantes por insuficiencia cardíaca



Fuente: CMBD y SIP. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.2.

Disminuir la morbilidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares

Disminuir la morbilidad por enfermedad cardíaca y cerebrovascular, mediante una **asistencia integral y multidisciplinar**, para aumentar la supervivencia y lograr la máxima autonomía y calidad de vida de las personas.

Acciones

2.2.1. Realizar **cribado de HTA** en personas >40 años cada 2 años o cada año si existen otros factores de riesgo cardiovascular. En pacientes poco frecuentadores, aprovechando cualquier motivo de consulta y en personas de 14-39 años, cada 4 años.

2.2.2. Calcular, registrar en la Historia de Salud Electrónica y valorar el **riesgo cardiovascular** de las personas identificadas con algún FRC (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y obesidad), ofreciéndoles las intervenciones preventivas y terapéuticas que precisen, en función de su nivel de riesgo.

2.2.3. Aplicar **tratamientos de reperfusión** lo más pronto posible en pacientes con síndrome coronario agudo, de acuerdo con el plan de actuación establecido en el “Código Infarto” para los diferentes entornos asistenciales.

2.2.4. Establecer programas de **prevención secundaria y de rehabilitación cardíaca** en los departamentos de salud, incluyendo un programa de ejercicio físico estructurado como base del mismo, para pacientes dados de alta hospitalaria por síndrome coronario agudo, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.

2.2.5. Asegurar en el **ictus una atención integrada** entre atención primaria y hospitalaria que incluya la atención y apoyo en el domicilio.

2.2.6. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente con enfermedad cardiovascular, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.2.7. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas

Indicadores

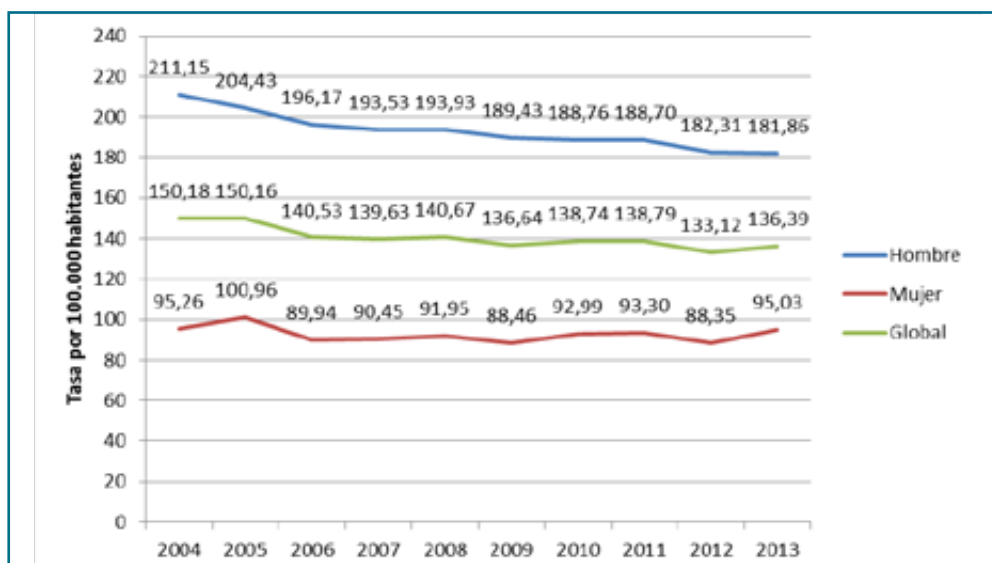
ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de mortalidad prematura estandarizada (< 75 años) por cardiopatía isquémica.	23,04x10 ⁵ ♂ 37,50 x10 ⁵ ♀ 8,58 x10 ⁵ (2012)	↓	DGSP Registro de Mortalidad y Plan de Salud
Tasa de mortalidad prematura estandarizada (< 75 años) por enf. Vascular cerebral.	10,14 x10 ⁵ ♂ 12,99 x10 ⁵ ♀ 7,29 x10 ⁵ (2012)	↓	DGSP Registro Mortalidad y Plan de Salud
% personas con algún factor de riesgo en cuya historia clínica se ha registrado el cálculo de su riesgo	0,102% (2014)	↑	DMSIA AG
Tiempo medio que deben esperar los pacientes para una primera consulta de cardiología	43 (2014)	↓	LECEX AG (LETEC501.1)
% personas con HTA con valores adecuados en los controles	30,72 (2014)	↑	SIA-CRC AG (839.2)
% de personas en tratamiento continuo para el colesterol con valores adecuados en los controles analíticos		AG	GAIA- Prescripción
COMPLEMENTARIOS			
Razón revascularización mujeres/hombres tras síndrome coronario agudo.			DGAS
% Pacientes con ICTUS incluidos en Programa de Atención Domiciliaria.			DGAS

2.3. Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer

Análisis de la situación

La **mortalidad** por cáncer en personas menores de 75 años, ha presentado una evolución descendente en los últimos años, tanto en los hombres como entre las mujeres, aunque el impacto de la enfermedad en términos de mortalidad prematura es mayor en hombres en todo el período.

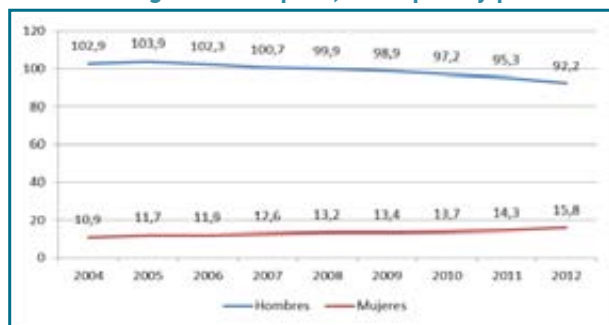
Tasa de mortalidad prematura por cáncer. Comunitat Valenciana, 2004-2013



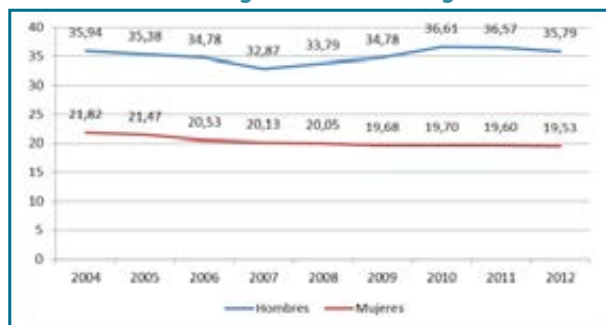
Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLAS-MSSSI). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Cuando se analizan los grandes grupos de causas de muerte en la Comunitat Valenciana, se aprecia que los tumores representan la primera causa de mortalidad en hombres y la segunda causa en las mujeres. En los hombres el tumor que más muertes provoca es el de tráquea, bronquios y pulmón, seguido de los de intestino grueso y próstata. En las mujeres el orden de frecuencia difiere, ocupando el primer lugar los tumores de mama, seguido de los de intestino grueso y de los de tráquea, bronquios y pulmón. Respecto a este último, es destacable el incremento paulatino observado a lo largo del periodo 2004-2013 en las mujeres, paralelo al descenso en hombres.

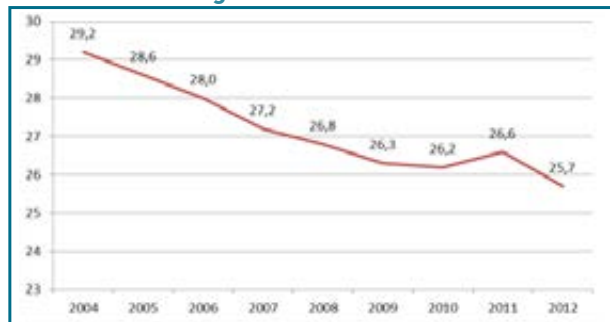
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón



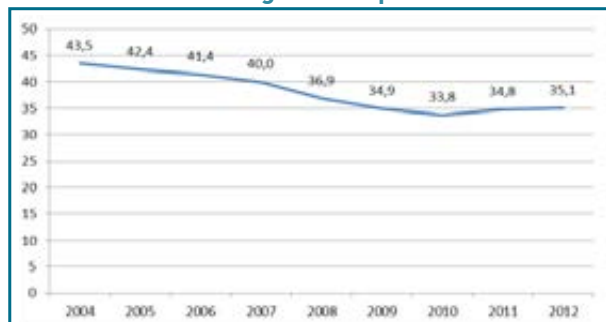
Tumor maligno de intestino grueso



Tumor maligno de la mama femenina



Tumor maligno de la próstata



Tasa de mortalidad por 10⁵ habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Incidencia de cáncer según localización, grupo de edad y sexo

En un análisis de los grupos tumorales con mayor afectación por grupos de edad y sexo se aprecia una gradación ascendente de las tasas específicas de incidencia según avanzamos en edad para ambos sexos. Al mismo tiempo, se distingue una cierta homogeneidad en los tipos tumorales más incidentes y de mayor mortalidad en menores de 29 años respecto a los tipos tumorales en adultos y mayores.

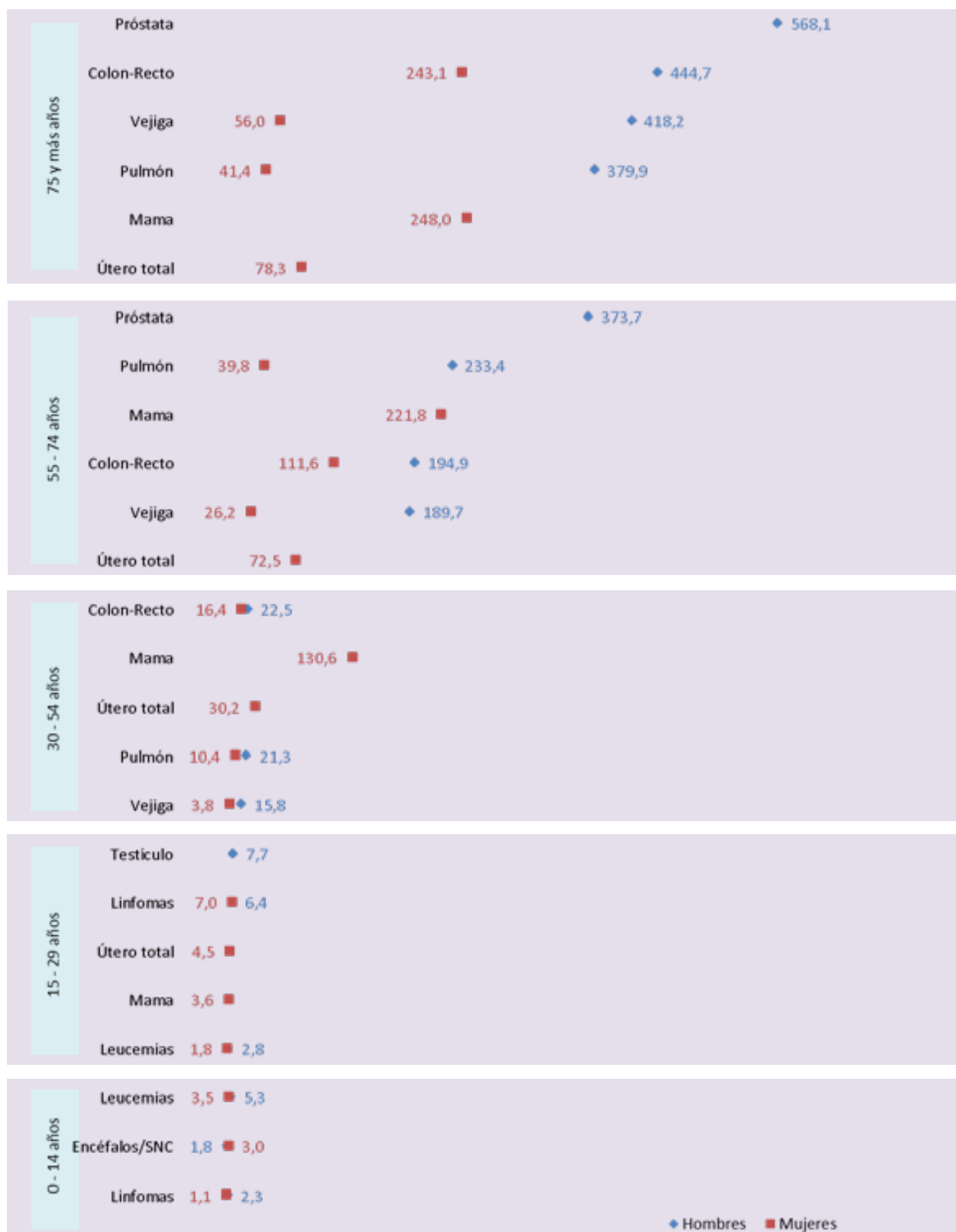
En las edades de 0 a 14 años, las Leucemias figuran con la distribución porcentual de la incidencia más elevada para ambos sexos. En las edades de 15 a 29 años para los hombres figuran como más destacados por su mayor incidencia el cáncer de testículo seguido de los Linfomas, tanto No Hodgkin como Hodgkin. Para las mujeres en estas edades destacan los Linfomas Hodgkin seguidos de los tumores de útero y mama.

En la etapa de los 30 a 54 años, hay un aumento importante de casos que en los hombres se concentra fundamentalmente en el cáncer de Colon-Recto, Pulmón y Vejiga. En el caso de las mujeres el cáncer de Mama absorbe la mayoría de la incidencia seguida del cáncer de Útero y del Colon-Recto.

En las edades de máxima incidencia, entre 55 y 74 años, el sexo marca una clara diferencia sobre la incidencia estimada según la localización tumoral. Los hombres presentan preponderancia del cáncer de próstata, seguido del cáncer de Pulmón, Colon-Recto y Vejiga. Las mujeres, por su parte, mantienen el flujo de nuevos casos de cáncer de Mama, junto con el de Colon-Recto y el de Útero.

En el grupo de los mayores de 74 años, los hombres presentan mayor incidencia en el cáncer de Próstata, Colon-Recto, Vejiga y Pulmón. Las mujeres concentran más la incidencia en el cáncer de Colon-Recto y el de Mama, siendo la distribución porcentual del resto de cánceres de una frecuencia de aparición media baja.

Tasas de incidencia específica de los principales grupos tumorales según grupo de edad y sexo Comunitat Valenciana 2010



Tasas de incidencia específicas por grupos de edad por 100.000 habitantes

Fuente: Sistema de Información Oncológico. Elaboración: Servicio de estudios epidemiológicos y estadísticas sanitarias. DGSP. (En el grupo de tumores de SNC están incluidos solo los tumores invasivos)

Objetivo 2.3

Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer

Orientar el modelo de atención a las personas con cáncer hacia una **visión integral y personalizada**, a través del trabajo coordinado de equipos multidisciplinares que garanticen la calidad y la continuidad asistencial.

Acciones

2.3.1. Organizar la atención al cáncer con carácter multidisciplinar, a través de **redes funcionales y unidades de referencia**, que garanticen la equidad, accesibilidad y calidad en el continuo de la atención a esta enfermedad.

2.3.2. Garantizar la **atención a niños y adolescentes** con cáncer en unidades multidisciplinarias de referencia que garanticen los tratamientos más adecuados.

2.3.3. Reducir **tiempos diagnósticos** en pacientes con sospecha de cáncer mediante vías prioritarias de acceso.

2.3.4. Definir una nueva estrategia frente al **cáncer de cervix** que incorpore las innovaciones en prevención primaria (vacunas) y la estrategia de cribado poblacional, integrando los nuevos test diagnósticos, incluyendo la evaluación de su impacto, aceptabilidad y efectos secundarios.

2.3.5. Incorporar las nuevas plataformas tecnológicas de diagnóstico genético-molecular a la atención al riesgo de **cáncer hereditario**.

2.3.6. Mejorar el **apoyo psicológico** a personas con cáncer y a las personas cuidadoras.

2.3.7. Desarrollar un modelo de atención para los **largos supervivientes** de cáncer.

2.3.8. Avanzar hacia una atención, en todo el proceso del cáncer, personalizada y de calidad. Mejorando la **eficiencia**, apoyándose en la **evidencia científica** para la introducción en el sistema sanitario valenciano de las innovaciones diagnósticas y terapéuticas.

2.3.9. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente con cáncer, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.3.10. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

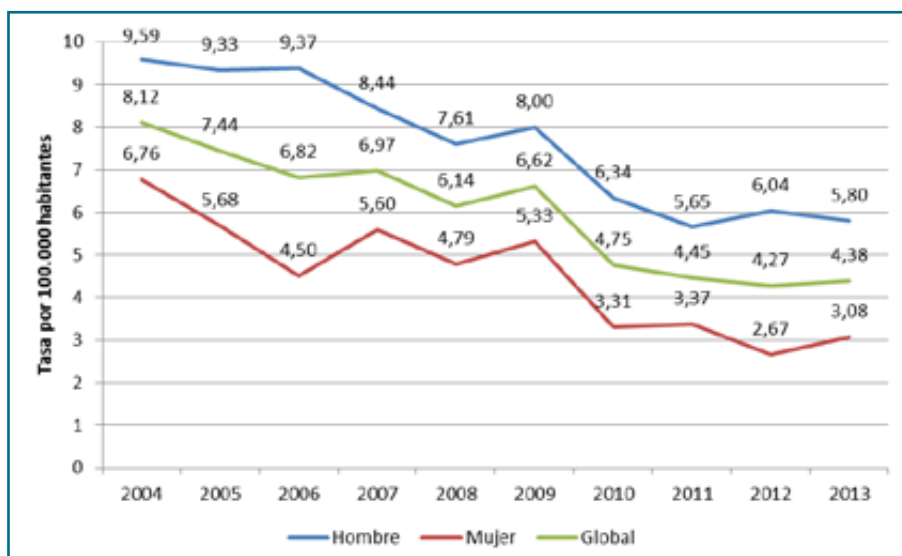
BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de mortalidad prematura estandarizada (<75) por cáncer por sexo. (Tasa estandarizada por 10 ⁵ habitantes)	Total: 138,45 ♂ 181,86 ♀ 95,03 (2013)	↓	DGSP Registro de Mortalidad
Tasa de mortalidad prematura estandarizada (<75) por los tipos de cáncer por sexo: pulmón, colorrectal y mama. (Tasa estandarizada por 10 ⁵ habitantes)	Pulmón: ♂ 59,38 ♀ 13,43 Colorrectal: ♂ 19,25 ♀ 10,73 Mama: ♂ 0,33 ♀ 18,34 (2013)	↓	DGSP Registro de Mortalidad
Cobertura vacunal del papiloma en niñas de 12 años.	(cohorte niñas nacidas en 1999) 3 ^a dosis: 73% niñas de 14 años (2013)	↑	DGSP SIV
Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer mama.	60,77% (2013)	↑	INCLASNS
COMPLEMENTARIOS			
Incidencia de cáncer en <75 años por sexo.			DGSP SIO
Incidencia de diferentes tipos de cáncer (pulmón, colorrectal, mama) en <75 años, total y por sexo			DGSP SIO

2.4. Frenar la tendencia creciente de la diabetes

Análisis de la situación

La **mortalidad prematura** producida por la diabetes, aquella que se considera evitable, ha sufrido una evolución descendente en los últimos años, pasando de 8,18 (9,59 en hombres y 6,76 en mujeres) casos por 100.000 habitantes en 2004, a 4,44 (5,80 en hombres y 3,08 en mujeres) casos en 2013.

Tasa de mortalidad prematura por diabetes
Comunitat Valenciana, 2004-2013



Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLASNS-MSSSI). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

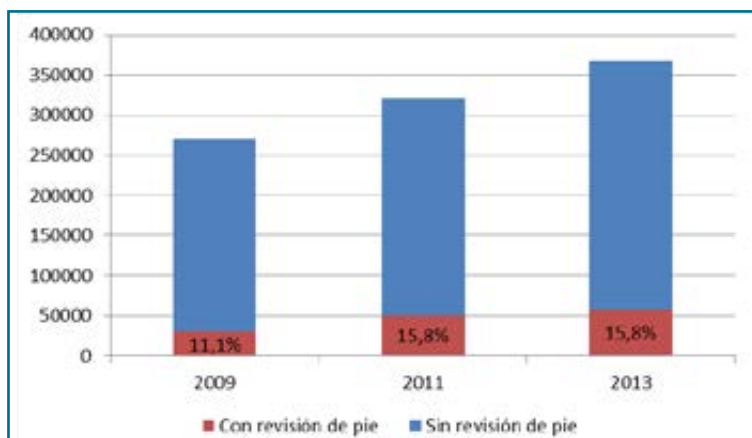
La **prevalencia declarada de diabetes** en las últimas encuestas de salud, muestra una tendencia creciente de la enfermedad en la población valenciana, al igual que en el conjunto de España. Esta tendencia coincide con la que ofrece el registro en la Historia de Salud de Atención Primaria (Abucasis), con una prevalencia registrada en 2009 del 6,74% (5,87% en mujeres y 6,26% en hombres), que se ha incrementado progresivamente hasta el 9,26% en 2014 (8,48% en mujeres y 10,07% en hombres).

Se ha estimado que la obesidad es responsable del 80% de los casos de DM2 mediado por un perfil metabólico alterado en el que destaca la resistencia a la insulina. El 53,0% de la población adulta valenciana (≥ 15 años) presenta un exceso de peso (36,1% sobrepeso y 16,9% obesidad). El exceso de peso es más frecuente en los hombres (61,1%) que en las mujeres (44,9%) y se debe fundamentalmente al componente de sobrepeso. Cifras todas ellas similares a las obtenidas para el conjunto de la población española (ENSE2011-12).

También cabe destacar el papel de los determinantes sociales en el exceso de peso y por tanto en la diabetes. Así, además de la mayor prevalencia en el sexo masculino, la proporción de personas con exceso de peso aumenta con la edad, afectando alrededor del 70% de la población de 55 o más años. También existe un gradiente social en la distribución de la obesidad, de forma que la proporción de población obesa aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico. El 25,6% de los adultos del grupo más desfavorecido son obesos frente al 7,7% de los de la clase I.

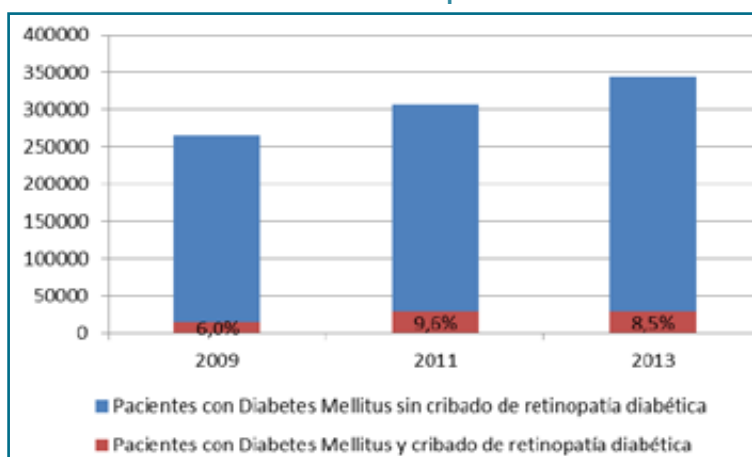
La evaluación del III Plan de Salud puso de manifiesto las posibilidades de mejorar el conocimiento de la enfermedad, utilizando como fuente la información que recoge la Historia de Salud de Atención Primaria, tanto en lo que se refiere a la detección precoz de la enfermedad y de sus complicaciones, como a las intervenciones educativas dirigidas a estos pacientes. No obstante, es necesario mejorar la calidad y exhaustividad del registro para poder interpretar con fiabilidad la información que recoge, dado el infra registro que evidencian las gráficas siguientes.

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Revisión de pie por atención primaria



Fuente: ABUCASIS. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Pacientes con Diabetes Mellitus y cribado de retinopatía diabética en atención primaria



Fuente: ABUCASIS. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.4

Frenar la tendencia creciente de la diabetes

Frenar la tendencia creciente de la diabetes, facilitando una **atención integrada de calidad** y adaptada a las necesidades de cada paciente, mediante actuaciones coordinadas a cargo de equipos multidisciplinares de atención primaria y hospitalaria.

Acciones

2.4.1. Implantar e implementar el **Proceso Asistencial Integrado** para pacientes con Diabetes Mellitus en los departamentos de salud.

2.4.2. Mejorar la **detección precoz** de la diabetes tipo 2 mediante el cribado oportunista en personas adultas con HTA, sobrepeso u obesidad que acuden a atención primaria, adaptando el sistema de información de atención primaria (Abucasis) para proporcionar alertas en la población susceptible de cribado.

2.4.3. Desplegar en los **sistemas de información** herramientas para facilitar el seguimiento efectivo y continuado de los pacientes (alertas, actividades a realizar...).

2.4.4. Garantizar la oferta sistemática reglada de **educación terapéutica individual y de educación grupal** en autocuidados a todos los pacientes desde el inicio del diagnóstico, impartida por educadores/as adecuadamente entrenados/as.

2.4.5. Mejorar la **alfabetización sanitaria** de las personas que se encuentran en situación más desfavorecida.

2.4.6. Favorecer la **transición reglada** de pacientes con DM1 **desde pediatría** a medicina de familia de atención primaria y endocrinología al finalizar la edad pediátrica.

2.4.7. Facilitar en atención primaria, la **detección precoz de las complicaciones** de la diabetes tales como la nefropatía, pie diabético y retinopatía.

2.4.8. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente con DM, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.4.9. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas

Indicadores

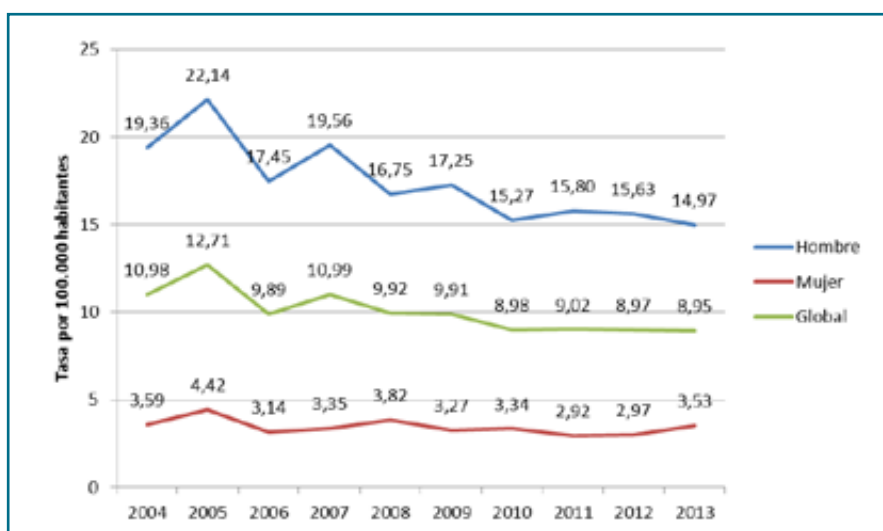
BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Prevalencia de DM	Total: 9,26% ♂ 10,07% ♀ 8,48% (2014)	NO ↑	ABUCASIS
Tasa de mortalidad prematura estandarizada (<75 años, por 100.000) por diabetes	4,44 ♂ 5,80% ♀ 3,08% (2013)	↓	DGSP Registro Mortalidad
Hospitalizaciones por cetoacidosis en población diabética de 15-18 años.	44 ♂ 19 ♀ 25 (2014)	↓	CMBD
% pacientes diabéticos tipo II con valores adecuados en los controles analíticos	52,25% (2014)	↑	DGFyPS AG (840.3)
Prevalencia de nefropatía diabética avanzada (por 1.000.000)	146 (2012)	↓	DGSP Registro Enfermos Renales
COMPLEMENTARIOS			
% de pacientes diabéticos incluidos en programas estructurados de educación en autocuidados en los 12 primeros meses tras el diagnóstico.			ABUCASIS
Tasa de hospitalización evitable por complicaciones a largo plazo de la DM			CMBD

2.5. Mejorar el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas

Análisis de la situación

La **tasa de mortalidad prematura** (< 75 años) ajustada por edad para enfermedades respiratorias crónicas ha sufrido un descenso más acusado entre los hombres (de 19,36 a 14,97 x 10⁵) que entre las mujeres (3,59 a 3,53 x 10⁵).

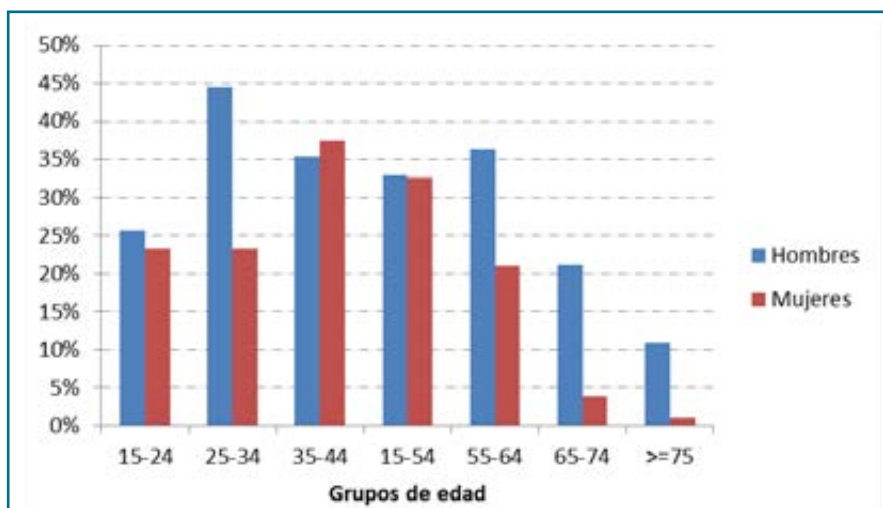
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores. Comunitat Valenciana, 2004-2013



Tasa ajustada por edad en < 75 años tomando como población estándar la europea (INCLASNS-MSSSI). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Aunque la prevalencia de fumadores diarios en la CV ha disminuido ligeramente en los últimos años, es superior a la del conjunto de España, para ambos sexos. El 27,6% de la población de la CV de 15 o más años fuma diariamente y un 2,5% lo hace de forma ocasional y es superior la prevalencia en hombres que en mujeres (32,5% y 22,8% respectivamente).

Proporción de fumadores diarios según sexo y grupo de edad. Población ≥15 años

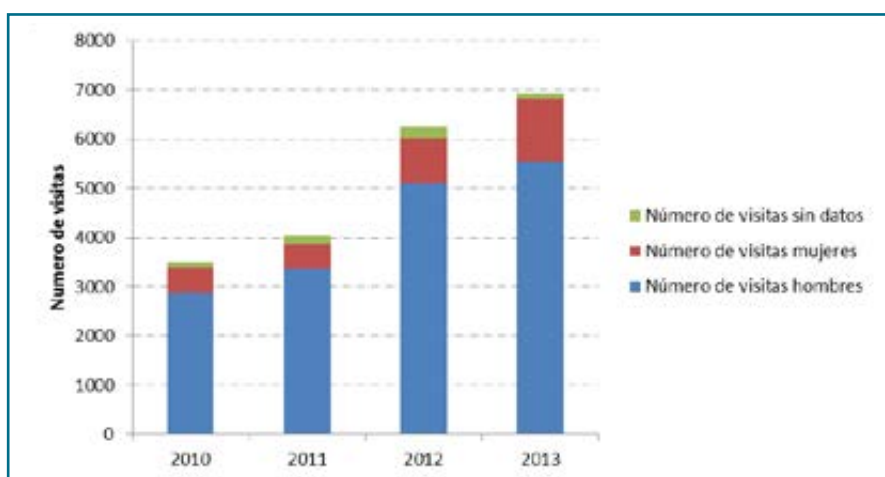


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12

La edad media de inicio del consumo de tabaco se sitúa en 17 años entre los fumadores diarios (16,5 en hombres y 17,7 en mujeres) y de 17,2 en los exfumadores. Este inicio del hábito tabáquico se produce a edades cada vez más tempranas. La edad media de inicio entre los fumadores de 15-24 años fue de 14,9, mientras que en el grupo de fumadores de 55-64 años se situó en 19,2. Además, este inicio precoz en la adolescencia se presenta tanto en chicas como en chicos.

La evaluación del III Plan de Salud puso de manifiesto una discreta tendencia a la reducción en la tasa de hospitalización por 100.000 habitantes y una tendencia creciente a acudir a los servicios de urgencias hospitalarias.

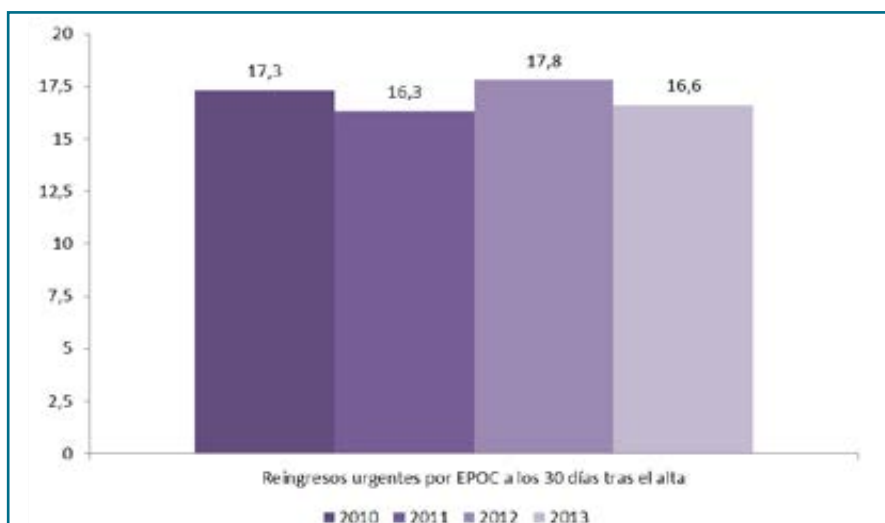
Episodios por EPOC atendidos anualmente según sexo en los servicios de urgencias hospitalarias



Fuente: ALUMBRA urgencias. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Por otra parte, el porcentaje de reingresos a los 30 días tras un ingreso por EPOC, no se ha modificado sustancialmente en los últimos 4 años, manteniéndose alrededor del 17%.

Reingresos urgentes por EPOC a los 30 días tras un alta previa por EPOC



Fuente: CMBD. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.5

Mejorar el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas

Mejorar la **atención, el tratamiento y la calidad de vida** de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Acciones

2.5.1. Favorecer el **diagnóstico de la enfermedad** mediante espirometría en atención primaria, en pacientes con riesgo de EPOC de acuerdo con la evidencia.

2.5.2. Poner en marcha un **proceso asistencial integrado** mediante el desarrollo de vías clínicas de la exacerbación de la EPOC en urgencias hospitalarias, sala de hospitalización y urgencias en atención primaria, junto con su seguimiento.

2.5.3. Implantar la **rehabilitación respiratoria** en pacientes con EPOC en los departamentos de salud.

2.5.4. Apoyar la **deshabitación tabáquica** de los pacientes fumadores.

2.5.5. Impulsar la participación de los pacientes con EPOC en actividades de **educación grupal entre iguales**, para mejorar su capacitación y autonomía en el manejo de la enfermedad desde el inicio del diagnóstico, impartida por personas educadoras adecuadamente entrenadas.

2.5.6. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente con enfermedad respiratoria crónica, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.5.7. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de mortalidad prematura estandarizada (<75 años, por 100.000) por enfermedades respiratorias crónicas	Total: 9,25 ♂ 14,97 ♀ 3,53 (2013)	↓	DGSP Registro mortalidad
Número de centros hospitalarios con rehabilitación respiratoria	-	24	Departamentos (cartera de servicios)
Tasa de hospitalización por EPOC (por 100.000)	132 (2013)	≤ 120	CMBD DGSP-SIP
Nº episodios atendidos en urgencias hospitalarias por EPOC	6.944 (2013)	<7.000	Registro de Servicio de Urgencias Hospitalarias
% de reingresos por EPOC en los 30 días posteriores al alta hospitalaria por EPOC.	16,55 (2013)	≤ 15	CMBD DGSP-SIP
Utilización inadecuada de antibióticos en procesos respiratorios no infecciosos	15,26 (2014)	↓	GAIA- Dispensación AG
COMPLEMENTARIOS			
Prevalencia de EPOC en personas > 40 años			ABUCASIS ALUMBRA
% de pacientes con diagnóstico de EPOC respecto a la población estimada con EPOC			ABUCASIS DGSP-SIP

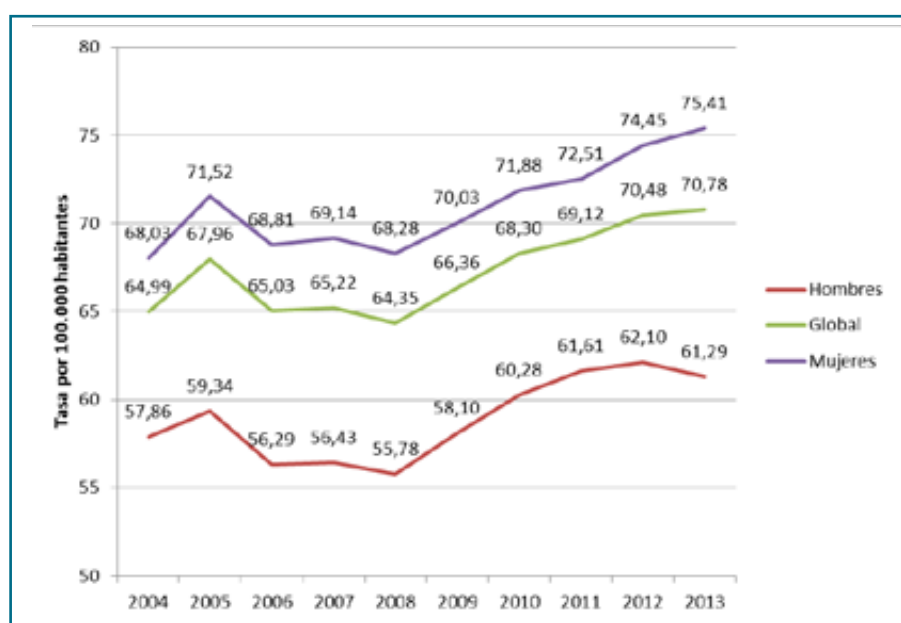
2.6. Prestar atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas y demencias

Análisis de la situación

Las enfermedades neurodegenerativas constituyen un problema de salud de magnitud creciente, en especial las que afectan a la función cognitiva, con un alto impacto en la calidad de vida de las personas enfermas, de sus familiares y personas cuidadoras. La enfermedad de Alzheimer es la más frecuente, ocupando el segundo lugar la enfermedad de Parkinson.

La psicosis orgánica presenil y senil de manera global constituyen la segunda causa de mortalidad, pero muestra diferencias por sexo, ya que fue la primera causa de muerte entre las mujeres y la quinta en los hombres en 2013, presentando además una tendencia creciente en ambos. En números absolutos, hubo 3.392 defunciones por psicosis orgánica senil y presenil, de las que casi el 50% fueron secundarias a enfermedad de Alzheimer (69,1% en mujeres).

**Tasa de mortalidad por psicosis orgánica presenil y senil por sexo
Comunitat Valenciana, 2004-2013**



Tasa de mortalidad por 10⁵ habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2013. Incluye: Demencia vascular (F01), Demencia no específica (F03), Delirio superpuesto a un cuadro de demencia (F05.1) y enfermedad de Alzheimer (G30). Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Mortalidad de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Respecto al perfil de los pacientes con demencia, los datos aportados por la Red Centinela Sanitaria de la CV (2011) muestran que algo más de la mitad son enfermos de Alzheimer y en menor proporción, se trata de casos de demencias vasculares o mixtas. El 75% disponen de una persona cuidadora, tratándose en su mayoría de mujeres, y la dependencia es total en uno de cada cuatro enfermos.

Con la finalidad de mejorar la accesibilidad de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y sus cuidadores a los servicios sanitarios, se ha creado la “Tarjeta Sanitaria Preferente”. Se trata de un distintivo especial en la tarjeta SIP identificado como AA y que permite a sus portadores acceder al interior de las consultas médicas (centros de salud, especialidades, consultas externas y servicios de urgencias) acompañados por el cuidador principal,

minimizar el tiempo de espera entre la llegada acentro sanitario y el momento de la visita, así como incluir de forma preferente a estos pacientes en el “Programa de Administración Farmacéutica a Domicilio”.

A través de la Historia de Salud de Atención Primaria (Abucasis) en 2013 había registradas 46.733 personas con **diagnóstico de enfermedad neurodegenerativa**, 77.843 con **diagnóstico de demencias** y 26.424 con diagnóstico de **Alzheimer**.

El **cuidador principal** es identificado con carácter rutinario en el caso de pacientes por las UHD y por parte de las enfermeras gestoras de casos, se realizan valoraciones de los cuidadores de pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos incluidos en gestión de casos para identificar sus necesidades de soporte para el cuidado y de atención de su propia salud. La cobertura de esta atención sanitaria con la incorporación de la enfermera gestora de casos a diciembre de 2013 alcanzaba el 15% de la población de la Comunitat Valenciana.

La inclusión en SIA de la opción de identificación de la persona cuidadora se implementó en 2012 y en 2013 este registro permitió identificar a 1.032 personas cuidadoras, independientemente de la patología del paciente.

Dentro de la formación propia de la EVES se ofertó en los años 2010, 2012 y 2013 el Curso de **Formar y cuidar al cuidador de personas con enfermedad mental** (en total 96 horas aproximadamente) y se han llevado a cabo talleres dirigidos a la capacitación de los cuidadores. Además, por parte de las enfermeras gestoras de casos, se realizan intervenciones individuales y grupales.

Formación de profesionales. Entre 2010 y 2013 se realizaron 12 cursos y dos jornadas en la EVES dirigidas a profesionales, sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y sobre el abordaje psico-socio-sanitario de las enfermedades neurodegenerativas: Esclerosis lateral amiotrófica, entre otras.

Objetivo 2.6

Prestar atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas y demencias

Prestar **atención integral sanitaria y social** a las personas afectadas por enfermedades neurodegenerativas y demencias, a las personas que las cuidan y a sus familiares, de acuerdo a la mejor evidencia disponible y la necesaria continuidad asistencial.

Acciones

2.6.1. Establecer criterios y **procesos ágiles de derivación a atención especializada** desde Atención Primaria para el abordaje de enfermedades neurodegenerativas de manera precoz.

2.6.2. Desarrollar programas de **consejo genético y análisis genético** si procede, a las personas con predisposición hereditaria a enfermedades neurodegenerativas en las que, de acuerdo con la evidencia científica, se dispone de una prueba genética interpretable y con repercusión clínica en al seguimiento preventivo.

2.6.3. Establecer desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso, un **plan de atención individualizada** que incluya valoraciones y evaluaciones integrales y determine las indicaciones terapéuticas, rehabilitadoras, sociales y de cuidados necesarias para las personas con estas enfermedades.

2.6.4. Identificar en el plan de atención individualizado a la persona **cuidadora principal** y los **profesionales de referencia**, al menos de medicina y enfermería, en el seguimiento de dicho plan.

2.6.5. Promover la realización de **planes anticipados de cuidados** con el paciente, mientras tenga todavía capacidad, contando con su cuidador/a .

2.6.6. Desarrollar programas de información y sensibilización de los profesionales sanitarios, especialmente en atención primaria, incluyendo en el **Plan de Formación** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a través de la EVES, oferta específica para los profesionales de todos los ámbitos asistenciales que intervienen en la atención de las personas con enfermedades neurodegenerativas y demencias.

2.6.7. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente con enfermedades neurodegenerativas y demencias, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.6.8. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Prevalencia de enfermedad es neurodegenerativas y demencia en personas >64 años.	*Demencias: Total:10,82% ♂ 7,86% ♀ 13,07 *Neurodegenerativas: Total:1,58% ♂ 1,76% ♀ 1,44% (2013)	Mejorar diagnóstico	Alumbra
Número de cursos anuales del plan de formación vinculados con la atención de las personas con enfermedades neurodegenerativas y demencias	4 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIOS			
Número de personas participantes en los cursos ofertados			EVES
% personas con Alzheimer, demencia y neurodegenerativas con identificación del cuidador/a principal en Abucasis.			ABUCASIS

2.7. Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental

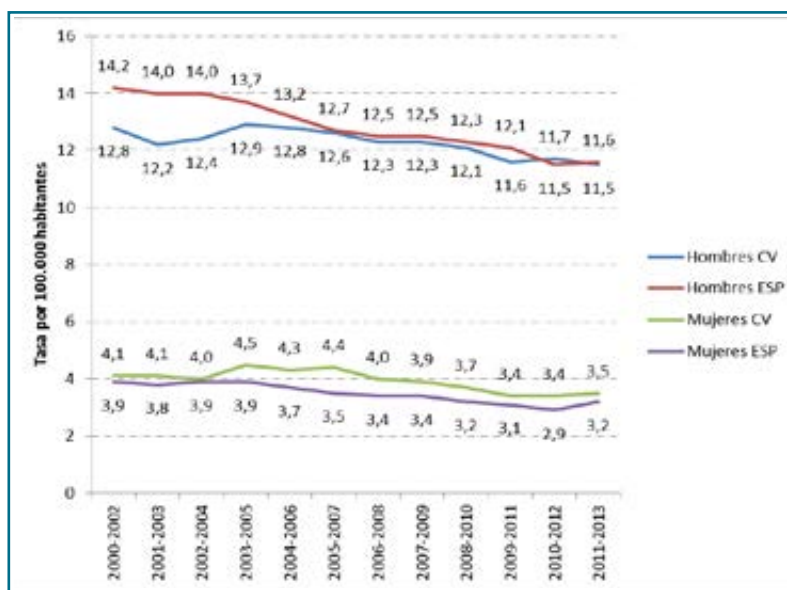
Análisis de la situación

Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico: el 11,9% de la población valenciana adulta (≥ 15 años) manifiesta haber padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses, indicando que se trata de un problema de salud crónico que ha sido diagnosticado por un médico (ENSE 2011-12). De nuevo, esta proporción es superior en las mujeres (17,1%) que en los hombres (6,7%).

Consumo de medicamentos en adultos en las dos últimas semanas: el 18,7% de la población valenciana adulta (≥ 15 años) declara haber consumido ansiolíticos o medicamentos para dormir durante las dos semanas anteriores, siendo esta proporción superior en las mujeres (22,9%) que en los hombres (13,2%), según la ENSE 2011-12. Por otra parte, el 7,1% de la población refiere haber consumido antidepresivos (10,4% en mujeres y 2,8% en hombres).

Suicidio: la tasa de mortalidad por suicidio y autolesiones, ajustada a población europea, es superior en hombres que en mujeres, alcanzando en la CV, en el trienio 2011-2013, el valor de 11,5 y 3,5 por 100.000 habitantes, respectivamente. Cifras similares a las nacionales.

Tasa de mortalidad por suicidio y autolesiones* por sexo. España y Comunitat Valenciana, 2000-2013



* Tasa de mortalidad por suicidios y autolesiones (CIE-10: X60-X84, Y870), por sexo, ajustada a la población estándar europea, por 100.000 habitantes. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.7

Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental

Proporcionar una **atención a la salud mental integral**, mediante el desarrollo de programas transversales e interdisciplinarios que garanticen la continuidad de cuidados y disminuyan la variabilidad entre los departamentos de salud.

Acciones

2.7.1. Desarrollar un plan intersectorial de actuaciones y proporcionar a través de las TICs y los medios de comunicación una **visión más positiva de la enfermedad mental** que favorezca la inclusión y elimine el estigma.

2.7.2. Desarrollar intervenciones para la **prevención del suicidio** y difundir guías clínicas al respecto, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado mayor riesgo.

2.7.3. Diseñar e implementar programas específicos, **protocolos y circuitos asistenciales por patologías relevantes** (Programa Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave, Protocolo de Atención a Personas con Trastorno de la Personalidad, Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos) y en entornos especiales como el penitenciario (PAIEM).

2.7.4. Elaborar e incluir en la Historia de Salud Electrónica el **Plan de Atención Individualizado** de cada paciente con Trastorno Mental Grave y el **Contrato Terapéutico** para los Trastornos Mentales Comunes.

2.7.5. Proporcionar atención integral a los problemas de **salud mental en la infancia y adolescencia**, elaborando protocolos de actuación entre las Unidades de Salud Mental Infantil, pediatría, neuropediatría, atención primaria y neurología, así como en colaboración con instituciones educativas y servicios sociales de base.

2.7.6. Desarrollar programas colaborativos entre Atención Primaria y las Unidades de Apoyo para la prevención y abordaje de los problemas de salud mental (por ejemplo, **intervención grupal en autocuidados, abordaje del malestar emocional**).

2.7.7. Crear una **Comisión Socio-Sanitaria** en cada Departamento de Salud para mejorar la atención integral a las personas con Trastorno Mental Grave y sus familias y garantizar la continuidad de sus cuidados.

2.7.8. Coordinar las intervenciones de prevención, atención y rehabilitación de las personas con **patología dual**.

2.7.9. Incluir en el **Plan de Formación** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de la EVES, oferta específica para los profesionales en competencias y habilidades específicas en el ámbito de la salud mental.

2.7.10. Promover la **participación** de personas usuarias y familiares y fomentar el asociacionismo, dentro del marco de la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.

2.7.11. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente con trastorno de la salud mental, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.7.12. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de mortalidad por suicidios	♂ 11,5 x 10 ⁵ ♀ 3,5 x 10 ⁵ (2011-2013)	↓	DGSP Registro mortalidad
Número de ingresos por episodios psicóticos en personas de 15-45 años	Total: 2.659 ♂ 1.612 ♀ 1.047 (2014)	↓	CMBD
Número de departamentos de salud con Comisión Socio-Sanitaria.	-	24	DGAS
% Interconsultas solicitadas desde AP que son aceptadas en las USM	34,12% (2014)	↑	SIA-SIP-CRC AG (ATP044.0)
Tiempo medio que deben esperar los pacientes para ser atendidos en las USM (adultos y niños)	19,73 (2014)	↓	SIA-SIP-CRC AG
% Pacientes con TMG que con un plan de atención integral completado en su historia de salud	SD Meta 2016: 10%	↑	SIA-SIP-CRC AG
Número de cursos anuales del plan de formación vinculados con la salud mental	4 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIOS			
Número de personas participantes en los cursos ofertados			EVES
Consumo de ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos (dosis diarias por 1000 habitantes)			DGAS
Número de programas colaborativos con atención primaria en cada departamento			DGAS
Número de departamentos con protocolo de coordinación para patología dual			DGAS
Número de usuario y familiares que colaboran en estructuras de participación y asesoramiento			DGAS

2.8. Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras

Análisis de la situación

De acuerdo con el sistema de clasificación de pacientes CRG propuesto por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, alrededor del 2% de la población de la Comunitat Valenciana (89.995 personas) formaría parte del nivel 3 de la Pirámide de Kaiser, integrado por pacientes con un nivel de gravedad elevado.

En todos los departamentos, se ha impulsado la utilización del código V de la CIE para diagnósticos relacionados con cuidados paliativos (V 66.7 en la CIE 9MC). Desde que se adopta el código V66.7 para identificar a pacientes con diagnósticos susceptibles de cuidados paliativos, se ha incrementado el registro tanto en ABUCASIS como a nivel hospitalario aunque el porcentaje todavía es bajo.

Se ha configurado el equipo de soporte de cuidados paliativos de cada departamento de salud, integrado y con funciones en la comunidad y en el hospital. En 2013, aproximadamente en el 40% de los departamentos se ha nombrado un referente en cuidados paliativos en atención primaria.

El número de personas mayores de 65 años que durante el año 2010 otorgaron el documento de voluntades anticipadas fue de 567 y de 799 en 2011.

A través del plan de formación de la EVES, se desarrollan anualmente cursos dirigidos específicamente para cuidadores de ancianos y talleres dirigidos a los familiares/cuidadores. En 2013, 228 cuidadores acudieron a los talleres ofertados por las enfermeras gestoras de casos dentro del desarrollo de sus funciones.

El cuidador principal es identificado con carácter rutinario en el caso de pacientes por las UHD y por la enfermería de gestión de casos comunitarios, ofreciéndoles soporte profesional y formación individual y grupal.

En los recursos más especializados de cuidados paliativos (HACLEs y UHD) se realiza una valoración integral previa a la realización del PAI a todos los pacientes susceptibles de cuidados paliativos. Se realiza también una valoración integral a los pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos incluidos en gestión de casos. En 2013, se han incluido a 3.415 pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos en Programa de Gestión de Casos.

Programa de Gestión de Casos	2012	2013
Paliativos	809	1.150
No Paliativos	1.561	2.265
Pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos	2.370	3.415

Fuente: DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.8

Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras

Garantizar una **atención integral, coordinada, de calidad, eficiente, individualizada y digna** a los enfermos crónicos de alta complejidad y pacientes paliativos, que incluya a las personas familiares cuidadoras.

Acciones

2.8.1. Consolidar un **equipo de soporte de cuidados paliativos en cada departamento** de salud, integrado y con funciones en la comunidad y en el hospital y nombrar un referente en cuidados paliativos en atención primaria.

2.8.2. Desarrollar estrategias para la **atención psico-social** en los equipos de soporte de cuidados paliativos del departamento.

2.8.3. Desarrollar estrategias para proporcionar cuidados paliativos adecuados en la **infancia y adolescencia**.

2.8.4. Recoger en la historia clínica los **deseos, preferencias y valores de los pacientes** y los acuerdos terapéuticos a alcanzar entre pacientes y profesionales.

2.8.5. Incrementar el grado de **seguridad de los pacientes en sus tratamientos** reduciendo los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y el riesgo de resultados negativos de la medicación, principalmente en aquellos pacientes con mayor grado de morbilidad y riesgo clínico a través de la estratificación de la población.

2.8.6. Desarrollar intervenciones de **apoyo a las personas cuidadoras** de pacientes crónicos complejos y paliativos, en relación con los cuidados, gestiones sanitarias y la prevención y abordaje de su desgaste físico, emocional y el riesgo de aislamiento social.

2.8.7. Facilitar el **desarrollo de las TICs** para el seguimiento y atención a distancia en el domicilio de los pacientes.

2.8.8. Promover un debate social, profesional e institucional sobre el **derecho a morir con dignidad**.

2.8.9. Elaborar una **ley integral autonómica** que aborde la atención al final de la vida para morir con dignidad.

2.8.10. Promover la utilización por parte de los pacientes del Documento de Voluntades Anticipadas, así como la consulta de los profesionales al **Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana**, incluyendo, si existe, la información correspondiente en la historia clínica del paciente.

2.8.11. Promover **estudios de desigualdades** en el cuidado y la atención del paciente crónico complejo y paliativo, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.8.12. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Visitas de enfermería a domicilio a pacientes crónicos complejos y paliativos	3,72 (2015)	↑	SIA-SIP-CRC AG
Pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos incluidos en el Programa de Gestión de Casos	3415 (2013)	↑	DGAS
Número de talleres de intervención sobre personas cuidadoras de pacientes crónicos complejos y paliativos	17 (2013)	↑	DGAS
Número de personas cuidadoras participantes en los talleres de intervención	228 (2015)	↑	DGAS
Número de consultas al Registro de Voluntades Anticipadas	-	↑ anualmente	VOLANT
Tasa de pacientes con PRM no revisados por cada 1000 pacientes crónicos y polimedicados	1,8% anual (2014)	↓	PRM AG (GAIA027.1)
COMPLEMENTARIOS			
% de éxitos de pacientes crónicos complejos y paliativos en domicilio, hospitalización de agudos, HACLE y residencias.			HACLE
Publicación de una ley integral autonómica que aborde la atención al final de la vida para morir con dignidad			CSUSP

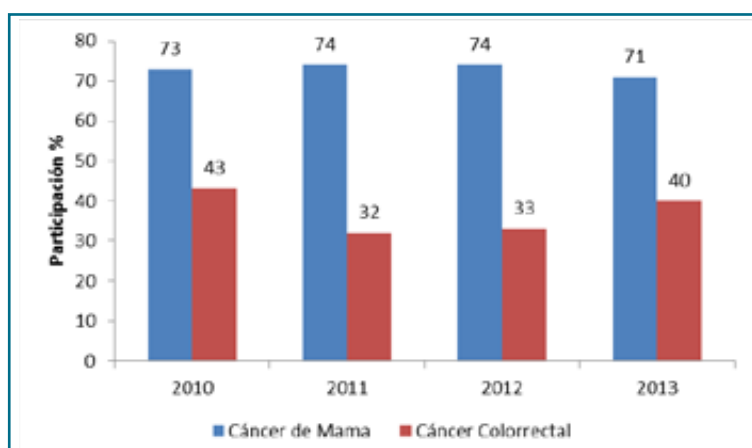
2.9. Realizar programas de cribado basados en la evidencia

Análisis de la situación

El cribado neonatal de enfermedades endocrinometabólicas mantiene una cobertura superior al 98%. En 2012 se incorporaron la fibrosis quística y la anemia de células falciformes al cribado de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria. En 2014 se amplió la detección incluyendo tres nuevas patologías: déficit de acil CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD), déficit de 3 hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD) y Acidemia Glutárica tipo I (GA-I) y se pasó a realizar una única toma de muestra en la maternidad, antes del alta. La cobertura del cribado neonatal de la hipoacusia congénita está en torno al 99% de los recién nacidos.

Respecto a la detección precoz del cáncer de cuello de útero, se ha reunido la comisión del programa para revisión y definición del nuevo protocolo que recoja la evidencia y los cambios científicos que deben tenerse en cuenta. El programa de detección precoz del cáncer colorrectal se está implantando en todos los departamentos de salud, alcanzando una cobertura del 60% en 2013. La participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama, se ha mantenido estable a lo largo de la vigencia del III Plan de Salud como se observa en la gráfica siguiente

Participación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Colorrectal



Fuente: Programa de cáncer de colon-KARVIS y SIGMA. DGSP. ABUCASIS DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.9

Realizar programas de cribado basados en la evidencia

Realizar programas **de cribado (prevención secundaria o detección precoz de los problemas de salud) avalados por la evidencia científica.**

Acciones

2.9.1. Ofrecer a las mujeres embarazadas el **diagnóstico prenatal** de defectos congénitos combinando parámetros bioquímicos y ecográficos.

2.9.2. Asegurar la detección precoz en el período neonatal, de **defectos congénitos** que pueden producir discapacidad: hipoacusia del recién nacido, metabolopatías, que se han demostrado efectivos y coste-oportunos.

2.9.3. Mejorar la **participación informada** en todos los programas de cribado.

2.9.4. Mantener y optimizar el programa de cribado de **cáncer de mama** a estándares internacionales.

2.9.5. Reorientar las actividades de cribado de **cáncer de cérvix** a las recomendaciones europeas.

2.9.6. Establecer un proceso de **evaluación** en el ámbito del sistema sanitario valenciano, que permita evaluar y determinar la indicación o no de incorporar actividades de cribado en el sistema.

2.9.7. Establecer recomendaciones de **no indicación** de pruebas de diagnóstico precoz y aplicar la legislación vigente sobre cribados en el medio laboral relativa a que sólo se realizarán los relacionados con los riesgos del trabajo.

2.9.8. Promover **estudios de desigualdades** en la cobertura y seguimiento de las personas participantes en los cribados, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional, a fin de que los servicios y los profesionales sanitarios adopten todas las medidas a su alcance para que todas las personas reciban los cuidados adecuados a sus necesidades.

2.9.9. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos menos atendidos o más vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas y garantizar que todas las personas reciben la atención efectiva y adecuada a sus características y necesidades individuales.

Indicadores

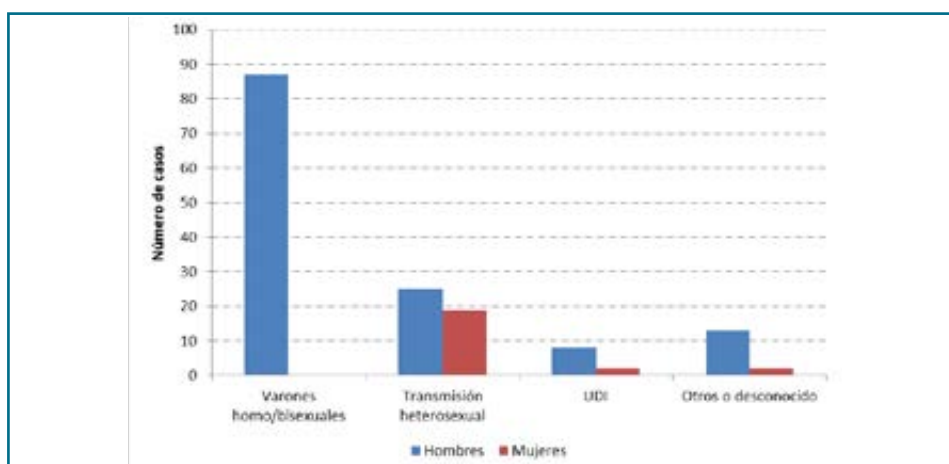
BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
% de IVEs por Síndrome de Down sobre el total de gestaciones diagnosticadas	71,5% (2013)	Garantizar prestación	DGSP Registro de IVE y de Congénitas
Tiempo medio transcurrido desde el nacimiento hasta el resultado de la prueba en hipotiroidismo congénito	9,2 ± 3 (2014)	< 15 días	DGSP MetaB
Porcentaje de recién nacidos con primera prueba de cribado de hipoacusia realizada durante el primer mes de vida	>95% (2014, hospitales públicos)	≥ 95% (hospitales públicos y privados)	DGSP
Semanas desde la solicitud para confirmación diagnóstica hasta inicio tratamiento en cribado mamográfico	8 (2014)	↓	DGSP SIGMA AG (489.3)
Participación programa de cribado cáncer mama	73% (2015)	>70%	DGSP SIGMA
Participación programa cribado cáncer colorrectal	44% (2015)	>50%	DGSP KARVIS

2.10. Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia

Análisis de la situación

El registro de los nuevos diagnósticos por VIH que comienza a funcionar en la CV en 2011, permite identificar como colectivo más vulnerable a la infección por VIH el de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). La incidencia en este grupo fue del 57,37% en 2011 y en 2012 del 65,6%. En las personas inmigrantes se ha observado una disminución de la incidencia pasando del 36,8% en 2011 al 30,2% en 2012. El porcentaje de diagnósticos tardíos de sida en 2011 fue del 53% y de 49,5% en 2013.

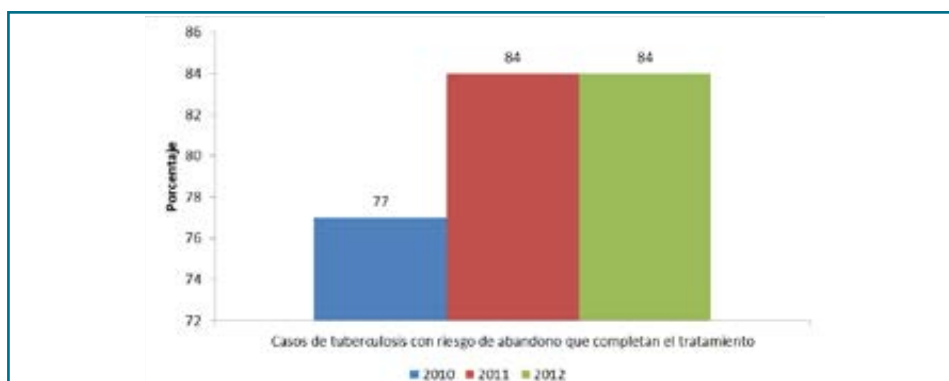
Casos de infección VIH según el mecanismo de transmisión diagnosticados en 2012 Comunitat Valenciana



Fuente: SIVIH. UDI = usuarios de drogas intravenosas. Casos notificados hasta el 31-01-2013

Con la finalidad de disminuir la contagiosidad y las recidivas de los pacientes con TBC con mayor riesgo de abandono del tratamiento, la intensificación de la vigilancia epidemiológica ha permitido aumentar el porcentaje de personas de este grupo que completan el tratamiento como se muestra en la siguiente gráfica.

Casos de tuberculosis con riesgo de abandono que completan el tratamiento



Fuente: AVE. DGSP. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.10

Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia

Disminuir la incidencia de algunas enfermedades transmisibles con elevado impacto social, tales como las **infecciones de transmisión sexual (ITS)**, la **tuberculosis pulmonar** y la **Hepatitis C**.

Acciones

2.10.1. Disponer programas efectivos que faciliten los métodos de prevención de infecciones transmitidas sexualmente.

2.10.2. Intensificar las actividades dirigidas a aumentar la percepción del riesgo sobre el **VIH/SIDA y de las ITS**, con especial énfasis en los colectivos de mayor vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, personas prostitutas) así como en los jóvenes.

2.10.3. Promover el **diagnóstico precoz de la infección por VIH**, facilitando la realización de la prueba en los diferentes niveles asistenciales: atención primaria, unidades de prevención de VIH y otras ITS.

2.10.4. Intensificar el estudio y tratamiento de los contactos de pacientes con **TBC pulmonar** con estudio microbiológico positivo.

2.10.5. Prestar especial atención a los grupos que presentan mayor riesgo de abandono del **tratamiento frente a la TBC**.

2.10.6. Mejorar el conocimiento epidemiológico sobre la **Hepatitis C** y su impacto en la Comunitat Valenciana mediante la creación de un registro de casos de VHC que permita monitorizar las cargas virales y/o antígenos core de la VHC para evaluar los tratamientos.

2.10.7. Aplicar las recomendaciones y criterios consensuados por el comité de expertos, para atender las necesidades terapéuticas de los pacientes con **Hepatitis C**.

2.10.8. Promover **estudios de desigualdades** en la prevención y atención sanitaria de las personas con enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia, incluyendo variables de género, clase social, ocupación, territorio, etnia y diversidad funcional.

2.10.9. Reforzar las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables para **reducir las desigualdades** detectadas.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Porcentaje de Nuevos Diagnósticos de VIH en HSH	65,6% (2012)	Mejora registro	DGSP AVE
Porcentaje de Nuevos Diagnósticos de VIH n inmigrantes	30,2% (2012)	Mejora registro	DGSP AVE
Porcentaje anual de diagnósticos tardíos en sida	49,5% (2012)	↑	DGSP AVE
% de casos de tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico positivo con estudio de contactos	92,4% (2013)	↑	DGSP AVE
% de casos de TBC con riesgo de abandono que completan el tratamiento	84,2% (2012)	↓	DGSP AVE
Incidencia de nuevos diagnósticos de VHC	Inicio registro 2016*	Consolidar	DGSP RedMIVA
COMPLEMENTARIOS			
% de pacientes con VHC tratados con respuesta de carga viral			DGFyPF

*A partir de enero de 2016 se inicia vigilancia con nueva clasificación. Casos notificados: casos nuevos incidentes y casos nuevos no incidentes

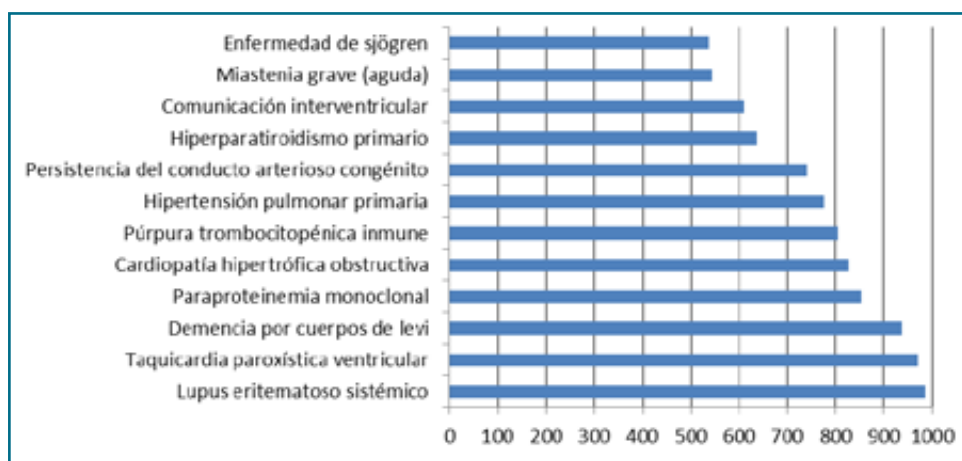
2.11. Mejorar la atención de las enfermedades raras

Análisis de la situación

Para dar respuesta las necesidades de información sobre enfermedades raras, se ha creado el Sistema de Información de Enfermedades Raras (ER) de la Comunitat Valenciana: SIER-CV (ORDEN 4/2012, de 7 de marzo, de la Conselleria de Sanitat), que se integra en la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública. Tiene por objeto cubrir las necesidades de información epidemiológica sobre enfermedades raras, incluyendo las anomalías congénitas, proporciona información de validez contrastada sobre la incidencia y prevalencia de las mismas, favorece el análisis de los factores asociados, provee de indicadores que posibiliten la comparación de la situación en la Comunitat Valenciana con otros territorios y facilita la información necesaria para orientar la elaboración y evaluación de actividades de prevención.

De acuerdo con los datos recogidos en este sistema de información, entre 2010-2012 hubo 510.429 ingresos por ER en los hospitales públicos de la CV, suponiendo aproximadamente el 6,6% de los ingresos totales, y con una edad media al diagnóstico de 55,5 años.

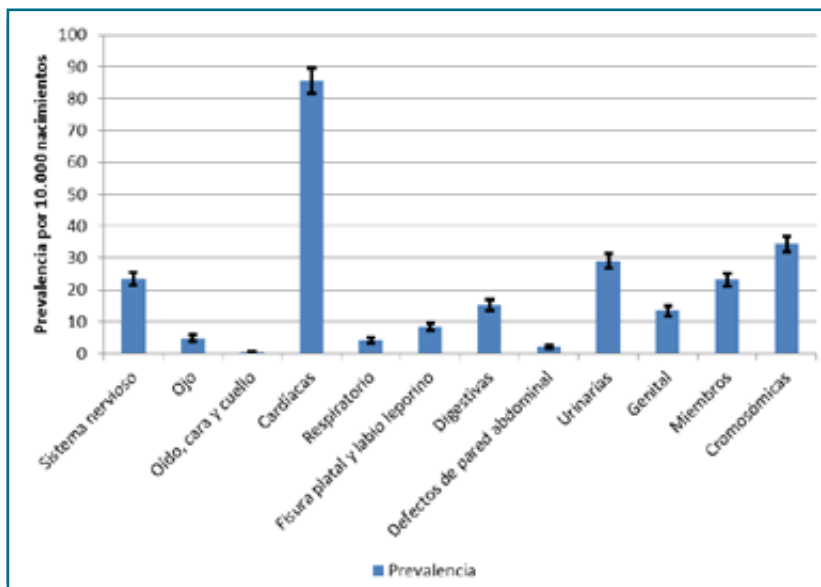
Principales ER con mayor número de pacientes afectados que requieren ingreso hospitalario 2010-2012



Fuente: SIER-CV

Desde diciembre de 2011 el Registro Poblacional de Anomalías Congénitas (AC) de la Comunitat Valenciana es miembro de pleno derecho de la Red Europea de Registros Poblacionales para la Vigilancia de las Anomalías Congénitas (EUROCAT) que comenzó en 1979 como una acción conjunta de la Unión Europea. Entre 2007-2011 se han registrado 4.928 menores de 1 año con AC, lo que supone una prevalencia de 229,6 casos por 10.000 nacidos. Entre ellas, las AC cardíacas son las que presentan un mayor peso ya que representan el 33% del total.

Prevalencia de las anomalías congénitas por grandes grupos, 2007-2011



Fuente: SIER-CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 2.11

Mejorar la atención de las enfermedades raras

Mejorar el conocimiento y la atención de las enfermedades raras para conseguir un **abordaje de forma más integrada** en el conjunto del sistema sanitario.

Acciones

2.11.1. Asegurar la sostenibilidad del Sistema de Información de Enfermedades Raras (SIER-CV).

2.11.2. Realizar y difundir el mapa de las **Unidades de Experiencia** de enfermedades raras de la Comunitat Valenciana.

2.11.3. Incrementar la **coordinación en la asistencia** de enfermedades raras entre atención primaria y atención hospitalaria, mediante la realización de protocolos y guías de actuación conjuntas.

2.11.4. Facilitar la **identificación de forma temprana** de los pacientes con enfermedades raras, mediante herramientas informáticas que faciliten su búsqueda activa y garantizar la **continuidad asistencial**.

2.11.5. Designar **Centros, Servicios y Unidades de Referencia** para enfermedades raras de ámbito nacional en el SNS y de ámbito autonómico.

2.11.6. Facilitar **información y formación** a las personas con enfermedades raras, familias y personas cuidadoras, sobre **ayudas y recursos** existentes para mejorar su calidad de vida, incluyendo el contacto con asociaciones de pacientes.

2.11.7. Fomentar la **investigación traslacional** en enfermedades raras.

2.11.8. Promover actuaciones de **información y sensibilización** que contribuyan a mejorar el conocimiento y a disminuir la estigmatización de estas enfermedades ante la sociedad en general, contando con el papel de las asociaciones de pacientes.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Casos validados en el SIER-CV.	3.675 (2010-2012)	Ampliar periodo y validar otras enfermedades	DGSP SIER-CV
Casos de ER detectados en atención primaria	190 med familia 121 pediatría (2015)	Ampliar periodo y validar casos	DGSP Red Centinela SIER-CV
Registros de ER detectados en atención hospitalaria	157.171 (2004-2014)	Ampliar periodo	DGSP SIER-CV
Número de Unidades de Experiencia incluidas en el mapa.	51 (2015)	↑ Otros grupos enfermedades	DGAS
Número de CSUR de ámbito nacional designados en la CV.	18 CSUR: 13 HUP La Fe, 3 CHGU Valencia 2 HGU Alicante	↑ 7 solicitudes de CSUR actualmente en diferentes fases de tramitación	DGAS
Número de Unidades de Referencia designadas en la CV.	2	↑	DGAS
Número de proyectos de investigación traslacional concedidos a grupos de investigación ubicados en la CV.	35 (2016)	↑	DGIITC
Número de cursos anuales del plan de formación vinculados con enfermedades raras	0	↑	EVES
COMPLEMENTARIOS			
Número de personas participantes en los cursos ofertados			EVES

Línea 3. Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación

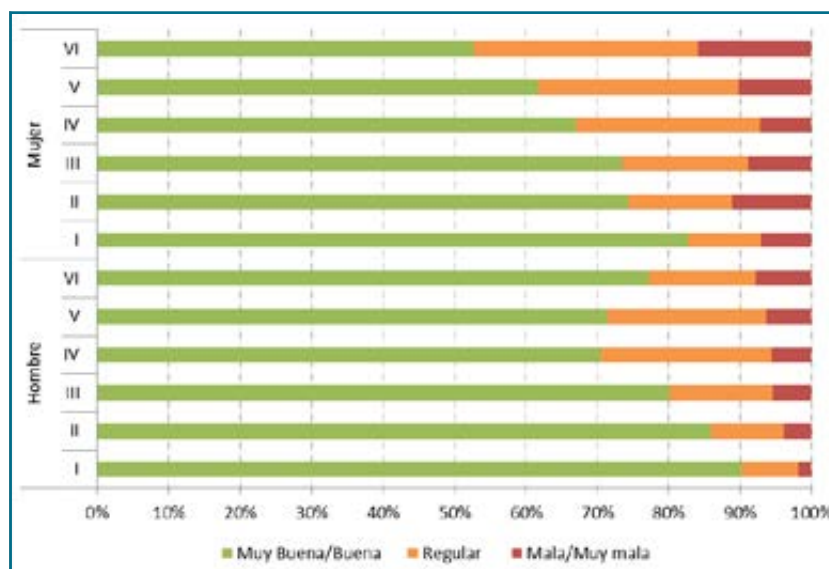
- 3.1. Vigilar los determinantes sociales de la salud**
- 3.2. Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud**
- 3.3. Intensificar las acciones en detección precoz y el abordaje de la violencia de género**
- 3.4. Impulsar el principio de salud en todas las políticas**
- 3.5. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario**
- 3.6. Promover el acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población**

3.1. Vigilar los determinantes sociales de la salud

Análisis de la situación

La **autopercepción del estado de salud**, como medida general de salud, se ha relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, el uso de servicios sanitarios y la mortalidad. Los datos de la ENSE2011-12 muestran que el 70,7% de la población adulta valenciana (≥ 15 años) considera que su salud es buena o muy buena. Esta proporción es mayor en hombres (76,5%) que en mujeres (65%) y disminuye en ambos sexos conforme aumenta la edad. Existe además un gradiente social en la distribución del estado de salud percibido, especialmente manifiesto en las mujeres. A igualdad de clase social, los hombres expresan siempre una mejor salud percibida que las mujeres.

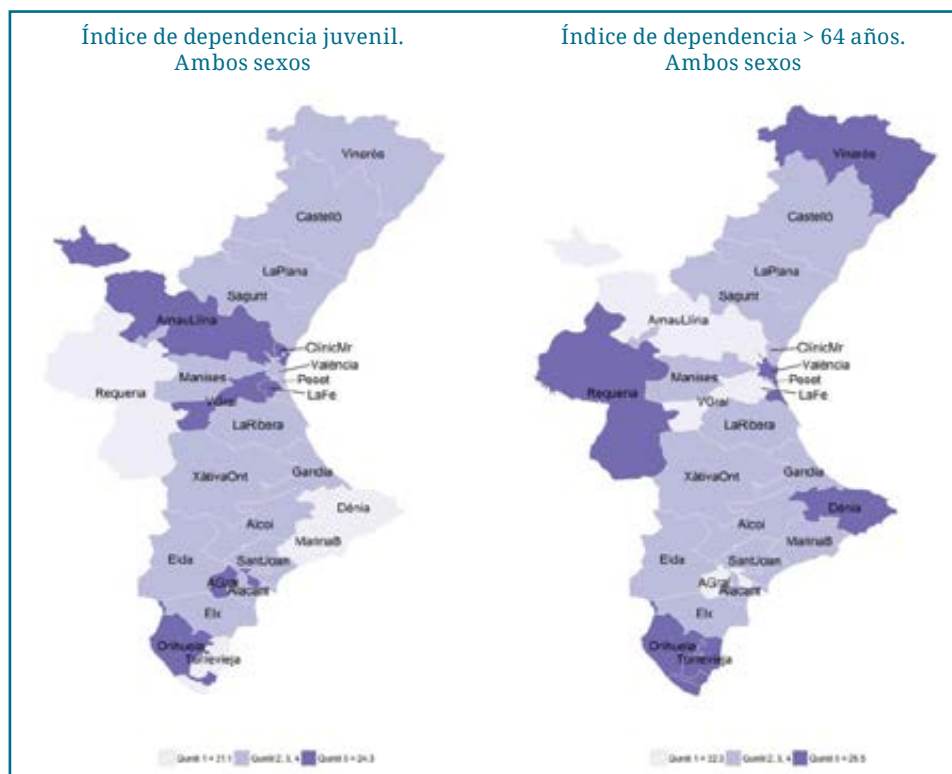
Salud percibida según sexo y clase social



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12

Conocer la **distribución territorial de los indicadores de salud** teniendo en cuenta los principales determinantes de la salud resulta fundamental para poner en marcha intervenciones que disminuyan las desigualdades. El Sistema de Información de Salud Pública (SISP) tiene definidos indicadores sociodemográficos, del estado de salud (mortalidad y morbilidad) y está incorporando indicadores en las áreas funcionales de comportamientos y condiciones de vida, así como del sistema de salud.

Índice de dependencia juvenil e índice de dependencia de mayores de 64 años por departamentos de salud. Comunitat Valenciana, 2014



Fuente: SISP, DGSP, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

El nivel educativo refleja la posición de los individuos dentro de la escala social, condiciona el empleo y los ingresos, influye en los hábitos de vida y en la exposición a factores de riesgo, y en general, en el acceso a los recursos en salud. De acuerdo con la información que proporciona la Encuesta de Población Activa, en las últimas décadas se ha ido incrementando de forma progresiva el nivel de educación de la población valenciana, con un aumento de la población joven que completa una educación superior. En el periodo 2002-2014, el porcentaje de población de 30 a 34 años con estudios superiores creció en la CV desde un 26,2% hasta un 40,6%, cifra ligeramente inferior a la de España (42,3%) y superior a la alcanzada en el entorno europeo UE-28 (37,9%). Destacar el mayor avance de las mujeres en el terreno formativo. En 2014, el 45,1% de las mujeres de 30 a 34 años disponía de estudios superiores frente al 36,2% en el caso de los hombres.

Junto al indicador anterior, el abandono educativo temprano, es decir, el porcentaje de población de 18 a 24 años que no ha completado la Educación Secundaria de Segunda Etapa (Post-Obligatoria) y no sigue estudiando, es uno de los indicadores de seguimiento de la Estrategia Europa 2020. En la CV, al igual que en el conjunto de España, la situación ha mejorado en los últimos años aunque aún se está lejos de alcanzar el objetivo propuesto a nivel nacional de reducción del abandono hasta el 15%. En 2014, este indicador en la CV fue del 23,4% (28,3% en hombres y 18,0% en mujeres), algo superior al valor en España (21,9%) y muy por encima del indicador en la UE-28 (11,1%).

La tasa de riesgo de pobreza o exclusión social es un indicador incluido en la estrategia Europa 2020, que combina tres conceptos: el riesgo de pobreza, la carencia material y la baja intensidad en el empleo. En el año 2014, el porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión social en la CV fue del 34,7%, cifra cinco puntos y medio por encima de la obtenida para el conjunto del territorio nacional.

Población en riesgo de pobreza (Estrategia Europa 2020). España y Comunitat Valenciana, 2009-2014

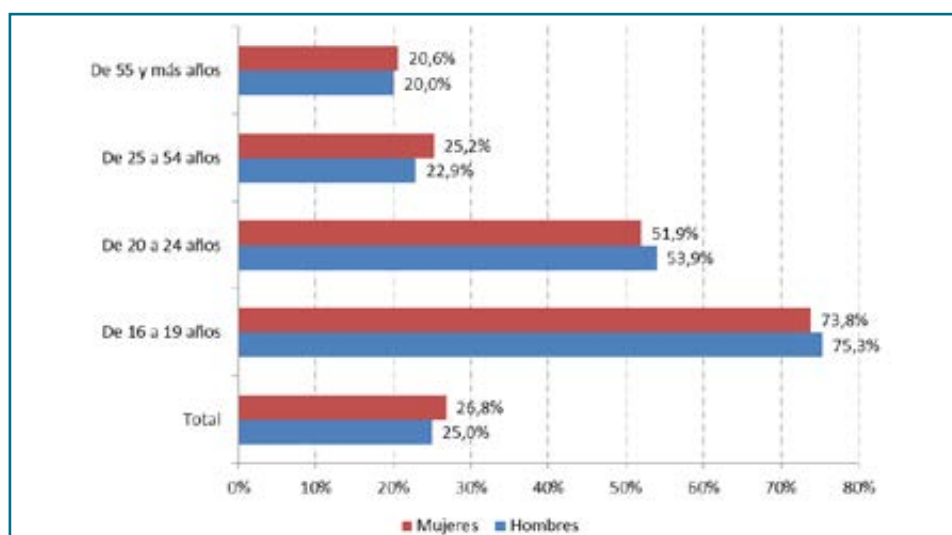


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE. Encuesta de Condiciones de Vida. Base 2013

El análisis por edad y sexo muestra que la proporción de población en riesgo de pobreza es superior entre los más jóvenes, siendo el grupo de 16-29 años, en ambos sexos, el que presenta el porcentaje más elevado. Respecto al tipo de hogar, el indicador alcanza su valor máximo en el caso de los hogares constituidos por un adulto con uno o más hijos dependientes a cargo. Del mismo modo, este porcentaje es superior en la población extranjera.

En el periodo 2008-2014, la **tasa de paro** (porcentaje de parados respecto a los activos) ascendió 13,7 puntos, alcanzando un valor de 25,8% en el año 2014, cifra ligeramente superior a la tasa global en España. Por grupos de edad, el mayor aumento se produjo en la población joven (menores de 25 años), tanto en hombres como en mujeres, con incrementos de 32,2 y 28,0 puntos respectivamente.

Tasa de paro según sexo y grupo de edad. Comunitat Valenciana, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

La tasa de paro es superior en la población extranjera de la CV, tanto la procedente de países no pertenecientes a la UE (41,8%) como de países de la UE (28,9%).

Estas cifras de empleo distan mucho de la meta fijada en España en relación con la estrategia Europa 2020, siendo el objetivo conseguir que el 74% de la población entre 20 y 64 años esté empleada.

Objetivo 3.1

Vigilar los determinantes sociales de la salud

Profundizar en la identificación y el conocimiento de la **magnitud** de las **desigualdades** sociales, su **impacto** en la salud, su evolución y la efectividad de las intervenciones y políticas para reducirlas.

Acciones

3.1.1. Monitorizar la evolución del impacto de los principales determinantes sociales y de género en las desigualdades en salud, mediante la elaboración y difusión de **informes periódicos**. (observatorio de desigualdades en salud).

3.1.2. Disponer en el Sistema de Información de Salud Pública (SISP) de **indicadores** clave según eje de equidad **por departamentos de salud** y teniendo en cuenta el ciclo vital.

3.1.3. Recoger las **variables sociales** sistemáticamente en los sistemas de información sanitaria y especialmente en la historia clínica, comprendiendo al menos el máximo nivel de estudios alcanzado, la ocupación y la situación laboral.

3.1.4. Incentivar la investigación sobre el **impacto en la salud** de las desigualdades sociales y de género.

Indicadores

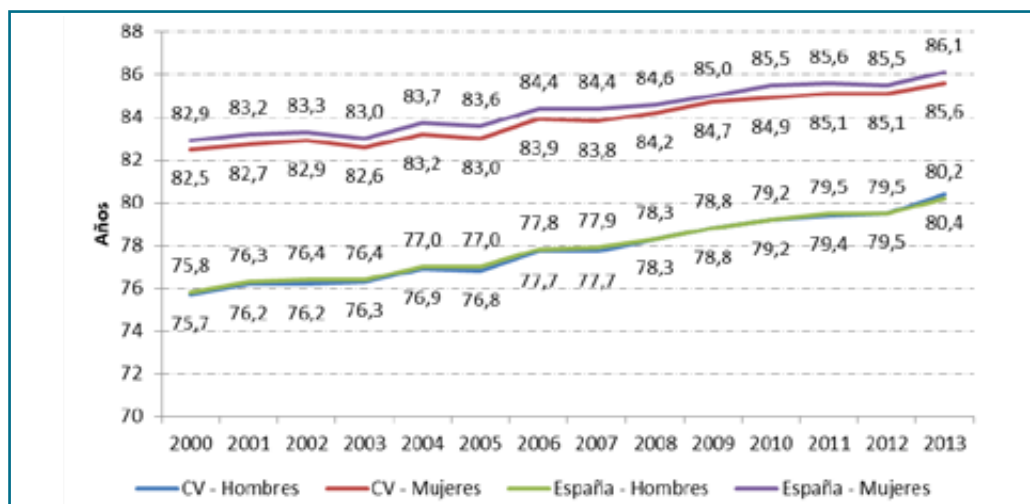
BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Buena salud percibida por sexo y clase social	Total: 70,7% ♂ 76,5% ♀ 65,0% (2010)	↓ diferencias	DGSP ESCV
Incluir el eje de desigualdad de inmigración en el SISP	-	Inclusión en 2016	DGSP SISP
% de historias de AP en adultos (25 -64 años) con registro del nivel educativo, especialmente embarazadas	36,6% (embarazadas 2014)	↑	ABUCASIS- Alumbra AG (ATP104.1)
Número de informes publicados sobre desigualdades en salud en la Comunitat Valenciana		≥ 1 anualmente	DGSP
COMPLEMENTARIOS			
Nº proyectos de investigación sobre desigualdades en salud financiados en la CV			DGIITC

3.2. Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud

Análisis de la situación

En 2013, la esperanza de vida al nacer en la CV fue de 83,0 años (80,4 en hombres y 85,6 en mujeres), lo que nos sitúa en una posición similar a la media española (83,2 años) y ligeramente superior a la europea (EU-16: 81,8 años).

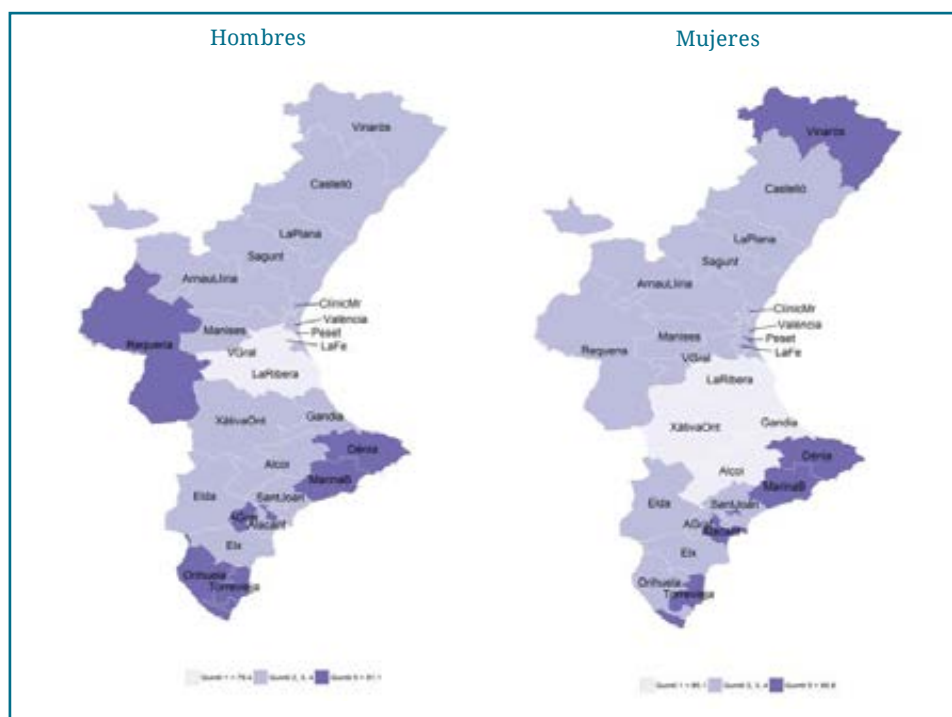
Esperanza de vida al nacer por sexo. España y Comunitat Valenciana. 2000-2013



Fuente: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La esperanza de vida a los 65 años se situó en 21,3 años, observándose diferencias tanto por sexo (19,4 en hombres y 23,0 en mujeres) como a nivel territorial.

Esperanza de vida a los 65 años por sexo. Comunitat Valenciana, 2013



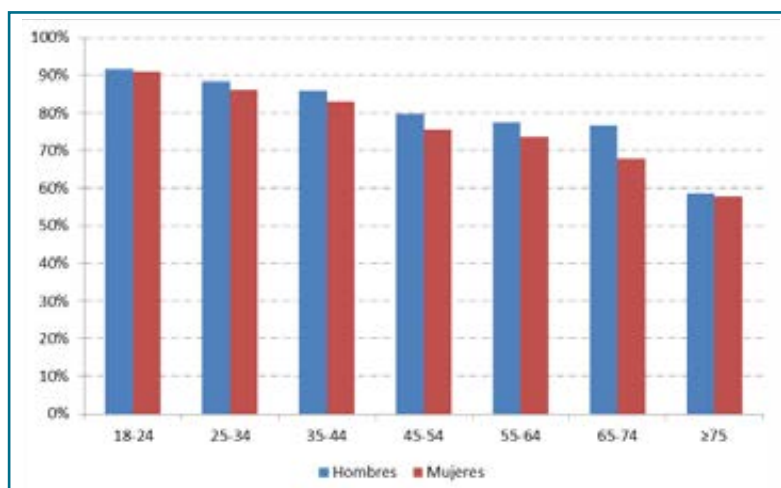
Fuente: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

El aumento de años de vida no siempre equivale a una mejora de la salud, ya que esos años pueden ser vividos con mala salud.

Calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D-5L)

En la Encuesta Nacional de Salud 2011/12 se exploró la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante el cuestionario EQ-5D-5L. Se trata de un instrumento genérico y estandarizado, que consta de un sistema descriptivo que valora 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión), con 5 opciones respuesta cada una, y una escala visual analógica (EVA) que puntúa de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). La puntuación media en la EVA para la CV fue de 79,52, dos puntos superior a la media para España. La dimensión “Dolor y malestar” es la que presenta una proporción mayor de población que declara tener algún problema de este tipo (22,93%), seguida de la de “Ansiedad y depresión” (15,8%) y “Movilidad” (15,32%). La CVRS empeora con la edad en ambos sexos, aunque los hombres puntúan más que las mujeres en todos los grupos. El análisis por sexo y clase social muestra valores decrecientes en la EVA conforme se desciende en la escala social, de forma más evidente en las mujeres que en los hombres.

Escala Visual Analógica del EQ-5D-5L por grupos de edad y sexo



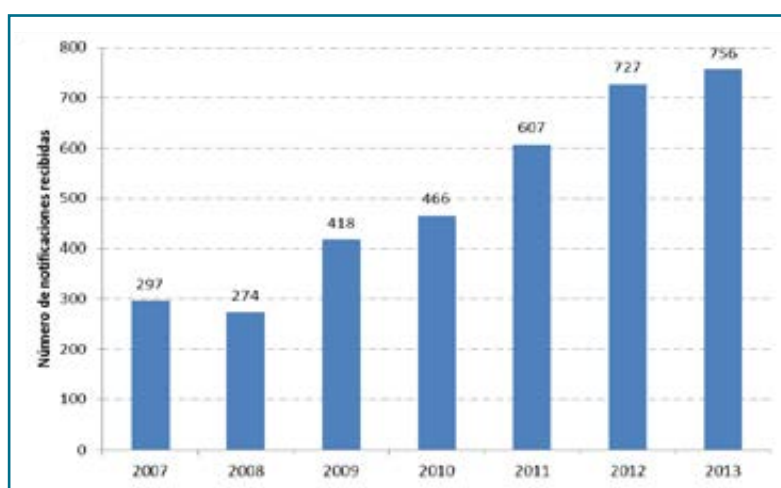
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2011-2012

Atención sociosanitaria al maltrato infantil

En el abordaje de las situaciones de desprotección infantil (riesgo y desamparo) tiene un papel fundamental el ámbito sanitario. Las actuaciones incluyen la promoción del buen trato a la infancia, la detección precoz de riesgos socio-sanitarios o de problemas de maltrato infantil y el abordaje precoz de los mismos en colaboración con profesionales de otros ámbitos (social, educativo, et.) en los casos necesarios. Ante cualquier caso de sospecha o de evidencia de situaciones de riesgo o de maltrato infantil, los profesionales sanitarios tienen la obligación de comunicar estas situaciones mediante las “Hojas de notificación” establecidas y de colaborar con los servicios sociales municipales, así como el deber de colaborar con las entidades públicas competentes en materia de protección de menores en el ejercicio de la función protectora de éstos (Ley 8/2008, Capítulo 2, artículo 7 y Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, artículo 56.6).

Desde el año 2006, la notificación de estas situaciones en menores desde el ámbito sanitario se realiza mediante el documento oficial establecido en la Orden de 9 de marzo de 2006: “Hoja de Notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores” en el ámbito de la Comunitat Valenciana. La formación y sensibilización de los profesionales sanitarios que acompañó su implantación, junto con el análisis de la evolución de la situación ha contribuido a aumentar el número de notificaciones por el personal sanitario, según se muestra en la siguiente gráfica.

Hojas de Notificación de Atención Sociosanitaria Infantil y Protección de Menores



Fuente: DGSP. (Hojas cumplimentadas en SIA y en formato papel)

Drogodependencias en población vulnerable

Con el objetivo de garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas y otros trastornos adictivos en condiciones de equidad con otras enfermedades, la Comunitat Valenciana dispone de diferentes servicios y programas integrados en la red sanitaria pública. Con 41 Unidades de Conductas Adictivas (UCA) en funcionamiento, dichos dispositivos se ordenan y distribuyen territorialmente en los diferentes departamentos de salud, con un volumen de atención superior a las 12.000 notificaciones por año.

Se ha dado prioridad en la agenda de atención a las mujeres para reducir las barreras de accesibilidad por cuestiones de género con la creación en 2014 de una Comunidad Terapéutica con plazas específicas para mujeres con hijos a cargo entre 0 y 3 años de edad.

Se identifica como población vulnerable prioritaria dentro del colectivo de enfermos drogodependientes a:

- **Población en tratamiento con agonistas opiáceos:** son atendidos a través de la red distribuida territorialmente por las tres provincias. En sus tres tipologías acreditadas esta red está compuesta por: Centros Elaboradores/Dispensadores, Centros Prescriptores y puntos de Administración. El número de pacientes atendidos anualmente ha sido superior a 4.000 desde el año 2000.
- **Población refractaria a tratamiento:** Se atiende en centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE). Centros que, en régimen residencial o ambulatorio, realizan intervenciones sanitarias y sociales con el fin de disminuir los daños y riesgos asociados al consumo de drogas. El número de usuarios nuevos atendidos anualmente de 2010 a 2014 ha sido de 519, 417, 354 y 406 respectivamente. En cuanto al volumen de personas atendidas en CIBE entre 2012 y 2014 han sido de 1.934, 2.159 y 2.459 respectivamente
- **Población con problemas jurídico-penales:** Se atienden en Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD). Servicios que prestan apoyo y asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos a órganos jurisdiccionales, fuerzas de orden público y personas que han cometido delitos asociados al consumo de drogas o como consecuencia de su adicción, o que se encuentren detenidas con ocasión de éstos. El número de usuarios atendidos anualmente de 2010 a 2014 ha sido de 973, 736, 709, 729 y 697 respectivamente.

Prevención de la transmisión del VIH en población en situación de especial vulnerabilidad

Las actividades se orientan a proporcionar información para la prevención de la transmisión de infección por VIH en personas inmigrantes, en situación de especial vulnerabilidad y exclusión, teniendo en cuenta los condicionantes de género. En la tabla siguiente se muestran las actividades realizadas entre 2010 y 2013.

Actividades para la prevención de la transmisión de infección por vih en personas inmigrantes

Reparto de kits de venopunción y preservativos y recogida de jeringuillas usadas.

Ofrecer técnicas de negociación a mujeres procedentes de otros países para uso de preservativo y técnicas de sexo seguro por medio de informantes clave.

Sugerir y ofertar el uso de condones a las mujeres procedentes de otros países.

Intervención de pares con trabajadoras sexuales latinoamericanas y de países del este.

Campañas por las ONG en locales de ocio de ambiente latino.

Programas enfocados a la prostitución masculina en inmigrantes.

Objetivo 3.2

Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud

Fomentar el desarrollo de políticas con el objetivo de **disminuir las desigualdades en salud** en la población, impulsando estrategias dirigidas a los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad.

Acciones

3.2.1. Incorporar la perspectiva de los **determinantes sociales y de género** en la elaboración y evaluación de todas las estrategias, programas e intervenciones de salud.

3.2.2. Apoyar la promoción del **buen trato a la infancia**, detectar precozmente las situaciones de posible desprotección infantil (riesgo y desamparo) y garantizar la atención necesaria mediante actuaciones coordinadas con otros ámbitos de la atención a los menores, especialmente con el ámbito social y educativo.

3.2.3. Fortalecer la labor de los dispositivos de atención socio-sanitaria a **población drogodependiente**, con especial incidencia en aquellos servicios o unidades encargadas de la atención a grupos de enfermos drogodependientes en situación de especial vulnerabilidad, tales como consumidores en activo y/o con problemas jurídicos penales.

3.2.4. Detectar precozmente desde la atención primaria las situaciones de desprotección y de especial vulnerabilidad en las **personas mayores dependientes**, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios, especialmente con el ámbito social.

3.2.5. Avanzar en la reducción de la **brecha de género** ligada a la calidad de vida y dependencia, promoviendo una mayor participación de las mujeres en programas que favorezcan su empoderamiento y la concienciación de los hombres sobre el reparto de cuidados familiares.

3.2.6. Potenciar la **intervención comunitaria** en barrios y sobre colectivos en situación de **especial vulnerabilidad** para promover la salud y el acceso a los servicios y programas de salud.

3.2.7. Adaptar la información sanitaria y la atención a las **necesidades en salud específicas** de las personas, en base a diferencias étnicas y culturales o por presentar algún tipo de diversidad funcional.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Esperanza de vida en buena salud percibida en hombres y mujeres	Total: 62,7% ♂ 64,2% ♀ 61,4% (2010)	↑ ambos sexos ↓ diferencias entre sexos	DGSP ESCV
Años de vida saludable a los 65 años en hombres y mujeres.	Total: 9,7 ♂ 10,1 ♀ 9,5 (2010)	↑ ambos sexos ↓ diferencias entre sexos	DGSP ESCV
Número de notificaciones de atención sociosanitaria infantil y protección de menores	Total: 756 ♂ 317 ♀ 436 (2013)	↑ 20% desde el ámbito sanitario	ABUCASIS Registro de Hojas en Papel
Tasas de mortalidad perinatal por país de origen de la madre	España: $5,9 \times 10^3$ Subsahara: $16,1 \times 10^3$ EU Oriental: $10,3 \times 10^3$ Norte Africa: $8,8 \times 10^3$ (2014)	↓ diferencias entre autóctonas y extranjeras	DGSP Registro Mortalidad Perinatal CV
COMPLEMENTARIOS			
Número de atenciones dispensadas a personas que han cometido delitos asociados al consumo de drogas o como consecuencia de su adicción.			DGAS
Calidad de vida relacionada con la salud por sexo y clase social			DGSP ESCV
Municipios con programas activos de intervención comunitaria en salud sobre barrios y colectivos en situación de especial vulnerabilidad			DGSP
Participantes en programas de intervención comunitaria en salud sobre barrios y colectivos en situación de especial vulnerabilidad			DGSP

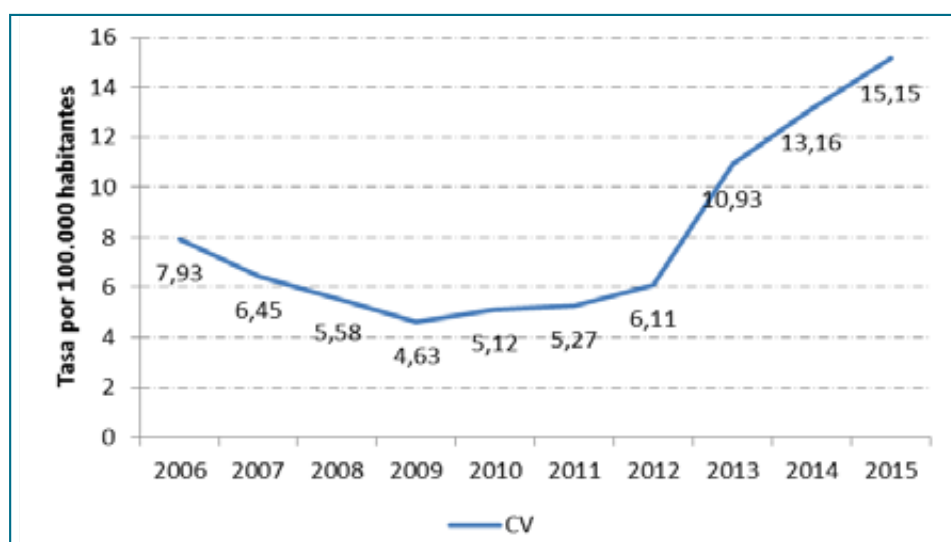
3.3. Intensificar las acciones en detección precoz y el abordaje de la violencia de género

Análisis de la situación

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, define la violencia de género como aquella que, “*como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus los cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*” y “*comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad*”. Según los datos de la macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015, el 12,5% de las mujeres de 16 o más años residentes en España han sufrido violencia física y/o sexual de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida. Respecto a la violencia psicológica, esta misma fuente muestra que el 25,4% ha padecido violencia psicológica de control, el 21,9% violencia psicológica emocional y el 10,8% violencia económica.

En la CV se dispone de un modelo unificado para la declaración de los casos de presunta violencia doméstica (personas adultas), que es cumplimentado por el personal facultativo que atiende a las víctimas de maltrato y sirve como parte de lesiones específico para estos casos. Es el denominado “Informe médico por presunta violencia de género/doméstica a personas adultas” (IMPV), que en más del 90% de los casos se emite en mujeres. Del análisis de la información contenida en estos informes se desprende que en su mayoría se trata de un maltrato de tipo físico y psicológico, siendo el maltrato de tipo sexual poco frecuente. En el momento de la atención, algo más de la mitad de las mujeres presentan alguna lesión física y en torno a un 40% manifiestan una alteración del estado emocional, siendo los síntomas más frecuentes la ansiedad, labilidad emocional, miedo y baja autoestima.

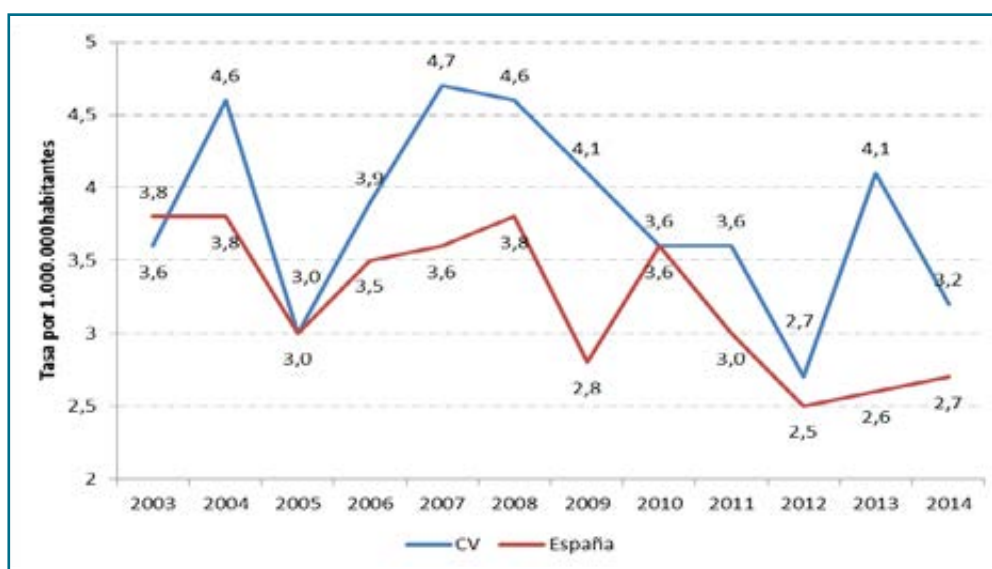
**Evolución temporal de la tasa de IMPV realizados a mujeres.
Comunitat Valenciana, 2006-2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de los partes específicos de lesiones. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Nota: A partir del abril 2012, el sistema de declaración del parte específico de lesiones cambia, realizando por medio de la aplicación SIVIO, por lo que se aprecian cambios en las tendencias.

Múltiples estudios han mostrado la magnitud del impacto de la violencia de género sobre la salud de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo, siendo la muerte de la mujer a manos de su pareja o expareja la manifestación más extrema. En el año 2013, hubo 9 víctimas mortales por violencia de género en la CV lo que supuso una tasa de mortalidad específica de 4,1 por millón de mujeres de 15 y más años. En 2014 el número absoluto de víctimas mortales por violencia de género fue de 7 (tasa de 3,2 por millón), elevándose hasta 10 muertes en 2015. Estos valores son superiores a los obtenidos en las tasas para el conjunto del territorio español.

Evolución temporal de la tasa de mortalidad por violencia de género. España y Comunitat Valenciana. Tasa por millón de mujeres de 15 y más años



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Objetivo 3.3

Intensificar las acciones en detección precoz y el abordaje de la violencia de género

Intensificar la **detección precoz y el abordaje terapéutico** de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud y favorecer la coordinación con los diferentes sectores implicados.

Acciones

3.3.1. Creación de una unidad administrativa destinada a impulsar y coordinar las **políticas de igualdad** desde la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

3.3.2. Impulsar la detección precoz de las distintas formas de **violencia de género** desde los servicios de salud, fundamentalmente atención primaria, urgencias y unidades de salud mental, en todas las mujeres a partir de los 14 años.

3.3.3. Prestar especial atención a situaciones de **mayor vulnerabilidad** a la violencia de género, como es el caso del embarazo.

3.3.4. Establecer medidas que mejoren la **coordinación intersectorial** para atender los casos detectados.

3.3.5. Promover medidas de **información y sensibilización** hacia la sociedad en general y ofrecer formación específica al personal sanitario sobre violencia de género.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Creación de Unidad Administrativa para impulsar políticas de igualdad desde la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	-	2016	CSUSP
Cobertura del cribado universal de la violencia de género (mujeres mayores de 14 años)	2,2% (2014)	↑	DGSP SIVIO AG
Cobertura del cribado universal de la violencia de género durante el embarazo	40% (2014)	≥ 80%	DGSP SIVIO

3.4. Impulsar el principio de salud en todas las políticas

Análisis de la situación

La **Ley 10/2014 de 29 de diciembre de Salud de la Comunitat Valenciana** establece que el Plan de Salud propiciará que la salud y la equidad en salud formen parte de todas las políticas públicas, favoreciendo la acción intersectorial en esta materia. Los diferentes departamentos del Consell con competencias en áreas que incidan sobre la salud de la población deberán considerar y desarrollar sus propuestas de acuerdo con dicho plan de salud, destacando por su importancia las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio ambiente, agricultura, alimentación, consumo, empleo y vivienda.

En el artículo 6 de la misma Ley se hace referencia a las entidades locales y sus competencias establecidas en la **Ley 27/2013 de 27 de diciembre** donde se atribuye a los municipios competencias con repercusión sobre la salud de la población. Materias como urbanismo, medioambiente urbano, infraestructura viaria y equipamiento, evaluación e información de necesidad social y atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, movilidad y transporte colectivo, etc.

La **Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública** establece en el artículo 16 establece que las actuaciones de promoción de la salud prestarán atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas.

La **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS** aprobada en diciembre de 2013, tiene el objetivo de ganar años a la vida en buena salud y libres de discapacidad, considerando que su implementación en el ámbito local resulta esencial. Desde el marco de los determinantes sociales de la salud y equidad es indispensable trabajar con un enfoque de entornos saludables, donde el ámbito local cobra especial relevancia. Es el más cercano a la población y es donde viven, trabajan, estudian, acceden a los servicios, disfrutan del ocio, etc las personas

Objetivo 3.4

Impulsar el principio de salud en todas las políticas

Proponer desde el sector salud **acciones sinérgicas** con aquellos **otros sectores** en los que se pueden alinear los objetivos de cada política sectorial con los intereses comunes de la población, a fin de contribuir a un desarrollo sostenible y saludable de la sociedad.

Acciones

3.4.1. Desarrollar, conjuntamente con otras consellerías, la normativa y herramientas necesarias para establecer e implementar el procedimiento para la **Evaluación del Impacto en Salud** de las políticas, planes, programas y proyectos de la Generalitat Valenciana.

3.4.2. Definir un marco de **coordinación interdepartamental** a través de las correspondientes comisiones en las que participen responsables y técnicos del ámbito sanitario y de todas las administraciones relevantes del gobierno valenciano, incluyendo también la participación de expertos independientes de relevancia nacional e internacional en el campo de las desigualdades sociales en salud y de las estrategias de salud en todas las políticas.

3.4.3. Trasladar los objetivos del Plan de Salud a los **departamentos de salud**, adaptándolos a su contexto y estableciendo estrategias de comunicación departamentales que aseguren la difusión de estos objetivos a todos los profesionales y faciliten su cumplimiento.

3.4.4. Identificar y difundir experiencias de **buenas prácticas de intersectorialidad en salud** en el ámbito local (barrios, ciudades, municipios), con especial interés en las que promueven alianzas entre atención primaria, salud pública, administración local, educación y el tejido asociativo.

3.4.5. Promover la creación de la **Red de Escuelas Promotoras de la Salud en la Comunitat Valenciana**, contando con aquellos centros que participen en actividades de promoción de la salud y prevención

3.4.6. Promover la creación de la **Red de Asociaciones Promotoras de la Salud en la Comunitat Valenciana**, contando con las asociaciones y tejido social que trabajan en promoción de la salud y prevención con colectivos en situación de vulnerabilidad

3.4.7. Promover **alianzas** con otros agentes (colegios profesionales, asociaciones empresariales, asociaciones ciudadanas orientadas a la prevención y promoción de la salud).

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Publicación de la normativa sobre evaluación del impacto en salud (EIS)		Inicio en 2016	CSUSP
Nº de documentos y recursos necesarios para el desarrollo reglamentario y operativo de la normativa EIS publicados		↑	CSUSP
Constitución de los comités internos y externos para el seguimiento de la estrategia de Salud en Todas las Políticas en la Comunidad Valenciana	-	2016-2017	CSUSP
Número de escuelas adheridas a la Red de Escuelas Promotoras de la Salud en la Comunitat Valenciana	0	↑	DGSP
Número de asociaciones adheridas a la Red de Asociaciones Promotoras de la Salud en la Comunitat Valenciana	0	↑	DGSP
COMPLEMENTARIOS			
Número de reuniones de los comités internos y externos para el seguimiento de la estrategia de Salud en Todas las Políticas en la Comunitat Valenciana			DGSP
Número de informes EIS emitidos			CSUSP

3.5. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario

Análisis de la situación

La **Ley 10/2014 de 29 de diciembre de Salud de la Comunitat Valenciana** establece como principios rectores de la actuación del sistema valenciano de salud, entre otros, la universalización de la atención sanitaria, el respeto a la dignidad, intimidad y autonomía personal, así como la concepción integral de la salud y de su modelo asistencial. También asume la necesidad de una acción intersectorial de cara a la superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género, que será evaluada periódicamente para garantizar la transparencia, proporcionalidad, idoneidad y seguridad de las actuaciones.

El **Decreto Ley 3/2015 de 24 de julio del Consell** ha dado respuesta a la situación de limitación de cobertura que impuso la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril y que afectó fundamentalmente a personas extranjeras en situación administrativa irregular y socialmente desfavorecida. Su aplicación garantiza el acceso a las prestaciones sanitarias, en igualdad de condiciones de acceso y calidad que el resto de la población asegurada, a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y con residencia efectiva en la Comunitat Valenciana, que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del SNS, y que no puedan exportar desde sus países de origen el derecho a cobertura sanitaria en el SNS, ni exista tercero obligado al pago.

Se está trabajando para 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. En este sentido en todos los departamentos, se ha elaborado un Programa de Cuidados Paliativos departamental. Se ha configurado el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Departamento integrado, con funciones en la comunidad y en el hospital. En 2013, aproximadamente en el 40% de los departamentos había nombrado un referente en cuidados paliativos en atención primaria.

El programa **detección precoz del cáncer colorrectal** se está implantando en todos los departamentos de salud, estando en 2013 en una cobertura del 60%. Las acciones de sensibilización por parte de Salud Pública y la integración de sistemas de información (KARVIS-ABUCASIS) y la coordinación con atención primaria están dando resultados positivos de participación de la población en este programa.

En todos los departamentos de salud se ha iniciado **proyectos de promoción de la salud** y realizado una evaluación parcial. El conocimiento de la información e indicadores procedentes del Sistema de Información en Salud Pública, permitirá evaluar los proyectos, no solo con los indicadores propios del proyecto, sino también en función del estado de salud de la población y concretar propuestas de mejora.

Objetivo 3.5

Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario

Garantizar la **universalidad de todas las prestaciones** del Sistema Valenciano de Salud, con el máximo nivel de calidad, tanto en lo relacionado con la atención como con la prevención y la promoción de la salud.

Acciones

3.5.1. Aplicar el principio de **universalidad proporcional**, para que las intervenciones de salud lleguen con mayor intensidad a los grupos que más lo necesitan, resultando especialmente necesario en momentos clave de la vida como el embarazo, la infancia, la fragilidad de las personas mayores y la susceptibilidad de aquellas personas a riesgo especial por su origen, etnia o cualquier otro motivo que las haga más vulnerables.

3.5.2. Potenciar la atención primaria, como nivel asistencial más próximo a las personas y que garantiza la accesibilidad al sistema sanitario y disminuye las inequidades en salud.

3.5.3. Promover la equidad en el acceso y uso de los servicios y prestaciones, incluyendo las actividades preventivas y de promoción de la salud, para todos los ciudadanos, independientemente de su género, clase social, ocupación, lugar de residencia, territorio, etnia o situación de diversidad funcional.

3.5.4. Informar a las personas usuarias sobre sus derechos a la asistencia y sobre la libre elección de centro y profesional sanitario.

3.5.5. Crear el Registro Autonómico de Libre Elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud (en desarrollo del Decreto 74/2015, de 15 de mayo, del Consell)

3.5.6. Ofrecer a la ciudadanía información mantenida sobre las prestaciones y recursos del sistema sanitario de atención.

3.5.7. Elaborar e implantar un plan de mejora de tiempos de espera en atención hospitalaria, con la participación de los profesionales, con criterios de equidad y priorización basados en la evidencia y con garantías de transparencia para garantizar el cumplimiento de los compromisos.

3.5.8. Revisar la situación y adecuar el equilibrio en la distribución de recursos humanos y materiales entre departamentos según tamaño y necesidades en salud de la población.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Cobertura del cribado de cáncer colorectal	96% (2015)	100%	DGSP KARVIS
Tiempo medio que deben esperar los pacientes con solicitud en lista de espera quirúrgica	43 (2014)	↓	LEQ AG (874.1)
% de pacientes que esperan < 48 horas para una primera visita de medicina familiar y pediatría de AP	81,31% (2014)	↓	SIA-CRC- Alumbra AG
% de derivación a especializada por los médicos de familia y pediatras de AP	6,57% (2014)	↓	SIA-SIP-CRC AG (ATP040.1)
% de pacientes atendidos en urgencias hospitalarias en el tiempo adecuado	71,6% (2014)	↑	Alumbra AG (URG003.1)
COMPLEMENTARIOS			
Tasa (por 1000) de pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes según características sociodemográficas de los pacientes y por área de salud			INCLASNS
Tasa (por 1000) de pacientes en espera para consultas especializadas según características sociodemográficas de los pacientes y por área de salud			INCLASNS

3.6. Promover el acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población

Análisis de la situación

La **Ley 10/2014 de 29 de diciembre de Salud de la Comunitat Valenciana** establece que la participación ciudadana en el Sistema Valenciano de Salud se ejercerá a través del Consejo de Salud como órgano superior colegiado de carácter consultivo, y en los departamentos de salud a través de los consejos de salud específicos de cada uno. En la misma Ley se establece que con la finalidad de promover la participación de los pacientes en el Sistema Valenciano de Salud, se creará un Comité de Pacientes como órgano consultivo. Así mismo contempla que como expresión de la solidaridad, los ciudadanos podrán participar en tareas de apoyo en la atención a los pacientes, dentro del marco legal regulador del voluntariado.

Algunas experiencias de intervención comunitaria que se están desarrollando en la Comunitat, ponen en evidencia el interés de apoyar la metodología de la **educación entre iguales** como estrategia de empoderamiento de las personas en el cuidado y la toma de decisiones sobre su salud. Es el caso del **Programa MIHSALUD** que se implementa en la ciudad de Valencia, apoyándose en el asociacionismo y trabajando con diferentes colectivos de población de diferentes grupos culturales y étnicos. Se han formado 120 agentes de salud a lo largo de las 7 ediciones de cursos de formación llevados a cabo, contando con el apoyo de la EVES.

Participación de la sociedad valenciana, a través de las asociaciones de pacientes y de voluntariado en funciones de acompañamiento como vínculo del equipo sanitario y la sociedad.

Las actividades de voluntariado relacionadas con el acompañamiento se fomentan a través de ayudas de financiación a las asociaciones desde la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Estas asociaciones ofrecen además apoyo psicológico a enfermos y familiares (Alzheimer: grupo de voluntariado, Amics de la Gent Major, etc). Desde los SAIPs, la coordinadora del voluntariado de los hospitales facilita la información y los medios necesarios para que los voluntarios puedan realizar las labores de acompañamiento, y apoyo psicológico y emocional a los pacientes y sus familiares.

A través de la EVES, entre 2010-2013 se ofertaron 90 plazas para formación del voluntariado y 2.268 plazas, en cursos relacionados con personas mayores dependientes en los que colaboraron Asociaciones y ONGs.

Acceso de la ciudadanía a su información clínica y a las recomendaciones y consejos de salud ajustados a sus necesidades (carpeta personal de salud).

A finales de diciembre de 2013, se puso a disposición del ciudadano el acceso a su historia clínica electrónica (portal del ciudadano de la página web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública).

Portal de Promoción de la Salud

La nueva web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, aloja portales de todos los ámbitos entre ellos Cuídate.cv, en el que se puede encontrar consejos y vídeos sobre estilos de vida saludables para todas las edades y se puede buscar por las temáticas de los principales problemas de salud. El número de visitas a este portal ha sido creciente en los tres últimos años.

Objetivo 3.6

Promover el acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población

Promover la **participación ciudadana** y fomentar la **corresponsabilidad** de las personas en el cuidado de su salud.

Acciones

3.6.1. Revisar y reformular la participación ciudadana en materia sanitaria y de salud con el desarrollo de una **Ley de Participación en Salud** que articule la voz de la ciudadanía en la gestión de los servicios sanitarios y dote, entre otros aspectos, del soporte legislativo necesario a los consejos de salud, tanto en su nivel autonómico, como departamental y local.

3.6.2. Desarrollar una **Escuela de Salud** para la ciudadanía, los pacientes y las personas cuidadoras con la finalidad de favorecer su autonomía y autocuidado y para que puedan elegir estilos de vida beneficiosos para su salud.

3.6.3. Potenciar iniciativas basadas en la **educación entre iguales**, para favorecer la alfabetización sanitaria y el empoderamiento individual y comunitario, tales como la capacitación de agentes de salud en la comunidad y el programa *Pacient Actiu* para pacientes crónicos y personas cuidadoras.

3.6.4. Promover el **uso responsable de los recursos** sanitarios mediante la información a las personas usuarias del sistema.

3.6.5. Potenciar la implicación y participación activa de los pacientes en la mejora de la **calidad y seguridad** de la atención sanitaria.

3.6.6. Desarrollar **herramientas de comunicación** innovadoras con la ciudadanía y los pacientes, con especial atención a los recursos virtuales y telemáticos.

3.6.7. Apoyar el **movimiento asociativo de pacientes y de voluntariado** mediante la financiación de programas de ayuda mutua y autoayuda.

3.6.8. Fortalecer la participación de la ciudadanía y los pacientes en el sistema sanitario, incluyendo la detección de necesidades formativas, a través de los **órganos de participación previstos en la Ley de Participación en Salud**.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Publicación de la Ley de Participación en Salud	Publicación en 2016		SA CSUSP
Formación de los órganos de participación previstos en la Ley de Participación en Salud	-	2016-2017	SA CSUSP
Reuniones de los órganos de participación previstos en la Ley de Participación en Salud	-	Las establecidas en la ley	DGSP DGAS
Cobertura de la información sobre la asistencia prestada en la nota informativa al alta hospitalaria.	65% (2013)	100%	DGRHyE
Número de departamentos participantes en el programa <i>Pacient Actiu</i>	10 (2015)	100%	DGSP DGAS Programa Pacient Actiu
Cursos ofertados para no profesionales en la oferta formativa en promoción de la salud y prevención de la EVES	9 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIOS			
Número de participantes en la oferta formativa en promoción de la salud y prevención de la EVES			EVES
Número de asociaciones que participan en programas de educación entre iguales			DGSP
Número de participantes en programas de educación entre iguales			DGSP

Línea 4. Cuidar la salud en todas las etapas de la vida

4.1. Prestar especial atención a la Salud Infantil

4.2. Promover la Salud en la Adolescencia y Juventud

4.3. Atender la Salud Sexual y Reproductiva

4.4. Promover un Envejecimiento Activo

4.1. Prestar especial atención a la salud infantil

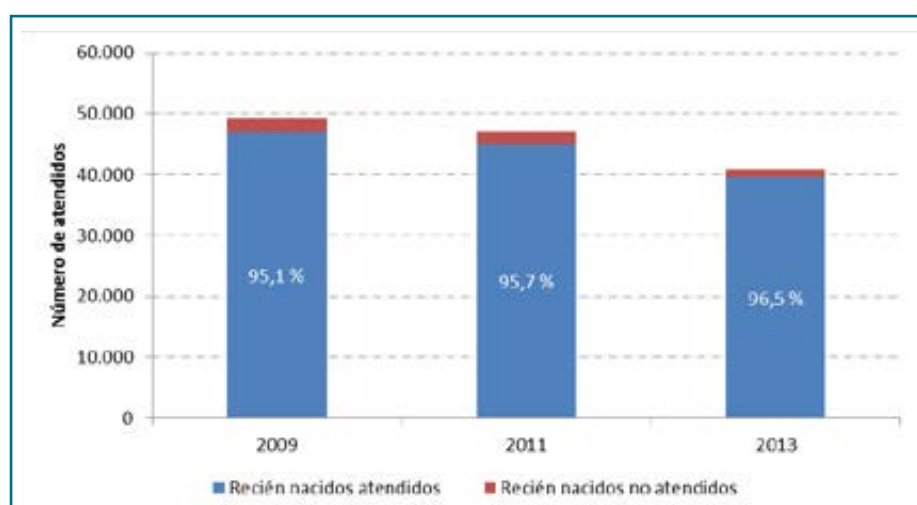
Análisis de la situación

Los avances en la atención sanitaria y la mejora de las condiciones de vida en los países desarrollados han propiciado la reducción drástica de la mortalidad infantil y el incremento en los niveles de salud y bienestar de la población infantil. No debe olvidarse que es en la primera infancia y la etapa prenatal donde se establecen las bases fundamentales de la salud adulta, por lo que cualquier situación de desventaja en este periodo de desarrollo tendrá un impacto en la salud a lo largo de toda la vida.

La tasa de **mortalidad infantil** en la Comunitat Valenciana, es decir el número de defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, fue de 3,01 por mil en el año 2012, similar a la observada en España y ligeramente inferior a la europea (UE-27). En los menores de 1 año, las principales causas de mortalidad están ligadas fundamentalmente a alteraciones congénitas y afecciones originadas en el periodo perinatal. A partir del año de edad, la mortalidad se debe sobre todo a causas externas y tumores.

Para garantizar la **atención continuada al recién nacido tras el alta**, se está potenciando que desde las propias maternidades den a las familias la primera citación del recién nacido en atención primaria. Con ello se facilita que sea atendido en consulta por el equipo pediátrico en el centro de salud. En la gráfica siguiente se muestran los resultados alcanzados al finalizar el periodo de vigencia del III Plan de Salud.

Recién nacidos atendidos en atención primaria en la primera semana de vida



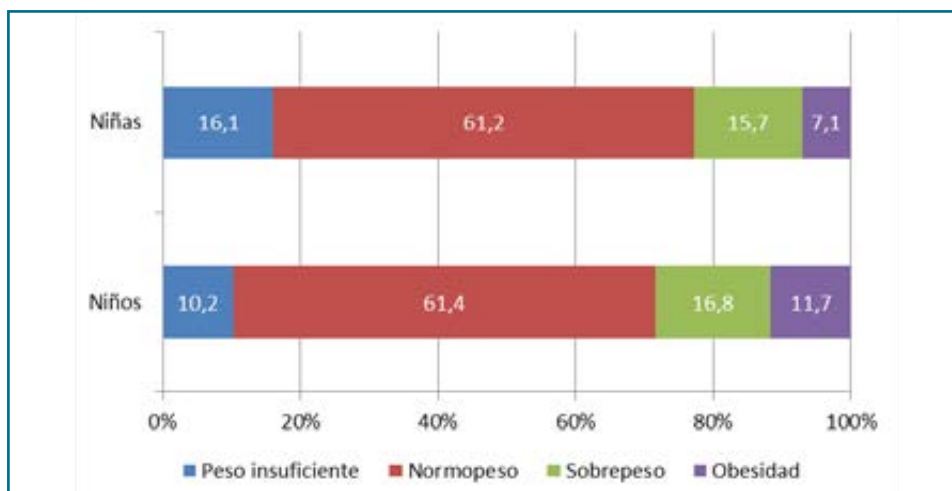
Fuente: ABUCASIS. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Aunque la prevalencia de inicio de la **lactancia materna exclusiva** se encuentra en torno al 80%, esta cifra baja considerablemente entre los 3 y 5 meses (49,6%), y solamente un 22,5% mantiene esta alimentación durante 6 meses, siguiendo la recomendación de la OMS, según los datos que aporta la ENSE 2011-12. La Red Centinela Sanitaria de la CV, en su informe de 2013, mostró como principales causas de abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses de vida del lactante, la hipogalactia (30%), la incorporación al trabajo (23,5%) y la escasa ganancia ponderal (14%).

La situación de **pobreza infantil** en la que vive un sector importante de la población menor de 18 años constituye un problema emergente en nuestro entorno, con consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Las familias con hijos son más pobres que otros tipos de familia y la desigualdad económica entre los niños de los niveles más alto y más bajo ha aumentado. El indicador AROPE, resultado de la combinación de tres dimensiones (pobreza relativa, privación material severa y muy baja intensidad en el trabajo), alcanza en la CV al 36,6% de los niños, frente al 32,6% a nivel nacional.

Entre la población infantojuvenil (2-17 años) de la CV el 25,6% presenta un **exceso de peso**, siendo esta proporción superior en el sexo masculino que en el femenino. Un 16,8% de los chicos tiene sobrepeso y un 11,7% es obeso. En el caso de las chicas, estas cifras se sitúan en un 15,7% y 7,1%, respectivamente, de acuerdo con la información que proporciona la ENSE 2011-12 para la CV.

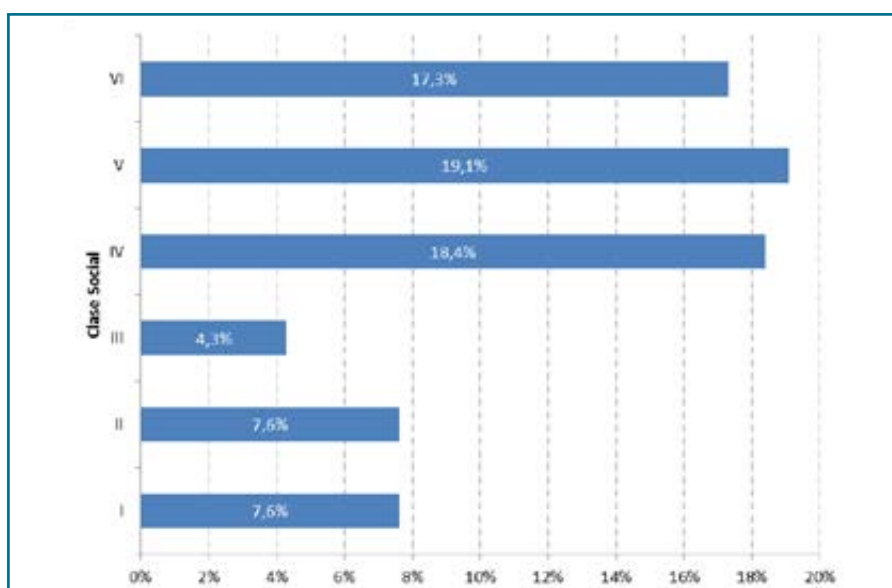
Distribución del IMC en población 2-17 años, según sexo. Comunitat Valenciana



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-12. Puntos de corte de Cole et al

Respecto al **tabaquismo pasivo**, el 14,9% de los menores valencianos está expuesto al humo del tabaco en el hogar, aumentando esta proporción en las clases sociales más desfavorecidas. Además, hay que considerar que cada vez más el **inicio del consumo** de tabaco acontece en edades más tempranas (13,7 años según ESTUDES).

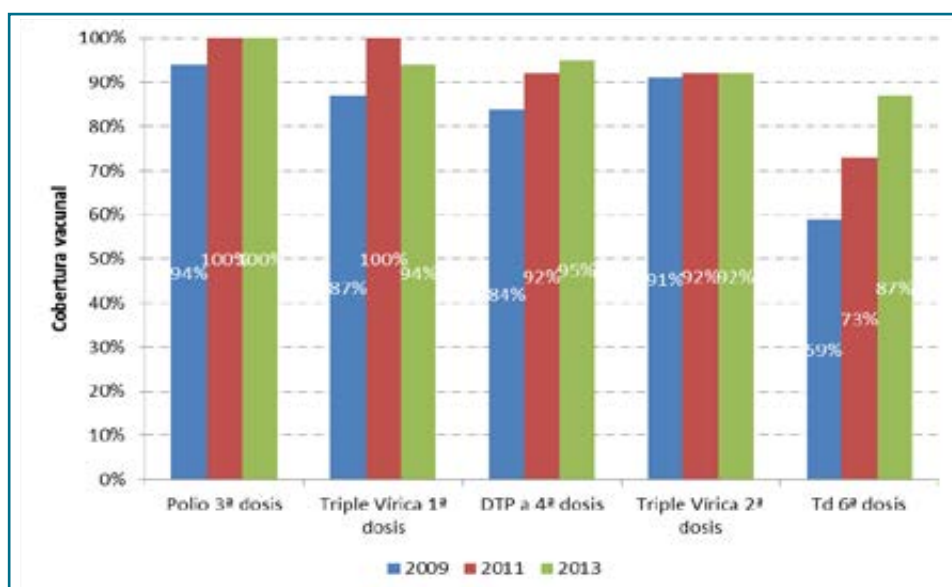
Población <15 años expuesta al humo de tabaco en el hogar y nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-12.

En la tabla siguiente se observa el incremento de las **coberturas vacunales** alcanzadas al finalizar la vigencia del III Plan de Salud. Los datos de la cobertura de la Triple vírica 2ª dosis (5-6 años) es de cobertura estimada que infravalora la cobertura real ya que parte de los niños de esta edad fueron vacunados previamente como parte de las intervenciones para el control de los brotes de sarampión.

Evolución de la cobertura de vacunación registrada



Fuente: SIV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Es relevante hacer hincapié en que los **accidentes en la infancia** son evitables. Constituyen una de las principales causas de mortalidad en los menores de 15 años, con mayor impacto en el sexo masculino, siendo los accidentes de tráfico el principal mecanismo lesional.

Según la última encuesta nacional de salud (2011-2012), el 11,7% de los menores valencianos (0-14 años) habían sufrido un accidente en los últimos 12 meses, recibiendo atención en un centro de urgencias el 72,4% de los niños/as. En el caso de los accidentes ocurridos en el hogar el grupo más afectado fue el de menores de 5 años, mientras que en los más mayores las lesiones se produjeron principalmente en el entorno escolar o en instalaciones deportivas o de ocio.

Objetivo 4.1

Prestar especial atención a la salud infantil

Promover **intervenciones integrales** para alcanzar el máximo nivel de salud en la infancia, prestando especial atención a las poblaciones en situación más vulnerable.

Acciones

4.1.1. Proporcionar **atención neonatal continuada** entre la maternidad y la atención primaria, cuidando especialmente los casos de alta precoz.

4.1.2. Reforzar el inicio y mantenimiento de la **lactancia materna** desde los servicios sanitarios y apoyar iniciativas que faciliten su práctica en los lugares públicos y centros de trabajo.

4.1.3. Normalizar la **Atención Temprana** y la continuidad asistencial en los recién nacidos prematuros y en la población infantil con riesgo o problemas de desarrollo, de manera coordinada con las consellerías con competencias en materia de bienestar social y de educación.

4.1.4. Impulsar la **visita domiciliaria** para conocer el entorno familiar y favorecer una intervención adaptada a la situación y necesidades particulares de cada caso.

4.1.5. Fomentar en las consultas de matronas y de pediatría el consejo sobre **salud bucodental** apropiado en cada caso y la detección precoz de riesgos y problemas de salud oral, haciendo hincapié en la preservación de la salud oral en el primer año de vida.

4.1.6. Ofrecer consejo en las consultas de pediatría de atención primaria sobre prevención de lesiones no intencionales por **tráfico, de ocio y domésticas**.

4.1.7. Promover la aplicación del calendario de **vacunación infantil** y su seguimiento.

4.1.8. Vigilar **el peso y la talla** en los controles de supervisión de la salud infantil, registrando en la Historia de Salud el IMC y, en su caso, el diagnóstico CIE correspondiente para sobrepeso u obesidad.

4.1.9. Vigilar los riesgos de **malnutrición infantil** y desarrollar mecanismos de prevención y abordaje de manera coordinada con los servicios sociales y educativos.

4.1.10. Promover actuaciones en el **entorno comunitario** dirigidas al fomento de una **alimentación** saludable, tales como talleres de cocina, diseño de menús equilibrados, comidas en familia, huertos urbanos o comercio de proximidad.

4.1.11. Impulsar programas y actuaciones que promuevan la **actividad física en el entorno comunitario**, tales como caminos escolares seguros, ocio activo en familia o recuperación de espacios públicos para el juego infantil.

4.1.12. Favorecer la utilización de las **nuevas tecnologías** para sensibilizar e informar a las familias y educadores, de la importancia de adquirir hábitos de vida saludables desde la primera infancia.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de mortalidad (por 100.000) por causas externas en <15 años	♂ 1,99 ♀ 1,31 (2012)	↓	DGSP Registro Mortalidad
% de recién nacidos atendidos en atención primaria en la primera semana de vida	96,5% (2013)	↑	ABUCASIS
% de recién nacidos prematuros de bajo peso atendidos en Centros de Atención Temprana.	85,6% (2013)	↑	DGSP Registro MetaB Conselleria Igualdad
% de población 1-2 años vacunada con la primera dosis de vacuna triple vírica	94,36% (2013)	↑	DGSP SIV
% de recién nacidos que inician la lactancia materna	81,3% (2013)	≥	DGSP Registro MetaB
Prevalencia de lactancia materna exclusiva o mixta a los 3 y 6 meses de edad	3m: 59% 6m: 42,3% (2010)	↑	DGSP ESCV
Prevalencia de sobrepeso en población de 2-17 años	♂ 16,8% ♀ 15,7% (2011-2012)	↓	DGSP ESCV
Prevalencia de obesidad en población de 2-17 años	♂ 11,7% ♀ 7,1% (2011-2012)	↓	DGSP ESCV
% de población < 15 años expuesta al humo del tabaco en el hogar	14,9% (2011-2012)	↓	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIOS			
% de historias pediátricas (<1 año) con estado de salud oral recogido	-	↑	ABUCASIS

4.2. Promover la salud en la adolescencia y juventud

Análisis de la situación

Mortalidad.

En el periodo de 2008-2012, los **accidentes de tráfico** fueron la primera causa de mortalidad entre las personas de 15 a 34 años, causan el 19,3% de la mortalidad en los hombres y el 10% las mujeres. Uno de los principales factores de riesgo asociado a la accidentabilidad del colectivo de jóvenes es el consumo de bebidas alcohólicas y drogas que se ha incrementado con la popularidad del botellón y cada vez se detecta más el policonsumo de sustancias tóxicas.

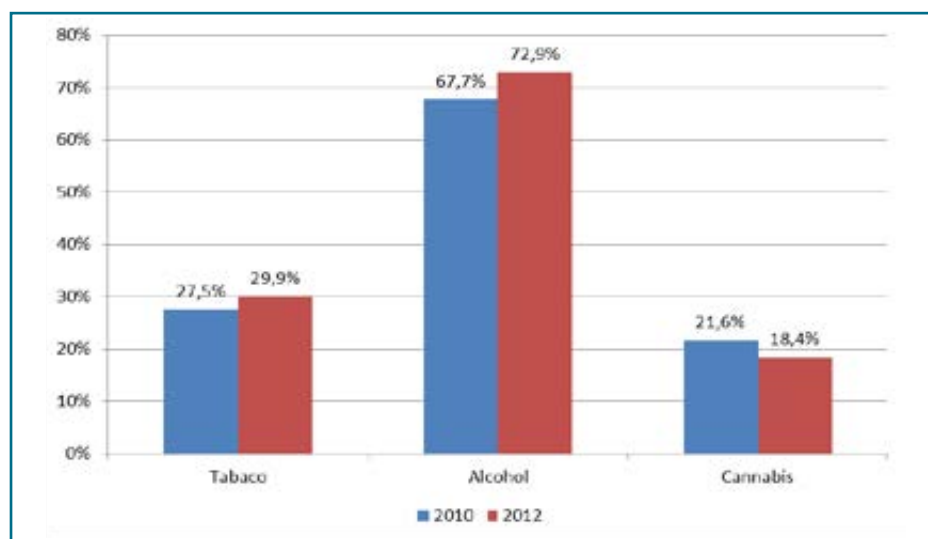
El consumo de sustancias psicoactivas.

Adolescencia y juventud son etapas en las que existe una alta vulnerabilidad para el contacto con las drogas, siendo un sector poblacional en el que los hábitos de consumo están sometidos a constantes cambios por la influencia de múltiples factores.

Frente a la variabilidad que comportan estos factores, los estudios epidemiológicos valencianos nos acercan a la prevalencia y tendencia del consumo de drogas en población escolar con edad entre los 14 y 18 años, ofreciendo una perspectiva y percepción de riesgo como variable que va a mediar en la aparición, mantenimiento o la extinción de una conducta de consumo.

Las sustancias más consumidas por los estudiantes de entre 14 y 18 años de enseñanzas secundarias siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cánnabis. Así, en 2012 el 86,5% de los alumnos consultados afirmó haber consumido alcohol en alguna ocasión en su vida, el 43,2% tabaco y el 38,4% cánnabis. Si atendemos al consumo más reciente, en los últimos 30 días, los porcentajes de consumidores se sitúan en 72,9% en el caso del alcohol, el 29,9% en el del tabaco y en 18,4% para cánnabis. La media en la edad de inicio en el consumo es muy similar para el alcohol y el tabaco (13,6 y 13,7 respectivamente) y algo superior para el cánnabis, 14,8.

**Prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cánnabis en los últimos 30 días
Comunitat Valenciana 2010-2012**



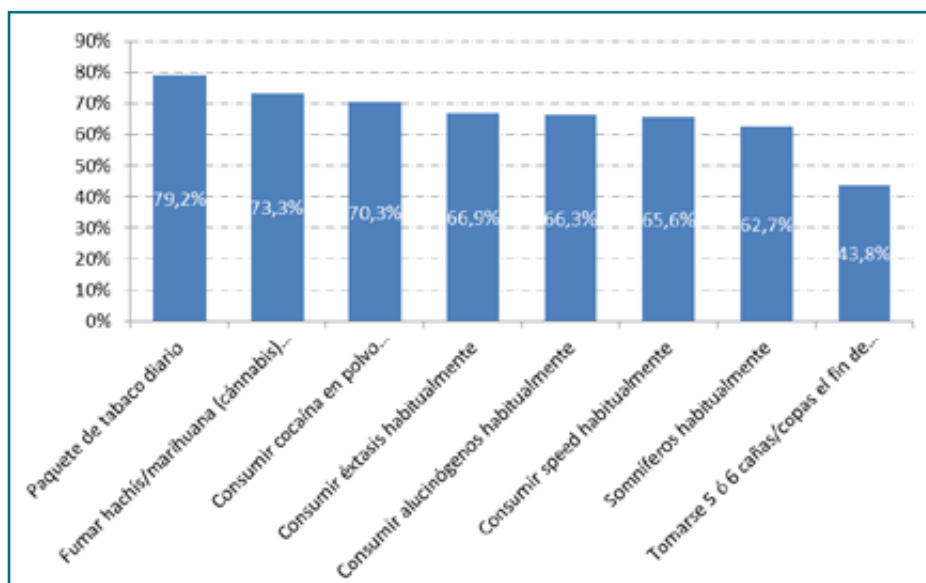
Fuente: ESTUDES. Muestra de la Comunitat Valenciana, 2010 y 2012

Entre las tres sustancias comparadas, el consumo de bebidas etílicas sigue siendo, con diferencia, la droga más utilizada por adolescentes y jóvenes en sus momentos de ocio y, pese haberse incrementado el número total de consumidores, se aprecia un descenso considerable de patrones de riesgo asociados como son las borracheras y sobre todo los atracones o “binge drinking”, que pasan del 66,7% en 2010 a 47,3 en 2012.

La **percepción de riesgo sobre las diferentes drogas** puede llegar a ejercer una gran influencia para que una persona se plantee probar una nueva sustancia. En términos probabilísticos, una baja percepción de riesgo generará una creencia de menor peligro frente al uso de una determinada droga, que puede traducirse en una mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de la misma.

Tal y como muestra el siguiente gráfico, los escolares valencianos presentan una baja percepción de riesgo respecto al consumo habitual de alcohol durante los fines de semana. De hecho tan solo un 43,8% de los escolares afirman que dicha conducta puede ocasionarles “bastantes o muchos” problemas, riesgo que se percibe mayor en el caso del consumo diario de tabaco. En el caso del cannabis, aunque un 73,3% afirma que consumir esta droga habitualmente puede ocasionarles problemas, esta frecuencia también resulta inferior en comparación con el consumo de tabaco.

Percepción del riesgo de consumo habitual (%). La conducta ocasiona “bastantes o muchos” problemas



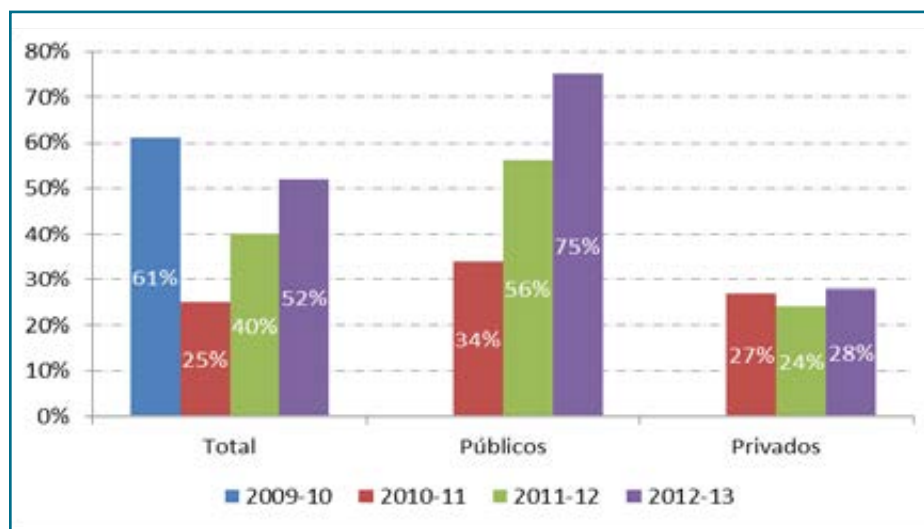
Fuente: ESTUDES. Muestra de la Comunitat Valenciana, 2012

Los profesionales de la red local de Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCAs) desarrollan acciones conjuntas de información y formación en el ámbito educativo, familiar y comunitario (prevención universal). Estas acciones se realizan de forma coordinada con los centros educativos para la implantación de programas de prevención del consumo de drogas, escuelas para padres a través de las AMPAs y cursos de formación con base en las nuevas tecnologías (programas online) o mediante campañas, a través de medios de comunicación tradicionales y redes sociales, lo que ha redundado en acceder a mayor número de población.

En 2014, 922 centros escolares valencianos participaron en acciones preventivas, 3.143 asistentes a escuelas para padres, 4.129 participantes en acciones desarrolladas por las UPCCA y 1.175 progenitores formados a través los dos cursos virtuales para padres realizados. En el ámbito propiamente comunitario se desarrollan acciones de sensibilización en días significativos para la prevención del uso de sustancias tales como: Día Mundial sin Alcohol, Día Mundial sin Tabaco, así como programas de ocio alternativo dirigido a fomentar las prácticas de ocio saludable entre la población juvenil.

El Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES), mediante la coordinación entre las Consellerías competentes en salud y educación, ha logrado una implantación creciente en los últimos años. La intervención educativa en el aula la realiza el personal sanitario asignado al programa, previa formación por los sexólogos del departamento de salud. Se han actualizado los materiales educativos dirigidos tanto a profesionales como a los adolescentes, con especial atención a colectivos vulnerables.

Programa PIES: Centros educativos que participan



Fuente: SIREPS. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Objetivo 4.2

Promover la salud en la adolescencia y juventud

Promover una **vivencia positiva y saludable** de la adolescencia y juventud, favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables, evitando conductas de riesgo e incorporando una atención efectiva de la salud sexual en este grupo de edad.

Acciones

4.2.1. Potenciar y fortalecer el **Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)**, especialmente dirigido a población adolescente y que se desarrolla de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y educativo

4.2.2. Mejorar la **accesibilidad** de los chicos y chicas < 20 años a los **Centros de Salud Sexual y Reproductiva** ofreciendo horarios específicos para atender sus necesidades sobre sexualidad, anticoncepción, prevención de ITS y de embarazos no deseados.

4.2.3. Prevenir, detectar y atender los **Trastornos de la Conducta Alimentaria** en la población adolescente, de manera coordinada con el sistema educativo.

4.2.4. Fomentar la **participación de los jóvenes** en actividades de ocio saludable de tipo cultural, educativo, deportivo y de voluntariado de manera conjunta con otros sectores.

4.2.5. Mantener vigilancia continua sobre las tendencias en el **consumo de drogas** entre la población adolescente y juvenil para definir en consecuencia las acciones a emprender.

4.2.6. Fomentar la **formación de padres y madres** en habilidades educativas que sirvan como factor de protección en la prevención del consumo de drogas.

4.2.7. Potenciar intervenciones que fomenten en los jóvenes el desarrollo de comportamientos seguros relacionados con la **conducción** de vehículos a motor y la prevención de **accidentes de tráfico**.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
% de centros educativos participantes en el PIES	Públicos: 75% Privados: 28% (curso 2012-2013)	↑	DGSP PIES
Tasa de IVE (por 1000) en mujeres 15-19 años	8,5 (2014)	↓	DGSP Registro IVE
Tasa de embarazos (por 1000) en mujeres 15-19 años	17,1 (2014)	↓	DGSP
% primeras consultas de < 20 años atendidas en los CSSR	Enfermería CSSR ♂ 11,85% ♀ 9,36% Medicina CSSR ♂ 4,14% ♀ 8,63% Sexología CSSR ♂ 6,13% ♀ 8,44% (2015)	↑	ABUCASIS ALUMBRA
Prevalencia de consumo en atracón de bebidas alcohólicas (<i>binge drinking</i>) en los últimos 30 días en jóvenes de 15 a 34 años	Total: 16,3% ♂ 21,6% ♀ 10,9%	↓	MSSSI EDES
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días de distintas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de 14 a 18 años	Tabaco: 30% ♂ 26,1% ♀ 33,3% Alcohol: 74,7% ♂ 73,0% ♀ 76,1% Cannabis: 18,4% ♂ 21,4% ♀ 15,8% (2013-14)	↓	MSSSI ESTUDES
COMPLEMENTARIOS			
Número de escolares participantes en el PIES			DGSP PIES
Edad media (años) de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de 14 a 18 años			MSSSI ESTUDES
Mortalidad por accidentes de vehículos a motor en jóvenes de 15 a 24 años			DGSP SISP

4.3. Atender la salud sexual y reproductiva

Análisis de la situación

Salud sexual y reproductiva

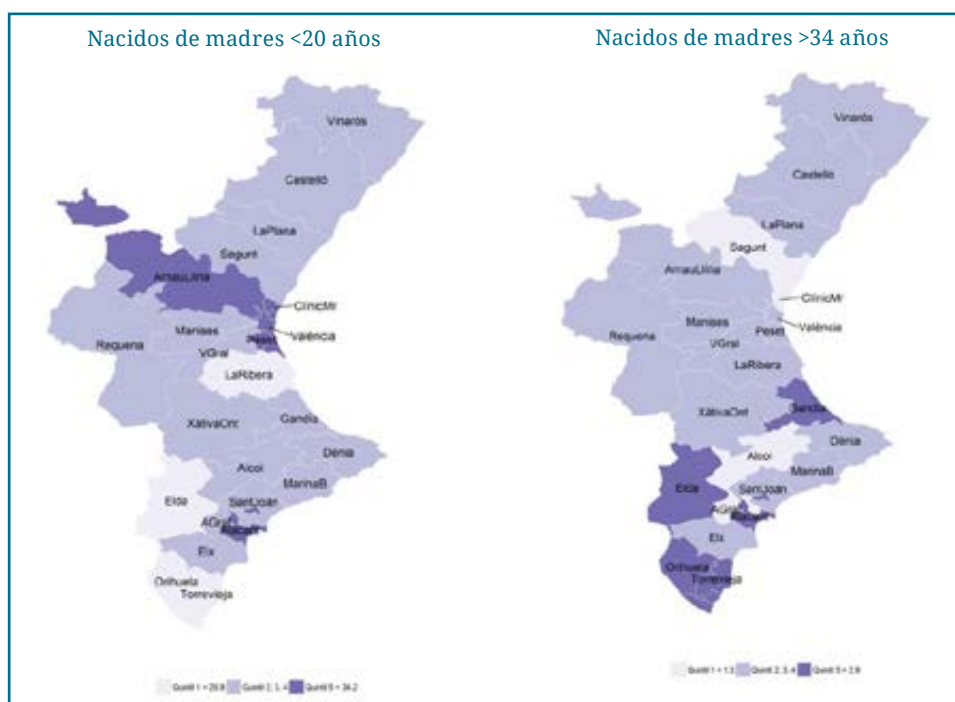
La Red Centinela Sanitaria de la CV analizó en 2011 las pautas de salud sexual y reproductiva en mujeres con vulnerabilidad psicosocial (debida en su mayoría a condiciones socioeconómicas desfavorables, baja autoestima, tristeza y apatía). La mitad de estas mujeres no utilizaba una anticoncepción correcta y algo más de un tercio refería la oposición de la pareja al uso del preservativo. En un 24% de casos el uso de métodos ineficaces se debía a una información errónea sobre la anticoncepción.

Del mismo modo, se ha realizado recientemente la valoración de la salud sexual y reproductiva en las mujeres jóvenes (< 21 años) que acuden a los centros de Salud Sexual y Reproductiva. El principal motivo de consulta fue la instauración (49%) y el control de los métodos anticonceptivos (32%). El 19% de estas jóvenes no utilizaban ningún método anticonceptivo eficaz de forma habitual, destacando como principales motivos la falta de percepción de riesgo y la idea de que el preservativo reduce la sensibilidad e interrumpe la relación.

Natalidad

En el año 2013 la tasa de natalidad en la CV fue de 8,6 nacidos vivos por mil habitantes. Por departamentos de salud, osciló entre un mínimo de 5,9 y un máximo de 10,8 nacidos vivos por mil habitantes. En la figura siguiente se presenta la distribución, por departamentos de salud, de la proporción de nacimientos de madres en edades extremas (<20 años y >34 años), grupos considerados de riesgo en la vigilancia de la salud perinatal.

Distribución de la proporción de nacidos de madres <20 años y nacidos de madres >34 años por departamentos de salud. Comunitat Valenciana, 2013



Fuente: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Aproximadamente, uno de cada cinco nacimientos en la CV es de madre extranjera. De nuevo, se aprecian diferencias en la distribución territorial de este indicador. Los departamentos de salud de Torrevieja, Vinaròs, Dénia y la Marina Baixa son los que presentan una proporción mayor de nacidos de madres extranjeras.

Atención al embarazo, parto y puerperio

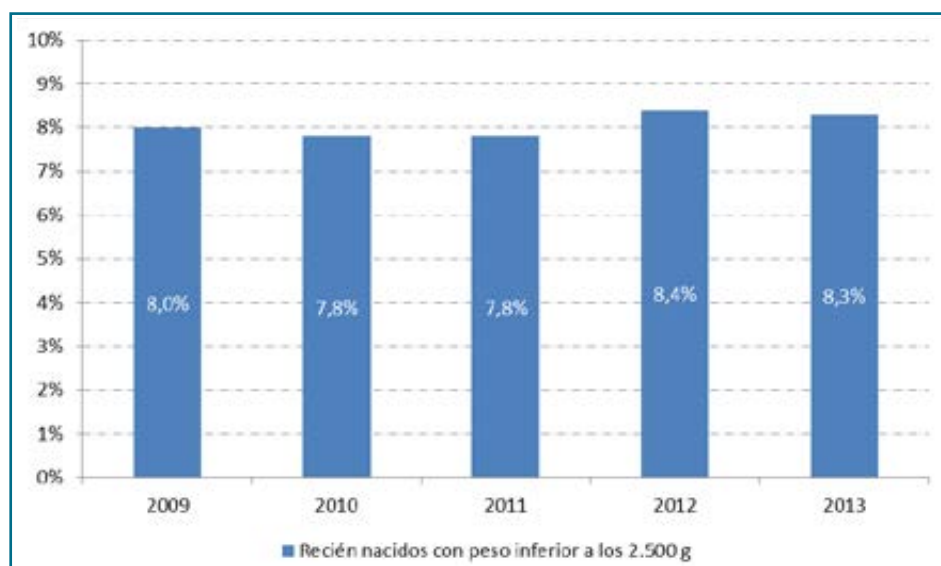
La **consulta preconcepcional** constituye un aspecto importante dentro de la asistencia prenatal, permite identificar factores de riesgo, instaurar medidas preventivas y acciones promotoras de salud. En el año 2011 comenzó a registrarse esta actividad en la historia obstétrica de atención primaria, mostrando los primeros análisis que la proporción de mujeres que habían recibido un control antes de que se produjera el embarazo no alcanzaba a un tercio de las gestantes. Posteriormente, su incorporación como uno de los temas desarrollados desde la Red Centinela Sanitaria de la CV, ofreció una aproximación al perfil de las mujeres que acudían a los centros de salud sexual y reproductiva solicitando una consulta preconcepcional. Entre los factores de riesgo registrados cabe mencionar el **hábito tabáquico**, con una proporción de fumadoras del 30% entre las mujeres españolas y del 14,3% en las extranjeras.

Además, se ha constatado un uso inadecuado de algunas medidas preventivas para las que existen unas recomendaciones claras, como es el caso del **ácido fólico**. Su consumo preconcepcional es bajo y un porcentaje considerable de gestantes comienza a tomarlo de forma tardía y en dosis superiores a las recomendadas. Una situación similar ocurre con la suplementación con **yodo** durante el embarazo y la lactancia que sólo estaría recomendada cuando no esté asegurada una ingesta suficiente a través del consumo de sal yodada y de leche y derivados lácteos, y no con carácter universal en todas las gestantes y madres lactantes.

Prevalencia de bajo peso al nacer

La prevalencia de recién nacidos con peso inferior a los 2.500 g se mantiene en torno al 8%. Aspectos claramente vinculados son el retraso progresivo de la edad a la maternidad, la gemelaridad y la utilización de técnicas de reproducción asistida, además del hábito tabáquico.

Recién nacidos con peso inferior a los 2.500 gramos. Comunitat Valenciana



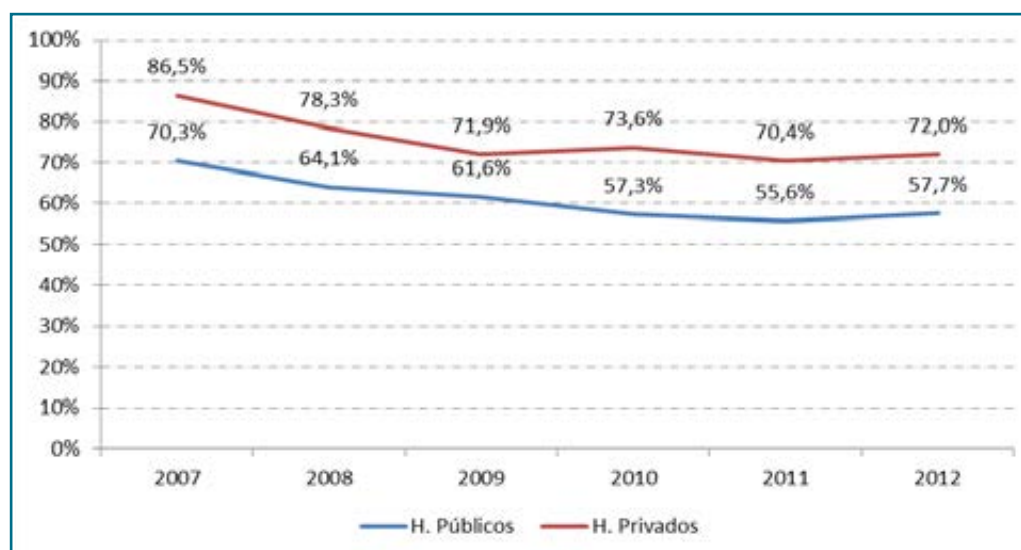
Fuente: Registro MetaB. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Parto

La *Estrategia para la Atención del Parto Normal en la Comunitat Valenciana* promueve una mayor autonomía y participación de las mujeres en el parto, así como la disminución de intervenciones innecesarias y cuestionadas por la evidencia científica. Entre ellas cabe destacar la realización

sistemática de episiotomías en partos vaginales eutócicos, cuya tendencia se muestra descendente, aunque todavía existe mucho margen de mejora.

Episiotomías en partos vaginales según ámbito de atención



Fuente: Observatorio de Salud Infantil y Perinatal. DGSP.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 4.3

Atender la salud sexual y reproductiva

Ofrecer una **atención de calidad** a la salud sexual y reproductiva en el sistema valenciano de salud.

Acciones

4.3.1. Promover una **atención a la salud sexual** en los distintos ámbitos asistenciales, basada en la calidad, equidad y enfoque de género, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad, diversidad y capacidades.

4.3.2. Mejorar la **accesibilidad a la anticoncepción** de la población que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad.

4.3.3. Potenciar las estrategias de **atención al parto y salud reproductiva**, concediendo el máximo protagonismo a las mujeres y sus parejas en la vivencia fisiológica del embarazo, parto y crianza, insistiendo en los aspectos de calidad y calidez.

4.3.4. Potenciar la **consulta preconcepcional** en atención primaria y en los CSSR, con intervenciones preventivas que contribuyen a mejorar los resultados en salud perinatal: prescripción de ácido fólico, sal yodada, estado vacunal, hábito tabáquico y alcohol, enfermedades crónicas y consumo de medicamentos.

4.3.5. Proporcionar consejo integral sobre **hábitos saludables durante el embarazo y la lactancia** con especial atención a la promoción de alimentación equilibrada, actividad física y al consumo de tabaco y alcohol, ofreciendo intervención breve si fuera necesario.

4.3.6. Promover el desarrollo de los recursos y estrategias necesarias para **proteger la salud y bienestar de las mujeres durante embarazo y lactancia** en los diferentes entornos de la vida (familiar, comunitario, laboral, ambiental).

4.3.7. Fomentar la **corresponsabilidad** en el ámbito doméstico para el cuidado y la crianza de los hijos e hijas.

Indicadores

BÁSICOS/ESENCIALES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de IVE por mil en mujeres extranjeras y autóctonas.	Tasa IVE mujeres 15-49 años Extranjeras: 11,9 Españolas: 5,8 (2014)	↓ diferencias	DGSP Registro IVEs
% de mujeres embarazadas fumadoras	19,5% (2011)	↓	ABUCASIS
Tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo.	7% (2014)	↓	ALUMBRA AG (CMBD0014.2)
% de recién nacidos a término con bajo peso al nacer (<2.500g)	3,9% (2013)	↓	DGSP Registro MetaB
% de partos pretérmino (<37 semanas de gestación)	7,9% (2013)	↓	DGSP Registro MetaB
Prevalencia de contacto piel con piel en partos vaginales	84,8% (2012)	↑	ABUCASIS
COMPLEMENTARIOS			
Perfil de las personas usuarias de las consultas de sexualidad en los CSSR			ABUCASIS/Red Centinela
Número de centros de salud con oferta de horario de tarde para educación prenatal			DGAS
Número de empresas acogidas a programas de buenas prácticas para la promoción de la salud durante el embarazo de las trabajadoras en la Comunitat Valenciana			DGSP

4.4. Promover el envejecimiento activo

Análisis de la situación

Evolución de la estructura de la población

El proceso de envejecimiento progresivo de la población de la CV iniciado hace ya algo más de dos décadas, se mantiene en la actualidad. En el año 2014, el 18,0% de los habitantes tenía más de 64 años, y de éstos, un 28,4% alcanzaba los 80 o más años, siendo estas cifras especialmente significativas en el caso de las mujeres (un 20,1% de mujeres de la CV tenía ≥ 65 años, superando los 79 años un 31,8% de ellas).

Índice de dependencia de las personas mayores

El envejecimiento de la población no se manifiesta de forma homogénea en todo el territorio de la Comunitat. Los departamentos de salud de Vinaròs, Requena, Dénia, Orihuela y Torrevieja son los que presentan un mayor peso de la población > 64 años sobre el conjunto de población activa de 15-64 años.

Índice de dependencia de > 64 años por departamentos de salud, ambos sexos. Comunitat Valenciana, 2014



Fuente: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Calidad de vida: restricción crónica de la actividad, desagregando por motivo de restricción.

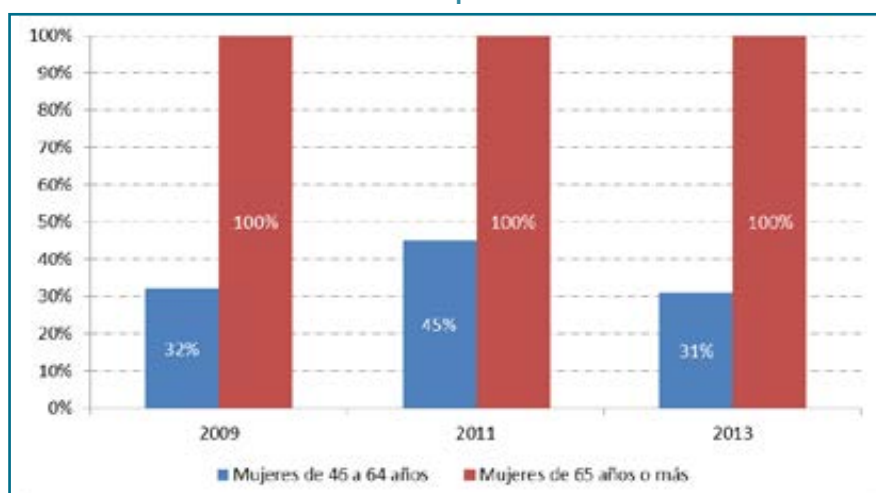
Un 33,2% de la población valenciana de 65 y más años, no institucionalizada, presenta limitaciones para las actividades de la vida diaria, en su mayoría consecuencia de un problema físico. Conforme aumenta la edad se agravan estas dificultades alcanzando al 63,5% de los mayores de 84 años, la mitad de ellos gravemente limitados (ENSE 2011-12).

En 2013, la Red Centinela Sanitaria de la CV abordó el tema del riesgo de caídas en las personas mayores. Un 73% de los pacientes >64 años atendidos por el personal de enfermería, independientemente del motivo de la consulta, presentaba un alto riesgo de caídas. Este riesgo fue mayor en las mujeres que en los hombres (Tasas por mil: 40,2 en mujeres y 22,2 en hombres), aumentando en los grupos de edad más avanzada. Del mismo modo, en 2014, se ahondó en la valoración nutricional de las personas mayores, detectándose un 18% con riesgo de malnutrición.

y un 5% con malnutrición. De nuevo se constató la existencia de diferencias por sexo, con una tasa por mil de 22,2 en mujeres y de 15,1 en hombres.

El antecedente de fractura osteoporótica supone un criterio de tratamiento, cuya prescripción en las mujeres de 65 años o más, se mantuvo constante a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, mientras que en el grupo de edad de 46 a 64 disminuyó al final de éste, a pesar de incrementarse las mujeres registradas con antecedente de fractura osteoporótica (345 en 2011 frente a 439 en 2013).

Mujeres con antecedente de fractura osteoporótica en tratamiento de osteoporosis



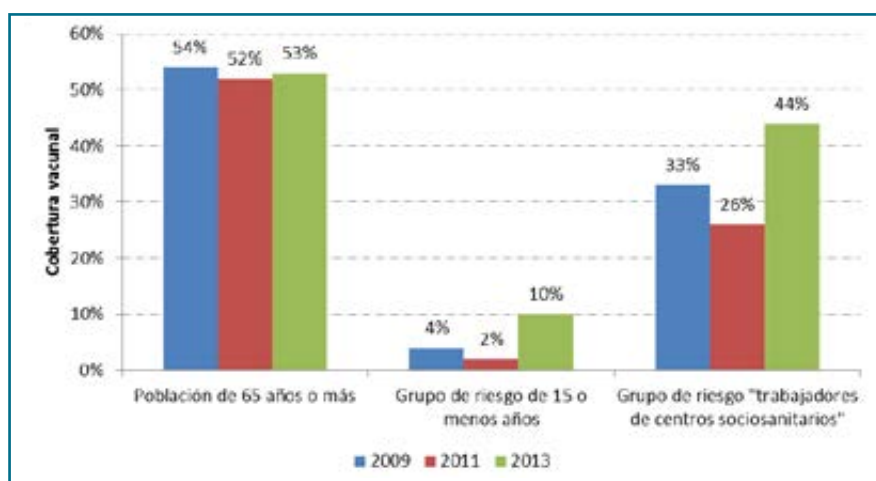
Fuente: ABUCASIS. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Cobertura de vacunación frente a la gripe.

Son diversas las acciones llevadas a cabo para mejorar la vacunación de sanitarios y de grupos de riesgo así como de personas mayores de 65 años, tales como la recaptación activa a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TICs. También la identificación de pacientes con diagnóstico registrado codificado en la historia de salud de atención primaria antes del inicio de la campaña de vacunación anual, presentación de la campaña en medios de comunicación por las autoridades sanitarias, realización de jornadas para profesionales y reuniones a nivel central, departamental y zonal con información a profesionales sanitarios en atención primaria, hospitales, etc.

En la gráfica siguiente cabe destacar la mejora en las coberturas vacunales entre 2009 y 2013, tanto en los grupos de riesgo, trabajadores sociosanitarios como en el de menores de 15 años.

Cobertura de vacunación de gripe registrada



Fuente: SIV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 4.4

Promover el envejecimiento activo

Mejorar la **calidad de vida de las personas mayores**, impulsando medidas de prevención y promoción de la salud y tomando en consideración los diferentes recursos comunitarios, que contribuyan a un envejecimiento activo y saludable.

Acciones

4.4.1. Mejorar la **visión social de las personas mayores** y la imagen positiva del proceso de envejecimiento, con iniciativas que fomenten su participación en proyectos basados en las relaciones intergeneracionales y la visibilidad de este colectivo en los medios de comunicación.

4.4.2. **Prevenir problemas de salud gerontológicos** mediante intervenciones específicas en población mayor frágil o con mayor riesgo de caídas.

4.4.3. Realizar actividades de promoción de una **alimentación saludable e hidratación** adecuada en personas mayores, desde los centros de salud, oficinas de farmacia y otras entidades, en colaboración con los Centros de Salud Pública.

4.4.4. Facilitar **pautas nutricionales** para la confección de menús saludables, especialmente dirigidas a centros de mayores y residencias.

4.4.5. Desarrollar actuaciones informativas y de sensibilización de las personas mayores sobre los problemas de la **polimedicación** y las alternativas al tratamiento farmacológico, contando con el apoyo de todos los profesionales que participan en el proceso farmacoterapéutico.

4.4.6. Desarrollar intervenciones dirigidas al fomento de la **actividad física de las personas mayores** en el entorno comunitario, con la finalidad de mantener su capacidad funcional y potenciar su bienestar y las relaciones sociales.

4.4.7. Impulsar actuaciones para la prevención de **accidentes de tráfico** en las personas mayores, tanto en su papel como peatones como en su papel como conductores de vehículos.

4.4.8. Asegurar adecuadas **coberturas vacunales** de enfermedades transmisibles prevalentes en las personas mayores y en las que desempeñan la tarea de cuidadoras.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Hospitalizaciones por fractura de cadera en > 70 años.	Total: 5.087 ♂ 1.332 ♀ 3.755 (2014)	↓	CMBD
Prevalencia de riesgo de caídas en población > 70 años x 10 ³	♂ >64: 22,2 ♀ >64: 40,2 (2013)	↓	DGSP Red Centinela
% de mujeres 46-64 años con antecedentes de fractura osteoporótica en tratamiento de osteoporosis	31,4% (2013)	↑	ABUCASIS
Cobertura vacunal registrada frente a la gripe en población mayor de 64	52,83% (2013)	↑	DGSP SIV AG (844.2)
Prevalencia de riesgo de malnutrición en población > 70 años	♂ 15,1% ♀ 22,2% (2013)	↓	DGSP Red Centinela
Número de ingresos hospitalarios por atropellos en población > 70 años.	Total: 100 ♂ 38 ♀ 62 (2014)	↓	CMBD

Línea 5. Promover la salud en todos los entornos de la vida

5.1. Favorecer el bienestar emocional

5.2. Fomentar la Actividad Física

5.3. Garantizar y promover una Alimentación Saludable

5.4. Favorecer un Entorno Educativo Saludable

5.5. Apostar por un Entorno Medioambiental favorecedor de la salud

5.6. Impulsar un Entorno Laboral saludable

5.7. Apoyar los Activos para la Salud propios de la Comunitat Valenciana

5.1. Favorecer el bienestar emocional

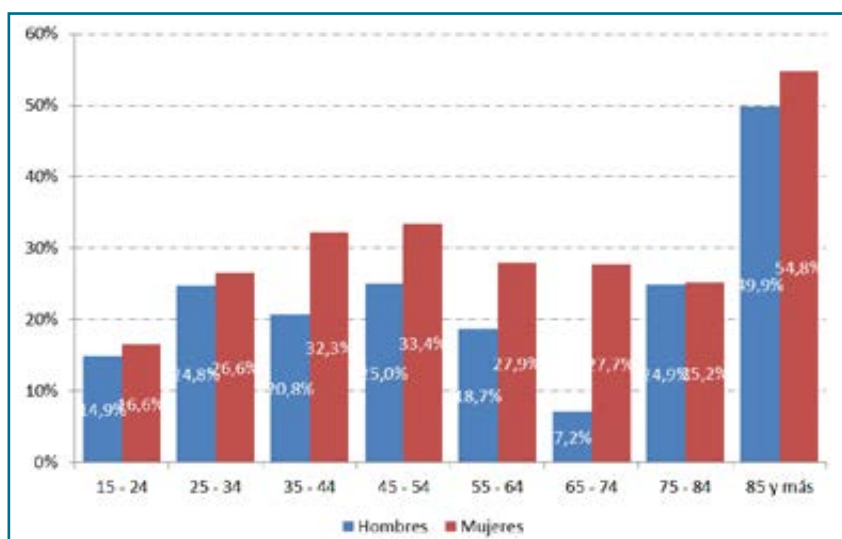
Análisis de la situación

Salud mental en adultos

Un 24,6% de la población valenciana adulta (≥ 15 años) presenta riesgo de mala salud mental, de acuerdo con la encuesta nacional de salud (ENSE 2011-12), con una proporción mayor en las mujeres (28,7%) que en los hombres (20,4%) y esta diferencia se mantiene en todos los grupos de edad. Además, este riesgo es superior entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas. Un 36,8% de las mujeres trabajadoras no cualificadas presentan riesgo de mala salud mental.

A nivel estatal, las cifras son algo inferiores. El riesgo de mala salud mental alcanza a un 20,4% de la población española (16,8% en hombres y 23,9% en mujeres).

Riesgo de mala salud mental en la población valenciana adulta según grupos de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-12

Uno de los problemas analizados a través de la Red Centinela Sanitaria en 2013, fue el trastorno ansioso-depresivo. Según los datos proporcionados por los médicos de familia, los factores de vulnerabilidad más frecuentes en estos pacientes son los antecedentes personales de episodios depresivos y en segundo lugar, los antecedentes de depresión en familiares de primer grado. Junto a ello, como factores sociales relacionados, destaca la insatisfacción o conflicto laboral en los hombres y las relaciones familiares conflictivas en las mujeres.

Salud mental en niños

Según la ENSE 2011-12, el 3,8 % de los menores, de 4 a 14 años, de la Comunitat Valenciana, tiene riesgo de presentar mala salud mental (4,1% en niños y 3,8% en niñas), siendo el componente de hiperactividad el que muestra peores resultados.

Los datos obtenidos por la Red Centinela Sanitaria en 2011 muestran que los problemas emocionales más frecuentes en los niños y adolescentes que acuden a la consulta de pediatría en atención primaria son los síntomas ansiosos, la tristeza y la baja autoestima. Las niñas presentan más tristeza y somatizaciones que los niños, mientras que los tics y estereotipias son más frecuentes en los niños. Como factores de riesgo en estos menores destacan en primer lugar los relacionados con el ámbito familiar (disfunción familiar, crianza sobreprotectora y depresión materna) y en segundo lugar, el bajo nivel socioeconómico.

Apoyo social

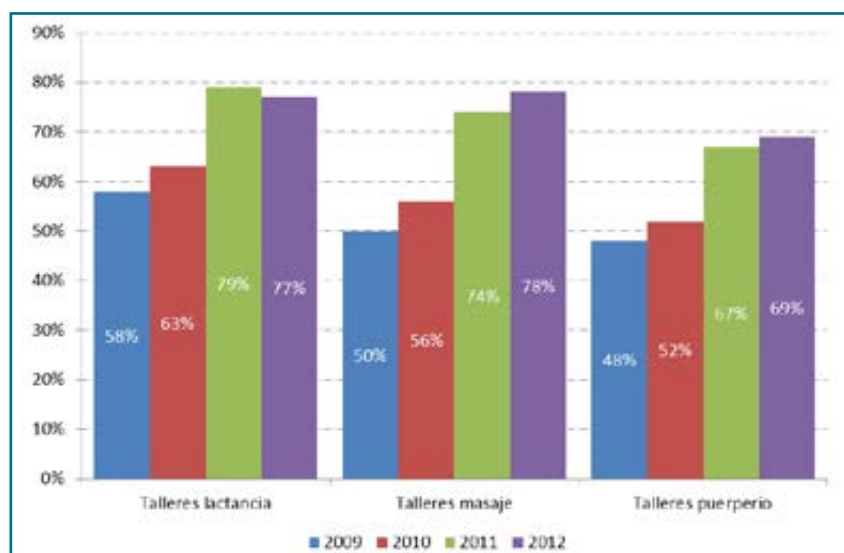
El apoyo social tiene un papel significativo en la salud y el bienestar de las personas. Un estudio realizado a partir de los datos recogidos en las encuestas de salud de la Comunitat Valenciana de 2005 y 2010 mostró una asociación positiva entre el apoyo social y la salud mental.

Competencia parental en el cuidado de salud infantil

Desde la Comisión Mixta de Coordinación de las Consellerías con competencia en sanidad y educación, se ha trabajado sobre la importancia de incrementar el número de centros docentes que participan en proyectos de educación para la salud en la Red de Escuelas para la Salud en Europa.

Otra experiencia en este campo es la implantación de talleres de apoyo a la lactancia y la crianza en los centros de salud. Se trata de actuaciones grupales que se ofrecen de forma reglada con el apoyo profesional de las matronas y la colaboración voluntaria de asociaciones de madres. El porcentaje de púrpas que asisten a talleres de crianza se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años.

Asistencia de púrpas de recién nacidos a talleres de crianza



Nota: Mujeres atendidas en el Programa de Seguimiento del Embarazo. Datos del primer semestre del 2010. Análisis de una muestra representativa de embarazos atendidos en Atención Primaria. Fuente: SIA e Informe específico DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 5.1

Favorecer el bienestar emocional

Promover el bienestar emocional en los **distintos entornos de la vida**.

Acciones

5.1.1. Desarrollar programas para capacitar a padres y madres, desde el embarazo hasta los 14 años, en el fomento de **modelos parentales positivos y promoción del buen trato** que contribuyan a garantizar un buen comienzo en la vida y el desarrollo del máximo potencial de salud de todos los niños y niñas.

5.1.2. Promover intervenciones que fomenten la educación emocional y valores para la vida, así como la **autoestima y la aceptación de la imagen corporal**, especialmente en la población infantil y adolescente, con el fin de facilitar la transición a la vida adulta.

5.1.3. Impulsar acciones para la promoción de la **salud y el bienestar en el trabajo**, orientadas a la mejora de la organización y condiciones de trabajo, el fomento del desarrollo personal y la participación activa de los trabajadores.

5.1.4. Promover la **participación activa de las personas mayores** en la vida de la comunidad y fomentar intervenciones que faciliten la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

5.1.5. Realizar intervenciones comunitarias en **colectivos en situación de especial vulnerabilidad emocional**, incluyendo el desempleo de larga duración y otras situaciones derivadas de relaciones de empleo injustas.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
% de madres y padres que participan en talleres de crianza	Lactancia: 77,2% Masaje: 78,1% Puerperio: 69,4% (2012)	↑	ABUCASIS
Participación en talleres de autoestima e imagen corporal en centros docentes	Centros docentes:196 Docentes: 419 Alumnos: 7850 (2014)	↑	DGSP DITCA
% de personas 65-74 años que han utilizado internet en los últimos 3 meses	Total: 20,2% ♂ 25,5% ♀ 15,5% (2014)	↑	INE EEUTH
Apoyo social funcional global (Cuestionario Duke- UNC- 11) en personas ≥ 65 años (normal ≥33)	45,9 ± 8,3 (2010)	≥33	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIOS			
Número de empresas con programas participativos activos para la mejora del bienestar laboral y las condiciones de trabajo			DGSP
Puntuaciones de autoestima en los participantes de los talleres de autoestima e imagen corporal en centros docentes			DGSP DITCA
Número de programas de intervención comunitaria en colectivos vulnerables			DGSP

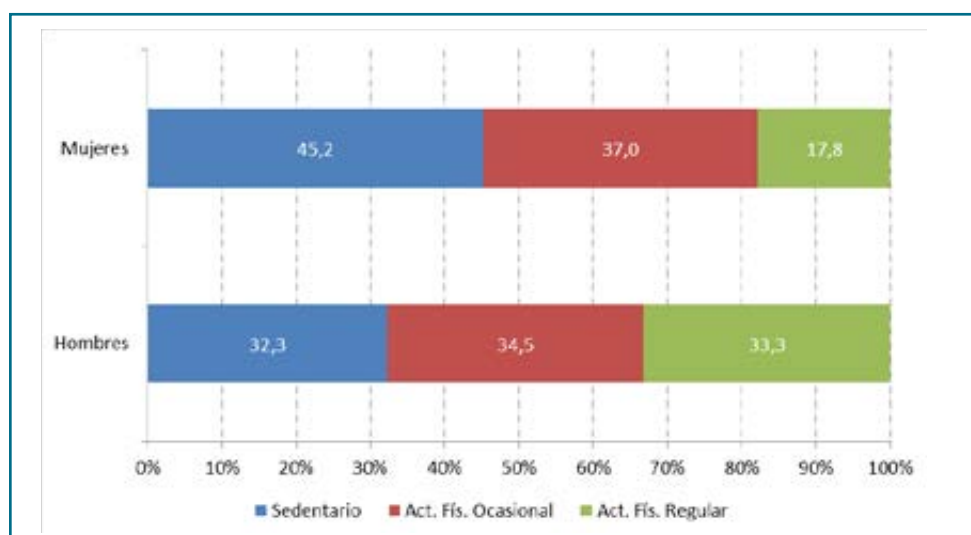
5.2. Fomentar la actividad física

Análisis de la situación

Un 61,2% de la población valenciana adulta (≥ 15 años) realiza algún tipo de **actividad física en su tiempo libre**, ya sea de forma ocasional o regular, de acuerdo con los datos recogidos en la ENSE 2011-12. Esta proporción es mayor en los hombres (67,8%) que en las mujeres (54,8%), siendo ellos más activos y además de forma más regular. Las diferencias por sexo se mantienen en todos los grupos de edad excepto en la franja comprendida entre 45 y 64 años donde el porcentaje de población activa entre las mujeres se equipara al de los hombres.

Según el nivel socioeconómico, el 86,6% de los hombres y el 59,4% de las mujeres del grupo social más favorecido (grupo I) practican alguna actividad física en el tiempo libre, proporción que desciende hasta el 62,4% y 38,3% respectivamente, en el grupo de menor nivel socioeconómico (grupo VI).

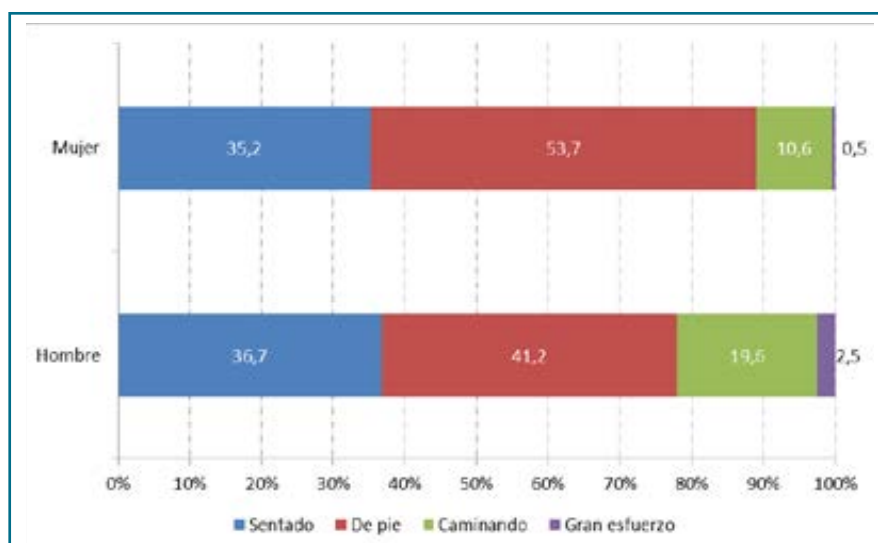
Actividad física en el tiempo libre según sexo. Población ≥ 15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE2011-12

Respecto a la **actividad física en el trabajo o actividad principal**, los requerimientos son mínimos para la gran mayoría de la población valenciana adulta (≥ 15 años). Un 47,6% permanece de pie la mayor parte de la jornada y un 35,9% lo hace sentado. Los hombres realizan tareas que necesitan un mayor esfuerzo físico con mayor frecuencia que las mujeres, mientras que en ellas la jornada laboral transcurre de pie en mayor medida.

Actividad física en el trabajo o actividad principal según sexo. Población ≥15 años

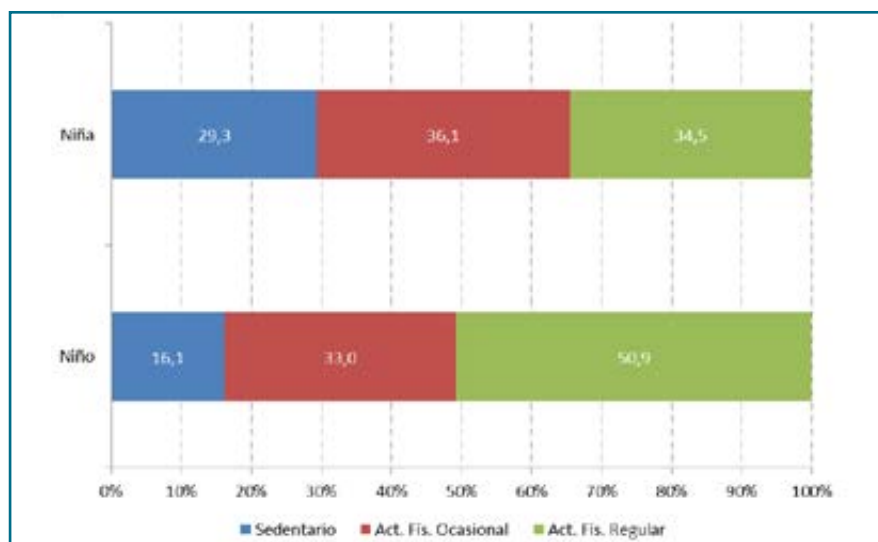


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-12

Combinando ambos entornos, aproximadamente uno de cada cuatro valencianos es sedentario tanto en el tiempo dedicado a su actividad principal o laboral como en el de ocio.

En el caso de población infantil (<15 años), el 43,0% de los menores practica alguna **actividad física en su tiempo libre** de forma regular y un 34,5% lo hace ocasionalmente. Por el contrario, un 22,5% son sedentarios, siendo esta proporción superior en las niñas que en los niños. Esta diferencia por sexo se aprecia en todos los grupos de edad y es especialmente manifiesta en el grupo de 10-14 años.

Actividad física en el tiempo libre según sexo. Población <15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-12

Cuando se indaga sobre el tiempo dedicado a la práctica de **actividades sedentarias en el hogar**, destaca que el 69,6% de los menores emplea más de una hora diaria entre semana a ver la televisión y un 18,9% ocupa un tiempo similar en el uso de otros dispositivos electrónicos (ordenador, consola de videojuegos, móvil, etc.). Los fines de semana estos porcentajes ascienden hasta el 78,0% y 36,0% respectivamente. Por edad, cerca del 70% de los menores de 2-4 años se pasa sentado más de una hora diaria frente al televisor, tanto entre semana como los fines de semana. En el grupo de 5-14 años, estas actividades se intensifican los fines de semana, dedicando

un 38,7% más de dos horas diarias a ver la televisión y un 20,6% un tiempo similar en el uso de otros dispositivos con pantallas.

Entre las acciones dirigidas a reducir la prevalencia del sedentarismo que se están llevando a cabo destacan: la oferta de cursos de formación por la EVES a profesionales sanitarios, a propuesta de los centros de salud, la edición de la *Guía de Actividad Física* (dirigida a profesionales farmacéuticos), material dirigido a población general difundido en diferentes soportes y medios de comunicación.

Objetivo 5.2

Fomentar la actividad física

Promover que las **personas** se mantengan **activas en todas las etapas de su ciclo vital**.

Acciones

5.2.1. Elaborar y difundir **recomendaciones sobre la actividad física** en los diferentes entornos y etapas de la vida de las personas, aprovechando diferentes formatos (escrito, audiovisual, Apps) y medios (web, prensa, radio).

5.2.2. Elaborar y difundir **catálogos de recursos comunitarios** destinados a la actividad física como instalaciones deportivas, zonas verdes, carriles bici o rutas a pie en barrios, en el ámbito municipal y en las zonas básicas de salud.

5.2.3. Incorporar el consejo y la **prescripción de actividad física en atención primaria**, adaptando las recomendaciones a los diferentes grupos de edad.

5.2.4. Fomentar el **transporte activo** (a pie o en bicicleta) como medio de desplazamiento preferente en distancias de proximidad.

5.2.5. Fomentar el **uso de las escaleras** en los espacios públicos y de trabajo.

5.2.7. Incluir la **formación** relacionada con la actividad física y la salud en los planes de formación continuada de los **profesionales de sanidad y de educación**.

Indicadores

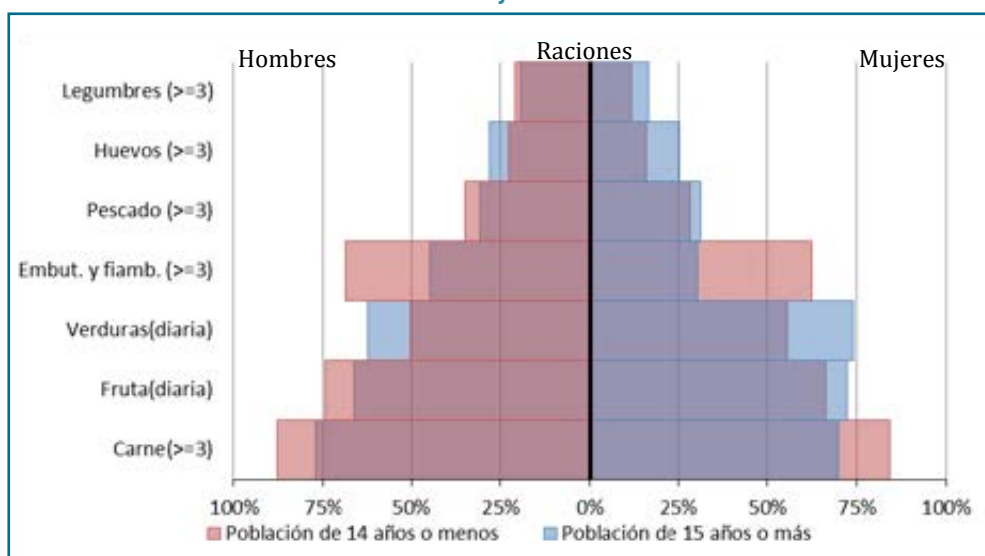
ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
% de población > 14 años no sedentaria en el tiempo libre	Total: 61,2% ♂ 67,8% ♀ 54,8% (2010)	↑	DGSP ESCV
% población 5-14 años que usan videojuegos, ordenador, internet con fines recreativos un máximo de 2 horas/día	Total: 37,5% ♂ 33,6% ♀ 42,1% (2010)	↑	DGSP ESCV
% población 18-69 años que realiza al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana.	Total: 18,4% ♂ 23,7% ♀ 13,0% (2010)	↑	DGSP ESCV
Departamentos que han elaborado catálogos de recursos comunitarios para la actividad física	-	100%	DGSP
Número de cursos anuales del plan de formación relacionados con actividad física y salud	1 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIOS			
Nº de personas participantes en los cursos ofertados			EVES

5.3. Garantizar y promover una alimentación saludable

Análisis de la situación

El análisis de las características de la dieta en la población de la Comunitat Valenciana, muestra un exceso en el **consumo de proteínas**, tanto en adultos como en niños, con un claro predominio de la proteína de origen animal frente a la de origen vegetal (ENSE 2011-12).

Consumo semanal de determinados alimentos según sexo.
Población ≥15 años y Población <15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011-12

También cabe señalar que, de acuerdo con la información de la Encuesta de Nutrición de 2010-11 de la CV, el consumo medio de sodio diario se situó en 9,6g de sal, cifra que prácticamente duplica las recomendaciones establecidas por la OMS (5 g).

El objetivo de la seguridad alimentaria es garantizar la salud y seguridad de los consumidores en materia alimentaria, mediante el mantenimiento de un elevado nivel de protección de la salud. Los operadores económicos deben garantizar la inocuidad de los productos alimenticios a lo largo de la **cadena alimentaria** mediante un enfoque preventivo, implantando en las empresas sistemas de autocontrol basados en el análisis del riesgo. La evaluación de dichos sistemas en las empresas de la Comunitat Valenciana ha puesto de manifiesto que, si bien ha mejorado en los últimos años, es necesario reducir los incumplimientos que puedan comprometer su eficacia.

La falta de mecanismos de **trazabilidad** eficaces dificultó en el pasado la gestión de crisis alimentarias. La experiencia demuestra que la imposibilidad de localizar el origen de los alimentos o los piensos puede poner en peligro la salud de los consumidores y el funcionamiento del mercado interior de alimentos o piensos. Por tanto, es necesario establecer un sistema exhaustivo de trazabilidad en las empresas alimentarias y de piensos para poder proceder a retiradas específicas y precisas de productos, o bien informar a los consumidores o a los funcionarios encargados del control, y evitar así una mayor perturbación innecesaria en caso de problemas de seguridad alimentaria. Desde la entrada en vigor del Reglamento CE nº 178/2002, el control oficial ha permitido evaluar la eficacia de los sistemas de trazabilidad aplicados por el operador económico, derivando en una mejora en el último periodo evaluado (2012-2014).

La presencia de **contaminantes químicos** en los alimentos, ya sea procedentes del medio ambiente o generados durante el procesado, ha obligado a controlar que su presencia en los alimentos no supere los límites establecidos para proteger la salud de los consumidores. Muchos de estos contaminantes son capaces de acumularse en el organismo dando lugar a largo plazo a

la aparición de patologías. Por ello, la forma más correcta de evaluar el impacto que su presencia en los alimentos puede ocasionar, es mediante el cálculo de la exposición de la población a estas sustancias, a través de la dieta. En el periodo 2010-2013 la Subdirección General de Seguridad Alimentaria llevó a cabo un estudio de la valoración de la exposición de la población valenciana a determinados contaminantes químicos (metales, dioxinas y PCBs y micotoxinas) utilizando la metodología de dieta total. Ello ha permitido evaluar la ingesta diaria de dichos contaminantes por los diferentes grupos de población (niños, adultos) y determinar qué alimentos suponen un mayor aporte de cada contaminante. Para completar el estudio falta determinar los niveles de exposición a otros contaminantes como: acrilamida, nitratos, retardantes de llama bromados (BFR), hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs), 3- monocloropropano-1,2-diol (3-MCPD) y melanina, entre otros.

Valores medios de ingesta de contaminantes

	Ingesta media (Adultos)	Ingesta media (Niños 6-16 años)	Límite de Referencia Toxicológico
METALES			
Cadmio	0.77 µg/Kgpc y semana	1.26 µg/Kg y semana	IST: 2.5 µg/Kg y semana
Metil mercurio	0.54 µg/Kg y semana	0.96 µg/Kg y semana	IST:1.3 µg/Kg y semana
Plomo	0,21µg/Kg y día	0,45µg/Kg y día	Adultos BMD01: 1.50µg/Kg y día BMD10: 0.63µg/Kg y día Niños BMD01: 0.50µg/Kg y día
Arsénico inorgánico	0.08 µg/Kg y día	0.16 µg/Kg y día	BMD01 0.3µg/Kg y día BMD01 8µg/Kg y día
DIOXINAS y PCBs			
Dioxinas y PCBs	1.13 pg WHO_TEQ/kg y día	2.04 pg WHO_TEQ /Kg y día	TDI: 1-4 pg WHO_TEQ/kg y día
MICOTOXINAS			
Deoxinivalenol	0.22 µg/Kg y día	0.45 µg/Kg y día	1 µg/Kg y día
Zearalenona	0.00019 µg/Kg y día	0.00033 µg/Kg y día	0.25 µg/Kg y día
Ocratoxina A	0.77 ng/ kg y semana	1.33 ng/ kg y semana	120 ng/ kg y semana
Fumonisin B1	0.0037 µg/Kg y día	0 µg/Kg y día	2 µg/Kg y día

IST: Ingesta semanal Tolerable. Adultos BMD01 (Benchmark Dose) :1.50 mg/Kg y día (efectos cardiovasculares). BMD10: 0.63mg/Kg y día (neurotoxicidad en el desarrollo). Niños BMD01: 0.50mg/Kg y día (efectos sobre el neurodesarrollo).BMD01 0.3mg/Kg y día (cáncer de lengua).BMD01 8mg/Kg y día (cáncer de vejiga). Kg pc : Kilogramos de peso corporal

La evaluación de la exposición externa a los contaminantes debe complementarse con estudios de biomonitoring que estimen la exposición interna de la población general, y de sectores más vulnerables, a los contaminantes prioritarios y emergentes en seguridad alimentaria.

Junto a la presencia de contaminantes con un origen medioambiental, pueden llegar a la cadena alimentaria otras sustancias nocivas como los **plaguicidas**, cuya presencia es resultado de su empleo en agricultura para la protección de los cultivos vegetales. La evaluación de la presencia de los mismos en los alimentos es una de las actividades relevantes en el campo de la salud pública. Los resultados obtenidos en años anteriores (2010-2012) indican que la posibilidad de que los consumidores hayan podido sufrir consecuencias perjudiciales en su salud debido a este riesgo químico es baja. En la mayoría de los casos la ingesta estimada fue inferior al 1% de Ingesta Diaria Admisible (IDA) para los diferentes plaguicidas evaluados. No obstante, dado que muchos de estos plaguicidas presentan propiedades toxicológicas similares en un órgano o sistema específico, es necesario abordar la valoración de la **exposición acumulada** de la población a

diferentes grupos de residuos plaguicidas que comparten efectos similares sobre el organismo humano. La evaluación de la exposición acumulada se va a realizar para los plaguicidas de los grupos: órgano-fosforados, carbamatos y piretrinas/piretroides.

El **etiquetado y publicidad** que acompañan a los alimentos tienen una gran relevancia en la protección de la salud de consumidores. Así lo ha reconocido el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión elaborando el marco legal sobre información destinada al consumidor a lo largo de la cadena alimentaria (Reglamento 1169/2011), que incorpora aspectos tales como el **etiquetado nutricional** y la indicación de la **presencia de alérgenos en alimentos no envasados**. Un aspecto clave es la obligatoriedad de mencionar en la información suministrada al consumidor, todo ingrediente o coadyuvante tecnológico recogido en el Anexo II de la norma y sus derivados, que cause alergias o intolerancias y esté presente en el producto acabado. Se considera que entre un 1-3% de la población adulta y un 4-6% de los niños presenta esta característica, pudiendo sufrir trastornos de distinta gravedad como consecuencia de la ingesta de alimentos que son perfectamente tolerados por la mayoría de las personas.

Los consumidores que sufren alergias alimentarias deben evitar el consumo de los alimentos que desencadenan su proceso alérgico, ya que incluso pequeñas cantidades pueden provocar trastornos graves. Para ello es imprescindible que los alérgenos y sus derivados estén claramente identificados en la información que llega al consumidor. Como novedad, la norma prevé que dicha información pueda darse por medios diferentes al etiquetado. Un ámbito especialmente complicado en este aspecto es el de la restauración colectiva donde se elaboran alimentos con una alta diversidad de ingredientes y se presentan al consumidor habitualmente sin envasar ni etiquetar.

El Real Decreto 126/2015 regula, entre otros aspectos, la forma en que se debe informar al consumidor sobre la presencia en los alimentos de determinadas sustancias capaces de causar alergias e intolerancias en este tipo de establecimientos. Dado el elevado número de establecimientos de restauración en la Comunitat Valenciana y la gravedad de los daños que pueden derivarse para la población alérgica o que padece intolerancia a determinadas sustancias, la vigilancia de la correcta implantación de la norma por el sector reviste una gran importancia para proteger la salud de este colectivo y mejorar sus condiciones de vida. Por otro lado, en la Comunitat Valenciana se viene realizando un Programa de toma de muestras y análisis para la detección, en alimentos puestos a la venta al consumidor, de alérgenos y sustancias capaces de producir intolerancias y que no se hayan declarado en el etiquetado. Si bien los resultados evidencian una evolución favorable, con un porcentaje de muestras con incumplimientos en información sobre alérgenos que ha pasado del 4,9% en 2012 al 1,7% en 2014, resulta conveniente mantener la vigilancia sobre diferentes productos y sectores al objeto de corregir las desviaciones que se detecten.

Otro aspecto a considerar en relación con la información que se suministra al consumidor y la salud es, el cada vez más frecuente, empleo de alegaciones nutricionales o de propiedades saludables atribuidas a determinados productos alimenticios. Es necesario garantizar que las sustancias sobre las que se efectúa la declaración hayan demostrado poseer un efecto nutricional o fisiológico beneficioso, están en el alimento en cantidad adecuada para producir el efecto, son asimilables por el organismo y deben ser coherentes con los principios nutricionales y de salud generalmente aceptados por la comunidad científica. El reglamento 1924/2006 establece las condiciones que se deben cumplir para permitir el empleo seguro de las mismas, a fin de garantizar un elevado nivel de protección de los consumidores y de facilitar que éstos elijan entre los diferentes alimentos. En la Comunitat Valenciana se inicia en 2014 un programa cuyo objetivo es evaluar la información nutricional y de propiedades saludables en productos elaborados en la comunidad de cualquier sector. Se constata que el 16,8% de los productos evaluados presentan incumplimientos en la información sobre declaraciones nutricionales y/o de salud.

Objetivo 5.3

Garantizar y promover una alimentación saludable

Fomentar una **alimentación saludable** y mejorar la calidad de las actuaciones dirigidas a la **protección de la salud del consumidor** frente a los peligros asociados al consumo de alimentos.

Acciones

5.3.1. Mejorar la **eficacia de los controles oficiales**, basados en los riesgos, con objeto de impulsar y evaluar la correcta implantación de los sistemas de autocontrol de la empresa alimentaria, que garanticen la reducción y eliminación de los peligros y los correspondientes riesgos.

5.3.2. Asegurar que los operadores económicos de la cadena alimentaria disponen de **sistemas de trazabilidad** que permitan, en caso necesario, la retirada eficaz de alimentos cuya inocuidad resulte comprometida.

5.3.3. Evaluar la exposición de la población a los **contaminantes químicos presentes en los alimentos**, incluyendo metales, contaminantes ambientales persistentes y contaminantes de procesos.

5.3.4. Evaluar la exposición de la población a residuos de **plaguicidas** y de **medicamentos veterinarios** presentes en alimentos.

5.3.5. Reducir la exposición de la población a los **peligros microbiológicos** derivados del consumo de alimentos, con especial atención a la incidencia de la Campylobacteriosis y Salmonelosis.

5.3.6. Minimizar la exposición de las personas sensibles a componentes de los alimentos que puedan ser causa de **alergias o intolerancias** mediante la información que les permita una elección adecuada a sus necesidades.

5.3.7. Proteger la salud y los intereses de los consumidores velando por el cumplimiento de la normativa en cuanto a la información facilitada por el **etiquetado de alimentos** sobre declaraciones nutricionales y de propiedades saludables.

5.3.8. Establecer acuerdos y directrices para adecuar la oferta alimentaria de las **máquinas expendedoras de alimentos y bebidas** (MEAB) de los centros docentes, sanitarios y los dependientes de la administración, a los criterios nutricionales de la estrategia NAOS.

5.3.9. Impulsar actuaciones intersectoriales para **aumentar el consumo de frutas y verduras** en todos los grupos de población, especialmente de producción local y ecológica.

5.3.10. Fomentar la oferta de alimentación saludable y el comercio de proximidad en los **comedores colectivos** (escolares, hospitales, residencias, empresas y otros centros).

5.3.11. Fomentar la colaboración multisectorial para **reducir el consumo de sal, azúcares y grasas “trans”** en la población actuando en diferentes niveles: la producción de alimentos, la restauración y servicios de catering y la sensibilización del consumidor.

5.3.12. Mejorar la información y habilidades de la población en **seguridad alimentaria** y comprensión del etiquetado de los alimentos.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
% de establecimientos con sistemas de autocontrol implantados	20% (2014)	100%	DGSP ISSA
% Establecimientos con incumplimientos relacionados con el autocontrol (<i>Planes de prerequisites y Plan APPCC</i>)	7% (2014)	6%	DGSP ISSA
% Establecimientos con incumplimientos relacionados con la trazabilidad	2% (2014)	1.5 %	DGSP ISSA
Incidencia de Campylobacteriosis y Salmonelosis	Campylobacteriosis: 50,9 x 10 ⁵ Salmonelosis: 68,4 x 10 ⁵ (2015)	↓	DGSP RedMIVA
% de establecimientos de restauración colectiva evaluados para información relacionada con alergias e intolerancias	-	50%	DGSP ISSA
% de muestras de alimentos analizadas con incumplimientos para alérgenos	2% (2014)	2%	DGSP ISSA
% de productos alimenticios evaluados con incumplimientos en etiquetado para declaraciones nutricionales y/o de propiedades saludables	16% (2014)	8%	DGSP VISA
% de centros evaluados que cumplen la recomendación de sus MEAB	-	↑	DGSP
Nº centros docentes con comedor escolar con evaluación y asesoramiento de menú	374 (2014-2015)	↑	DGSP
COMPLEMENTARIOS			
Valor de la exposición a contaminantes prioritarios: Dioxinas y PCBs; PAHs, Metales (Hg, As, Cd, Pb); Acrilamida			DGSP VISA/EDT
Valor de la exposición acumulada a Resíduos de plaguicidas y medicamentos veterinarios			DGSP VISA/EDT
Gasto/consumo medio per capita en frutas y hortalizas frescas			INE EPF
Nº residencias con comedor común con evaluación y asesoramiento de menú			DGSP
Nº empresas con comedor común con evaluación y asesoramiento de menú			DGSP

5.4. Favorecer un entorno educativo saludable

Análisis de la situación

La **Comisión Mixta de Salud Escolar**, constituida mediante el Decreto 164/2002 se encarga de planificar las acciones de educación para la salud en la escuela y de aprobar la cartera básica de servicios a desarrollar en los centros escolares. Desde esta comisión, se ha trabajado sobre la importancia de incrementar el número de centros docentes que participan en proyectos de educación para la salud en la Red de Escuelas para la Salud en Europa.

Con la finalidad de incrementar la proporción de población consumidora de dos o más frutas y/o dos o más verduras al día, en los centros escolares se ha promocionado la oferta diaria de frutas y verduras de temporada en los menús escolares y centros educativos mediante la distribución del protocolo de seguimiento de Comedores Escolares contenido en la *Guía de los Menús en los Comedores Escolares*. También se ha llevado a cabo la revisión y asesoramiento de la oferta alimentaria en centros escolares de titularidad pública, así como el estudio en una muestra de los indicadores propuestos en la Estrategia Naos sobre oferta alimentaria de frutas y verduras.

Se ha realizado formación del profesorado en gestión de comedores escolares, para fomentar el comedor como espacio educativo, la elección de menús saludables, la adecuada información a las familias de los menús escolares, e impulsar la utilización de la Guía de los Menús en los comedores escolares de la Comunitat Valenciana.

Cabe destacar también otras iniciativas impulsadas desde el ámbito educativo, como es el fomento de los centros escolares promotores de la actividad física y el deporte a través de la convocatoria de ayudas destinadas a la realización de proyectos deportivos específicos en los centros docentes.

En la tabla siguiente se muestran las actividades de alimentación saludable y actividad física en los centros educativos.

Actividades de alimentación saludable y actividad física en centros educativos.	2011	2012	2013
Alimentación saludable	1.127	1.457	1.247
Comedores escolares	179	233	217
Desayunos saludables	341	276	272
General	195	155	210
Actividad física	135	266	210
Otros	59	56	37
TOTAL	2.036	2.443	2.193

Fuente: Sistema de Información y Registro de Educación para la Salud (EpS) Servicio de Promoción y Protección de la Salud Subdirección General de Promoción y Prevención Dirección General de Salud Pública Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

En el ámbito de la cooperación intersectorial: Apoyo al *Plan de consumo de frutas y verduras en las escuelas*, promovido desde la Conselleria de Agricultura, Pesca, Alimentación y Agua, para escolares de 6 a 12 años, programa de carácter europeo recogido en la reglamentación comunitaria cuyo fin es la distribución de fruta en centros escolares y contribuir a que los niños puedan apreciar la fruta y aumentar su consumo.

Objetivo 5.4

Favorecer un entorno educativo saludable

Integrar en los proyectos educativos de los centros docentes actuaciones para fomentar **hábitos de vida saludables en la comunidad educativa**, contando con los cauces de relación existentes y los acuerdos que se establezcan con la Conselleria responsable en educación.

Acciones

5.4.1. Mantener una oferta de actividades de **educación para la salud en la escuela** acorde a las necesidades identificadas en cada departamento, impulsando el trabajo en red para compartir y extender buenas prácticas.

5.4.2. Fomentar el aprendizaje de uso de las **nuevas tecnologías** con criterios de promoción y protección de la salud (programa de pantallas saludables).

5.4.3. Promover actuaciones educativas que fomenten la **igualdad de género** y las **relaciones no violentas** como estrategia de prevención de comportamientos y conductas de riesgo.

5.4.4. Potenciar las actuaciones en el medio escolar dirigidas al fomento del **consumo de frutas y hortalizas, desayunos saludables**, y adecuación de los menús de los **comedores escolares**. Extender estas intervenciones a otros entornos educativos (como los centros de formación profesional, universidades o escuelas de adultos)

5.4.5. Impulsar programas y actuaciones de manera integrada y fuera del horario lectivo, que promuevan la **actividad física en el ámbito educativo**

5.4.6. Impulsar la participación de los centros docentes en programas de **prevención del consumo de drogas** (tabaco, alcohol y otras) adaptados a las necesidades y riesgos presentes en la población adolescente y juvenil.

5.4.7. Elaborar y difundir **materiales didácticos** de apoyo a la educación para la salud en el entorno escolar.

5.4.8. Establecer las medidas necesarias para atender a los niños y niñas escolarizados con **necesidades especiales de salud**, de manera coordinada con la conselleria con competencias en educación.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Número de centros docentes en la Red de Escuelas Promotoras de Salud de la Comunidad Valenciana	0	↑	DGSP
Prevalencia de consumo de dos o más frutas/día en población de 1-14 años.	44% (2010)	↑	DGSP ESCV
Prevalencia de consumo de dos o más verduras/día en población de 1-14 años.	14% (2010)	↑	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIOS			
Nº centros docentes con intervenciones educativas para la prevención/disminución del consumo de tabaco			DGSP

5.5. Apostar por un entorno medioambiental favorecedor de la salud

Análisis de la situación

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de una cuarta parte del conjunto de las enfermedades para la población general (la tercera parte en el caso de los niños) y el 23% de la mortalidad prematura a escala mundial se puede atribuir a factores ambientales.

El primer ciclo de la **Estrategia de Medio Ambiente y Salud de la Unión Europea** (Iniciativa SCALE), orientada hacia la infancia, se ha desarrollado a través del Plan de acción de medio ambiente y salud (2004-2010), que selecciona como prioritarias las enfermedades respiratorias, los trastornos neurológicos del desarrollo, el cáncer y los alteradores endocrinos.

La quinta y última de Conferencia Ministerial de Medio Ambiente y Salud de la OMS, celebrada en 2010, ha derivado en la **Declaración de Parma**. Cada país participante se ha comprometido a llevar a cabo programas nacionales que garanticen que en 2020 cada niño tendrá acceso a unas condiciones de vida saludables, luchando contra las consecuencias perjudiciales para la salud del cambio climático.

El **Séptimo Programa Ambiental de la Unión Europea** (2013-2020): «Vivir bien, respetando los límites de nuestro planeta» establece nueve objetivos prioritarios para proteger a los ciudadanos de la UE de las presiones y riesgos medioambientales para la salud y el bienestar. Para lograr este objetivo se establece que para 2020 debe garantizarse que:

- La contaminación acústica disminuya considerablemente a los niveles recomendados por la OMS
- Los ciudadanos disfruten de normas elevadas de calidad del agua potable y de baño
- Se controlen los efectos combinados de los productos químicos y los problemas de seguridad que plantean los alteradores endocrinos, y se evalúen y minimicen los riesgos para el medio ambiente y la salud asociados al uso de sustancias peligrosas, incluidas las sustancias químicas presentes en productos
- El uso de plaguicidas no cause efectos perjudiciales para la salud de las personas o influya de forma inaceptable para el medio ambiente y se utilicen estos productos de forma sostenible
- Se controlen adecuadamente los problemas de seguridad relacionados con los nanomateriales, aplicando un planteamiento coherente entre distintos ámbitos legislativos
- Se hayan realizado avances decisivos en materia de adaptación a los impactos del cambio climático

Por otra parte, entre los objetivos del **III Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud** se establecer la necesidad de proteger a la ciudadanía de las amenazas transfronterizas graves para la salud. En este sentido, entre las prioridades temáticas se hace referencia a los ámbitos de las enfermedades transmisibles y otras amenazas para la salud, incluidas las producidas por agentes biológicos y químicos, así como por el cambio climático y el medio ambiente.

Cambio climático

El aumento de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las temperaturas extremas es uno de los efectos directos del cambio climático constatados y que presenta un mayor impacto en determinados grupos de población biológicamente más vulnerables como las mujeres embarazadas, niños y ancianos. Siendo la costa mediterránea una zona vulnerable a los efectos del cambio climático, en la Comunitat Valenciana se está llevando a cabo el *Programa de Prevención*

y Atención a los Problemas de Salud derivados de las Temperaturas Extremas (Ola de Calor) que funciona de junio a octubre. Su objetivo principal es prevenir, minimizar y atender los problemas de salud que pueden causar las temperaturas extremas en la población.

Respecto a la protección de la piel frente a los rayos solares, el 41,6% de la población (31,2% en hombres y 51,6% en mujeres) se protege siempre al realizar actividades de ocio o trabajos al aire libre. Esta medida preventiva disminuye con la edad (el 42,9% los jóvenes de 16 a 24 años mientras que la población de 65 a 74 años es el 29,5% y el 18,5% en el grupo de 75 a 84 años), aumenta con el nivel de estudios (la utilizan siempre el 19,8% de la población sin estudios y el 57,9% de la población universitaria) y con la clase social (el 50,2% de la población de clase I y el 36,6% en la clase V) según datos de la encuesta de salud de la comunidad valenciana de 2010.

Además del desarrollo de actuaciones de adaptación, desde la estructura sanitaria frente a los efectos esperados en la salud del cambio climático, el sector salud puede contribuir a la reducción de la huella de carbono derivada de su actividad. En este sentido, destaca la iniciativa “Red Global de Hospitales Verdes y saludables” que propone transformar el sector de cuidado de la salud para que sea ecológicamente sostenible. El hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva se ha adherido a esta red internacional potenciando y mejorando el uso del transporte público compartido, que incluye tanto a pacientes como a profesionales, con el objetivo fundamental de reducir el uso del transporte privado. Persigue como meta evitar inversiones en ampliaciones de aparcamiento que deterioren el entorno medioambiental, reducir las emisiones de dióxido de carbono y contaminación ambiental, disminuir los gastos personales, evitar esperas a la hora de acceder al centro sanitario y mejorar de forma colectiva, la salud ambiental.

Aire interior

De manera general las personas permanecen alrededor del 85% de su tiempo diario en recintos interiores. Es conocido que los contaminantes atmosféricos sean de origen físico, químico o biológico, presentes en el aire de interiores producen efectos sobre la salud de los ocupantes de los mismos, incluso para algunos de estos contaminantes, las concentraciones son habitualmente superiores a las presentes en aire exterior. Mientras existe una compleja y extensa legislación para vigilar la calidad del aire ambiente, no hay una legislación paralela para la protección de la salud de los ocupantes de los ambientes interiores. (A pesar de que la Ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera, no excluye de su ámbito de aplicación al aire de interiores.) La OMS en 2010 publicó las Guías para calidad del aire interior: contaminantes seleccionados, que presenta directrices para la protección de la salud pública de riesgos derivados de contaminantes presentes en el aire de interiores, entre los que se incluyen cancerígenos como el radón y el benceno.

Químicos

La población infantil resulta especialmente vulnerable a las agresiones externas, dado que su organismo se encuentra en pleno desarrollo. La susceptibilidad a los productos tóxicos es importante durante ciertos periodos de desarrollo y el impacto de la exposición precoz puede conducir a déficit funcional, enfermedades crónicas y el desarrollo de enfermedades a largo plazo. Por tanto, conviene proteger a los niños y a las mujeres embarazadas o en edad de procrear de los riesgos derivados de la exposición a productos químicos y llevar a cabo una mejor gestión de los riesgos derivados de los alteradores endocrinos.

Evaluación de impacto en salud

La Ley 10/2014, de Salud, de la Comunitat Valenciana, establece que la Generalitat someterá a evaluación del impacto en salud las normas, planes, programas y proyectos, que se establezcan reglamentariamente, que afecten significativamente a la salud.

En el momento actual, desde la Sección de Sanidad Ambiental, se elaboran evaluaciones de impacto en salud para instalaciones de crematorios, para dar respuesta al informe de salud

pública, con especial referencia a la sanidad ambiental, contemplado en el actual Reglamento de policía sanitaria mortuoria de la Comunitat Valenciana.

Urbanismo

Cerca del 73% de la población europea vive en ciudades, y se espera que este porcentaje alcance el 82% en 2050. La relación entre la salud y el entorno en el que viven las personas es reconocida en el ámbito internacional y presenta impactos directos y otros mucho menos obvios. Así, muchos entornos urbanos fomentan estilos de vida sedentarios y contribuyen a problemas importantes de salud como la obesidad o las enfermedades cardiovasculares. Estos mismos entornos promueven la dependencia de los vehículos, con impacto medioambiental, como la contaminación atmosférica, el cambio climático y el incremento del ruido ambiental. El impacto también puede ser menos obvio, como la influencia del transporte urbano sobre el aislamiento y la cohesión social.

Objetivo 5.5

Apostar por un entorno medioambiental favorecedor de la salud

IVigilar y contribuir al control de los problemas para la salud derivados del **cambio climático**, la **globalización** y las **condiciones ambientales**.

Acciones

5.5.1. Disponer de protocolos de actuación frente a **eventos extremos**: ola de calor, frío intenso, inundaciones, incendios forestales y contaminación atmosférica.

5.5.2. Comprometer el sistema de salud de la Comunitat Valenciana con el **desarrollo sostenible**, promoviendo que sus centros y servicios sean modelos de eficiencia ambiental y de consumo de productos de cercanía y de promoción de hábitos respetuosos con el medio ambiente en sus trabajadores.

5.5.3. Contribuir a la evaluación del impacto en la salud de la población de la **contaminación atmosférica** y a la promoción de las medidas necesarias para la reducción y control del problema.

5.5.4. Evaluar la exposición a **radón** y la magnitud del problema en la Comunitat Valenciana, identificando las zonas con mayor riesgo.

5.5.5. Controlar la calidad sanitaria de las **aguas de consumo público** y contribuir a la mejora continua de los controles y estándares sanitarios.

5.5.6. Evitar el uso de **biocidas o fitosanitarios de síntesis en espacios públicos**, especialmente en los frecuentados por población infantil, promoviendo la utilización de métodos naturales de lucha contra plagas y de control de hierbas que no utilicen sustancias químicas tóxicas, como los propuestos en el Reglamento (CE) del Consejo, de 28 de junio de 2007, sobre producción y etiquetado de los productos ecológicos.

5.5.7. Disminuir el uso de fitosanitarios de síntesis y de fertilizantes en las zonas vulnerables de acuíferos contaminados por nitratos y herbicidas, sobre todo en aquellas comarcas en las cuales las aguas de consumo humano sobrepasan los límites legales de estas sustancias. Potenciar el uso de técnicas de producción más respetuosas con la salud de las personas y el medio natural.

5.5.8. Incorporar en los informes de vigilancia de salud pública la información científica disponible sobre **contaminación interna de la población** de la Comunitat Valenciana y sus tendencias.

5.5.9. Avanzar en el conocimiento de la distribución de las diferentes **especies y serogrupos de la bacteria Legionella** en la Comunitat Valenciana.

5.5.10. Fomentar el uso de **protección frente a la radiación solar** en toda la población y, particularmente en la de piel, cabellos y ojos claros.

5.5.11. Promover la **movilidad sostenible**, fomentando y facilitando el transporte colectivo y el uso de la bicicleta o caminar en los desplazamientos cortos.

5.5.12. Desarrollar actividades de **información, formación y asesoramiento** sobre las cuestiones relacionadas con la salud y el medio ambiente a los agentes de interés (ciudadanos y colectivos sociales, responsables municipales, empresas y técnicos de sanidad ambiental).

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Número de protocolos de actuación sobre eventos meteorológicos extremos aprobados y actualizados	2*	5**	DGSP
Número de hospitales adheridos a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables	1	↑	DGSP
Elaboración del informe sobre niveles de exposición a radón y zonas de mayor riesgo	-	Elaborado	DGSP
Número de ayuntamientos que cumplen las recomendaciones de buenas prácticas de tratamiento con plaguicidas en parques y jardines públicos.	-	↑	DGSP
% de población ≥16 años que utiliza protección frente a la radiación solar al realizar actividades de ocio o trabajo al aire libre	Total: 41,6% Hombres: 31,2% Mujeres: 51,6% (2010)	↑	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIOS			
Kilómetros de carril-bici por 10.000 habitantes			Censo Nacional de Instalaciones Deportivas

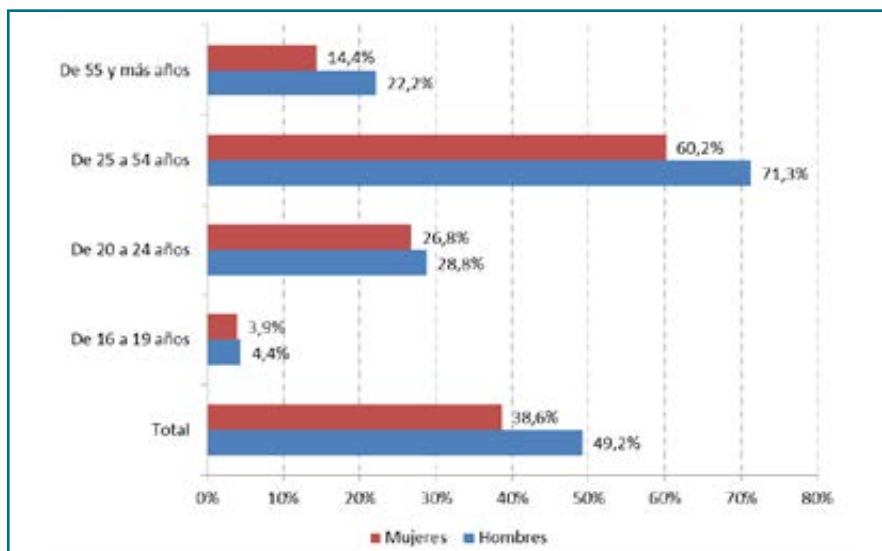
* Temperaturas extremas: ola de calor y frío intenso. **Inundaciones, incendios forestales y contaminación atmosférica

5.6. Impulsar un entorno laboral saludable

Análisis de la situación

Según los datos de la Encuesta de Población Activa, en 2014, la tasa global de actividad en la CV se situó en un 59,0%, siendo superior en los hombres (65,6%) que en las mujeres (52,7%), cifras similares a las del conjunto de España. En el periodo 2008-2014, el porcentaje de ocupados respecto a la población total (tasa de empleo) disminuyó 9,8 puntos, situándose en un 49,2% en el caso de los hombres y un 38,6% en las mujeres.

Tasa de empleo según sexo y grupo de edad. Comunitat Valenciana, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística

En la CV, se produjeron un total de 35.089 accidentes con baja en jornada de trabajo a lo largo del año 2014. De ellos, 265 fueron graves y 39 mortales. La incidencia total fue de 2.672,0 casos por 100.000 trabajadores expuestos, cifra ligeramente inferior a la obtenida en 2013. La Agricultura y la Construcción fueron los sectores económicos con mayor incidencia de accidentes en jornada de trabajo. En el mismo periodo, se registraron 5.446 accidentes con baja in itinere (12 mortales y 69 graves), lo que supuso una incidencia de 414,7 casos por 100.000 trabajadores expuestos.

Respecto a las enfermedades profesionales, se comunicaron un total de 2.297 partes. La mayoría de ellas causadas por agentes físicos, destacando las provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo. La incidencia de enfermedades profesionales alcanzó los 174,9 casos por 100.000 trabajadores expuestos, un 39,3% superior a la del año anterior. Por sectores económicos, se observa una mayor incidencia en la Industria.

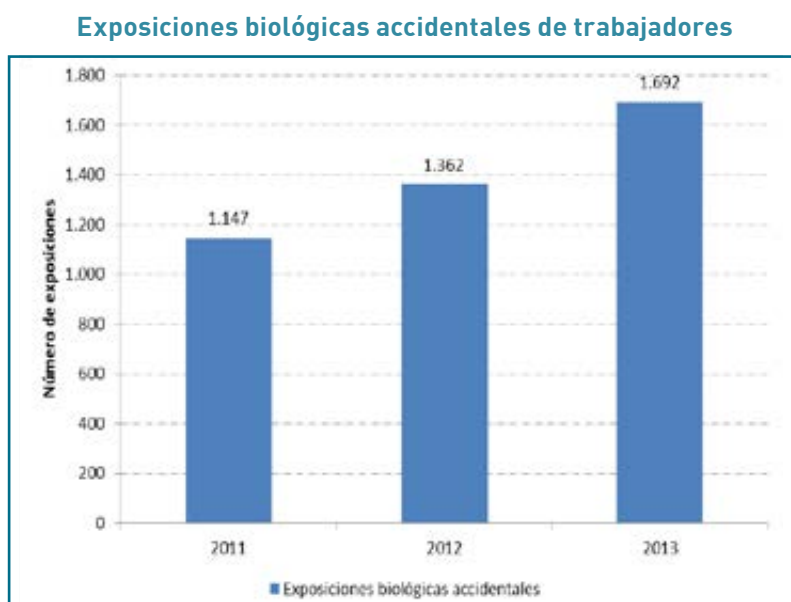
El estrés laboral constituye un riesgo para la salud de los trabajadores. La ENSE 2011-12 incorpora una pregunta sobre el nivel de estrés en el trabajo, que es medido a través de una escala de valoración de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante). Los resultados para la CV muestran una puntuación media de 3,9, tanto para hombres como para mujeres. El 22,7% de los encuestados puntuaban con los valores más altos de la escala (6 ó 7), percibiendo su trabajo como muy estresante.

Con la finalidad de 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, se elaboró una “Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud para trabajadores/as

expuestos a factores de riesgo psicosocial”: Protocolo PSICOVS.2012, aunque no se tienen datos de los exámenes realizados aplicando los criterios de esta guía.

También se han elaborado las **Guías para la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores (VST)** específicas **de Administración** (ganadora del 2º premio de la XIII Edición de los Premios de Investigación y Estudios en Prevención de Riesgos Laborales (CSIF 2011) y **de Agricultura** (elaborada junto a los Ministerios de Sanidad y de Empleo, organizaciones empresariales y sindicales). Éstas contienen un documento de intercambio de información sanitaria sobre la VST, en el que se recoge información relativa a los exámenes de salud que se le han realizado al trabajador, por el/los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de la/las empresas donde ha trabajado. A través de este documento se pretende que a un mismo trabajador no se le repitan exámenes de salud que se le hayan realizado recientemente, si el SPRL responsable de realizar el nuevo examen de salud no lo considera necesario, en todo o en parte, por disponer de información suficiente proveniente del SPRL anterior.

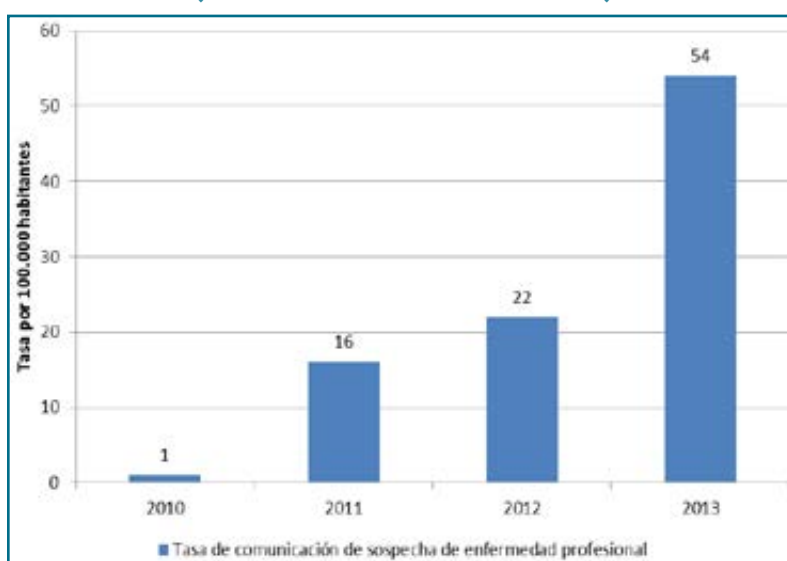
También se ha impulsado la **prevención de los accidentes biológicos en trabajadores sanitarios** e implantado el Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA), para la notificación de las exposiciones laborales accidentales a riesgo biológico. En la gráfica siguiente se muestra las exposiciones biológicas accidentales de trabajadores para cuyo tratamiento y seguimiento se utilizó la aplicación REBA.



Fuente: REBA. DGSP Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Se han elaborado **protocolos para la identificación del origen laboral de las enfermedades musculoesqueléticas**. Estos protocolos se han incluido en el documento “Criterios consensuados para la comunicación de sospechas y determinación de enfermedades profesionales en el marco del SISVEL”. La comunicación de sospechas de enfermedades profesionales a través del SISVEL (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral) se implantó en julio de 2010 de manera piloto en 19 centros de salud. En febrero de 2011 se amplió a toda la red de atención primaria. En la gráfica siguiente se muestra la Tasa de comunicación de sospecha de enfermedad profesional por 10⁵ habitantes.

Tasa de comunicación de sospecha de enfermedad profesional
(enfermedades osteomusculares)



Fuente: SISVEL DGSP Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Objetivo 5.6

Impulsar un entorno laboral saludable

Proteger y promover la salud de las **personas trabajadoras** y mejorar la prevención de las enfermedades y accidentes de origen laboral.

Acciones

5.6.1. Promover los programas de bienestar en el trabajo y las buenas prácticas en materia de **prevención y promoción** de la salud de los trabajadores.

5.6.2. Llevar a cabo la vigilancia y el control sanitario de los **productos químicos** fabricados, manipulados, utilizados y/o comercializados en las empresas de la Comunitat Valenciana

5.6.3. Promover la prevención y detección precoz de los problemas de salud derivados de los **riesgos laborales** y las actuaciones sobre **colectivos específicos** vulnerables (mujeres trabajadoras, trabajadores autónomos, jóvenes, trabajadores especialmente sensibles, inmigrantes personas con diversidad funcional, desempleados de larga duración).

5.6.4. Consolidar y potenciar el **sistema de información** sanitaria y **vigilancia epidemiológica laboral** SISVEL en todos los niveles asistenciales, con especial atención a mejorar la detección precoz de enfermedades respiratorias y cáncer profesional.

5.6.5. Mejorar los **sistemas y circuitos de comunicación** entre el sistema sanitario, los servicios de prevención de riesgos laborales, las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y la Administración laboral y de la Seguridad Social para la prevención, diagnóstico, atención y reconocimientos del daño laboral.

5.6.6. Promover la **formación y capacitación** del personal sanitario para la identificación del daño de origen laboral.

5.6.7. Potenciar los **apoyos para personas cuidadoras** con menores o personas dependientes a su cargo, en materia de permisos que permitan la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

5.6.8. Promover acciones dirigidas a la preparación para la **jubilación y el envejecimiento activo** de las personas trabajadoras.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Número de empresas adheridas a la Red de Empresas Generadoras de Salud	259 (2014)	↑	DGSP SISVEL
Incidencia de enfermedades profesionales	174,9 x 10 ⁵ (2014)	Mejorar declaración	INVASSAT CEPROSS
Prevalencia de trabajadores que perciben de la actividad laboral como un riesgo para la salud.	♂ 31,5% ♀ 20,9% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Incidencia de accidentes de trabajo	414,7 x 10 ⁵ (2014)	↓	INVASSAT DELTA
Tasa de casos de sospecha de enfermedades musculoesqueléticas de origen laboral comunicados x 10 ⁵	72,24 x 10 ⁵ (2014)	↑	DGSP SISVEL
Tasa de casos de sospecha de enfermedades respiratorias de origen laboral comunicados x 10 ⁵	3,31 x 10 ⁵ (2014)	↑	DGSP SISVEL
Tasa de casos de sospecha de cáncer de origen laboral comunicados x 10 ⁵	0,91 x 10 ⁵ (2014)	↑	DGSP SISVEL
COMPLEMENTARIOS			
% de historias de AP en adultos (25 -64 años) con registro de la situación laboral y la ocupación			ABUCASIS
Incidencia de enfermedades no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo			DGSP PANOTRATSS
Número de alertas investigadas por deficiencias en relación con el riesgo derivado de la presencia de productos químicos			DGSP
% Número de exámenes de vigilancia de la salud a personas trabajadoras en los que se aplica la guía de riesgo psicosocial			DGSP SISVEL

5.7. Apoyar los activos para la salud propios de la Comunitat Valenciana

Análisis de la situación

El enfoque de la salud positiva centra la atención en el origen de la salud, es decir, en aquello que hace que las personas y las comunidades mejoren su nivel de salud, y no en las causas de la enfermedad. Desde este punto de vista, el concepto de **activos para la salud** abarca cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y bienestar.

En la Comunitat Valenciana, existen algunas iniciativas de intervención comunitaria que incorporan este enfoque de salud positiva. El **Proyecto RIU del Departamento de Salud de La Ribera**, en marcha desde 2008, está dirigido a la promoción de la salud y el acceso a los servicios sanitarios y programas preventivos en poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Una de sus acciones es la realización de un mapa de activos en salud con el objetivo de conectar y dinamizar los activos identificados para dar respuesta a las necesidades del barrio, diseñando intervenciones con la participación conjunta de la población y profesionales.

En la ciudad de Valencia, desde **MIHSALUD**, también se ha realizado un mapa de activos para la salud y la convivencia, tres concursos de fotografías y una exposición itinerante de una selección de fotos sobre activos, dirigida a que las asociaciones incorporen esta perspectiva. La exposición ha circulado por 12 asociaciones de la ciudad.

La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, en el capítulo III, contempla la creación y fomento de **redes de promoción de la salud** como un instrumento de intercambio de conocimientos y experiencias realizadas en distintos ámbitos.

La **Red Española de Ciudades Saludables (RECS)**, nace en 1988 en la Federación Española de Municipios y Provincias, dentro del proyecto europeo de Ciudades Saludables, cuyo objetivo es la salud y el desarrollo sostenible, en el nivel local, según la estrategia Salud para Todos. En la actualidad forman parte de ella 17 municipios de la Comunitat Valenciana.

La **Red de Escuelas para la Salud en Europa (Red SHE)**, tiene una larga historia como Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, y ha demostrado su progreso en el establecimiento de la promoción para la salud, como parte del trabajo en las escuelas, en un gran número de países, basándose en la contribución de la evidencia.

La **Red Española de Universidades Saludables (REUS)** se creó en 2008 con el objeto de fortalecer el papel de las Universidades como entidades promotoras de la salud de la comunidad universitaria en particular y la sociedad en general. En 2014 todas las universidades públicas, así como la estructura de salud pública de la Comunitat Valenciana están adheridas a esta red estatal.

Objetivo 5.7

Apoyar los activos para la salud propios de la Comunitat Valenciana

Incorporar el enfoque de la **salud positiva** y los **activos para la salud**, como mirada complementaria a la identificación de riesgos de enfermar, reforzando las fortalezas individuales y utilizando las oportunidades del entorno para conseguir resultados positivos en salud.

Acciones

5.7.1. Potenciar la realización de **mapas de activos** en el diagnóstico de salud para identificar los factores o recursos que potencien la capacidad de las personas y comunidades para mantener la salud y el bienestar.

5.7.2. Impulsar la realización de **intervenciones** basadas en la conexión y potenciación de activos para la salud con la **participación de la propia comunidad**.

5.7.3. Proporcionar **formación** a profesionales y ciudadanía sobre el enfoque de salud positiva y activos para la salud.

5.7.4. Poner en valor las **características** geográficas, culturales y climatológicas **propias de la Comunitat Valenciana** y los beneficios de su disfrute y aprovechamiento sobre la salud y bienestar de la ciudadanía, como dieta mediterránea, huertos urbanos, paseos, deporte y actividades al aire libre o espacios y parques naturales.

5.7.5. Reconocer y colaborar con el **voluntariado** y las iniciativas de **grupos de apoyo informal** en el ámbito de la promoción de la salud, como por ejemplo madres que apoyan a otras madres en la crianza y la lactancia, vecinas y vecinos que se apoyan unos a otros, pacientes activos que apoyan a otros pacientes o asociaciones que ofrecen ayuda y apoyo.

5.7.6. Desarrollar un programa de **espacios públicos amigos de la salud** (PepaS) desde la administración, que sean generadores y modelo de actividades de promoción de salud en su entorno.

5.7.7. Apoyar las iniciativas de **redes de promoción de la salud** existentes en los diferentes entornos de la Comunitat: empresas, municipios, asociaciones, escuelas, universidades, hospitales.

5.7.8. Difundir **las buenas prácticas** en promoción de la salud.

Indicadores

ESENCIALES/BÁSICOS	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Número de proyectos de promoción de la salud que incorporan el mapeo de activos al análisis de situación.	-	↑	DGSP CSP
Número de intervenciones de promoción de la salud que incorporan la conexión y dinamización de activos en las acciones que se llevan a cabo.	-	↑	DGSP CSP
Número de centros públicos adheridos a PepaS	-	↑	DGSP
Departamentos con catálogos publicados y difundidos de recursos de activos para la salud	-	↑	DGSP CSP

A photograph of a person kneeling in a field of tall grass, with a dog sitting next to them. The image is overlaid with a semi-transparent blue rectangle containing the title text. The overall composition is a full-page background image.

IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Implantación

El proceso de implantación pivotará sobre dos estrategias clave:

Descentralización y adaptación de los objetivos del Plan a los Departamentos de Salud, contando con los diferentes agentes sociales, entidades locales y órganos de participación como son los consejos de salud departamentales y locales.

Alineamiento de los Acuerdos de Gestión, priorizando indicadores que midan mejoras asistenciales y en salud de la población, adaptando los indicadores anuales utilizados para evaluar la consecución de los objetivos ligados a incentivos de los profesionales, a los indicadores de evaluación del Plan de Salud.

Seguimiento y Evaluación

El Plan de Salud 2016-2020 recoge en su planteamiento los **compromisos** adquiridos por el actual **Gobierno de la Comunitat** ante la sociedad valenciana, de aplicar el principio de **Salud en Todas las Políticas (STP)**, a través de la implicación de los diferentes departamentos que conforman el Gobierno Valenciano. Por ello su seguimiento y evaluación se establece contando con:

1. Coordinación interdepartamental

Utilización de **vías de coordinación interdepartamental** en el desarrollo conjunto de políticas de alcance transversal, que afectan a la globalidad de la organización de la Generalitat y que resultan necesarias para aplicar el principio de Salud en Todas las Políticas.

El Plan de Salud será considerado en el marco de la **Comisión Delegada del Consell de Inclusión y Derechos Sociales**, constituida reglamentariamente por el Decreto 238/2015 de 29 de diciembre del Consell. Esta comisión tiene la misión de coordinar la actividad de los diferentes departamentos para la priorización y el desarrollo conjunto de políticas de inclusión social de alcance transversal, que afectan a la globalidad de la organización de la Generalitat.

También resulta especialmente innovador el impulso desde el Plan de Salud del proceso de trabajo conjunto para definir y regular el procedimiento de **Evaluación del Impacto en Salud (EIS)** de las diferentes políticas e iniciativas de sectores diferentes al de la salud. Ello lleva implícita la creación de la Comisión de EIS cuyas funciones quedarán reguladas en un decreto del Consell.

Con carácter bianual se elaborará un **informe de evaluación** de resultados del Plan de Salud que será elevado al Consell, tras su conocimiento por el Consejo de Salud de la Comunitat, poniéndose también a disposición de la ciudadanía.

2. Órganos de Participación

El **Consejo de Salud** de la Comunitat Valenciana, así como los departamentales y locales constituyen órganos de participación ciudadana fundamentales en la revisión, validación y adaptación de las propuestas del Plan de Salud en su ámbito territorial. Su composición y funciones se establecerán reglamentariamente en la normativa específica.

Comisión Asesora del Plan de Salud. Para el seguimiento y evaluación del Plan de Salud, se contará con el apoyo y asesoramiento mantenido de un **grupo multidisciplinar de expertos** con reconocido prestigio e independencia. El nombramiento de las personas que formen parte de dicha comisión, lo efectuará la persona titular de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Su función se centrará en aportar conocimiento sobre experiencias, estudios específicos, proyectos de investigación y publicaciones en su ámbito que puedan vincularse a los objetivos y acciones del Plan de Salud y que aporten información complementaria para facilitar su seguimiento y evaluación.

3. Comité de Seguimiento

Presidido por la persona titular de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y con representación de los diferentes organismos que la integran. Se apoyará en un equipo técnico presidido por la persona titular de la Dirección General de Salud Pública. Sus funciones serán:

- Coordinar la difusión e implantación del Plan de Salud
- Colaborar en el desarrollo de estrategias, proyectos y programas que se desprendan del Plan de Salud
- Concretar la situación basal y la meta a alcanzar de los diferentes indicadores propuestos para evaluar los objetivos del plan
- Procurar la alineación de sus objetivos con los planteados en los acuerdos de gestión del Servicio Valenciano de Salud, así como con los distintos programas y estrategias de salud
- Evaluar el grado de consecución de los objetivos desde la doble perspectiva del análisis cuantitativo que proporciona la medición de los indicadores previstos, así como de la valoración a través de la aplicación de metodología cualitativa. El objetivo es implicar en el proceso de evaluación a los diferentes agentes sociales
- Elaborar informes periódicos de seguimiento del Plan, que se compartirán y completarán con las aportaciones de los órganos de participación y de coordinación interdepartamental, poniéndose finalmente a disposición de la ciudadanía

Recursos financieros

El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana es un plan estratégico de la Generalitat Valenciana cuyas propuestas se dirigen a la mejora de la salud y el bienestar de la población que reside en nuestra Comunidad.

El alcance de sus objetivos **trasciende a la organización y ámbito de intervención de los servicios sanitarios**, lo que hace necesaria la implicación y responsabilización del conjunto de las administraciones públicas, entidades y organizaciones sociales que operan sobre nuestro territorio. En este sentido, el compromiso y participación de todas ellas resultan esenciales para el desarrollo de aquellas líneas estratégicas que persiguen promover la salud en las diferentes etapas y entornos de la vida y fortalecer la equidad y reducir las desigualdades en salud.

En el marco temporal 2016-2020, las líneas estratégicas y las acciones previstas en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana serán efectuadas con los recursos financieros disponibles en los **diferentes presupuestos de las administraciones y organismos públicos** vinculadas a las mismas de la **Generalitat Valenciana**, conforme a lo establecido en la ley orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

No obstante lo anterior, se estima conveniente que un primer análisis del grado de consistencia entre las prioridades expuestas en el Plan de Salud y la acción de gobierno de la Generalitat debe partir del estudio comparado entre aquellas y los **objetivos y actuaciones de gasto previstas en los diferentes presupuestos anuales** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Para ello, se incluye en el anexo 4 una tabla en la que puede observarse la correspondencia entre las líneas estratégicas y objetivos del Plan de Salud 2016-2020 y los objetivos previstos por programas presupuestarios en el Presupuesto del ejercicio 2016 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. De la información expuesta se infiere un elevado grado de correspondencia entre los objetivos definidos en los dos documentos programáticos, si bien se han detectado diferentes propuestas relativas a la Líneas Estratégicas 1 y 2 del Plan de Salud cuyo grado de concreción en los objetivos presupuestarios debería ser mayor a lo largo de los siguientes ejercicios, fundamentalmente en lo relativo a las patologías más prevalentes y al impulso de la investigación ligada a los objetivos del Plan de Salud.



ANEXOS

1. Principales referencias bibliográficas

Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MT, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets-the way ahead: a proposed research agenda. J Epidemiol Community Health. 2015; 26: doi: 10.1136/jech-2014-205096.

Aldarz Herce P, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, et al Grupo de Expertos del PAPPs. Prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria. 2014; 46 (Supl 4):42-58.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996;11:11-18.

Bauer G, Davies JK, Pelikan J and on behalf of the Euhpid Theory Working Group and the Euhpid Consortium. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. Health Promot Int. 2006;21:153-9.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Ginebra, 1986.

Centro Nacional de Sanidad Ambiental. Instituto de Salud Carlos III. Informe base para la elaboración del Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2007.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>.

Commission staff working document. Implementation report on the Commission Communication on a European initiative Alzheimer's disease and other dementias. SWD (2014) 321 final..

Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones relativa a un marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020. COM (2014) 332 final.

Conselleria de Infraestructuras, Territorio y Medio Ambiente. Estrategia Valenciana ante el Cambio Climático, 2013-2020. Mitigación y Adaptación. Valencia: Generalitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. Control Básico del Embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para Profesionales Sanitarios. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2002.

Conselleria de Sanitat. Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2006.

Conselleria de Sanitat. Guía básica para la Prevención de Riesgos Laborales durante el embarazo y la lactancia. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2006.

Conselleria de Sanitat. Estrategia para la Atención del Parto Normal en la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2009.

Conselleria de Sanitat. Plan Integral de Cuidados Paliativos en la Comunitat Valenciana 2010-2013. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2010. Serie PE nº 23.

Conselleria de Sanitat. Plan de Salud en EPOC de la Comunitat Valenciana, 2010-2014. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2010. Serie PE nº 24.

Conselleria de Sanitat. Plan de Atención del Ictus en la Comunitat Valenciana (2011-2015). Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2011.

Conselleria de Sanitat. Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana 2011-2014. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2011. Serie PE nº 26.

Conselleria de Sanitat. Plan de actuación para la Reperusión en el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST “Código Infarto”. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. Diagnóstico Prenatal en la Comunitat Valenciana. Manual para profesionales. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. Estrategia de Envejecimiento Activo de la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014.

Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención a Pacientes Crónicos en la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014. Serie PE nº 27.

Conselleria de Sanitat. Criterios para la Comunicación de Sospechas y determinación de posibles Enfermedades Profesionales. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Decisión Nº 1386/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 relativa al Programa General de Acción de la Unión en materia de Medio Ambiente hasta 2020 «Vivir bien, respetando los límites de nuestro planeta». (Diario Oficial de la Unión Europea, 28-12-2013).

Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Adelaida: Organización Mundial de la Salud; 2010.

Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>.

Dementia in Europe. Yearbook 2014. National care pathways for people with dementia living at home. Disponible en: <http://www.alzheimer-europe.org/>.

Escribà Agüir V, Royo Marqués M, Mas Pons R, Fullana Montoro A, Moreno Alonso MP. Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA). 3ª ed. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2009. 84p.

Freiler A, Muntaner C, Shankardass K et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). J Epidemiol Community Health. 2013;67:1068-72.

González Bueno G y Bello A. La Infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un pacto de Estado por la infancia. Madrid: UNICEF Comité Español; 2014.

Grupo Previnfad: Julia Colomer, Olga Cortés, Juan J. Delgado. Manual de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia. Recomendaciones PREVINFAD. Segunda edición. Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.; 2011.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.

Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencias de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S):6-13.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.

Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare; 1974.

Lazdane G, Avery L. SRH and rights, well-being and equity for all. European Magazine for Sexual and Reproductive Health Entre Nous 2015;85:8-11.

LeFevre ML, Siu AL, Bibbins-Domingo K and on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Risk Factors: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2014; 161:587-593. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd>

Ley 33/2011 de 4 de Octubre, General de Salud Pública. (Boletín Oficial del Estado, número 240, de 05-10-2011).

Ley 10/2014 de 29 de Diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. (Boletín Oficial del Estado, número 35, de 10-02-2015).

Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012; 380:1011-29.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente; 2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>

Ministerio de Sanidad Política Social e igualdad. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Impactos del Cambio Climático en la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/2012. Actividad física, descanso y ocio. Serie Informes monográficos nº 4. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre el Sida. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Atención a las Enfermedades Neurodegenerativas/ Demencias del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (en proceso de elaboración)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Integral en estilo de vida en Atención Primaria vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Consumo. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Consumo; 2015.

Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ 2007;Suppl 2:17-22.

Morgan A. Revisiting the Asset Model: a clarification of ideas and terms. Glob Health Promot 2014; 21:3-6.

National Health Service England. Action for Diabetes (2014). NHS; 2014. Disponible en: <http://www.england.nhs.uk/>.

Organisation for Economic Cooperation and Development. Health Statistics 2014. Eurostat Statistics Database. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance: Europe 2014. OCDE Publishing; 2014. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.

Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/>

Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra:WHO;1998.

Organización Mundial de la Salud. Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas en el informe Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2003.

Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil): OMS; 2011.

Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020). Ginebra: OMS; 2013.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: www.who.int.

Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas; 2008. Disponible en: <http://ec.europa.eu/>.

Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. Guía europea de prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Esp Cardiol. 2012; 65: 937.e1-e.66.

Red Española de Universidades Saludables (REUS). [consultado el 18/12/2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>

Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman D and on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015; 163:861-868. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes>

Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman D and on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015; 163:622-634. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions1>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Actualización 2014 PAPPs. Aten Primaria. 2014; 46 (Supl 4):1-117.

Special Eurobarometer 412. "Sport and physical activity". Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/index.en.htm

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.

Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponible en: www.IHI.org

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: www.mssi.gob.es.

Subdirección General de Epidemiología. Sistema de Información en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Disponible en: <http://dgsp.san.gva.es/>.

Suplementación con yodo y ácido fólico durante el embarazo y la lactancia. Resumen y recomendaciones del taller llevado a cabo en Bilbao el 30 de octubre de 2012. Disponible en: <http://dgsp.san.gva.es/>.

The Government Office for Science. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report – Executive summary. London: The Government Office for Science. 2008. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.pdf.

UCL Institute of Health Equity. Department of Epidemiology & Public Health. Working for Health Equity: The Role of Health Professionals. London: University College of London; 2013.

United Health Foundation. America's Health Rankings 2014. Disponible en: www.americashealthrankings.org.

U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2014. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/tools-and-resources-for-better-preventive-care>

World Health Organization Regional Office for Europe. Parma Declaration on Environment and Health. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health "Protecting children's health in a changing environment". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

World Health Organization. WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases (2013-2020). Geneva: WHO; 2013.

World Health Organization. Global status report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organization. Health in all Policies: training manual. Geneva: WHO; 2015.

World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: WHO; 2016.

World Health Organization Regional Office for Europe. The European Health Report 2012. Charting the way to well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

World Health Organization Regional Office for Europe. Who European Healthy Cities Network Phase VI (2014-2018). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020 targets, indicators and monitoring framework. WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int>.

World Health Organization Regional Office for Europe. European Food and Nutrition Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

World Health Organization Regional Office for Europe. The case for investing in public health. Denmark: WHO;2014.

World Health Organization Regional Office for Europe. The European Health Report 2015. Targets and beyond-reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

2. III Plan de Salud: grado de consecución de las líneas estratégicas

LÍNEAS ESTRATÉGICAS		NÚMERO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS					Grado de Consecución de la Línea
		Total	Evalutados	Conseguido	Parcialmente conseguido	No Conseguido	
D	Responsabilizarse cada paciente de su salud	8	8	6	2	0	A
E	Conseguir los mejores niveles de capacitación	7	7	2	5	0	B
F	Conseguir mejores oportunidades de vida sana	29	28	7	20	1	B
G	Construir compromisos por la salud	4	4	1	3	0	B
H	Contribuir a un entorno más saludable	2	2	1	1	0	A
I	Mejorar la sostenibilidad	4	4	1	1	2	D
J	Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes	22	21	7	11	3	D
K	Priorizar los grupos vulnerables	8	8	2	5	1	B
L	Realizar procesos excelentes en educación en salud	5	5	3	1	1	B
M	Incorporar al profesional en la estrategia de salud	13	13	4	8	1	B
N	Vigilar la salud y la equidad	11	11	6	4	1	B
O	Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud	8	8	2	6	0	B
P	Conocer y gestionar los costes con eficiencia	3	3	0	2	1	C
Q	Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud	2	2	1	1	0	A
R	Desarrollar formas en salud más eficientes	4	4	2	1	1	C
S	Formar a los profesionales	6	6	3	3	0	A
T	Desarrollar las TICs y la e-salud como elemento estratégico	18	18	4	8	6	C
U	Construir los canales de intersectorialidad	2	2	0	2	0	B
V	Diseñar servicios eficientes	5	5	2	2	1	B
A	Satisfacción	1	1		1		B
C	Sostenibilidad	1	1	1			B
B	SALUD	163	161	55	87	19	B

3. Resumen de la priorización realizada en la consulta Metaplan y Delphi

LÍNEA 1. INNOVACIÓN, REORIENTACIÓN Y REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PARA ASEGURAR LA MÁXIMA CALIDAD Y LA MEJOR VALORACIÓN PERCIBIDA POR LOS Y LAS PACIENTES

Objetivo 1.1.	Colectivo					
Reorientar recursos a la atención primaria	TCS	OC-A	DS	P-SC	C-P	
Mayor coordinación especializada-primaria	TCS		DS	P-SC	C-P	
Fomentar el trabajo comunitario colaborando AP y salud pública	TCS		DS			
Mayor coordinación sociosanitaria	TCS		DS	P-SC	C-P	
Establecer procesos asistenciales integrados	TCS		DS	P-SC		
Potenciar el uso de guías clínicas basadas en la evidencia	TCS		DS	P-SC		
Sectorización unidades de referencia en hospitales	TCS		DS	P-SC		
Promover la hospitalización a domicilio	TCS		DS	P-SC	C-P	
Promover la cirugía ambulatoria	TCS		DS	P-SC	C-P	
Fomentar asistencia por equipos multidisciplinares						C-P
Objetivo 1.2.	Colectivo					
La sostenibilidad del sistema sanitario público como principio fundamental del Plan de Salud.	TCS	OC AL	DS	P-SC	C-P	
Uso racional de los medicamentos: herramientas de apoyo.	TCS		DS		C-P	
Promover la prescripción razonada de medicamentos en función de su utilidad.	TCS		DS			
Maximizar la búsqueda de eficiencia en las decisiones: compra de tecnologías, programas, actuaciones.	TCS		DS	P-SC		
Analizar el coste-efectividad de las prestaciones sanitarias.	TCS		DS	P-SC		
Incluir en los acuerdos de gestión cumplimiento de objetivos y resultados en salud contemplados en el Plan de Salud.	TCS		DS			
Promover un uso responsable de los recursos sanitarios.	TCS			P-SC		
Objetivo 1.3.	Colectivo					
Potenciar el uso de guías clínicas basadas en la evidencia.	TCS		DS	P-SC		
Garantizar tiempos máximos de demora en lista de espera,	TCS		DS	P-SC	C-P	
Seguridad del paciente como valor fundamental del Plan de Salud.	TCS	OC AL	DS	P-SC	C-P	
Calidad de la atención como valor fundamental del Plan de Salud.	TCS	OC AL	DS	P-SC	C-P	
Objetivo 1.4.	Colectivo					
Asegurar calidad de bases de datos y sistemas de información (SI).	TCS		DS	P-SC		
Integrar los actuales SI entre niveles y modelos organizativos: historia clínica única.	TCS		DS	P-SC		
indicadores asistenciales de las enfermedades más prevalentes por centro asistencial y departamento.	TCS		DS	P-SC		
Potenciar la comunicación entre profesionales y/o pacientes a través de las TICs.				P-SC		

Difundir resultados de la actividad sanitaria de los departamentos a la ciudadanía.	TCS	DS	P-SC	
Analizar y difundir resultados sobre determinantes sociales de salud.	TCS	DS	P-SC	
Definir objetivos y actuaciones en los departamentos de salud, vinculados a los que establece el Plan de Salud.		DS	P-SC	C-P
Ofrecer periódicamente información de resultados del Plan de Salud a profesionales y ciudadanía.		DS	P-SC	C-P
Plan estratégico de comunicación en salud: web institucional, medios, mensajes de salud usando TICs, redes sociales.	TCS	DS	P-SC	C-P
Objetivo 1.5.		Colectivo		
Participación e implicación de los profesionales en las políticas de salud.	TCS	DS	P-SC	
Potenciar nuevos perfiles profesionales.	TCS	DS	P-SC	
Acercar la visión de los clínicos y de los gestores.			P-SC	
Plan de formación vinculado a los objetivos de la organización y el desarrollo de competencias.	TCS	DS	P-SC	C-P
Fomentar la investigación aplicada dirigida a la acción	TCS	DS	P-SC	
Mejorar los sistemas de incentivos a profesionales.	TCS		P-SC	
Investigación coordinada y en red para evaluar intervenciones sanitarias en las patologías más prevalentes.	TCS			
Fomentar la investigación en enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer, Parkinson...).				C-P

TCS: técnicos Conselleria Sanitat; OC-AL: técnicos de otras consellerias y administración local; DS: directivos Conselleria Sanitat; P-SC: profesionales y sociedades científicas; C-P: ciudadanía y pacientes

LÍNEA 2. ORIENTACIÓN HACIA LA CRONICIDAD Y HACIA LOS RESULTADOS EN SALUD PARA INCREMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

Objetivo 2.1	Colectivo				
Mayor atención a las enfermedades crónicas.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Promover alimentación saludable en todas las etapas de la vida.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Favorecer el abandono del tabaco.	TCS		DS		
Actuar para reducir el sobrepeso y la obesidad en adultos	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Aumentar la actividad física en todas las etapas de la vida.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Objetivo 2.2	Colectivo				
Atención integral en enfermedades cardiometabólicas.				P-SC	
Actuar para reducir el tabaquismo.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Actuar para reducir el sobrepeso y la obesidad en adultos	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Facilitar la rehabilitación cardíaca.					C-P
Objetivo 2.3	Colectivo				
Consejo genético en cáncer.	TCS		DS		
Diagnóstico precoz/cribado cáncer de colon.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Atención al cáncer infantil.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	D-P
Acciones coordinadas para una mejor atención a los supervivientes de cáncer.	TCS		DS		D-P

Integrar en el Plan de Salud los objetivos y líneas del plan específico del Cáncer.	TCS		DS		
Objetivo 2.4	Colectivo				
Mejorar la educación terapéutica en pacientes diabéticos			DS	P-SC	
Atención integral en enfermedades cardiometabólicas				P-SC	
Aumentar la actividad física en todas las etapas de la vida	TCS	OC-AL	DS	P-SC	CP
Objetivo 2.5	Colectivo				
Mayor atención a las enfermedades crónicas.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Promover procesos asistenciales integrales, mediante herramientas y recursos integrados.	TCS			P-SC	
Favorecer el abandono del tabaco.	TCS		DS		
Actuar para reducir el tabaquismo.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Objetivo 2.6	Colectivo				
Mayor atención a las enfermedades crónicas.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Enfatizar en la problemática social de los enfermos mentales con procesos más incapacitantes.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Fomento de la investigación en la enfermedad de Alzheimer.					C-P
Apoyo a las personas cuidadoras.				P-SC	C-P
Objetivo 2.7	Colectivo				
Atención a la salud mental y patologías duales. Delimitación de competencias y responsabilidades.		OC-AL			
Enfatizar en la problemática social de los enfermos mentales con procesos más incapacitantes.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Prevenir el incremento de la tasa de suicidios en población joven.	TCS	OC-AL		P-SC	C-P
Atención integral no solo en aspectos sanitarios sino también en los sociales.	TCS		DS	P-SC	C-P
Contratos de salud. Visión integral e integrada.				P-SC	
Apoyo a las personas cuidadoras.				P-SC	C-P
Objetivo 2.8	Colectivo				
Plan de cuidados paliativos y de domicilio para pacientes terminales.	TCS		DS	P-SC	
Respeto a la muerte digna, fomentar el testamento vital.	TCS		DS	P-SC	C-P
Objetivo 2.9	Colectivo				
Realizar programas de cribado basados en la evidencia en patologías prevalentes.	TCS		DS		
Diagnóstico precoz/cribado cáncer de colon.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Objetivo 2.10	Colectivo				
Actuación coordinada para atender las necesidades de salud de los inmigrantes.				P-SC	C-P
Atender las necesidades de los grupos más vulnerables para lograr mejores resultados.		OC-AL		P-SC	C-P

Objetivo 2.11	Colectivo					
Abordar las enfermedades raras de una forma más integrada en el conjunto del sistema.						C-P
Mayor atención a las enfermedades crónicas.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P	

TCS: técnicos Conselleria Sanitat; OC-AL: técnicos de otras consellerias y administración local; DS: directivos Conselleria Sanitat; P-SC: profesionales y sociedades científicas; C-P: ciudadanía y pacientes

LÍNEA 3. FORTALECER LA EQUIDAD Y LA IGUALDA DE GENERO, REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN

Objetivo 3.1.	Colectivo				
Analizar y difundir resultados acerca de los determinantes sociales de la salud.	TCS		DS	P-SC	
Considerar para eliminar las desigualdades en salud entre territorios y departamentos de salud.	TCS		DS	P-SC	C-P
Valorar las desigualdades que el desempleo ha provocado en la salud de la población.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Objetivo 3.2.	Colectivo				
Equidad como eje transversal,	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Solidaridad para atender las necesidades de los más vulnerables.	TCS	OC-AL	DS	PS-SC	C-P
Actuación coordinada para la atención a las necesidades de salud de los inmigrantes.	TCS		DS	PS-SC	CP
Identificar y trabajar con los grupos más vulnerables para obtener mejores resultados.	TCS	OC-AL	DS		
Atención especial a las personas con alguna discapacidad.	TCS	OC-AL	DS		CP
Atención coordinada ante la violencia de género.	TCS	OC-AL	DS	PS-SC	CP
Atención coordinada ante el maltrato infantil.	TCS	OC-AL	DS	PS-SC	CP
Objetivo 3.3.	Colectivo				
Plan de Salud como estrategia de la Generalitat implicando a todas las administraciones.	TCS	OC-AL	DS		
Asegurar la difusión del Plan de Salud entre profesionales y ciudadanía.	TCS	OC-AL	DS		
Mayor coordinación entre recursos sociales, comunitarios municipales y sanitarios.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Mayor coordinación entre sistema sanitario y centros docentes para promoción de salud infantil y juvenil.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Desarrollar líneas en el Plan de Salud para promover el urbanismo como elemento de salud.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Evaluación del impacto en salud de programas, estrategias o políticas no sanitarias.	OC-AL				
Objetivo 3.4.	Colectivo				
Eliminar las desigualdades en salud entre territorios y departamentos de salud.	TCS		DS	P-SC	C-P

Reducir las diferencias en recursos y medios humanos y técnicos entre departamentos.	TCS	DS	P-SC		
Sectorización de unidades de referencia asistenciales en los hospitales.	TCS				
Fomentar donaciones de órganos y transplantes.	TCS	DS			
Asegurar a la ciudadanía puntos de información de 24 horas de atención sobre el sistema sanitario y salud.	TCS	DS			C-P
Garantizar el derecho a la libre elección de profesional y centro sanitario.	TCS	DS			C-P
Objetivo 3.5.	Colectivo				
Capacitación de agentes de salud en la comunidad para desarrollar actividades de salud entre iguales.	TCS	DS			C-P
Actuaciones para empoderar a la ciudadanía en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Promover el autocuidado: paciente activo.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Capacitación y promoción de la figura del cuidador en el marco de la cronicidad.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Fomentar la comunicación y participación en temas de salud a través de las redes sociales.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Promover la elaboración de guías de recursos sanitarios y ponerlas a disposición de la ciudadanía.					C-P
Difundir resultados de la actividad sanitaria de los departamentos de salud a la ciudadanía.	TCS	OC-AL	DS		
Incorporar de forma real a los pacientes en el proceso de elaboración y desarrollo de programas y estrategias de salud.	TCS		DS		C-P

TCS: técnicos Conselleria Sanitat; OC-AL: técnicos de otras consellerias y administración local; DS: directivos Conselleria Sanitat; P-SC: profesionales y sociedades científicas; C-P: ciudadanía y pacientes

LÍNEA 4. CUIDAR LA SALUD EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA

Objetivo 4.1.	Colectivo				
Promover hábitos saludables para evitar sobrepeso y obesidad.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Apoyo a la Lactancia Materna.	TCS		DS	P-SC	C-P
Facilitar la Salud Bucodental Infantil.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Prevención de accidentes domésticos.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Fomentar actividades deportivas extraescolares.		OC-AL			
Atención neonatal: Continuidad asistencial entre hospital y primaria.				P-SC	
Vacunaciones.	TCS				
Objetivo 4.2.	Colectivo				
Promover hábitos saludables para evitar sobrepeso y obesidad.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P

Actuar para reducir el sobrepeso y la obesidad en la infancia.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Promoción y apoyo a la Lactancia Materna.	TCS		DS	P-SC	C-P
Fomentar consumo de frutas y hortalizas en las escuelas.		OC-AL			
Fomentar actividades deportivas extraescolares.		OC-AL			
Objetivo 4.3.	Colectivo				
Promoción de la salud entre jóvenes y adolescentes.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Evitar el inicio de consumo de tabaco.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Impulsar acciones para reducir el abuso de tóxicos.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Prevenir adicciones a las nuevas tecnologías y sus consecuencias.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Atención a la salud afectivo-sexual.	TCS		DS	P-SC	C-P
Objetivo 4.4.	Colectivo				
Programa de atención integral a la mujer.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Apoyo a la Lactancia Materna.	TCS		DS	P-SC	C-P
Atención a la sexualidad en las personas mayores.	TCS		DS		
Potenciar la atención del parto normal.	TCS		DS	P-SC	C-P
Atención a la anticoncepción en población vulnerable.					C-P
Objetivo 4.5.	Colectivo				
Atención a las personas mayores. Envejecimiento activo.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Actuación coordinada para atender las necesidades de salud de las personas mayores que viven solas en su casa.	TCS		DS		C-P
Capacitación en seguridad vial de los mayores como peatones y como conductores.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Actuación especial en residencias para mayores.		OC-AL			
Educación sanitaria dirigida a evitar la polifarmacia.		OC-AL			

TCS: técnicos Conselleria Sanitat; OC-AL: técnicos de otras consellerias y administración local; DS: directivos Conselleria Sanitat; P-SC: profesionales y sociedades científicas; C-P: ciudadanía y pacientes.

LÍNEA 5. PROMOVER LA SALUD EN TODOS LOS ENTORNOS DE LA VIDA

Objetivo 5.1.	Colectivo				
Actuaciones en promoción de la salud mental en todo el ciclo vital.	TCS		DS	P-SC	C-P
Objetivo 5.2.	Colectivo				
Aumentar la actividad física a lo largo de todas las etapas de la vida. Destacar el papel de la Atención Primaria.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Promoción del transporte público y la bicicleta. Menor uso del coche privado.		OC-AL			
Fomentar actividades deportivas extraescolares.		OC-AL			
Potenciar la formación en actividad física y deporte de profesionales de educación y de sanidad.		OC-AL			

Conservación de espacios naturales y habilitación de rutas para andar.	OC-AL				
Objetivo 5.3.	Colectivos				
Promover una alimentación saludable a lo largo de todas las etapas de la vida. Destacar el papel de la Atención Primaria.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Reducción de los niveles de contaminantes ambientales en los alimentos.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Objetivo 5.4.	Colectivo				
Potenciar la incorporación de centros en la red de escuelas para la salud.	OC-AL				
Promover entornos saludables en escuelas, empresas, barrios y ciudades.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Objetivo 5.5.	Colectivo				
Reducir los riesgos para la salud de la contaminación ambiental: actuación coordinada entre administraciones	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Promover el urbanismo como elemento de salud	TCS	OC-AL	DS	P-SC	
Promover entornos saludables en barrios y ciudades	TCS		DS		
Evaluación del impacto en salud de programas, estrategias o políticas no sanitarias	OC-AL				
Promoción del transporte público y la bicicleta. Menor uso del coche privado	OC-AL				
Objetivo 5.6.	Colectivo				
Empresas generadoras de salud: Implicar a las empresas para la promoción de la salud y la prevención de riesgos.	TCS	OC-AL	DS		
Promover entornos saludables en escuelas, empresas, barrios y ciudades.	TCS	OC-AL	DS		C-P
Salud laboral: fomentar las actuaciones para la prevención de accidentes y daños laborales.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Objetivo 5.7.	Colectivo				
Promover enfoques activos en salud, especialmente entre jóvenes.	TCS	OC-AL	DS		
Fomentar el papel de las ciudades saludables.	OC-AL				
Desmedicalización de la población promoviendo estilos de vida saludables.	TCS	OC-AL	DS	P-SC	C-P
Promover entornos saludables en escuelas, empresas, barrios y ciudades.	TCS		DS		C-P
Conservación de espacios naturales y habilitación de rutas para andar.	OC-AL				
Fomentar redes activas con el concurso de la ciudadanía y asociaciones para la salud.	TCS	OC-AL	DS		C-P

TCS: técnicos Conselleria Sanitat; OC-AL: técnicos de otras consellerias y administración local; DS: directivos Conselleria Sanitat; P-SC: profesionales y sociedades científicas; C-P: ciudadanía y pacientes.

4. Objetivos del Plan de Salud en el presupuesto de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat: 2016

(Programas 312.22, 313.20, 411.10, 411.20, 411.30, 411.40, 411.60, 412.10, 412.23, 412.25, 412.28, 412.2)

LÍNEA 1. INNOVACIÓN, REORIENTACIÓN Y REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PARA ASEGURAR LA MÁXIMA CALIDAD Y LA MEJOR VALORACIÓN PERCIBIDA POR LOS Y LAS PACIENTES

Objetivo Plan de Salud	Objetivo Presupuesto 2016
1.1. Orientarse a los resultados en salud de la población	1.1. Reordenar el sistema sanitario valenciano para su adaptación a la atención a cronicidad envejecimiento. 2.3. Fomentar alternativas a la hospitalización convencional 2.2. Elaborar un acuerdo marco entre consellerías competentes en salud y bienestar social 10.2. Mejora y ampliación de la atención domiciliaria 25.1. Indicadores de salud como instrumento de evaluación: reingresos a los 30 días con la misma CDM
1.2. Aumentar la calidad del sistema sanitario público	2.4. Desarrollar protocolos y guías de actuación conjunta entre todos los niveles asistenciales. 5.1. Adecuación de los programas de rendimientos hospitalarios. 12.4. Facilitar y estimular estudios epidemiológicos relacionados con la seguridad de la asistencia sanitaria: EPIDEA 12.5. Estimular la adopción de buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente 12.6. Estimular la notificación de incidentes y efectos adversos
1.3. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público incrementando su efectividad	1.1. Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos económicos que se destinan a la prestación de servicios sanitarios. 1.2. Optimizar la gestión de los recursos económicos de los departamentos de salud. 3.1. Estudio de los conciertos vigentes para revisión y adaptación a las nuevas políticas sanitarias, reduciendo el recurso a proveedores externos.
1.4. Poner la información al servicio de la mejora de la salud	2.6. Dotar a los centros asistenciales de nuevas tecnologías para integración sistemas información 2.7. Potenciar herramienta Alumbra de explotación de la información 6.5. Soporte a sistemas web 9.1. Implantación de Abucasis y Orion a nivel de toda la Comunidad 14.3. Difundir a profesionales y población general resultados de la encuesta de opinión a pacientes 16.3. Desarrollar módulos del Sist. Inf. Asistencial relacionado con la estrategia de cronicidad 26.1. Desarrollo e implantación de indicadores con el objetivo de estandarizar el uso de sistemas de información
1.5. Considerar a los y las profesionales como valor esencial del sistema	1.2. Formar a las/os profesionales relacionados con el Sector Salud en la Comunitat Valenciana a través de la EVES 1.3. Impulsar las nuevas tecnologías de la comunicación como vehículo de apoyo para la formación desde la EVES. 1.3. Incorporar al Plan de ordenación la incidencia del plan Concilia, Plan de igualdad y los cambios normativos relacionados con permisos y licencias del personal sanitario. 2.1. Reducir la temporalidad de la plantilla de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de manera progresiva. 2.2. Mejorar el uso de los sistemas de contratación temporal, equilibrando transparencia y eficacia. 3.2. Elaborar propuesta de implementación del complemento de productividad basada en indicadores de desempeño objetivos. 3.4. Promover formación para atender personas mayores, enfermas crónicas y paliativos 5.1. Coordinar y facilitar el desarrollo de programas y actividades de I+D+i sanitaria 22.1. Potenciar líneas estables de investigación en salud mental 23.1. Plan de formación específico de salud mental

LÍNEA 2. ORIENTACIÓN HACIA LA CRONICIDAD Y HACIA LOS RESULTADOS EN SALUD PARA INCREMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

Objetivo Plan de Salud	Objetivo Presupuesto 2016
2.1. Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas 2.2. Disminuir la morbilidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares 2.3. Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer 2.4. Frenar la tendencia creciente de la diabetes 2.5. Mejorar el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas 2.6. Prestar atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas y demencias 2.7. Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental 2.8. Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras 2.9. Realizar programas de cribado basados en la evidencia 2.10. Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia 2.11. Mejorar la atención de las enfermedades raras	1.1. Implementar la Estrategia de Atención a Crónicos 2.1. Expedientes referidos a la Ley del Tabaco 1.1. Implementar la Estrategia de Atención a Crónicos 3.1. Participación en el programa de cáncer hereditario 7.3. Vigilancia del cáncer: tumores malignos nuevos registrados 1.1. Implementar la Estrategia de Atención a Crónicos 1.1. Implementar la Estrategia de Atención a Crónicos 25.1. Indicador de reingresos por EPOC como instrumento de evaluación de los procesos asistenciales 23.1. Elaborar un plan de acción de formación continuada en materia de salud mental. 9.1. Mejorar la organización y estructura de la red de salud mental. 10.1. Elaborar una estrategia en salud mental 11.1. Evaluar la red de salud mental de forma sistemática 12.1. Actualizar el mapa de recursos y la cartera de servicios 13.1. Diseñar programas y protocolos específicos: TMG, PEP 13.2. Implementar PAI 16.1. Mejorar el seguimiento sociosanitario de las personas con TMG 18.2. Prevenir el suicidio 3.4. Promover formación en la atención a mayores, enfermos crónicos y paliativos. 2.1. Mejorar la atención hospitalaria de media y larga estancia de los cuidados paliativos 3.1. Desarrollar mecanismos de coordinación entre HACLES y centros sociosanitarios 3.1. Planificación, desarrollo y gestión de los programas de prevención de la enfermedad adecuados a los distintos entornos y etapas de la vida: cribado neonatal, cáncer de mama, colorectal, cérvix 7.1. Vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria 7.2. Vigilancia de las enfermedades sometidas a vigilancia especial 7.3. Vigilancia de enfermedades raras: casos de anomalías congénitas nuevas registradas

LÍNEA 3. FORTALECER LA EQUIDAD Y LA IGUALDAD DE GÉNERO, REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN

Objetivo Plan de Salud	Objetivo Presupuesto 2016
3.1. Vigilar los determinantes sociales de la salud 3.2. Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud	1.2. Implementación, análisis y difusión de los resultados de la Encuesta de Salud 1.3. Vigilancia de las desigualdades en salud. 1.1. Fortalecer la red de prevención comunitaria de conductas adictivas y fomentar la innovación en las intervenciones preventivas. 2.1. Canalizar la atención dirigida a los grupos vulnerables de menores consumidores de drogas 14.2. Incluir el enfoque de género en la planificación y organización de los servicios

3.3. Intensificar las acciones para el abordaje de la violencia de género	3.1. Crear y potenciar los recursos de tratamiento y reinserción social con perspectiva de género. 3.1.14 Cobertura del cribado de violencia de género 3.1.15 Actividades formativas sobre violencia en la infancia
3.4. Impulsar el principio de salud en todas las políticas	2.1. Desplegar y difundir en toda la organización el Plan de Salud como herramienta estratégica para el desarrollo de políticas de salud. 2.2. Adaptar el Plan de salud a los departamentos 3.1. Desarrollar mecanismos de coordinación entre HACLES y centros sociosanitarios. 4.4. Promover la participación del sector empresarial en el desarrollo de herramientas para la gestión de la seguridad alimentaria 17.1. Mejorar la coordinación en salud mental, con las consellerías competentes en educación, justicia y empleo
3.5. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario	1.3. Ofrecer una cartera de servicios sanitarios equitativa en todos los departamentos sanitarios. 3.1. Reducir y eliminar las listas de espera quirúrgicas 6.1. Garantizar una adecuada asistencia sanitaria a toda la población 18.2. Mejorar la coordinación sanitaria y social dentro de los departamentos de salud
3.6. Promover el acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población	3.1. Promover la participación de la ciudadanía valenciana en las estructuras sanitarias. 8.1. Facilitar la actividad de las asociaciones para realizar programas de ayuda mutua, autoayuda y voluntariado 14.1. Realizar anualmente la encuesta de opinión a los/las pacientes y familiares atendidos en el SVS 21.1. Crear mecanismos para la participación de usuarios y familias en la planificación y evaluación de los servicios de salud mental.

LÍNEA 4. CUIDAR LA SALUD EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA

Objetivo Plan de Salud	Objetivo Presupuesto 2016
4.1. Prestar especial atención a la Salud Infantil	2.1. Planificación, desarrollo y gestión de los programas de promoción de la salud adecuados a los diferentes entornos y etapas de la vida: salud bucodental, hipoacusia, vacunaciones infantiles, violencia en la infancia 3.1.16 Publicación de informes sobre salud infantil
4.2. Promover la Salud en la Adolescencia y Juventud	2.1. Planificación, desarrollo y gestión de los programas de promoción de la salud adecuados a los diferentes entornos y etapas de la vida: estrategia comunitaria para la promoción de la salud sexual 4.1. Impulsar los programas de formación dirigidos a los/las profesionales en el ámbito de las drogodependencias. 3.1.13 Prevención de trastornos de la conducta alimentaria
4.3. Atender la Salud Sexual y Reproductiva	2.1.2. Programa de promoción de la salud en el embarazo, parto y puerperio 4.1. Mejorar el acceso a la píldora poscoital y la educación sexual de la mujer 25.1. Indicadores de salud como instrumento de evaluación de los procesos asistenciales: cesáreas en grupos de bajo riesgo
4.4. Promover el Envejecimiento Activo	25.1. Indicadores de salud como instrumento de evaluación de los procesos asistenciales: fracturas de cadera intervenidas. 3.1.9. Cobertura de vacunación antigripal en > 64 años

LÍNEA 5. PROMOVER LA SALUD EN TODOS LOS ENTORNOS DE LA VIDA

Objetivo Plan de Salud	Objetivo Presupuesto 2016
5.1. Favorecer el bienestar emocional	14.1. Promover espacios y mecanismos para capacitar, apoyar y empoderar a los y las jóvenes como actores importantes de estilos de vida mentalmente saludables. 18.1. Promover intervenciones de promoción de la salud mental en colectivos vulnerables.

5.3. Garantizar y promover una Alimentación Saludable	4.1. Protección de la salud de las/os consumidores en relación con el consumo de alimentos mediante un abordaje integrado y global sobre la cadena alimentaria 4.2. Garantizar la adecuada organización de los controles oficiales en los establecimientos alimentarios. 4.3. Control de los peligros en los alimentos
5.4. Favorecer un Entorno Educativo Saludable	2.1. Promoción de la salud bucodental en la escuela 5.1. Fomentar la transversalidad y coordinación entre las administraciones públicas para el abordaje de las drogodependencias.
5.5. Apostar por un Entorno Medioambiental favorecedor de la salud	2.1.5 Creación de una red de centros sanitarios sin humo 5.1. Vigilancia y control de factores ambientales de riesgo para la salud
5.6. Impulsar un Entorno Laboral saludable	1.3. Incorporar al Plan de ordenación incidencia del plan Concilia, Plan de igualdad y cambios normativos de permisos y licencias del personal sanitario. 6.1. Vigilancia de los daños para la salud de origen laboral 6.2. Desarrollo y gestión de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los trabajadores y trabajadoras
5.7. Apoyar los Activos para la Salud propios de la Comunitat Valenciana	2.1. 6. Jornadas Viure en Salut

5. Glosario terminológico

Acción comunitaria para la salud

La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

Acción intersectorial

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Activos para la salud

Cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar, y ayudar a reducir las desigualdades en salud.

Alfabetización para la salud

La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud.

Ciudades saludables

Una ciudad saludable es aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades.

Desigualdades en salud

Son aquellas diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas, y que vienen condicionadas por las diferencias de oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia.

Determinantes sociales de la salud

Son las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud.

Empoderamiento para la salud

En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el **empoderamiento para la salud** del individuo y el de la **comunidad**. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

Envejecimiento activo

Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Equidad en salud

La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos.

Escuelas promotoras de salud

Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar.

Evaluación del impacto en salud

Es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus efectos potenciales en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población.

Género

El término **género** se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que el sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. El **análisis de género** define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones.

Gobernanza

Es el proceso a través del cual los gobiernos (incluidos sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, se relacionan con los ciudadanos y toman decisiones en un mundo complejo y globalizado. En este proceso, las sociedades o las organizaciones toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello e identifican la manera de garantizar la responsabilidad de las medidas tomadas.

Hospitales promotores de salud

Un hospital promotor de salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, se convierte a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad

Impacto/s en salud

Los impactos en la salud son los efectos globales, directos o indirectos, de una política, estrategia, programa o proyecto, en la salud de la población. Incluye tanto los efectos directos en la salud de los individuos como los efectos indirectos a través de factores intermedios que influyen en los determinantes de la salud de la población. A su vez, éstos pueden ser inmediatos o a medio o largo plazo.

Política pública saludable

Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. Su finalidad principal consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

Prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Redes sociales

Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

Red de promoción de la salud

Agrupación de individuos y organizaciones que colaboran y trabajan para conseguir una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente, sobre la base del compromiso y la confianza.

Reorientación de los servicios sanitarios

La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Resultados de salud

Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Salud en todas las políticas

La incorporación de la salud a todas las políticas consiste en adoptar un enfoque intersectorial de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, se promuevan las sinergias y se eviten los efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

Salud positiva/Salutogénesis

El enfoque de la salutogénesis pone el énfasis en lo que genera salud y no en lo que produce enfermedad. La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

6. Personas participantes

PARTICIPANTES EN LAS CONSULTAS METAPLAN Y DELPHI

PERSONAS CONSULTADAS	PERFIL DEL GRUPO DE PARTICIPACIÓN
Abad Pérez, M ^a José	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Adsuara Pitarch, Clara	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Aguado Gimenez, Carmen	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Agulló Gulló, Diego	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Alberich Marti, Carmen	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Albertos Bernabeu, Francisco	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Albiol Roca, M. Jesús	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Albiol Soto, Marta	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. ACCEM</i>
Alcover Gimenez, Sonia	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Alepuz Vidal, Laura	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Aliaga Valero, Amparo	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Alom Poveda, Jordi	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Alonso Echabe, Eduardo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Amaya Rubio, Almudena	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. FEDER</i>
Añó Sais, José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Arbaizar Martinez, Ana María	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Argudo Ferrer, Pepa	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Arcis Martínez, Amparo	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Arias Sánchez, Antonio	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Arocas Estellés, Amparo	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Arrufat Gallen, Vita	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Aura Revert, Patricia	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Avilés Martínez, M. José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Báguena Montesinos, Rosario	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Bahamontes Mulio, Amparo	<i>Profesionales y sociedades científicas.</i>

Ballart Castells, José	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Asociación de mayores</i>
Ballester Diez, Ferran	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Barberá Centelles, José	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Barceló Iranzo, Manuel	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Barrios Marta, Cristina	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Baydal Cardona, Charo	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Bayarri Gomis, Carmen	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Belda Ferrer, Pilar	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Belda Garcia, Ana María	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Belda Ibañez, Josefina	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Bellés Calvo, Amadeo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Beneyto Castelló, Francisco	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Bernabeu Ortolá, Ana	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Bernal Celdrán, Joaquín	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Beviá Ferrer, M ^a Isabel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Bolufer Gilabert, Pascual	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Botella I Quijal, Francesc	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cabedo Ferriols, Raquel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Calabuig Pérez, Julia	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Calvo Catalá, Javier	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Cámara Marín, María	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Cámara Mogente, Arantxa	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Canelles Gamir, José María	<i>Profesionales y sociedades científicas Soc Esp de Farmacia de Atención Primaria</i>
Cano Montoro, José G.	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cantero Llorca, Juana	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Carbonell Clari, M ^a	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Caro Moreno, Hipólito	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Carpio Gesta, Marisa	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Carratalá Beguer, Ascensió	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Carrión Talavera, J Aurelio	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>

Castro Rojas, Lilian	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Agente de salud, Programa MIHSALUD</i>
Cava Ros, Ana	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Cerdá Capuz, Vicente	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cervera Herrero, Arantxa	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Diabetes</i>
Cervera Pérez, Inmaculada	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cervera Soria, José Javier	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Checa Valero, Julia	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Valencia Acoge</i>
Chelet Ordines, Vicente	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Codoñer Franch, Pilar	<i>Profesionales y sociedades científicas. Soc. Val. Pediatría</i>
Colomer Revuelta, Julia	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Conesa Burguet, Llanos	<i>Profesionales y sociedades científicas Soc Psiquiatría Comunidad Valenciana</i>
Córcoles Ferrándiz, Edelmira	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Correcher Palau, Marisa	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cosín Sales, Juan	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Cuevas Cuerda, Dolores	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
De Encarnación Armengol,	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Federación Mujeres Progresistas de la CV</i>
De La Fuente Crespo, Pedro	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Diéguez Ramírez, Amalia	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Fund Daño Cerebral Adquirido (Ateneu</i>
Domenech Pascual, Juan	<i>Profesionales y sociedades científicas. Soc. Val. Geriatria y Gerontología</i>
Duque Valencia, Aurelio	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Durá Belinchón, Rafael	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Escoms Trullenque, Vicente	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Escrig Gil, Magdalena	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Escribá Aguir, Vicenta	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Esteban Buedo, Valentín	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Esteller Manrique, Inmaculada	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Fabado Agustí, José Luis	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Feliu García, M. Dolores	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Fenollar Belda, José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Fernández Díaz, M ^a Concepción	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Fernández Rodríguez, Lola	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Fundación Secretariado Gitano</i>
Ferrer Gómez, Amparo	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Ferris Malonda, Gloria	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Fluixá Carrascosa, Carlos	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Francés Camarena, Asunción	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Tyrius Valencia</i>
Fullana Montoro, Ana	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Furió Martínez, Ana María	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Fuster Ribera, Raquel	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Gallach Solano, Elisa	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Josep Gallart i González	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gallud Romero, Juan Ignacio	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
García Alberó, Pilar	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Fundación Espina Bífida de la CV</i>
García Baquero, Gracia	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
García Blanquer, José Bernardo	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Aspanion</i>
García Ibeas, Roberto	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
García León, Caridad	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
García Martínez, Remedios	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
García Palero, Jesús	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Asociación Club Coronario</i>
García Tobarra, Eduardo	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
García Vicente, Sergio	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Garijo García, Vicente	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Garrido Navarro, Rosana	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. FEVAFA</i>
Gasull Molinera, Vicente	<i>Profesionales y sociedades científicas. SEMERGEN</i>
Gil Raga, Fernando	<i>Profesionales y sociedades científicas. Ginecología</i>
Gimeno Huerta, M ^a Luisa	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados</i>
Giner Jordá, Carlos	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Asociación pro-discapacitados psíquicos</i>
Giner Ruíz, Vicente	<i>Profesionales y sociedades científicas Grupo de Reumatología (Semfyc)</i>
Girbés Borrás, Juan	<i>Profesionales y sociedades científicas. Soc. Val. Diabetes</i>
Gironés Soriano, Roberto	<i>Profesionales y sociedades científicas. Ginecología</i>
Goicoechea Sáez, Mercedes	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Gómez Carazo, Eduardo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gómez Gálvez, Cayetano	Profesionales y sociedades científicas
Gómez Gutiérrez, Esther	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gómez Martín, Rosario	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Gómez Royo, Juan	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Gómez-Taylor Corominas,	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. ACOVA</i>
González Gon, José Ramón	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
González Marín, Jesús María	Profesionales y sociedades científicas
González Morán, Francisco	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
González Navarro, José Ramón	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Hermenegildo Caudevilla,	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Hernández Aguado, Ildefonso	Profesionales y sociedades científicas. SESPAS
Hernández Jimenez, Ángel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Herrero Davó, Mercedes	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Hervás García, Vicente	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Ibañez Cabanell, Josefa	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ivorra Vilaplana, Lorena M ^a	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Jérez González, Ángeles	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Jiménez Domenech, César	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes.</i>
Juan Corrons, Amparo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Juan Vera, María José	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes.</i>
Jorro Llagaria, Ana	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Laredo Ortíz, Salomé	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Amamanta</i>
Latorre García, David	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Consejo de la Juventud</i>
Legaz Sánchez, Eva	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
López Company, Laura	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
López Maside, Aurora	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Lorente Calvo, Rosario Isabel	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Lurbe Ferrer, Empar	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Llopis Plata, Domingo	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Cruz Roja de la Juventud</i>

Lluch Rodrigo, José Antonio	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Málaga López, Araceli	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Manzanares de Diego, Jaime	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Asociación Club Coronario</i>
Maraver Lora, Consuelo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Marcos López, Elisabeth	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Marí Herrero, M ^a Teresa	<i>Profesional y sociedades científicas</i>
Marín Villuendas, Silvia	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Marmaneu Moliner, Emilio	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Fed Val Asoc Familiares Personas con</i>
Marmol López, Maribel	<i>Profesionales y sociedades científicas. Enfermería comunitaria</i>
Martí Miralles, Pascual	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Martí Moreno, Luis Fernando	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Martín Molina, Francisco Javier	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Martínez Bonet, Rosa	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Martínez Gil, M ^a Pilar	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Martínez Mayordomo, Teresa	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Martínez Riera, José Ramón	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Marzal Sorolla, Patricia	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Mascarós Balaguer, Enrique	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Masip Sanchis, M. José	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Massa Dominguez, Beatriz	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Mateu Aranda, M. Jesús	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Matoses Climent, M ^a Ángeles	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Medina Mesa, M. Ángeles	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Megia Sanz, M. Jesús	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Melchor Alos, Inmaculada	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Mena Llopis, Carmen	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Mendez Valero, Pablo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Micó Pérez, Rafael	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Millán Vidal, Magdalena	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Mamantial</i>
Miralles Espí, Maite	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Mitjans Lafont, Luis	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Moner Romero, Fernando	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. AVACU</i>
Monteagudo López, Ana	<i>Profesionales y sociedades científicas. Asociación Valenciana de Educadores de</i>
Morales Gisbert, Bienvenida	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Amas de Casa y Consumidores Lucentum</i>
Morales Olivas, Francisco	<i>Profesionales y sociedades científicas. Instituto Médico Valenciano</i>
Morales Rodríguez, Minerva	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. AVAFI</i>
Moreno Muñoz, Rosario	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Moreno Murcia, Juan José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Moreno Pérez, Oscar	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Morera Guitart, Jaume	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Moriel Bueno, Virginia	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Cruz Roja de la Juventud</i>
Moya Garcia, Carmen	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Muñoz Muñoz, Palmira	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Natek Pradas, Ana M.	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Navarro Alcantara, Raquel	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes</i>
Navarro Molina, Pepa	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Fundación Secretariado Gitano</i>
Navarro Penela, Concha	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Navarro Pérez, Jorge	<i>Profesionales y sociedades científicas. SVMFyC</i>
Navarro Sanz, Ramón	<i>Profesionales y sociedades científicas.</i>
Nebot Marzal, Cristina	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Núñez Martín, Miguel Ángel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Oltra Ponzoda, Araceli	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ors Zarzoso, Pilar	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ortega González, Enrique	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Ortí Lucas, Rafael Manuel	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Ortiz Furió, Emi	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes CONHOSTUR</i>
Orts Rios, Enrique José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pablo Comeche, Daniel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pajín Echeverría, Pablo	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes Unión Consumidores CV (Uce)</i>
Palop Larrea, Vicente	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Palau Pérez, Vicente Javier	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pallarés Carratalá, Vicente	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Pardo Franco, José Luis	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Paredes i Carbonell, Joan	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pastor Oliver, José Francisco	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Pastor Villalba, Eliseo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Payá Molina, Emilia	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Payá Molina, Jorge Antonio	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Payá Soto, Jorge	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Peiró Gómez, Salvador	<i>Profesionales y sociedades científicas. Soc. Esp. Economía de la Salud</i>
Peiró Pérez, Rosana	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pérez Cándel, Francisco Javier	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Pérez Gozalvo, Máximo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pérez Pallarés, M ^a José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Peris Piqueras, Consuelo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Plá Ernest, Eduardo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Polache Vengud, Pepa	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Pomares Ramón, Víctor	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Precioso Juan, Juan	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Puchades Company,	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Puzo Ardanuy, Fernando	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Quereda Seguí, Francisco	<i>Profesionales y sociedades científicas . Sociedad Valenciana de Obstetricia y</i>
Quesada Ballester, Mar	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes. Parkinson Alicante</i>
Quesada Moreno, Macarena	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Quiles Izquierdo, Joan	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Quiles Muñoz, Francisco	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Quintana Cerezal, Juan Vicente	<i>Profesionales y sociedades científicas.</i>
Raimundo Andreu, Concepción	<i>Asociaciones ciudadanas y de pacientes</i>
Rallo Guinot, Francisco	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Asociación Española contra el Cáncer Castellón</i>
Ramírez Sanpedro, Consuelo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Redondo Gallego, M Jesús	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Regaña Valero, Manuel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ribera Osca, Joan Antoni	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Rodriguez Martinez, Pablo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Román Sánchez, Pilar	<i>Profesionales y sociedades científicas. SEMI</i>
Romero Vilaplana, Chelo	<i>Profesionales y sociedades científicas.</i>
Roselló Vila, Andrea	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Rubio Quereda, David	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Consejo de La Juventud de la CV</i>
Rufino Valor, Amparo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ruiz Jareño, Lourdes	<i>Profesionales y sociedades científicas.</i>
Ruiz Nodar, Juan Vicente	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Ruiz Palomar, Jose Manuel	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Ruiz Rojo, Elias	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Saá Carrasco, Antonio F.	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Sabater Gregori, Rosanna	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sáez Cifre, Javier	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios.</i>
Sáez Ferrer, Inma	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Salado López, Manuel	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Salas Trejo, Dolores	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Salvador Sanz, Antonio	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. INSVACOR</i>
Salvador Segarra, Olga	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Sánchez Benito, Mercedes	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Federación de Diabetes (Fedicova)</i>
Sánchez Juan, Carlos	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Sánchez Menaya, José Enrique	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Sanchis Forés, Juan	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Sanchis Molina, José	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Federación Democrática de Jubilados de</i>
Sánchez Benito, Mercedes	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. FEDICOVA</i>
Sánchez Montahud, Teresa	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Santaballa Bertran, Ana	<i>Profesionales y sociedades científicas.</i>
Santamaría Castañar, Josefa	<i>Profesionales y sociedades científicas Associació de Comares de la C V</i>

Santamaría Garnes, Manuel	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Santolaria Bartolome, Encarna	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sanz Bou, Rosendo	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Segura Sobrino, Vicente	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sempere Canals, M ^a Mercedes	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. ALCER</i>
Sicluna Lletget, Javier	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Signes Costa, Jaime	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Silvestre García, Assumpta	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sipán Sarrión, Yolanda	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Soler Cataluña, Juan José	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Soler Leyva, Pepa	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Soria Vicente, Carmen M.	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Soriano del Castillo, J Miguel	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Soriano Faura, Javier	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Sotoca Covaleta, Rafael	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Médicos del Mundo, ODUSALUD</i>
Suárez Vicent, Eva	<i>Profesionales y sociedades científicas. AVALPAP</i>
Talavera Serra, Julia	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente</i>
Tamarit García, Juan José	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Tarazona Santabalbina,	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Tárrega Rico, Mar	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Taylor Corominas, Belén	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Ayuda Personas con Enf. Mental. ACOVA</i>
Tirado Barber, Juan José	<i>Profesionales y sociedades científicas</i>
Tomás Dols, Soffa	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Tormo Guillén, Eva	<i>Personal técnico de otras consellerias y municipios</i>
Torner Giner, M. José	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Torrella Ramos, Ana	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Torres García, Ángela	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Torrús Tendero, Diego	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente. Médicos Mundi Alicante</i>
Trigueros Molina, Francisco	<i>Asociaciones ciudadanas y de paciente ASOCIACIÓN DE SORDO CIEGOS DE ESPAÑA</i>
Trullen Gas, Josep	<i>Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Usó Talamantes, Ruth	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Vanaclocha Luna, Hermelinda	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Van Der Hofstddat, María	Asociaciones ciudadanas y de paciente Asociación Celíacos de la C V (Acecova)
Vaño Gisbert, Luis	Asociaciones ciudadanas y de paciente Hemofilia
Varo García, Joaquín	Asociaciones ciudadanas y de paciente (Cave-Cova)
Vázquez Sánchez, Mariola	Asociaciones ciudadanas y de paciente AMACMEC
Vela Casasempere, Paloma	Profesionales y sociedades científicas
Velasco Medina, Jose Antonio	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Vilagrasa Ros, Adela	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Vicente Pallardó, Ana I.	Asociaciones ciudadanas y de paciente. Amamanta
Viosca Herrero, Enrique	Profesionales y sociedades científicas
Zafra Espinosa, Trinidad	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Zafra Galan, Eduardo	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Zafrilla Martinez, José David	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Zaragoza Chazarra, Esther	Personal técnico de otras consellerias y municipios
Zurriaga Llorens, Oscar	Personal técnico y directivo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

REVISORES EXTERNOS EXPERTOS EN POLÍTICAS DE SALUD

PERSONAS CONSULTADAS	PERFIL PROFESIONAL
Ildefonso Hernández -Aguado	Catedrático de Medicina Preventiva y salud Pública. Universidad Miguel Hernández
Soledad Márquez Calderón	Servicio de Calidad y Procesos, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

PARTICIPANTES EN LA COMISIÓN INTEDEPARTAMENTAL

PERSONAS CONSULTADAS	DEPENDENCIA
Amparo Calpe	<i>Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas</i>
Jorge Cervera Boada	<i>Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo</i>
Joan Carles Cuenca	<i>Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte</i>
Roberto García Ibeas	<i>Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte</i>
Alfons Domínguez	<i>Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural</i>
Carmen Jofre Garrigues	<i>Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas</i>
José Moltó Orduña	<i>Conselleria de Vivienda, Obras Públicas y Vertebración del Territorio</i>
Xavi Montagud Mayor	<i>Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas</i>
Juan José Nicasio Marco	<i>Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural</i>
Isabel Olcina Cuesta	<i>Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas</i>
Jose Miguel Sánchez	<i>Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte</i>
M ^a Carmen Soriano Mira	<i>Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas</i>
Teresa Velázquez Henar	<i>Conselleria de Agricultura, Medio Ambiente, Cambio Climático y Desarrollo Rural</i>

PARTICIPANTES EN LA COMISIÓN DEPARTAMENTAL

PERSONAS PARTICIPANTES	DEPENDENCIA
Carmen Alberich Martí	<i>Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP</i>
M ^a José Avilés Martínez	<i>Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente. DGIITC</i>
Carmen Barona Vilar	<i>Servicio del Plan de Salud. DGSP</i>
Julia Calabuig Pérez	<i>Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria. DGAS</i>
M ^a Dolores Cuevas Cuerda	<i>Dirección de Gestión Sanitaria. Secretaría Autonómica</i>
Carlos Fluixá Carrascosa	<i>Subdirección General de Planificación y Organización Asistencial. DGAS</i>
Ana M ^a García García	<i>Dirección General de salud Pública</i>
J. Antonio Manrique Martorell	<i>Subdirección General de la EVES</i>

Pablo Méndez Valera	<i>Oficina de Formación de Uso Racional del Medicamento. DGFPS</i>
Ricard Meneu de Guillerna	<i>Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concierto. DGAIS</i>
Joan Paredes i Carbonell	<i>Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. DGSP</i>
Elena Pérez Sanz	<i>Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario. DGSP</i>
Juan Bta. Sanchís Álvarez	<i>Formación. EVES</i>
Jose Manuel Ventura Cerdá	<i>Subdirección General de Optimización e Integración. DGFPS</i>
Vicent Yusá Pelechá	<i>Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Laboratorios de Salud Pública. DGSP</i>
Eduardo Zafra Galán	<i>Dirección de Gestión Sanitaria. Secretaría Autonómica</i>

COMITÉ DE DIRECCIÓN DE LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

COMPONENTES	CARGO
Carmen Montón Giménez	<i>Consellera</i>
Dolores Salas Trejo	<i>Secretaria Autonómica</i>
Ricardo Campos Fernández	<i>Subsecretario</i>
Ana M ^a García García	<i>Directora General de Salud Pública</i>
Rafael Sotoca Covaleta	<i>Director General de Asistencia Sanitaria</i>
Óscar Zurriaga Llorens	<i>Director General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad</i>
Patricia Lacruz Gimeno	<i>Directora General de Farmacia y Productos Sanitarios</i>
Justo Herrera Gómez	<i>Director General de Recursos Humanos y Económicos</i>

7. Abreviaturas

Abucasis	Sistema de información para la gestión clínica del paciente ambulatorio
AC	Anomalías congénitas
ACSC	Ambulatory care sensitive conditions (indicador de hospitalizaciones potencialmente evitables)
AE	Atención especializada
AG	Acuerdos de gestión
AICC	Atención innovadora para las condiciones crónicas
ALUMBRA	Herramienta de explotación de la información sanitaria
AMPA	Asociación de madres y padres de alumnos
AP	Atención primaria
APPCC	Análisis de peligros y puntos de control crítico
AVE	Análisis de la vigilancia epidemiológica
BS	Barómetro sanitario
CCAA	Comunidades Autónomas
CDM	Categoría diagnóstica mayor
CEPROSS	Sistema de comunicación de enfermedades profesionales a la Seguridad Social
CIBE	Centros de intervención de baja exigencia
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CIPF	Centro de investigación Príncipe Felipe
CIRO	Registro de puestos y de gestión de personal
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
COBRA	Aplicación para la gestión de facturación a terceros
COMPAS	Aplicación para la gestión de compensación económica intercentros
CRC	Catálogo de recursos corporativo
CRG	Clinical Risk Group
CSP	Centros de salud pública

CSSR	Centros de salud sexual y reproductiva
CSUR	Centros, servicios y unidades de referencia
CSUSP	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
CV	Comunitat Valenciana
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DELTA	Sistema de declaración electrónica de trabajadores accidentados
DGAS	Dirección General de Asistencia Sanitaria
DGFyPS	Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
DGIITC	Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad
DGRHyE	Dirección General de Recursos Humanos y Económicos
DGSP	Dirección General de Salud Pública
DITCA	Diagnóstico e Intervención en trastornos de la conducta alimentaria
DM	Diabetes mellitus
EDADES	Encuesta sobre alcohol y drogas en España
EEUTH	Encuesta sobre equipamiento y uso de TICs en los hogares
EIS	Evaluación del impacto en salud
ENSE	Encuesta nacional de salud de España
ENT	Enfermedades no transmisibles
EOP	Encuesta de opinión del paciente
EPF	Encuesta de presupuestos familiares
EPIDEA	Estudio de prevalencia de efectos adversos ligados a la hospitalización
EPINE	Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en España
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ER	Enfermedades raras
ESCV	Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana
ESTUDES	Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España
EUROCAT congénitas	Red europea de registros poblacionales para la vigilancia de las anomalías
EVA	Escala visual analógica
EVES	Escuela Valenciana de Estudios en Salud

FISABIO	Fundación para el fomento de la investigación sanitaria y biomédica de la Comunitat Valenciana
FRC	Factor de riesgo cardiovascular
GAIA	Sistema de información farmacéutica
HACLE	Hospitales de atención a crónicos y larga estancia
HIS	Sistema de información hospitalaria
HSE	Historia de salud electrónica
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HTA	Hipertensión arterial
IAM	Infarto agudo de miocardio
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
IMC	Índice de masa corporal
IMPV	Informe médico por presunta violencia de género/doméstica a personas adultas
INCLASNS	Indicadores clave del sistema nacional de salud
INE	Instituto nacional de estadística
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
INVASSAT	Instituto valenciano de seguridad y salud en el trabajo
ISSA	Integración de sistemas de seguridad alimentaria
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ITU	Infección del tracto urinario
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
KARVIS	Sistema de información para la gestión del programa de cáncer colorrectal
LECEX	Lista de espera en consultas externas
LEQ	Lista de espera quirúrgica
MEAB	Máquinas expendedoras de alimentos y bebidas
MetaB	Registro de Metabolopatías
MiHSalud	Mujeres, infancia y hombres. Construyendo salud
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NAOS	Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad
NEOS	Sistema de información en cáncer

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ORION	Sistema de información para la gestión integral hospitalaria
PAI	Plan de atención integral
PAIEM	Programa de atención integral al enfermo mental en centros penitenciarios
PANOTRATSS	Sistema de comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo
PepaS	Programa de espacios públicos amigos de la salud
PIB	Producto interior bruto
PIES	Programa de intervención en educación sexual
PRM	Problemas relacionados con los medicamentos
PSCV	Plan de Salud de la Comunitat Valenciana
REBA	Registro de exposiciones biológicas accidentales
RECS	Red española de ciudades saludables
RedMIVA	Red de vigilancia microbiológica
REFAR	Programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia
REUS	Red española de universidades saludables
RIU	Proyecto RIU (Replica, Innova, Une)
RNM	Resultados negativos de los medicamentos
SA	Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público
SERVEF	Servicio valenciano de empleo y formación
SHE	Schools for Health in Europe (Red de Escuelas para la Salud en Europa)
SIA	Sistema de información ambulatoria
SIER-CV	Sistema de información de enfermedades raras de la Comunitat Valenciana
SIGMA	Sistema de información para la gestión del programa de cáncer de mama
SIREPS	Sistema de información y registro educación para la salud
SIO	Sistema de información oncológico
SIP	Sistema de información poblacional
SISP	Sistema de información en salud pública

SISVEL	Sistema de información sanitaria y vigilancia epidemiológica laboral
SIV	Sistema de información vacunal
SIVIH	Sistema de información de nuevas infecciones por VIH y casos de Sida
SIVIO	Sistema de información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en personas adultas
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPRL	Servicio de prevención de riesgos laborales
STP	Salud en todas las políticas
TBC	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
TMG	Trastorno mental grave
UCA	Unidad de conductas adictivas
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UDI	Usuarios de drogas intravenosas
UE	Unión Europea
UHD	Unidad de hospitalización a domicilio
ULISES	Aplicación para la gestión de la bolsa de trabajo
UPCCA	Unidad de prevención comunitaria en conductas adictivas
USM	Unidad de salud mental
UVAD	Unidades de valoración y apoyo a drogodependientes
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VISA	Vigilancia sanitaria de alimentos
VOLANT	Registro de Voluntades Anticipadas
VST	Vigilancia de la salud de los trabajadores

