

de **salud**  
de la **Comunitat**  
**Valenciana**  
2010/2013



GENERALITAT  
VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT

## **Coordinación**

### **Pilar Viedma Gil de Vergara**

Subdirectora General de Investigación, Desarrollo e Innovación Sanitaria.

### **M<sup>a</sup> José Torner Giner**

Jefa del Servicio de Planificación y Programación Sanitaria.

Subdirección General de Investigación, Desarrollo e Innovación Sanitaria.

## **Colaboración Técnica**

### **M<sup>a</sup> Ángeles Irlés Rocamora**

### **Raquel López Lara**

Servicio de Planificación y Programación Sanitaria.

Subdirección General de Investigación, Desarrollo e Innovación Sanitaria.

*Especial agradecimiento a Rosario Alfonso Gil por su labor iniciadora de este III Plan de Salud*

## **Edita**

Generalitat. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat, 2011

© de los textos: los autores

1<sup>a</sup> Edición

## **Diseño**

Jorge García-Fayos · Estudio Gráfico

## **Impresión**

Kolor Litógrafos SL

ISBN: 978-84-482-5575-6

Depósito Legal: V-xxxx-2011



## Presentación

La sanidad y la salud de todas las personas es una prioridad irrenunciable para la Generalitat.

Hoy, en la Comunitat Valenciana, los valencianos tenemos acceso a una oferta sanitaria universal, gratuita y en igualdad de oportunidades, que cuenta con una gran calidad y excelencia.

Un alto nivel de prestaciones sanitarias que hemos alcanzado, gracias a una adecuada planificación de nuestros recursos y a una gestión eficiente del presupuesto. Destinamos a la salud de los ciudadanos el 40% del total de los presupuestos de la Generalitat, lo que nos convierte en la primera Comunidad Autónoma con mayor porcentaje en gasto sanitario.

De este modo, hemos podido establecer unas bases sobre las que cimentar un modelo sanitario propio, de referencia nacional e internacional y con las máximas prestaciones de calidad. Un modelo cercano al paciente que garantiza los mejores servicios públicos, en una amplia red de infraestructuras que hemos construido a lo largo y ancho de la Comunitat Valenciana y que hemos dotado con la mejor tecnología de vanguardia.

La sanidad que tenemos es una de nuestras grandes conquistas sociales y no estamos dispuestos a renunciar al nivel que hemos alcanzado. Por eso, nuestra prioridad durante esta legislatura se centrará en articular una política sanitaria que sea más sostenible y que garantice unas prestaciones de máxima calidad a todos los ciudadanos.

Un objetivo primordial que alcanzaremos mediante una gestión aún más eficiente de nuestros recursos asistenciales y de nuestros centros sanitarios. Para ello, trabajaremos por involucrar aún más a nuestros profesionales, por concienciar al ciudadano en el buen uso de los recursos sanitarios y por fomentar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

El III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, profundiza en la eficiencia en la sanidad a través de la prevención y la promoción de hábitos de vida saludables, estimulando al paciente en el cuidado de su propia salud, previniendo la enfermedad y, en su caso, mejorando las vías para su detección precoz y tratamiento.

Un nuevo proyecto, que cuenta con el aval y la experiencia de los planes anteriores que supusieron un gran éxito en el logro de sus objetivos, y en el que han participado activamente los ciudadanos, representantes de los sectores sociales y profesionales sanitarios. En total, más de 500 personas a quienes quiero agradecer su participación y su interés por sacar adelante este provechoso proyecto en beneficio de la salud de todos los valencianos.

Este Plan, junto a otras iniciativas, nos ayudará a conseguir un sistema sanitario más productivo y más eficiente, capaz de lograr nuestro objetivo de hacer más con menos.

Estoy convencido de la bondad y de los buenos resultados que este Plan tendrá en la mejora de la salud de todos los valencianos.

**Alberto Fabra Part**  
*President de la Generalitat*





## Prólogo

Los planes de salud son introducidos por primera vez en la normativa española con la promulgación de la Ley General de Sanidad. En nuestro ordenamiento jurídico la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat Valenciana, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, define al Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario valenciano, en el que se recoge la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria.

Éste es el marco normativo en el que se engloba este III Plan de Salud. Para su realización se ha partido de un análisis de los planes de salud vigentes en las Comunidades Autónomas, así como de planes estratégicos y directrices establecidas por organismos e instituciones nacionales e internacionales, principalmente la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Este III Plan de Salud ha sido elaborado con una metodología diferente, permitiendo un abordaje más completo de los objetivos de ganancia en salud de nuestros ciudadanos, unas metas que convergen con los del Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut. Por otra parte, y siendo conscientes de la importancia que la participación ciudadana tiene en el establecimiento de políticas sanitarias, la participación de nuestra sociedad ha constituido el punto de partida de este nuevo Plan materializándose con la realización de 12 foros de comunicación y participación y con las opiniones aportadas por la ciudadanía a través del buzón de sugerencias.

La evaluación del Plan de Salud 2005-2009, el análisis de la situación actual de la salud de los valencianos y los resultados obtenidos de la Encuesta de Salud 2010 de la Comunitat Valenciana han aportado una valiosa y actualizada información para la toma de decisiones, así como para marcar el camino de este nuevo Plan.

En este sentido, el III Plan de Salud gira en torno a 361 líneas de actuación y 163 objetivos específicos. Este documento estratégico está orientado a desarrollar y reforzar políticas sanitarias intersectoriales, disminuir las desigualdades en salud, reforzar el abordaje transversal de las patologías crónicas, promocionar la implicación del paciente con su enfermedad, y desarrollar formas de educación en salud más eficientes. Asimismo, también busca potenciar actividades de promoción de la salud, facilitar la participación ciudadana, impulsar el desarrollo de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud, potenciar la Atención Primaria de salud y apostar por la investigación en materia sanitaria.

Y siempre se ha buscado conseguir una integración con el Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut para aumentar las sinergias entre la planificación de políticas de salud y las estrategias de gestión con el fin último de realizar una gestión eficiente de los recursos disponibles, aún más en el actual contexto económico.

El presente documento ha sido aprobado por Acuerdo del Consell el 20 de mayo de 2011 y constituye la respuesta más inmediata del Gobierno valenciano para afrontar las necesidades de salud de los valencianos durante estos próximos años.

**Luis E. Rosado Bretón**  
*Conseller de Sanitat*



 **ÍNDICE**

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
1 Marco normativo	4
2 Antecedentes	6
<b>Enfoque del III Plan de Salud 2010-2013</b>	<b>11</b>
1 Establecimiento de las bases del nuevo plan	11
2 Establecimiento de los agentes y órganos encargados del desarrollo de este nuevo proyecto	12
<b>Contexto planificador</b>	<b>15</b>
1 Marco general de referencia en planificación normativa y política sanitaria	16
2 Estrategias y planes del Sistema Nacional de Salud y de la Conselleria de Sanitat	19
3 Estudio comparativo de las áreas de intervención de los planes de salud de las comunidades y ciudades autónomas	21
<b>Evaluación del Plan de Salud 2005-2009</b>	<b>27</b>
1 Resultados, en cifras, por áreas de actuación	27
2 Principales logros alcanzados	29
<b>Foros de comunicación y participación ciudadana</b>	<b>33</b>
1 Foros realizados y metodología	33
2 Foros representativos de los ciudadanos	35
2.1 Conclusiones por apuestas estratégicas	35
2.2 Reflexiones finales	39
3 Foros del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana y de los informadores clave de la Conselleria de Sanitat	41
3.1 Conclusiones por apuestas estratégicas	41
3.2 Reflexiones finales	43
<b>Análisis de la situación actual de salud de los valencianos</b>	<b>47</b>
1 Demografía	47
1.1 Distribución geográfica de la población	47
1.2 Estructura de la población	50
1.3 Evolución de la población en la Comunitat Valenciana	60
1.4 Natalidad y fecundidad	60
2 Desarrollo económico y social	63
2.1 Umbral de pobreza	63
2.2 Indicadores de trabajo	64
3 Análisis de los principales indicadores	65
3.1 Esperanza de vida	65
3.2 Esperanza de vida libre de discapacidad	66
3.3 Mortalidad infantil	67
3.4 Mortalidad proporcional	68
3.5 Morbilidad	77
4 Salud percibida y estilos de vida	82
4.1 Percepción de la salud	82
4.2 Conductas y estilos de vida	84

<b>Sistema Sanitario Público Valenciano: recursos</b>	<b>93</b>
1 Organización	93
2 Recursos humanos	97
3 Estructura	99
4 Sistemas de información	101
<b>Metodología</b>	<b>107</b>
1 Convergencia con el plan estratégico de la Agència Valenciana de Salut	107
2 Fases de la elaboración del III Plan de Salud	109
<b>Mapa Estratégico</b>	<b>115</b>
<b>Seguimiento y evaluación</b>	<b>173</b>
<b>Financiación</b>	<b>177</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>181</b>
<b>Anexos</b>	<b>187</b>
Anexo I Indicadores y fuentes de información de los Objetivos Específicos del Mapa Estratégico del Plan de Salud 2010-2013	187
Anexo II Comité de Dirección del Plan de Salud 2010-2013	210
Anexo III Comisión Técnico-Directiva de elaboración y seguimiento del Plan de Salud 2010-2013	211
Anexo IV Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana	212
Anexo V Órganos responsables de las áreas de actuación priorizadas	213
Anexo VI Órganos responsables de los objetivos de carácter transversal	215
Anexo VII Relación de coordinadores por área de actuación	216
Anexo VIII Relación de coordinadores de los objetivos de carácter transversal	217
Anexo IX Relación de expertos por área de actuación	218
Anexo X Relación de participantes de otras Consellerías designados para facilitar la intersectorialidad del Plan de Salud	223
Anexo XI Relación de participantes en la elaboración de los capítulos del Plan de Salud 2010-2013	224
Anexo XII Siglas y abreviaturas utilizadas	225

# INTRODUCCIÓN







## INTRODUCCIÓN

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

En la Comunitat Valenciana, es nuestro III Plan de Salud. En este documento se recogen los objetivos de salud y las prioridades en política sanitaria para los próximos años, tomando como base, entre otros criterios, el diagnóstico de salud de los valencianos, la evaluación del Plan de Salud 2005-2009, la recién terminada Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, así como la experiencia acumulada en estos 9 años con los dos planes de salud anteriores, 2001-2004 y 2005-2009.

Por ello, y siendo conscientes de la importancia que en nuestra planificación sanitaria tiene la opinión de nuestra ciudadanía, este nuevo Plan introduce, como elemento innovador, la realización de 12 foros de comunicación y participación ciudadana, en los que han colaborado cerca de 200 representantes del tejido social de la Comunitat Valenciana.

En total, el trabajo realizado ha sido fruto de la colaboración de aproximadamente 500 personas involucradas en el desarrollo del proyecto.

Por otra parte y como punto de partida, se ha realizado una Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, con una muestra de más de 5.000 ciudadanos representativa de la población de la Comunitat (muestreo realizado por el Instituto Valenciano de Estadística).

El Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013 se ha elaborado con una metodología innovadora que combina la ya clásica, de priorización por problemas de salud o áreas de intervención, con la metodología utilizada por la Agència Valenciana de Salut, "Balanced Scorecard", para la configuración del mapa estratégico.

El proceso de elaboración seguido en este III Plan será desarrollado en detalle, en apartados posteriores de este documento.

## 1 MARCO NORMATIVO

Los planes de salud han sido objeto de regulación tanto a nivel del Estado como de las Comunidades Autónomas (CCAA).

### Normativa del Estado

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, recoge en su artículo 54:

*"Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud.*

*El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes áreas de salud".*

En el art. 74 de la citada Ley se prevé la elaboración del Plan integrado de salud, que teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos.

La disposición adicional novena señala que el gobierno establecerá el procedimiento y los plazos para la formulación de los Planes integrados de salud, y en base a ello, el Real Decreto 938/1989 de 21 de julio, estableció en su momento el procedimiento y los plazos para los planes integrados de salud. El art. 9 del citado Real Decreto fijó que «*los planes de salud deberán incluir al menos los siguientes capítulos: Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios, establecimiento de objetivos, programas a desarrollar, financiación, ejecución y evaluación*». La necesidad de la elaboración de los Planes Integrales de salud se constata también en el art. 64 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

### Normativa de la Comunitat Valenciana

La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana establece en su art. 11:

*«El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana es el instrumento estratégico de planificación y programación del Sistema Sanitario Valenciano. En él se recogerán la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria.*

*El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana será aprobado por el Consell de la Generalitat, a propuesta del Conseller de Sanidad, y será remitido a les Corts Valencianes para su conocimiento en el plazo máximo de 30 días desde su aprobación.*

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

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

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

El contenido que debe tener el Plan de Salud queda determinado según lo dispuesto en el art. 12:

*«El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana deberá determinar:*

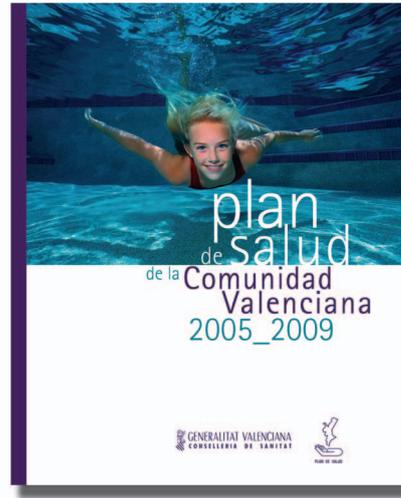
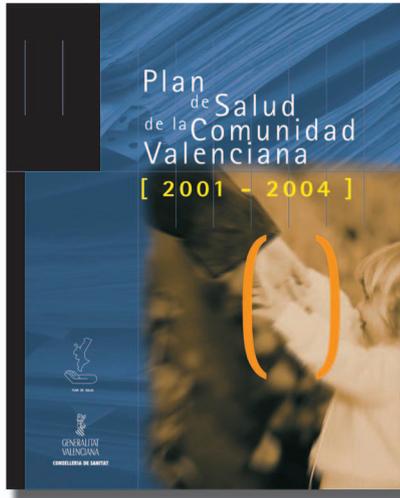
- *La evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, así como los diferentes recursos existentes.*
- *Evaluación de los resultados de los planes de salud anteriores.*
- *Los objetivos y niveles de salud a alcanzar, especificando indicadores de salud y enfermedad.*
- *Programas y actuaciones a desarrollar.*
- *La estimación de la propuesta de los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto respecto a la organización y desarrollo de las actividades, servicios, planes sectoriales y programas como a los medios materiales y personales que se precisen.*
- *Prioridades de intervención con respecto a los diferentes grupos sociales y modalidades de atención sanitaria.*
- *Cartera de prestaciones sanitarias del sistema con relación a los objetivos marcados.*
- *Previsiones económicas y de financiación.*
- *Calendario general de actuación.*
- *Los mecanismos e indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del Plan».*

El Decreto 120/2007, de 27 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad establece en su art. 12 que la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria *«Ejercerá la elaboración, coordinación, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana».*

Esta tarea es realizada a través de la Oficina del Plan de Salud, adscrita a la citada Dirección General, como también quedó reflejado en el Decreto 154/2006, del 13 de octubre, del Consell, por el que se aprobó el II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.

## 2 ANTECEDENTES

La Comunitat Valenciana ha elaborado dos planes de salud:



El I Plan de Salud tuvo como vigencia el periodo 2001-2004 y el II Plan de Salud el periodo 2005-2009.

Ambos planes de salud se elaboraron con la metodología clásica, basada en la fijación de objetivos, tras la priorización de problemas de salud o áreas de intervención.

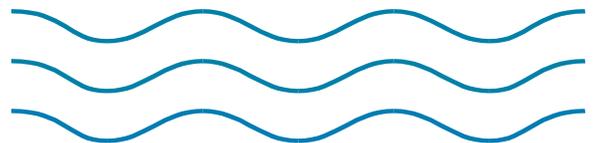
Las áreas de actuación priorizadas se recogen en la tabla siguiente, y se fijaron en total 78 objetivos para el I Plan y 90 para el II Plan 2005-2009.

~ **Áreas de actuación en las que se fijan objetivos en el I y II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana**

	I Plan de Salud 2001-2004	II Plan de Salud 2005-2009
<b>Hábitos y estilos de vida</b>		
Tabaco		
Alcohol y drogas		
Alimentación y nutrición		
Ejercicio físico / actividad física		
Salud sexual y reproductiva		
<b>Entorno y salud</b>		
Salud laboral		
Medio ambiente y salud		
Seguridad alimentaria		
Salud perinatal		
Salud en la infancia y adolescencia		
<b>Enfermedades prevenibles mediante vacunación</b>		
<b>Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares</b>		
<b>Diabetes</b>		
<b>Cáncer</b>		
<b>Enfermedades neurodegenerativas. Demencias</b>		
<b>VIH/SIDA</b>		
<b>Vigilancia en salud de problemas emergentes</b>		
Hemovigilancia		
Tuberculosis		
<b>Enfermedades osteoarticulares</b>		
<b>Salud mental</b>		
<b>Lesiones por accidentes de tráfico</b>		
<b>Lesiones por violencia doméstica</b>		
<b>Socio-sanitaria</b>		
<b>Uso racional del medicamento</b>		
<b>Urgencias y emergencias</b>		
<b>Desigualdades en salud</b>		
<b>Políticas públicas saludables</b>		



# **ENFOQUE DEL III PLAN DE SALUD 2010-2013**







## ENFOQUE DEL III PLAN DE SALUD 2010-2013

### 1 ESTABLECIMIENTO DE LAS BASES DEL NUEVO PLAN

La idea de como debía configurarse el III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana parte ya de la Comisión Técnico Directiva del II Plan, la cual se plantea, en base a la experiencia acumulada de los dos planes de salud anteriores 2001-2004 y 2005-2009, que rumbo y que directrices debían de orientar a este III Plan, para constituirse en el verdadero instrumento de planificación del Sistema Sanitario Valenciano hasta fin del año 2013.

En tal sentido se considera imprescindible para este III Plan:

**Dotar al ciudadano de un mayor protagonismo en la toma de decisiones para la mejora de su salud.**

Este protagonismo se pone de manifiesto como hemos visto ya, desde el propio diseño del proceso de elaboración de este nuevo Plan de Salud, mediante la incorporación de las necesidades de salud expresadas por los ciudadanos, a partir de la constitución de 12 foros de participación y comunicación ciudadana.

El sentir de los ciudadanos en relación a la salud se incorpora por tanto, junto con otros indicadores y otros factores, al análisis de la situación de la salud de los ciudadanos y se convierte en punto de partida, para la planificación de acciones en el periodo 2010-2013.

**Lograr una planificación cohesionada con el Plan de la Agència Valenciana de Salut, para optimizar los resultados de ganancia en salud de nuestra población.**

**Por último, establecer los pilares fundamentales sobre los que debería constituirse el III Plan, como apuestas o valores fundamentales, que debían impregnar el nuevo Plan y que apuestan por el fomento de la:**

- Participación, información, comunicación.
- Garantía de sostenibilidad.
- Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención a la cronicidad.
- Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud.
- Equidad en salud.

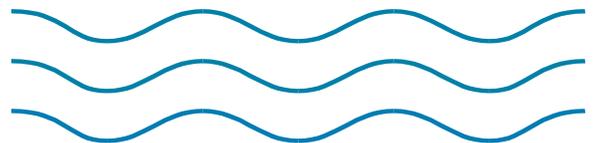
## 2 ESTABLECIMIENTO DE LOS AGENTES Y ÓRGANOS ENCARGADOS DEL DESARROLLO DE ESTE NUEVO PROYECTO

Para la elaboración de este III Plan se ha contado con:

1. La creación del Comité de Dirección del III Plan de Salud, como máximo órgano encargado de conocer y proponer la posterior aprobación del III Plan de Salud, constituido según Resolución de 8 de octubre del 2010 del Conseller de Sanitat (DOCV 30/12/2010).
2. La creación de una Comisión Técnico-Directiva de Elaboración y Seguimiento del III Plan (en adelante la Comisión Técnico Directiva), como órgano consultivo encargado de formular y diseñar las grandes líneas estratégicas, establecer los objetivos generales, el desarrollo y seguimiento del III Plan, y definir la metodología de cada etapa del proceso de elaboración del mismo, constituida según Resolución del 23 de septiembre de 2010 del Conseller de Sanitat (DOCV 28/12/2010).
3. El establecimiento de los órganos, dependientes de la Conselleria de Sanitat, responsables últimos de la formulación, impulso, seguimiento y evaluación de los objetivos específicos, indicadores y líneas de actuación de las diferentes áreas del Plan de Salud, y de los objetivos de carácter transversal.
4. La designación por parte de los órganos responsables de las áreas, del personal coordinador de cada área de actuación y coordinador de los objetivos de carácter transversal, responsables a su vez de facilitar a la Oficina del Plan de Salud la información requerida durante el proceso de elaboración (establecimiento de objetivos específicos, indicadores y líneas de actuación) y posterior evaluación del III Plan sobre, el cumplimiento de objetivos, seguimiento de los indicadores y estado de desarrollo de las diferentes líneas de actuación para la monitorización y evaluación del Plan de Salud durante el periodo de vigencia del mismo. En el desarrollo de esta tarea contarán con los grupos de expertos formados en las diferentes áreas y que quedan reflejados en el punto siguiente.
5. La designación por el personal coordinador, de los grupos de expertos de cada área. Estos grupos, de reconocido prestigio profesional, se han constituido en función del área a tratar favoreciendo el conocimiento integral de la misma, desde diferentes puntos de vista, abogando por la creación de grupos intersectoriales y multidisciplinarios. Estos grupos de expertos colaborarán con el/la coordinador/a del área en aquellas tareas que les sean encomendadas para garantizar el logro de objetivos y actuaciones de la misma.
6. El establecimiento de referentes de otras Consellerias del Gobierno Valenciano, como nexo de unión con el Plan de Salud, y responsables de la toma de decisiones y de la construcción de canales de intersectorialidad con el III Plan. Estos referentes contarán con responsables en su ámbito de actuación, que se integrarán con los grupos de expertos, cuando así se estime conveniente.
7. La Oficina del Plan de Salud, dependiente de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria, para la coordinación de todas las actuaciones, y la colaboración de la Oficina del Mapa Estratégico de la Agència Valenciana de Salut en la metodología de trabajo, dentro de la idea fuerza de la convergencia de este III Plan de Salud y el Plan Estratégico de la Agència Valenciana.

De cada una de las etapas fundamentales del proceso de elaboración del III Plan se ha dado oportuno traslado al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana. En total el trabajo realizado ha sido fruto de la colaboración de aproximadamente 500 personas involucradas en el desarrollo del proyecto. Se ha contado con más de 300 profesionales, así como con la opinión manifestada por aproximadamente 200 representantes del tejido social de la Comunitat, mediante los foros de comunicación y participación ciudadana.

# CONTEXTO PLANIFICADOR







## CONTEXTO PLANIFICADOR

De forma previa a la fijación de los objetivos del nuevo Plan de Salud se ha procedido a realizar el estudio del análisis de la situación de la salud de los valencianos, para dar a conocer a la Comisión Técnico Directiva cuál era el punto de partida en el que nos encontrábamos en relación a la salud de nuestra población.

Para ello se ha realizado la valoración del diagnóstico de salud a partir de:

- Los resultados de la Evaluación del Plan de Salud 2005-2009.
- Las necesidades de salud manifestadas por nuestros ciudadanos en los Foros de comunicación y participación ciudadana.
- Los principales indicadores demográficos, socioeconómicos, sanitarios, etc.
- La Encuesta de Salud 2010.

Complementariamente, se ha creído conveniente realizar un análisis del contexto planificador en el que nos encontramos para planificar el nuevo periodo de vigencia del Plan de Salud 2010-2013 a partir del conocimiento de:

- Las directrices de la OMS para su Oficina en Europa, y de la Unión Europea en materia sanitaria, y de las estrategias y demás documentos en materia de planificación de actuaciones sanitarias a nivel nacional establecidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Las Estrategias y Planes vigentes en nuestra Comunitat en relación con la Salud.
- El estudio comparativo de los planes de salud vigentes de las diferentes Comunidades Autónomas, a fin de valorar las áreas de actuación que se han priorizado para el establecimiento de objetivos por el resto de Comunidades.

Todos estos documentos sirvieron de base a la Comisión Técnico Directiva para la toma de decisiones a la hora de fijar las líneas estratégicas, los objetivos generales y la priorización de las áreas de actuación del nuevo Plan de Salud.

# 1 MARCO GENERAL DE REFERENCIA EN PLANIFICACIÓN NORMATIVA Y POLÍTICA SANITARIA

Como es sabido, es necesario establecer una coherencia del nuevo Plan de Salud con los principios orientadores de la planificación sanitaria para garantizar el alineamiento del Proyecto con otras iniciativas nacionales e internacionales promovidas por la OMS, la Unión Europea o el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

## a) Organización Mundial de la Salud

Son de destacar entre otros, documentos de referencia como:

- **Salud para todos en el siglo XXI.** Su principal objetivo permanente es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Posee dos metas principales «*promover y proteger la salud de las personas*» y «*reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones así como el sufrimiento que originan*». Los tres valores básicos que constituyen los cimientos éticos de Salud 21 son:
  - ~ La salud como derecho fundamental.
  - ~ La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción.
  - ~ La participación y la responsabilidad de las personas, grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.Centrados en cuatro principales estrategias de acción, sus 21 objetivos constituyen el marco de desarrollo de las políticas sanitarias de la Región Europea y representan la esencia de la política europea.
- **La Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.** Los datos científicos revelan que las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes exigen la adopción de medidas coordinadas que aborden los factores de riesgo comunes como el alcohol, tabaco, dieta inadecuada e inactividad física. En el objetivo 2 del Plan de Acción 2008-2013 se determina que los Estados Miembros necesitan establecer políticas y planes nuevos o fortalecer los existentes, a fin de incorporar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, como parte integral de sus políticas sanitarias.
- **Los Determinantes sociales de la salud, 2003.** Bajo el concepto de determinantes sociales de la salud (pendiente social, estrés, trabajo, desempleo, exclusión social, adicciones, etc.) se recoge la influencia que el entorno social ejerce sobre la salud. Las instituciones deben implicarse en la elaboración de políticas que palien la mala distribución de recursos reforzando el papel del personal sanitario para actuar sobre dichos determinantes.
- **La política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS, 2002.** Su meta es contribuir a la mejora de la salud tanto de hombres como de mujeres mediante investigaciones, políticas y programas de salud que presten la debida atención a las cuestiones de género y promuevan la equidad y la igualdad entre el hombre y la mujer. En la **Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia: Herramienta de género, 2007** se establece como el género se refiere a las características de hombres y mujeres que son construidas socialmente, mientras que el sexo contempla aquellos atributos determinados biológicamente. En el **Resumen Analítico: Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana, 2009**, se señala el camino hacia las medidas necesarias para mejorar la salud de las niñas y mujeres de todo el mundo.

## b) Unión Europea

A nivel de la UE las diferencias en salud de los ciudadanos son cada vez mayores, lo cual representa una gran preocupación y un gran reto. El aumento del desempleo como consecuencia de la crisis económica y financiera también está agravando esta situación. Así cabe destacar los siguientes documentos marco:

- La Estrategia **Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013**, adoptada el 23 de octubre de 2007, basada en 4 principios:
  - ~ Una estrategia basada en valores compartidos de la salud (equidad, solidaridad, participación en la toma de decisiones, reducción de desigualdades, y establecimiento de políticas basadas en datos científicos).
  - ~ La salud es la mayor riqueza.
  - ~ La salud en todas las políticas.
  - ~ El fortalecimiento de la voz de la UE en la salud mundial.y en 3 objetivos:
  - ~ Promover la buena salud de una Europa que envejece.
  - ~ Proteger a los ciudadanos contra las amenazas sanitarias.
  - ~ Fomentar sistemas sanitarios y nuevas tecnologías.proporciona por primera vez un marco estratégico global.
- Comunicación de la Comisión: **Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador**, del 3 de marzo de 2010, en especial, la iniciativa Plataforma Europea contra la pobreza y la Comunicación de la Comisión: **Iniciativa emblemática de Europa 2020: Unión por la innovación** de 6 de octubre de 2010, que establece una asociación europea experimental para la innovación en el ámbito de un envejecimiento activo y sano, para alcanzar tres objetivos: mejorar la salud y la calidad de las personas mayores, permitiéndoles llevar unas vidas activas y autónomas; contribuir a la sostenibilidad de los servicios sociales y de la salud, y estimular la competitividad y las oportunidades de negocio.
- El **Segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud, 2008-2013** basado en los logros del programa anterior al que sustituye, apoya las políticas de los estados miembros con 3 objetivos principales: Mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos, promover la salud y, generar y difundir información y conocimientos sobre la salud. Este programa proclama la naturaleza transversal de la salud en el conjunto de las políticas de la Unión. La coordinación con otras políticas y otros programas comunitarios se configura así como un elemento clave para integrar la salud, y particularmente su promoción en otras políticas.
- La COM (2009) 567. La Comisión Europea publicó en septiembre de 2009 **Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE** en la que se pone de manifiesto una vez más, que la lucha contra las desigualdades en salud, es una acción clave de la Estrategia de Salud de la UE (2008-2013), debiéndose abordar cuestiones clave como, la distribución equitativa de la salud o la satisfacción de las necesidades de grupos vulnerables entre otras.
- La importancia del uso de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en materia sanitaria está presente en la UE y la Comisión alienta a los Estados Miembros a trabajar juntos para identificar sus necesidades y prioridades en el área de la telemedicina [COM (2008) 689].

### c) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

- **El Plan de Calidad 2010 del Sistema Nacional de Salud.** Este Plan sustituye al Plan de Calidad 2006, recientemente evaluado. El Plan 2010 tiene presente que el concepto de calidad de un Sistema de Salud incorpora atributos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la garantía de que la atención sanitaria se preste en el momento oportuno y también la garantía de que los pacientes tengan una participación informada en las decisiones relacionadas con su salud. Otros componentes son la excelencia clínica, la medicina basada en la evidencia y la seguridad de los pacientes. También forman parte del concepto de calidad la equidad y la utilización eficiente de los recursos. Todos estos atributos se encuentran presentes en las 6 áreas y 12 estrategias del Plan de Calidad del SNS 2010.
- **El Informe Salud y Género 2005 del Observatorio de Salud de las Mujeres,** pone de manifiesto como la equidad de género se aborda en los planes de salud de las Comunidades Autónomas, fundamentalmente a nivel de discurso, pero con escasa concreción en objetivos operativos y medidas instrumentales. El artículo 27.1 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres establece que *«las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en su formulación, desarrollo y evaluación las necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente»*, para ello, **La guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud de la Junta de Andalucía, 2008** fue también parte del material facilitado a los grupos de expertos como herramienta de trabajo para difundir y facilitar el enfoque de género en las políticas y estrategias de salud para el nuevo periodo de vigencia del Plan.

## 2 ESTRATEGIAS Y PLANES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

A continuación se recogen las Estrategias en materia de salud, en vigencia, desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y los actuales Planes llevados a cabo por la Conselleria de Sanitat.

Algunos de los actuales Planes, Estrategias, etc. de la Conselleria de Sanitat han sido adaptados a partir de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

### ~ *Estrategias del Sistema Nacional de Salud y su consiguiente adaptación en la Comunitat Valenciana*

Estrategias actuales del Sistema Nacional de Salud	Planes Estratégicos actuales de la Conselleria de Sanitat
Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016	Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana 2006-2010 (adaptado de la anterior Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008)
Estrategia en cuidados paliativos del SNS 2007	Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013
Estrategia en cáncer del SNS 2006, actualizada en 2009	Plan oncológico de la Comunitat Valenciana 2007-2010
Estrategia de atención al parto normal en el SNS 2007	Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana 2009
Estrategia de diabetes del SNS 2006	Plan de diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-2010
Estrategia en EPOC del SNS 2009	Plan de salud en EPOC de la Comunitat Valenciana 2010-2014
Estrategia del ICTUS del SNS 2008	Plan de atención al ICTUS en la Comunitat Valenciana 2011-2015

Otras Estrategias del Sistema Nacional de Salud pueden servir de referencia para posteriores actuaciones en nuestra Comunitat:

- Plan para la Prevención y Control de la tuberculosis en España 2008.
- Estrategias básicas de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros 2009.
- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Proyecto AP 21.
- Estrategia de Salud Mental del SNS 2009-2013.
- Estrategia Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad (NAOS) 2005.
- Estrategia en Enfermedades Raras del SNS 2009.
- Estrategia sobre Salud Sexual y Reproductiva (en desarrollo).
- Estrategia sobre Salud y Género (en desarrollo).
- Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS 2006, actualizada en 2009.

Otros Planes sobre el abordaje de determinadas patologías y sobre la propia gestión interna han sido desarrollados a iniciativa de la Conselleria de Sanitat.

- Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunitat Valenciana 2001.
- Plan Estratégico de I+D+i en Salud Pública de la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Plan Estratégico de Investigación Sanitaria y Biomédica 2006-2010 .
- Plan Estratégico para la Gestión de la Formación Especializada en ciencias de la salud en la Comunitat Valenciana 2008-2011.
- Atención a personas con enfermedades crónicas 2008: una Estrategia para la gestión por procesos en hospital de media y larga estancia.
- II Plan para la prevención y control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Plan de Gestión de la Seguridad del paciente de la CV 2009-2013 .
- Plan Estratégico de la Dirección General de Salud Pública 2004.
- Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos de la Comunitat Valenciana 2007-2011.
- Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana 2005.
- Plan Estratégico para el control y calidad de la farmacia, medicamentos y productos sanitarios en la Comunitat Valenciana 2007.
- Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut 2009-2011.
- Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Comunitat Valenciana 2009.
- I Plan del SIDA de la Comunidad Valenciana 1997.
- Plan de Sistemas de Información 2009-2011 .
- Plan de Inspección de servicios sanitarios de la Conselleria de Sanidad 2010.

En este apartado, teniendo en cuenta que la intersectorialidad es uno de los valores clave en el III Plan de Salud y siendo conscientes de la importancia del concepto de **salud en todas las políticas** cabe destacar, entre otros, los siguientes Planes Estratégicos de otras Consellerias del Gobierno Valenciano relacionados de un modo u otro con la salud: II Plan de Integración de la Familia e Infancia 2007-2010, Conselleria de Bienestar Social; Plan de Igualdad de Oportunidades 2010-2013, Conselleria de Bienestar Social; Plan Integral para la Atención a Personas con Discapacidades Persistentes por Enfermedad Mental 2009-2015, Conselleria de Bienestar Social; Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011, Conselleria de Inmigración y Ciudadanía; I Plan de Igualdad entre Mujeres y Hombres de la Administración de la Generalitat 2010-2012, Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas y Plan Estratégico para la Mejora Continua de la Seguridad y Salud Laboral de los Empleados Públicos de la Generalitat 2010-2013, Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas.

### 3 ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

Como es sabido, la necesidad del establecimiento de los planes de salud tiene su origen con la Ley General de Sanidad y su evolución ha sido diferente en cada Comunidad Autónoma, según se hubiesen asumido o no las competencias en materia de sanidad.

Los primeros planes de salud, planes de 1ª generación, consistían básicamente en un catálogo de objetivos de salud, formulados de manera más o menos coherente con el análisis de la situación que les acompañaba, con estadísticas menos desarrolladas que en la actualidad, y en ausencia de indicadores asistenciales.

Con la experiencia acumulada, se constatan cambios en la formulación de la mayoría de planes de salud de 2ª generación. Los objetivos diseñados y promovidos en ellos se dirigían a problemas de salud específicos, con necesidades asistenciales constatadas, de enorme repercusión global sobre la salud colectiva, estableciendo áreas de intervención priorizadas por procesos de mayor prevalencia.

En la actualidad en la mayor parte de las CCAA se vienen desarrollando los Planes de 3ª generación.

Como parte del análisis de la situación y, de forma previa al establecimiento de objetivos del III Plan de la Comunitat Valenciana, se ha considerado necesario realizar un análisis comparativo de las áreas de actuación sobre las que los diferentes planes de salud de las CCAA han fijado objetivos de mejora en salud. Para ello se han seleccionado aquellos planes que en el año 2010, fecha de comienzo del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, se encontraban vigentes.

Así, se ha realizado un estudio de 9 planes de salud de CCAA y de un plan de salud de una Ciudad Autónoma, Ceuta, que comprendían el periodo referido. No se ha seleccionado el Plan de Salud de Canarias 2010-2015 por no estar el texto definitivo publicado, ni el Plan de Gobernanza de Cantabria 2008-2012, ni el Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral 2007-2010 del Principado de Asturias, por abarcar otros aspectos diferentes a los propios de los planes de salud que a continuación se enumeran, impidiendo su comparación en base a criterios uniformes.

Se han analizado pues los siguientes planes de salud:

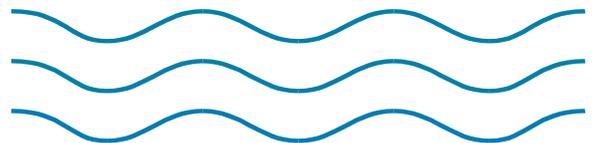
- Plan de Salud Castilla la Mancha 2001-2010.
- Plan de Salud del País Vasco 2002-2010.
- Plan de Salud de Galicia 2006-2010.
- Plan de Salud de Navarra 2006-2012.
- Plan de Salud de la Rioja 2009-2013.
- Plan de Salud de Murcia 2010-2015.
- Plan de Salud de Cataluña en el horizonte 2010.
- Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.
- Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012.
- Plan de Salud de Ceuta 2008-2011.







# **EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2005-2009**







## EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2005-2009

### 1 RESULTADOS, EN CIFRAS, POR ÁREAS DE ACTUACIÓN

La evaluación del Plan de Salud es un proceso continuo de monitorización de los objetivos y evaluación final al cumplirse su periodo de vigencia. La evaluación de los objetivos es realizada con indicadores específicos, utilizando para ello fuentes de información previamente seleccionados.

La evaluación final del Plan de Salud 2005-2009, constituye un aspecto fundamental dentro del proceso planificador puesto que permite analizar y comparar los objetivos propuestos en el año 2005 con los objetivos alcanzados al finalizar el año 2009, y como consecuencia conocer las ganancias en salud obtenidas. Por otra parte constituye el punto de partida para la formulación de objetivos y actuaciones del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013, ya que del análisis efectuado sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos para el periodo 2005-2009 se desprenden acciones de mejora para los próximos planes.

En el Plan de Salud 2005-2009 y con la participación, entre otros, de 312 expertos, se formularon un total de 90 objetivos incluidos dentro de las 17 áreas de intervención y 28 de áreas de actuación.

El grado de ejecución de los objetivos se ha considerado del modo siguiente:

**Conseguido:** cuando se ha alcanzado plenamente el objetivo esperado.

**Parcialmente conseguido:** cuando se ha conseguido la tendencia deseada y al menos se alcanzado el 50% del objetivo.

**No conseguido:** cuando el objetivo no se ha logrado.

**En proceso de evaluación:** cuando la información recogida hasta la fecha no permite concluir su evaluación.

#### ~ Evaluación de los Objetivos del Plan de Salud 2005-2009: Resultados Globales

Consecución		Nº objetivos	% objetivos
Evaluados	Conseguidos (C)	54	60,0
	Parcialmente conseguidos (PC)	34	37,8
	No conseguidos (NC)	1	1,1
No evaluados	En proceso de evaluación (EE)	1	1,1

De los 90 objetivos marcados, han sido evaluados 89, siendo uno de ellos perteneciente al área de actuación de lesiones por accidentes de tráfico, no evaluable. De los 89 objetivos evaluados, 88 han sido conseguidos o parcialmente conseguidos, lo que supone un porcentaje de cumplimiento del 99%.

En la tabla siguiente se recogen los resultados de la evaluación de objetivos del Plan de Salud 2005-2009 por cada área de actuación de las 17 áreas de intervención.

~ *Evaluación de Objetivos del Plan de Salud 2005-2009: Resultados por áreas de actuación*

Áreas de ganancia en salud	Nº de objetivos	C	PC	NC	EE	% Consecución*
<b>Hábitos y estilos de vida</b>						
Tabaco	7	1	6			C
Alcohol y drogas	5	4	1			B
Alimentación y nutrición	5	1	4			C
Ejercicio físico / actividad física	1		1			C
Salud sexual y reproductiva	4	4				A
<b>Entorno y salud</b>						
Salud laboral	2	1	1			B
Medio ambiente y salud	2	1	1			B
Seguridad alimentaria	8	7	1			B
Salud perinatal	2	1	1			B
Salud en la infancia y adolescencia	1		1			C
<b>Enfermedades prevenibles mediante vacunación</b>	2	1	1			B
<b>Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares</b>						
Enfermedades cardiovasculares	5	4	1			B
Enfermedades cerebrovasculares: Ictus	3	2	1			B
<b>Diabetes</b>	5	2	3			C
<b>Cáncer</b>	7	7				A
<b>Enfermedades neurodegenerativas: demencias</b>	1		1			C
<b>VIH/SIDA</b>	3	3				A
<b>Vigilancia en salud de problemas emergentes</b>						
Hemovigilancia	1		1			C
Tuberculosis	3		2	1		D
<b>Enfermedades osteoarticulares</b>	2		2			C
<b>Salud mental</b>	8	4	4			B
<b>Lesiones por accidentes de tráfico</b>	2	1			1	A
<b>Lesiones por violencia doméstica</b>	1	1				A
<b>Sociosanitario</b>						
Envejecimiento	1	1				A
Cuidados paliativos	1	1				A
<b>Uso racional del medicamento</b>	5	5				A
<b>Urgencias y emergencias</b>	1	1				A
<b>Desigualdades en salud</b>	2	1	1			B

\*Factor de cálculo: 1 conseguido; 0,5 parcialmente conseguido; 0 no conseguido.

A: objetivos logrados al 100%; B: objetivos logrados entre 75% y 99,9%; C: objetivos logrados entre 50% y 74,9%;

D: objetivos logrados entre 25% y 49,9%; E: objetivos logrados entre 0% y 24,9%

## 2 PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS

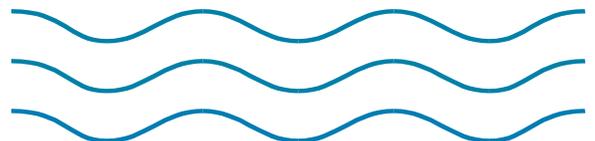
Durante este periodo se han conseguido importantes logros en todas las áreas de actuación, entre los que cabe señalar:

- El incremento de cobertura asistencial para el tratamiento de las distintas adicciones. Los recursos de este tipo han pasado de 152 a 169 en estos 5 años.
- La disminución superior al 1,5% fijado anualmente para la mortalidad por cardiopatía isquémica. En concreto se ha pasado de una tasa de 105,4 muertes por cada 100.000 habitantes en 2005 a 87,7 por cada 100.000 habitantes en 2008.
- La disminución superior al 1% fijado en mortalidad por ictus, ya que en los años de vigencia del Plan ha decrecido en más de 10 puntos, pasando de una tasa de 78,4 por 100.000 habitantes en 2005 a 68,3 por cada 100.000 habitantes en 2008. Acciones tales como: la creación de cuatro unidades de ictus en 4 hospitales de la Comunitat Valenciana, de diferentes unidades de daño cerebral adquirido en la red asistencial, la implantación del código ictus en los departamentos Hospital General de Valencia, Hospital la Fe de Valencia, Hospital General de Alicante y en toda la provincia de Castellón, y el aumento de la cobertura del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular han contribuido significativamente a ello.
- El aumento significativo en el diagnóstico de la diabetes con objeto de reducir la diabetes no diagnosticada, pasando de tener un 10,4% de diabetes no diagnosticada en 2005 a un 6,9% en 2009, lo que supone que la diabetes no diagnosticada se ha reducido en más de un 33% de 2005 a 2009.
- El importante control de los incrementos del gasto farmacéutico de los grupos terapéuticos de mayor consumo y tendencia de crecimiento, y de las novedades terapéuticas. La prescripción de genéricos ha pasado de un 9,6% en 2005 a un 15,3% en 2009, con una previsión de alcanzar más de un 19% en 2010. En la misma línea, el incremento anual del gasto farmacéutico que en 2005 se situaba por encima de la media del Sistema Nacional de Salud, a partir del año 2008 y, gracias a las medidas adoptadas en nuestra Comunitat, el porcentaje de crecimiento ha ido disminuyendo y en 2009 se sitúa por debajo de la media del SNS (4,5 para el SNS y 3,06 en la Comunitat Valenciana).
- En materia de salud mental referir la creación del Consejo Asesor de la Comunitat Valenciana. Se ha mejorado y aumentado la atención prestada y los recursos en salud mental tanto de hospitalización de agudos, hospitalización de media estancia en el Pare Jofré, hospitales de día, unidades de salud mental infanto-adolescente.
- La elaboración de un Plan Integral de Atención Sanitaria a Personas Mayores y Enfermos Crónicos de la Comunitat Valenciana 2007-2011.
- Se ha elaborado el Plan Integral de cuidados paliativos para los próximos años, que ha sido el resultado de un trabajo coordinado y una apuesta clara por mejorar la atención de las personas al final de la vida. Los hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE) y las unidades de hospital a domicilio (UHD) han incrementado durante este periodo de manera progresiva la atención prestada en cuidados paliativos avanzados. Igualmente se ha impulsado la formación de cuidados paliativos tanto en número de cursos como en la calidad de los mismos.
- La mejora de los servicios de urgencia hospitalarios encaminada a: la mejora de la calidad percibida por el paciente y sus familiares, la organización interna de los servicios y al abordaje de importantes acciones para la reforma estructural de numerosos servicios de urgencia de la Comunitat Valenciana.

- En las áreas de estilos de vida y entorno y salud se han llevado a cabo numerosas actuaciones en este periodo como por ejemplo: la promoción de hábitos saludables de alimentación, ejercicio físico, prevención de la obesidad y sobrepeso en la infancia y adolescencia, la edición de material con los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, la realización de diversos materiales gráficos divulgativos sobre educación sexual, la notable mejora de la cobertura y calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores, la elaboración del manual para la implantación del Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos en la Industria Alimentaria y de la guía genérica de prácticas correctas de higiene, la inclusión de la hoja resumen del embarazo en la historia clínica, etc. .
- Se ha reducido la mortalidad por cáncer de mama que ha pasado de 23,7 a 17,2 muertes por 100.000 mujeres. El cribado mamográfico junto con la mejora en los tratamientos está influyendo favorablemente en esta evolución. El plan de prevención del cáncer colorrectal, cubre a 300.000 valencianos entre 50 y 69 años, es decir al 20% del total de la población diana.

Los resultados obtenidos de esta evaluación han de servir, sin duda, de reflexión para el diseño de los objetivos del nuevo Plan de Salud 2010-2013.

# FOROS DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA







## FOROS DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Siendo conscientes de la importancia de la apuesta estratégica: "participación, información y comunicación", y considerando a la comunicación como una apuesta transversal prioritaria, se han realizado 12 foros para conocer las opiniones, necesidades y expectativas de nuestra sociedad en relación con las apuestas estratégicas fijadas por la Comisión Técnico Directiva del II Plan de Salud, de cara al diseño del III Plan, e integrar el sentir de los ciudadanos desde los inicios del proceso de elaboración.

### 1 FOROS REALIZADOS Y METODOLOGÍA

Se han realizado tres grupos de foros con perfiles diferentes:

**Diez foros representativos de los ciudadanos de nuestra Comunitat.**

**Un foro del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.**

**Un foro con Informadores clave de la Conselleria de Sanitat.**

Los foros de participación ciudadana se llevaron a cabo en los meses de mayo y junio de 2009, y los dos restantes en los meses de marzo y abril de 2010.

La investigación se realizó en colaboración con el Departamento de Sociología y Antropología Social de la Universitat de Valencia. La técnica de investigación de los foros se enmarca dentro de la perspectiva metodológica cualitativa y consigue ampliar y profundizar ciertas dimensiones de la realidad socio-cultural a las que no se accede con la perspectiva cuantitativa.

Los foros en el ámbito de la comunicación se entienden como un grupo de debate y reflexión sobre un tema, un programa, o un fenómeno social conducido por un moderador/a. Son esencialmente, una técnica de comunicación oral en base a un contenido de interés general que puede generar una discusión. El objetivo del foro es conocer las opiniones sobre un tema concreto, motivar la participación y recoger las aportaciones que surjan del propio grupo.

El contenido temático de los foros giró en base a las apuestas estratégicas del III Plan de Salud. La apuesta de equidad en salud no queda reflejada en estos foros ya que se agregó en una etapa posterior del Plan.

Las sesiones son grabadas y posteriormente transcritas para su análisis e interpretación. Se transcriben selectivamente los discursos emitidos en cada uno de los foros, respetando el lenguaje empleado por las personas participantes con el objetivo de reproducir su mensaje tal cual fue formulado durante el debate. Posteriormente se realiza la primera categorización del análisis, procediéndose a continuación al análisis interpretativo de cada uno de los discursos generados en los diferentes foros.

El análisis del contenido cualitativo se ha efectuado mediante la aplicación informática ATLAS.ti, versión 5, con 2 niveles de análisis: textual y conceptual. El análisis textual permite seleccionar y trabajar con citas o párrafos de los textos y el conceptual permite la obtención de los mapas conceptuales o Networks.

Los resultados que a continuación se muestran se han organizado en dos grupos. El primero recoge las principales opiniones de los 10 foros representativos del tejido social de la Comunitat Valenciana: foros representativos de los ciudadanos y, el segundo las opiniones de los dos últimos foros realizados: Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana e Informadores clave de la Conselleria de Sanitat, tratados de manera conjunta, por su especial vinculación al Sistema Sanitario Valenciano.

## 2 FOROS REPRESENTATIVOS DE LOS CIUDADANOS

La tipología de estos Foros se ha efectuado en función de la composición del tejido social de la Comunitat Valenciana. En la propuesta se ha optado por la agregación de entidades y agentes sociales en función de las afinidades existentes en sus objetivos e intereses. Esta agregación permite combinar en los foros la homogeneidad con la heterogeneidad con el fin de conseguir una mayor riqueza en el discurso conjunto. Los foros realizados han sido los siguientes:

Foro 1: Colegios profesionales: Medicina, Enfermería, Psicología (clínica), Fisioterapia, Farmacia, Veterinaria, Odontología y Estomatología, Biología, Física (nuclear, radiofísica), Trabajo social, Derecho, Logopedia, Óptica y optometría, Podología, Arquitectura (urbanismo), Química e Ingeniería.

Foro 2: Docentes (Enseñanza Primaria, Secundaria, Bachiller, FP, Universidad; pública y privada).

Foro 3: Sindicatos / Empresarios / Cámaras de Comercio.

Foro 4: Medios de comunicación y periodistas.

Foro 5: Asociaciones de mujeres.

Foro 6: Asociaciones de juventud.

Foro 7: Asociaciones de personas mayores.

Foro 8: Asociaciones de enfermos y cuidadores; Asociaciones de personas con discapacidad.

Foro 9: Asociaciones en general: consumidores y usuarios, asociaciones de inmigrantes, de donantes de sangre, deportivas, ONG, gastronómicas.

Foro 10: Federación Valenciana de Municipios y Provincias. .

Para cada uno de estos foros se convocó un nº medio de 15 representantes.

### 2.1 Conclusiones por apuestas estratégicas

A continuación se recogen las opiniones que con mayor frecuencia fueron repetidas, en los 10 foros representativos del tejido social de la Comunitat Valenciana, agrupadas en las apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

#### **Participación, información y comunicación**

*«Es absolutamente necesario aumentar la información en materia de salud a la población en general, teniendo en cuenta a la juventud como un sector muy especial. A estos efectos, la escuela puede ser un medio idóneo para transmitirla, ya que puede incidir desde las edades más tempranas. Otros dos agentes imprescindibles en la transmisión de la información de forma adecuada son los medios de comunicación y las empresas».*

*«La información debe comenzar fundamentalmente por los profesionales sanitarios, y deben estar complementados por otros profesionales como educadores, psicólogos, logopedas...»*

*«La información que se proporcione a la población debe estar diferenciada según colectivos (no todo vale para todos). Los principales colectivos son las personas mayores, los menores, jóvenes y las mujeres. A ello pueden contribuir las nuevas tecnologías, especialmente Internet y los programas específicos. Internet, concretamente, exige una adecuación y mejora de la página web de Sanidad y una mejor vinculación con otras páginas relacionadas».*

*«Debemos tender a una nueva cultura de la salud que suponga la humanización de las relaciones en lo sanitario (especialmente personal médico-paciente) y la ética en la información, que pasa por mejorar la claridad de lo que se dice. En esa nueva cultura es necesario contar con los propios profesionales sanitarios así como con las redes de asociaciones especializadas existentes».*

*«La mejora de la comunicación pasa por adoptar y ampliar los protocolos entre Administraciones, sobre todo entre aquellas que trabajan con los mismos colectivos. La existencia de protocolos implica la coordinación previa. Ésta debe establecerse entre instituciones, especialmente entre Sanidad y Bienestar Social y entre Sanidad y Educación».*

*«Un espacio idóneo para ampliar y mejorar la participación es el que nos ofrecen los Consejos de Salud, acerca de los que se afirma es necesario dinamizar y ajustar. Son desconocidos por la población y precisan de una reformulación básica».*

## **Garantía de sostenibilidad**

*«Hay que lograr que la ciudadanía se sensibilice sobre el uso racional de los recursos sanitarios, para ello es imprescindible contar con el sector de la educación ya que éste incide directamente en la transmisión de valores. Un complemento imprescindible en esta sensibilización es la información y la formación».*

*«Algunos problemas en el uso de los recursos vienen dados por la presión de los propios pacientes, a la que los profesionales sanitarios no deben ceder».*

*«El control del gasto farmacéutico pasa, entre otros factores, por el aumento de los medicamentos genéricos y esenciales y el uso de la receta electrónica, lo que debe completarse con una labor educativa de los profesionales sanitarios».*

*«El control del gasto sanitario pasa por mejorar la disfunción existente entre sector público y privado y por mejorar el sistema de inversiones. Se debe proporcionar una mayor información de la gestión que se realiza, lo que sin duda, mejoraría la sostenibilidad del sistema».*

*«Relacionados con la sostenibilidad encontramos factores culturales y también políticos. Entre los primeros, los principales son el mal uso que se realiza de los servicios de urgencias, y la automedicación o exceso de medicalización de todas las áreas de la vida. Entre los políticos, la necesidad de transparencia en la gestión, la elección entre el modelo privado y público y una mayor inversión en prevención y educación».*

*«Entre las prácticas que pueden contribuir a mejorar la sostenibilidad del sistema se señalan las siguientes: información a la población de la universalidad de la sanidad y lo que eso implica, potenciar el uso racional de recursos y medicamentos, medidas encaminadas al mejor funcionamiento de las urgencias, el uso de la factura informativa o estudiar la posibilidad del co-pago y la elaboración de un catálogo de buenas prácticas que estuviera al alcance de la población».*

*«La prevención es una de las mejores herramientas relacionadas con la sostenibilidad. La opción de una medicina preventivista frente a la asistencialista se encuentra en el centro del debate. Por ello, es necesario mejorar el funcionamiento de la Atención Primaria y de las Especialidades como medio para evitar el colapso de los recursos hospitalarios y de urgencias. Un agente complementario es la escuela y la educación a los más pequeños».*

*«La Atención Primaria es el recurso básico de la sostenibilidad del sistema. En ésta se debe mejorar la relación con los pacientes, aumentar el tiempo de atención que los facultativos tienen asignado y potenciar la coordinación con otros recursos sanitarios y sociales».*

*«La coordinación que más puede contribuir a la sostenibilidad es aquella que involucre a las instancias sanitarias y sociales, sobre todo en el campo de las personas mayores y dependientes. Se ha de intentar evitar duplicidades en las actuaciones, lo que mejoraría el uso de recursos».*

## Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad

*«La mejor promoción de la salud pasa por la prevención, tratando de evitar que aparezcan problemas sanitarios. La prevención en este aspecto pasa por mejorar el funcionamiento de la Atención Primaria y los Centros de Salud, sobre todo en lo que atañe a la información de la población y en mejorar la formación de los profesionales. El papel de los profesionales de la enfermería es vital en este nivel, junto a la colaboración con otros profesionales (psicólogos/as, trabajadores/as sociales...)».*

*«En la prevención algunos sectores deben ser prioritarios: mujeres, niños/as, mayores y dependientes. También hay que cuidar más la propia salud de los profesionales sanitarios».*

*«La extensión de información sobre hábitos saludables es imprescindible en la promoción y la prevención. Entre ellos se destacan la alimentación saludable, el deporte, la educación postural o la salud visual, la prevención de riesgos y enfermedades laborales, la mejora de las condiciones generales en el trabajo, la atención a las adicciones (se hace mención especial del tabaquismo), la información sobre sexualidad, evitación de embarazos no deseados, la prevención de la discapacidad y de las enfermedades hereditarias y el aumento de la investigación en prevención. Se realiza una mención especial a la Salud Mental, al aumento de las enfermedades psíquicas y la trascendencia que tiene para las familias».*

*«Un componente esencial de la promoción de la salud es la información, en la que es tan importante lo que se dice como el canal que utilizemos. Los medios de comunicación son los protagonistas esenciales de la información dirigida a toda la población y especialmente a la juventud. Por ello, es importante que las noticias que se hagan llegar sean adecuadas y se tenga especial cuidado con la calidad de la publicidad, muchas veces engañosa».*

*«Un agente básico receptor de la información es la familia, y particularmente las/os cuidadores/as. Otros agentes protagonistas son la escuela, que tiene que estar apoyada adecuadamente por personal sanitario y las farmacias, como instancia más cercana a la ciudadanía».*

*«Es importante la coordinación en este campo, pero con el factor añadido de la transversalidad de la salud en todas las áreas de la vida, lo que hace referencia a la acción concertada entre los distintos departamentos del gobierno autonómico. Para una adecuada coordinación en la promoción de la salud, son necesarios los protocolos, es decir, el saber qué hacer cuando es necesario y saber quién lo tiene que hacer».*

*«El factor básico para la promoción de la salud es la alimentación y su relación tanto con la obesidad infantil, como con el conjunto de hábitos de vida relacionados con la higiene o el deporte, los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia...)».*

*«La promoción de la salud está muy relacionada con la educación en valores: lo saludable frente a lo efímero de la moda, el respeto a los derechos humanos, etc. El apoyo de profesionales de la salud en la escuela es importante».*

*«Es interesante crear un foro de buenas prácticas, celebrar unas jornadas o seminarios sobre este tema, en el que no se debe olvidar el papel de las asociaciones o entidades sin ánimo de lucro para que se conozcan y tengan en cuenta sus iniciativas y experiencias».*

## Atención a la cronicidad

*«Cronicidad no es sólo atención a las personas mayores, sino también a todas aquellas con enfermedades de larga duración y dependientes. Especialmente vulnerables en este campo son los menores, por lo que deben recibir una atención muy particular desde los centros escolares quienes deben hacer el esfuerzo de adaptar sus instalaciones y sus prácticas a las necesidades de esos alumnos/as».*

«Uno de los momentos más importantes en la atención a la cronicidad es el de las altas hospitalarias. Su importancia va desde el momento idóneo en el que se tiene que producir, hasta las condiciones que la deben rodear, sea en un medio residencial o en el propio hogar. Una modalidad interesante de gestionar la cronicidad es la hospitalización a domicilio que tiene muchas potencialidades, pero también sus limitaciones».

«Son importantes los cuidados paliativos, sobre todo en lo que atañe a facilitar a las personas los tratamientos de mantenimiento, evitación del dolor y proporcionar a sus familias la correspondiente información. La preparación a la muerte desde unos principios básicos de dignidad, respeto y evitación del dolor innecesario, son aspectos a tener en cuenta».

«La Salud Mental se considera como una de las más graves cronicidades, a la que, sin embargo, no se atiende debidamente. La escuela, por ejemplo, es un escenario en el que estas enfermedades son especialmente temidas y estigmatizantes. En nuestras modernas sociedades las enfermedades mentales son cada vez más frecuentes pero no existen recursos suficientes para abordarlas, por lo que la mayor carga de la atención recae sobre las familias».

«Los recursos que podrían complementar la atención que precisan las personas que padecen enfermedades mentales son: el apoyo psicológico sobre todo si se puede elegir al profesional, los Centros de Día y los de media estancia y el apoyo efectivo a las/os cuidadores/as».

«Los recursos específicos que son necesarios para la atención a la cronicidad son: la mejora del funcionamiento de la Atención Primaria, la complementariedad de otros profesionales en los equipos multiprofesionales (geriatras, psicólogos, logopedas), un papel más activo de profesionales de la enfermería y del trabajo social en los diferentes niveles, la formación en el auto-cuidado, la creación de plazas para crónicos y de Centros de Día debidamente preparados».

«En este campo es particularmente importante la labor de las cuidadoras/es; precisan para ellas mismas apoyo, formación y ayudas técnicas y económicas. Un apoyo importante para las familias con personas enfermas crónicas es el que aportan los servicios a domicilio, generalmente dependientes de los servicios sociales municipales, que tienen también sus limitaciones (pocas horas de atención, rotación de trabajadores/as...). Por eso es importante contar con la red de voluntariado existente o los “bancos del tiempo”, experiencia novedosa que puede ser un importante complemento».

«Especialmente importante en el área de la cronicidad es la coordinación, sobre todo la que debe existir entre las áreas social y sanitaria. Se está elaborando un documento o protocolo actualmente, muy esperado para la atención de las personas dependientes. Una de sus finalidades debe ser la de humanizar la atención, especialmente importante en la satisfacción de los/as pacientes».

«Incluso en el caso de los/las enfermos/as crónicos/as es importante activar medidas preventivas, sobre todo aquellas que eviten la aparición de enfermedades oportunistas, el empeoramiento de alguno de sus síntomas».

«La aplicación de la llamada Ley de la Dependencia es un tema preocupante para la sanidad, especialmente en lo que se refiere a la tardanza en las valoraciones y resoluciones, el tipo de servicios y prestaciones que recoge, la financiación que comporta y, como factor positivo, las posibilidades de empleo que podría generar».

## **Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud**

«Las nuevas tecnologías identificadas en la Atención Primaria han sido: el sistema Abucasis, la receta electrónica, la historia clínica digital y la petición de cita por Internet».

«En general se reconoce bien valorado el sistema informático Abucasis, aunque existen algunos problemas relacionados con su práctica, por lo que es importante continuar su mejora».

*«La receta electrónica es otra de las mejoras que ha posibilitado la informatización del sistema. Es un recurso valorado positivamente, sobre todo por la conexión que permite establecer entre Centro de Salud y Oficinas de farmacia».*

*«La historia clínica digital es considerada en esta sociedad globalizada como un recurso imprescindible. Valorados también positivamente están la petición de cita por Internet y la utilización de SMS para citas, recordar pruebas...».*

*«Sin embargo, para todos estos recursos se solicitan más medios para su extensión y adecuación. En el ámbito rural particularmente, es necesaria su implantación de forma más generalizada».*

*«Las nuevas tecnologías deberían incidir más en el campo de la información, por ello se analizan los problemas existentes en la página web de la Conselleria de Sanitat y sus posibilidades en el campo educativo».*

*«En el análisis de la telemedicina se señalan sus ventajas e inconvenientes. Entre las ventajas la cercanía e inmediatez en la relación médico-paciente, particularmente interesante en el caso de las enfermedades crónicas. Entre los inconvenientes, las dificultades para interpretar síntomas a distancia y las herramientas de conexión que muchas veces fallan».*

*«La financiación de las nuevas tecnologías puede contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, por medio de la racionalidad del uso de recursos, y la mejora de la atención en general».*

*«Es necesario realizar mejoras relacionadas con las nuevas tecnologías: mayor formación a los profesionales sanitarios en ellas, facilitar mayor información a la población sobre esas tecnologías, la utilización de la página web para comunicar emergencias, aumentar el uso de la teleasistencia, la interconexión entre centros hospitalarios, la adaptación de las nuevas tecnologías para personas con discapacidad o mayores, crear redes de asociaciones de pacientes, colegios profesionales... y evitar el uso de ellas para fines propagandísticos o políticos».*

*«Por último, se señalan a continuación los problemas que plantean las nuevas tecnologías. Entre ellos dos importantes: el hecho de que no toda la población tiene acceso a ellas (personas mayores, zonas rurales...) y el riesgo de que la relación médico-paciente, ya de por sí limitada, puede verse perjudicada por la lejanía y la falta de contacto personal».*

## 2.2 Reflexiones finales

Las **ideas fuerza**, que de forma más continuada y reiterada han sido puestas de manifiesto en los diferentes foros celebrados con los representantes del tejido social de la Comunitat son:

### **Mejora y potenciación de la Atención Primaria**

En todas las apuestas y en todos los foros han existido referencias a la necesidad de adecuar la Atención Primaria a las nuevas necesidades. Se le pide más implicación y paralelamente, se señalan sus carencias.

### **Necesidad de ampliar el escenario participativo.**

Todos los colectivos y entidades que han participado en este proyecto, han señalado expresamente su deseo de que la participación que se les había pedido, siguiese en el futuro y se sistematizase. Un elemento indispensable en la participación es el de los Consejos de Salud, instancias ya creadas que no se han consolidado en el tiempo y que quizá podrían constituir el dispositivo desde el que impulsar una mayor participación.

### **Necesidad de mayor coordinación entre las Administraciones en temas de salud.**

La idea planteada en todas las apuestas estratégicas es la necesidad de impulsar una verdadera coordinación, sobre todo socio-sanitaria. Ello es especialmente importante para las áreas de la cronicidad o la promoción de la salud, pero no sólo se trata de ésta, aun con ser la más repetida, sino también con otras áreas como las de la educación, y también en general todo el escenario inter-administrativo (central, autonómico y local).

### **Fomento de las prácticas preventivas frente a la asistencia.**

Han sido muchas las voces y desde diferentes puntos de vista que han abogado por hacer hincapié en la necesidad de impulsar la prevención frente a la asistencia. Sus resultados podrían ser visibles tanto en la promoción de la salud, como en la sostenibilidad del sistema o en la atención a la cronicidad. En el campo de la prevención tiene un papel fundamental la formación y la información, y como área de apoyo prioritario la escuela.

### **Importancia de la salud mental y su necesidad de abordaje integral.**

Es una idea base que transversalmente ha ido apareciendo en prácticamente todos los foros. El sufrimiento que conlleva para las personas afectadas y para sus familias es de dimensiones impresionantes. La queja de falta de recursos es general.

### **Valoración positiva de las nuevas tecnologías pero sin olvidar la importancia de la relación del personal médico y de los pacientes.**

Han sido muy valoradas todas las innovaciones tecnológicas que se están produciendo y que podrían aplicarse en el futuro aunque no ha sido un campo exento de críticas. Se les exige mucho a las nuevas tecnologías (rapidez, fácil acceso...), son un campo de gran trascendencia para el sistema sanitario, pero en el que no hay que olvidar que la relación entre el personal facultativo y la población debe ser lo más cercana posible. Humanizar la medicina ha sido una idea transversal a todas las apuestas.

Para finalizar destacan dos ideas fuerza más que se han reiterado en estos foros:

**La consideración del valor salud como transversal que atraviesa todos los ámbitos y parcelas de la vida.**

**El fomento de una nueva cultura de la salud en donde predominen valores éticos, humanitarios, solidarios, de equidad y de calidad.**

### 3 FOROS DEL CONSEJO DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA Y DE LOS INFORMADORES CLAVE DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

En una segunda fase se efectuaron dos foros diferentes a los de la fase anterior, tanto por su composición como por su papel dentro de la estructura participativa de la propia Conselleria de Sanitat.

El foro del Consejo de Salud se realizó para recoger el sentir del máximo órgano colegiado de carácter consultivo, constituido con objeto de promover la participación comunitaria y, el foro de los informadores clave ha pretendido recoger la diversidad y heterogeneidad de las opiniones de ciertos profesionales, que por el desempeño de funciones y cargo ocupado, son considerados clave para enriquecer el discurso.

La metodología concreta de ambos foros varió algo con respecto a la primera fase, ya que si bien en esta segunda fase se volvió a debatir sobre las apuestas estratégicas del III Plan de Salud al igual que en la primera, la diferencia consistió en que en esta segunda se presentaron las principales conclusiones obtenidas en los foros celebrados anteriormente, para proporcionar a los expertos la información que los agentes representativos de la sociedad civil emitieron, al respecto, en su día.

Las conclusiones de ambos foros es recogida de forma conjunta por estar sus integrantes especialmente involucrados en el ámbito de la salud; los miembros del Consejo de Salud, como máximo órgano de participación comunitaria y los informadores clave como expertos en el tema que desempeñan sus tareas dentro de la Conselleria de Sanitat desde diferentes perspectivas.

#### 3.1 Conclusiones por apuestas estratégicas

##### Participación, información y comunicación

*«La idea fundamental relacionada con la participación es la de mejorar el funcionamiento de los Consejos de Salud de la Comunitat Valenciana, institución clave para canalizar la participación ciudadana».*

*«Una idea fundamental que entronca directamente con la de participación es la de la corresponsabilidad: la salud incumbe a toda la población. Sin embargo, cómo canalizarla queda más diluido en el discurso emitido. Se apuntan algunas instancias participativas como los propios Consejos de Salud, los Ayuntamientos o los Foros de Pacientes».*

*«Es necesario potenciar la información relativa a la salud y a todo lo referente al sistema sanitario, en dos dimensiones: la información interna (la de la propia organización), y la externa, la que tiene que recibir la ciudadanía».*

*«Preocupación por la «desinformación» existente entre la población. En ocasiones, es fuente de muchos de los problemas que se crean al sistema de salud. La «desinformación» unas veces es fruto del uso indiscriminado de redes como Internet, y en otras, la propia «desinformación» es causa de la utilización no correcta de los recursos sanitarios. Un ejemplo de esta «desinformación» puede ser el colapso de los servicios de urgencias».*

*«La Atención Primaria es un elemento imprescindible para la buena comunicación. La mejora del «tiempo sanitario» que se dedica a los pacientes se considera necesaria».*

*«Otro elemento fundamental para fomentar la participación, información y comunicación es Internet y sus herramientas, como es el caso de la página web institucional de la Conselleria de Sanitat. Ésta debe ser un referente fundamental de la información formal que emana de la propia organización aunque se deben introducir mejoras para poder cumplir este objetivo».*

### **Garantía de sostenibilidad**

*«Se relaciona la sostenibilidad del sistema con mejoras en la gestión de la organización, concretamente en lo que tiene que ver con el área de información y evaluación».*

*«En general está muy bien valorado el sistema actualmente vigente, pero precisa de mejoras y ajustes para alcanzar un nivel sostenible en su organización y funcionamiento. Como ejemplo se menciona la necesidad de hacer llegar a los/as usuarios/as del sistema, información clara sobre los derechos y deberes y adecuar los sistemas de control de gasto a las nuevas necesidades sanitarias».*

*«Preocupa el gasto sanitario en general y el de los medicamentos en particular, y especialmente el papel que la industria farmacéutica y los profesionales desempeñan en este sentido».*

*«Dentro del necesario control del gasto se señala con preocupación el hecho de que existan grandes bolsas de fraude (de servicios, de medicamentos y de bajas laborales). La respuesta que merece esta situación pasa por mejorar el funcionamiento de los sistemas de inspección en el caso de las bajas por enfermedad y por la promoción de la corresponsabilidad ciudadana en el resto».*

### **Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

*«La mejor promoción de la salud es la prevención. Agentes como la escuela o la empresa son imprescindibles para desarrollar adecuadamente programas preventivos, información sobre hábitos saludables, medidas de higiene... etc.».*

*«Para que la promoción-prevención sea efectiva hay que contar con la adecuada formación de los profesionales sanitarios, especialmente se destaca el papel del farmacéutico y del personal de los servicios de Atención Primaria, como principales agentes para el logro de ese objetivo».*

*«La promoción tiene también una dimensión básica y es la que se ha identificado en estos Foros con la información: los medios de comunicación y la publicidad son dos elementos que deben tenerse en cuenta cuando se trata de llegar a un público amplio».*

*«Los sectores clave en los que debe hacerse una promoción de la salud específica son los de la infancia y el de las personas mayores, por ser los dos colectivos más vulnerables y desprotegidos».*

*«Para que todas estas acciones sean efectivas hay que contar con la adecuada coordinación, tanto entre diferentes áreas del sistema sanitario como con otras instancias externas próximas a él».*

### **Atención a la cronicidad**

*«La cronicidad debe de enfocarse de forma transversal ya que su atención no incumbe a una sola área sanitaria, sino que todas aquellas que están implicadas en una problemática deben trabajar de forma coordinada y complementaria. Dentro de esta coordinación no debemos olvidar que el paciente debe estar en el centro de cualquier actividad o planificación».*

*«La relación entre cronicidad y dependencia es clara. Las nuevas normas que se han aprobado en los últimos años para la atención de las personas dependientes obliga al sistema sanitario a plantearse los cuidados de estas personas de forma diferente, contando con la coordinación con el sistema de bienestar social».*

*«Influye directamente en la atención sanitaria a la cronicidad los recursos con los que se cuenta: las residencias, los hospitales de media y larga estancia, los nuevos perfiles en enfermería y el papel que en el mundo de la cronicidad juegan las farmacias por su cercanía a la ciudadanía y su importante red de establecimientos y profesionales».*

*«Un aspecto del problema a mejorar es el de los cuidados paliativos, en los que hay todavía una importante tarea por realizar, así como en el de los cuidados a las cuidadoras/es. Las unidades de hospitalización domiciliaria tienen en este campo un importante papel».*

*«El Plan de crónicos, es destacado por su importancia y con el que sin duda hay que contar».*

### **Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud**

*«No podemos negarnos a ellas, las necesitamos cada vez más y sólo hay que tratar que mejoren y aumenten».*

*«Aunque la Comunitat Valenciana es considerada pionera en la aplicación de las nuevas tecnologías en diferentes ámbitos sanitarios como la telemedicina, la receta electrónica y la historia clínica digital, se realizan demandas de ampliación de capacidad de las actuales herramientas informáticas o de la implantación de otras nuevas (por ejemplo, ecografías en Atención Primaria)».*

*«Se señalaron algunos problemas existentes acerca de su aplicación: la necesidad de mejorar la capacidad de los programas actuales (por ejemplo, Abucasis y su extensión a toda la red sanitaria), problemas en la implantación de la receta electrónica o la historia clínica digital. Es necesario que exista retroalimentación entre quien diseña y quien ejecuta».*

*«Es necesario el impulso de la formación específica en estas nuevas tecnologías, así como en aprovechar éstas para mejorar los niveles de formación interna de los profesionales sanitarios (por ejemplo, cursos a distancia)».*

## **3.2 Reflexiones finales**

A lo largo de los discursos emitidos en los dos foros objeto de análisis, surgieron una serie de ideas repetidas en el debate de las apuestas estratégicas planteadas, denominadas **ideas fuerza** y ello por ser conceptos muy potentes, generalmente transversales y que demuestran una preocupación y un interés muy marcado entre los participantes en los foros.

Algunas de estas ideas fuerza son coincidentes con las manifestadas en los foros realizados con los ciudadanos. Esto demuestra la importancia de las mismas. En cambio, otras son diferentes y están relacionadas directamente con la composición de los integrantes de estos dos foros: personas cercanas al sistema sanitario y profesionales expertos en salud.

Las ideas fuerza son:

### **Corresponsabilidad**

Entendida como responsabilidad compartida. Es necesaria la implicación de toda la población en el ámbito de la salud, tanto en el ámbito interno (departamentos, servicios...), como en el externo (escuelas, empresas, familias...). Todos los sectores de la población tienen la responsabilidad de contribuir a la salud comunitaria y a un mejor funcionamiento del sistema sanitario. Sin duda, la responsabilidad pasa por una

mejor utilización de los recursos y un adecuado control del gasto sanitario. Por otra parte, esta idea entronca directamente con la de participación, ya que es la vía a través de la que se puede conseguir la responsabilidad plena. Fomentar y ampliar las posibles vías de participación ciudadana son claramente objetivos a conseguir.

### **Prevención**

Idea fuerza relacionada sobre todo con la de la promoción de la salud, ha sido también destacada cuando se ha hablado de la atención a la cronicidad, y siempre que han surgido aspectos relativos a la educación y a la formación de la población más joven. Así, la escuela y la familia se convierten en agentes sociales clave para su desarrollo. Se apunta a la necesidad de promoción de los hábitos saludables, del fomento de las medidas de higiene y de los programas de información y formación en los que se entienda la salud como un valor transversal en todos los ámbitos de la vida de las personas.

### **Formación**

Muchas voces han abogado por el fomento de la formación desde dos dimensiones básicas:

- El reciclaje y formación continua de profesionales del sistema sanitario. Destaca esta idea sobre todo en el área de la promoción de la salud y de las nuevas tecnologías.
- La formación que precisa el conjunto de la población. Información y formación dirigida a conocer: los derechos y deberes de los/as pacientes, el buen uso de los servicios y recursos sanitarios, la utilización de las nuevas tecnologías en su relación con el sistema y las fuentes informativas adecuadas (página web...).

### **Coordinación**

Debe de entenderse desde dos perspectivas complementarias:

- La coordinación interna entre los departamentos, áreas, servicios... del propio sistema sanitario. En este nivel pueden ser importantes tanto las comisiones transversales que ya existen como el funcionamiento de una Intranet, medio de coordinación y comunicación interna.
- La coordinación externa con otras instancias e instituciones con las que está relacionada la salud. Especial hincapié hay que hacer en la necesidad de coordinación con el área social para todo lo concerniente a la atención a la cronicidad, dependencia y mayores.

### **Nuevas tecnologías**

La implantación de las nuevas tecnologías ha sido una idea que ha estado presente en el debate de todas las apuestas estratégicas. Se ha relacionado con las mejoras en la información y la comunicación, pero también con la atención a la cronicidad, con la sostenibilidad del sistema y con la formación. Su implantación ya no se cuestiona, sino que se demanda sea mejor, más participativa y con más recursos. Es sin duda un área a cuidar y promocionar porque las nuevas tecnologías tienen que contribuir a realizar mejor el trabajo, y por tanto, a proporcionar un mejor servicio a la ciudadanía.

# **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DE LOS VALENCIANOS**







# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD DE LOS VALENCIANOS

## 1 DEMOGRAFÍA

Una de las novedades que introduce este III Plan de Salud es la utilización del Sistema de Información Poblacional (SIP) como fuente de información. El SIP registra el total de la población que ha entrado alguna vez en contacto con el Sistema Sanitario Valenciano, y que es susceptible de generar un nuevo episodio de atención médica, así como aquellos nuevos usuarios que requieren por primera vez atención sanitaria. Este sistema aporta claras ventajas sobre otras fuentes de información:

- **Es el único registro que incorpora la población estacional que demanda servicios.** Es decir, a la población empadronada o residente se suma aquella parte de población no empadronada, que demanda servicios sanitarios. Esta última, presenta regímenes de estancia muy diferentes a la población empadronada, introduciendo fluctuaciones en la población total, sobre todo en periodos vacacionales.
- **Recoge variables de gran interés para la organización y gestión del sistema sanitario** como las geográficas y modalidad de aseguramiento. La información está estructurada por los departamentos de salud que configuran el mapa sanitario de la Comunitat Valenciana, lo que facilita su explotación posterior.
- **Permite cruzar la información con otros registros del Sistema Sanitario Valenciano** de la Conselleria de Sanitat.

Los datos del estudio demográfico se han recogido a fecha 1/1/2010.

### 1.1 Distribución geográfica de la población

#### Por provincias

La provincia de Valencia concentra el 51% de la población, la de Alicante el 37% y la de Castellón el 12%. El total de población de la Comunitat Valenciana, a fecha 1 de enero de 2010, alcanza la cifra de 5.266.092 de habitantes, de los cuales 852.559 son extranjeros, representando el 16,2% del total.

~ *Distribución de la población en la Comunitat Valenciana*

Provincia	Población empadronada	Población no empadronada	Total
Alicante	1.856.412	74.902	1.931.314
Castellón	608.857	33.776	642.633
Valencia	2.643.326	48.819	2.692.145
<b>Total</b>	<b>5.108.595</b>	<b>157.497</b>	<b>5.266.092</b>

Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

**Por departamentos de salud**

El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en departamentos de salud (art. 22 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana), que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. Los departamentos de salud son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario Valenciano, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

El actual mapa sanitario de la Comunitat fue aprobado por Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell, y ha sido modificado posteriormente para la incorporación del departamento de Manises (Resolución de 15 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat), para la nueva denominación de los departamentos de salud (Resolución de 16 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat) y para la incorporación del departamento Elche-Crevillent (Resolución de 10 de marzo de 2010, del Conseller de Sanitat).

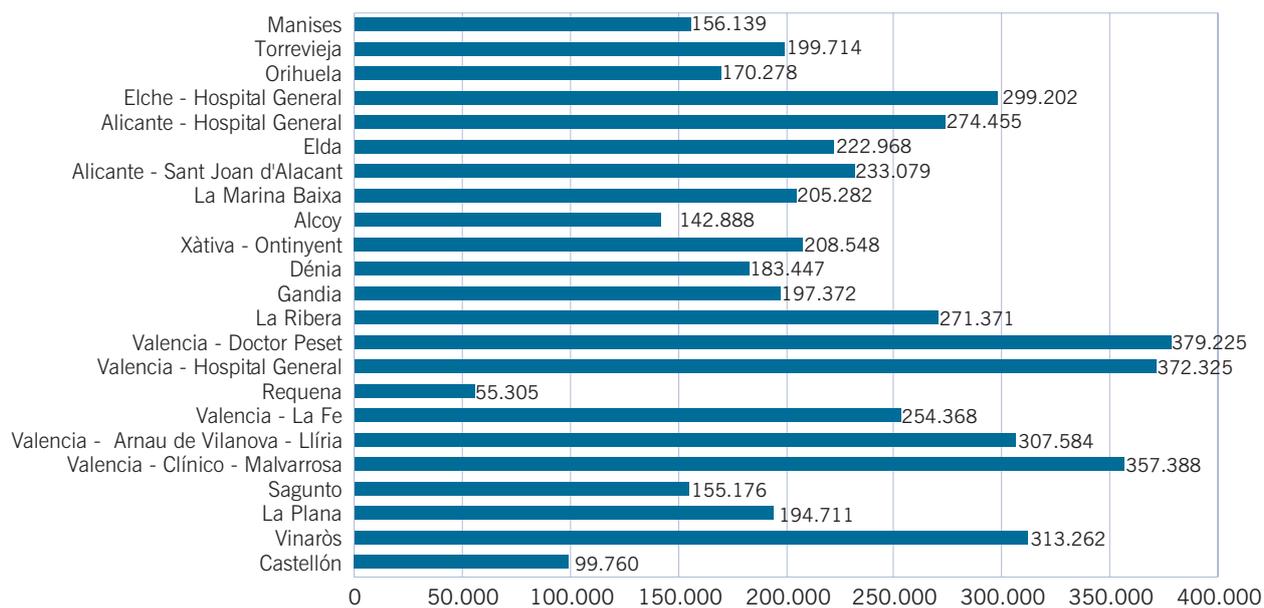
Así pues, la Comunitat Valenciana está integrada, en la actualidad, por 24 departamentos de salud:

Denominación departamento	
Vinaròs	Dénia
Castellón	Xàtiva-Ontinyent
La Plana	Alcoy
Sagunto	La Marina Baixa
Valencia-Clínico-Malvarrosa	Alicante-Sant Joan d'Alacant
Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	Elda
Valencia-La Fe	Alicante-Hospital General
Requena	Elche-Hospital General
Valencia-Hospital General	Orihuela
Valencia- Doctor Peset	Torreveja
La Ribera	Manises
Gandia	Elche-Crevillent

En la figura siguiente se muestra la distribución de la población, en los 23 departamentos de salud existentes el 1/1/2010, fecha en la que se realizó el estudio demográfico.

Para el conjunto de la población registrada se puede apreciar como los departamentos que más población concentran son el departamento Valencia-Doctor Peset (7,2% de la población), seguido del departamento Valencia-Hospital General (7,1% de la población).

~ **Gráfico de población en SIP por departamentos**

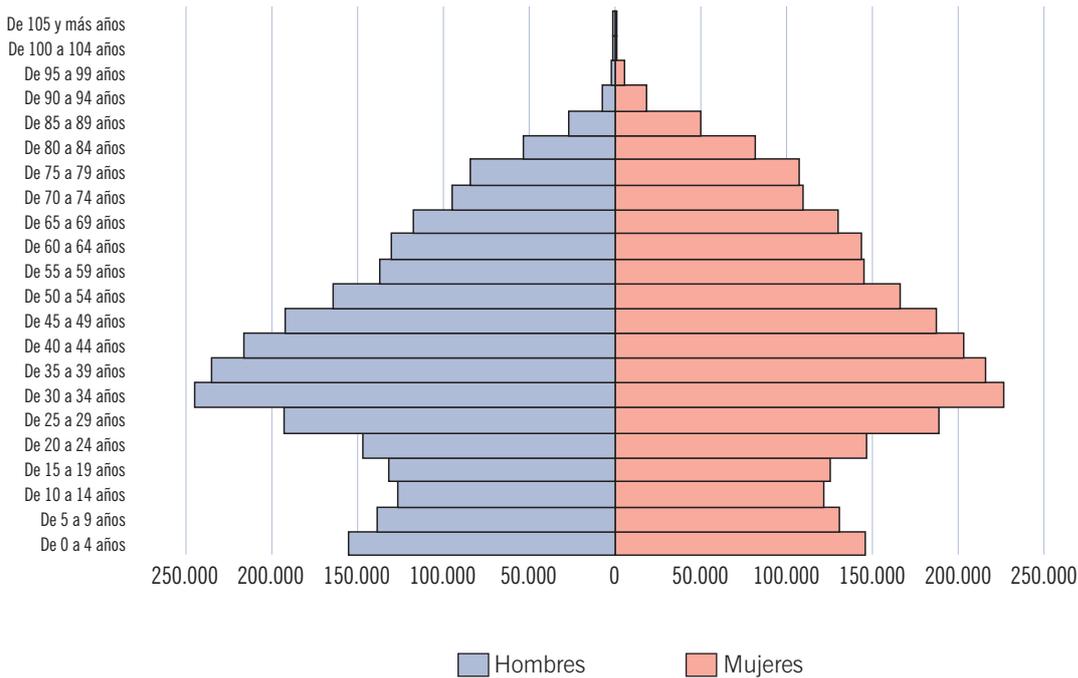


Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

## 1.2 Estructura de la población

### Población total de la Comunitat Valenciana

~ Pirámide de población total de la Comunitat Valenciana



Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

La población valenciana es una población adulta-envejecida. El proceso de envejecimiento, iniciado a mitad de la década de 1980, se ha ralentizado desde el año 2000 con la llegada de importantes flujos inmigratorios de personas en edades jóvenes y adultas. Estos flujos parecen haberse alterado de forma sensible durante el 2009 como veremos más adelante.

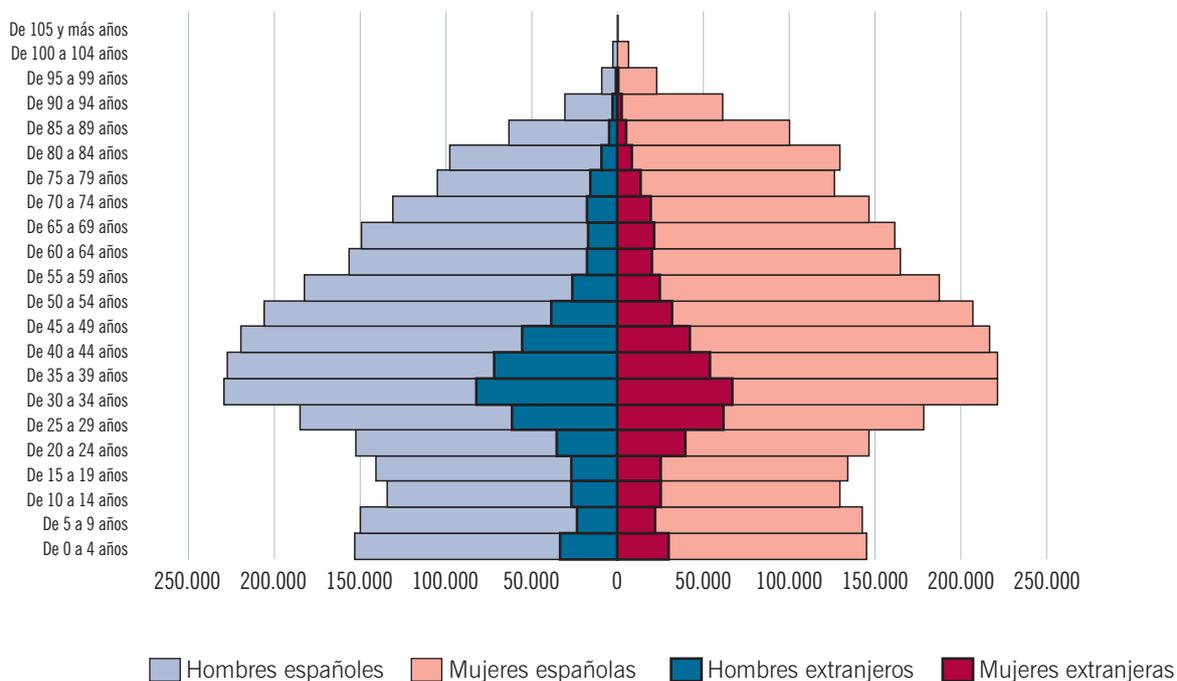
La estructura de la población con nacionalidad española es mucho más envejecida que la estructura de la población total. De hecho, ello es consecuencia del efecto rejuvenecedor que ejercen los y las jóvenes inmigrantes sobre la estructura poblacional.

Sin embargo, el impacto del envejecimiento en el territorio es muy desigual. Existen departamentos de salud con un fuerte peso de personas mayores como consecuencia, por un lado del éxodo rural de personas en edad de trabajar (comarcas envejecidas del interior), y por otro lado por el flujo continuo de entradas de personas jubiladas provenientes de la UE15.

El intervalo de edad que mayor peso tiene, es el de 30 a 34 años de edad, que representa el 9% del total de la población. Por encima de los 30 años, el intervalo de edad de los 35 a los 64 años, representa el 41% del total de

la población, y el intervalo de edad de los 65 a los 105 y más años, representa el 17% del total, lo que nos indica que nos encontramos ante una estructura de edad adulta envejecida.

### ~ Pirámides de población superpuestas españoles y extranjeros



Fuente de datos SIP a fecha 1/1/2010

En las pirámides superpuestas vemos la importancia numérica que alcanza la población extranjera en los histogramas correspondientes a las edades jóvenes y adultas. De hecho entre los hombres de 25 a los 39 años la población extranjera representa más de un tercio de la población de hombres españoles. Aunque en menor medida, esta magnitud es también muy importante entre las mujeres de estas mismas edades.

### Población por departamentos de salud

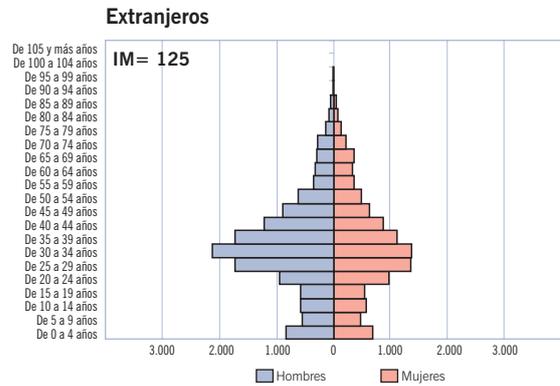
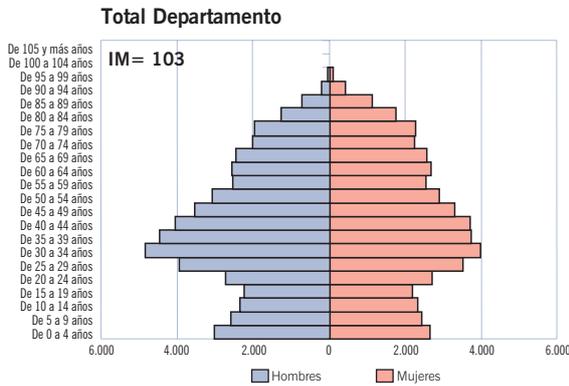
Las pirámides de población por departamentos son analizadas a continuación, tanto en población total como extranjera, así como los índices de masculinidad en cada caso.

El departamento de Torreveija y el departamento de Requena poseen la población más envejecida. En el primero, el alto envejecimiento se debe a la inmigración de población mayor, mientras que en el segundo, éste es consecuencia del éxodo de población joven-adulta. La población más joven se encuentra en el departamento de Orihuela y en el departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa, en los que la población de 0 a 14 años, representa el 18% y el 17% del total.

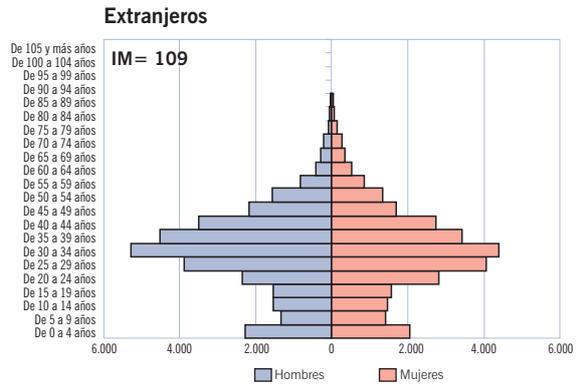
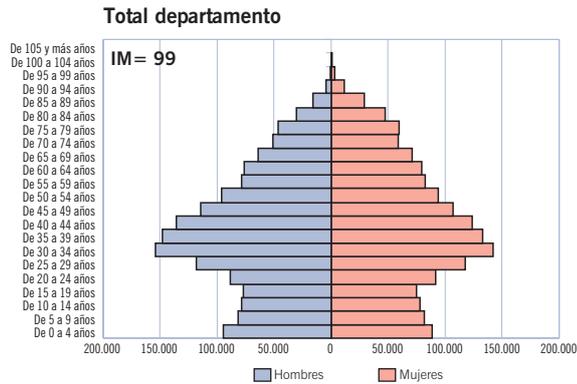
El mayor número de ciudadanos extranjeros lo presentan el departamento de Torreveija, Dénia, y Marina Baixa y excepto en estos departamentos, en los que las personas mayores que provienen de la UE15 son muy numerosas, la población extranjera de los departamentos está constituida principalmente por población joven-adulta.

Para el conjunto de las dos poblaciones, la población extranjera se encuentra más masculinizada que el conjunto de población de cada departamento.

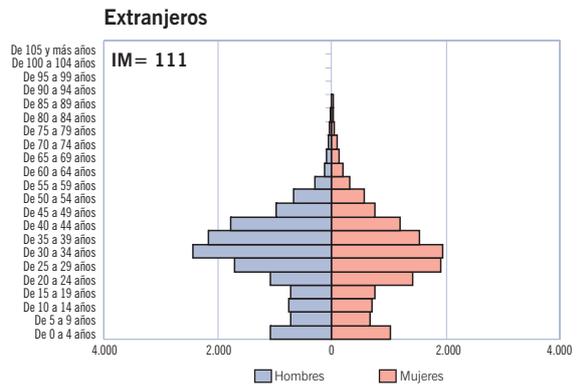
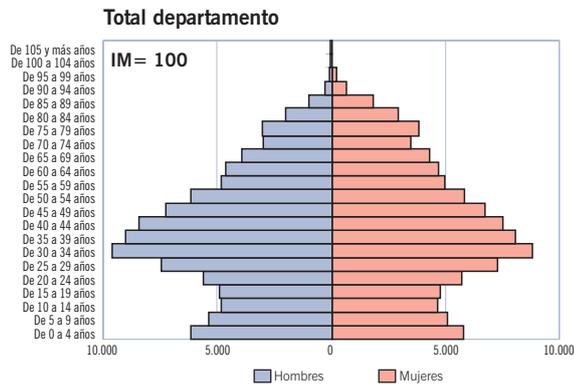
~ **Departamento Vinaròs**



~ **Departamento Castellón**

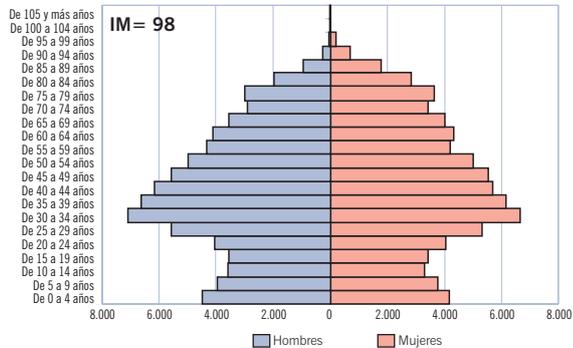


~ **Departamento La Plana**

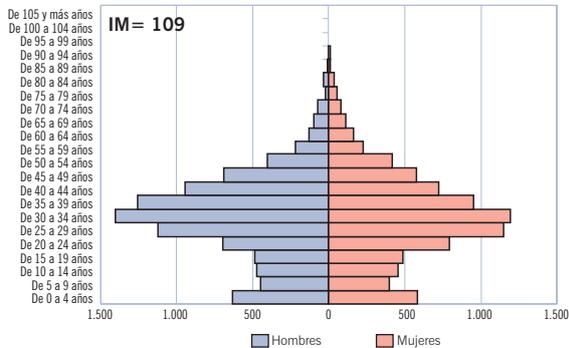


~ **Departamento Sagunto**

**Total departamento**

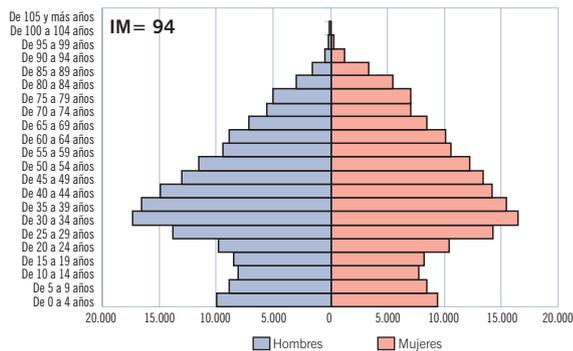


**Extranjeros**

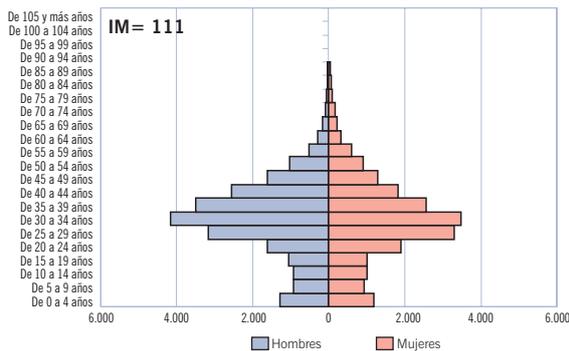


~ **Departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa**

**Total departamento**

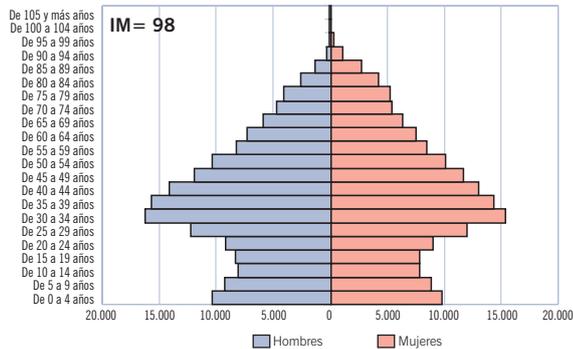


**Extranjeros**

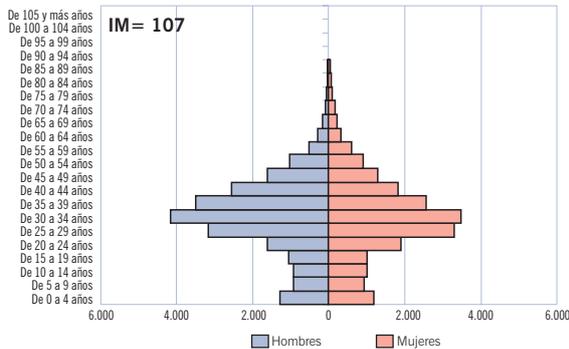


~ **Departamento Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria**

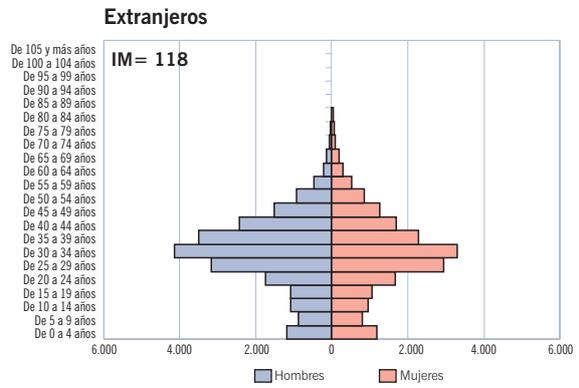
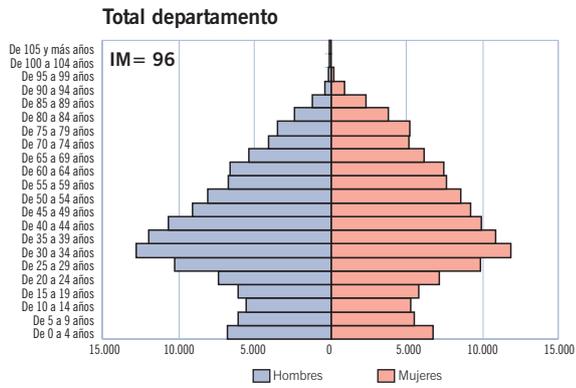
**Total departamento**



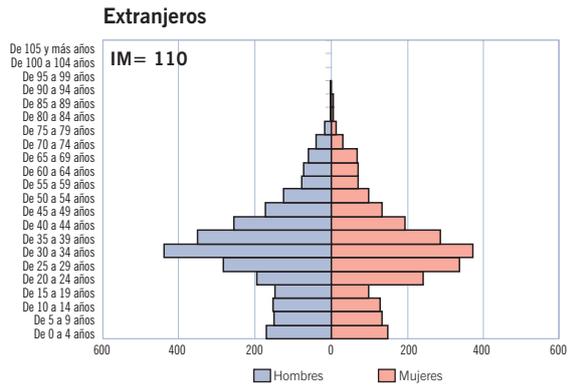
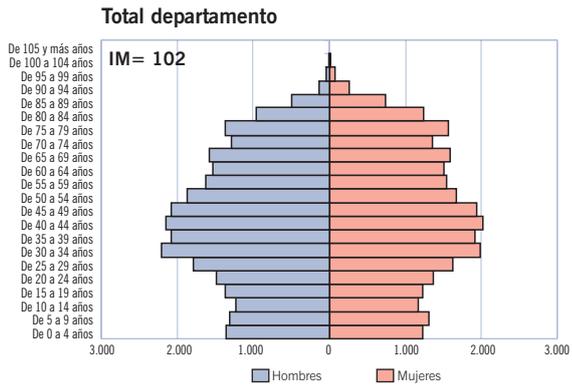
**Extranjeros**



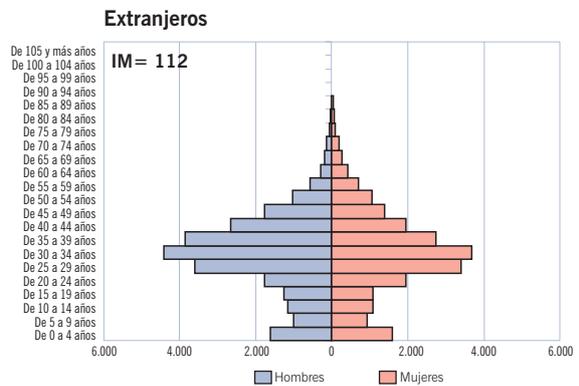
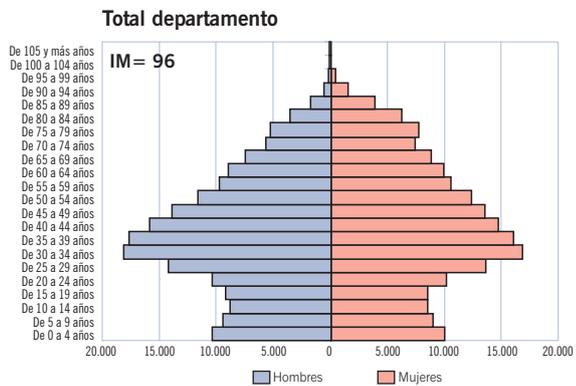
~ **Departamento Valencia-La Fe**



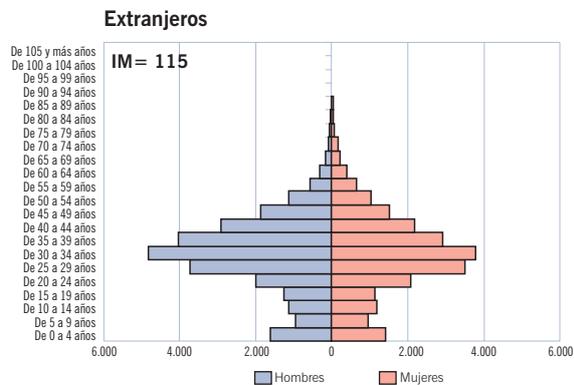
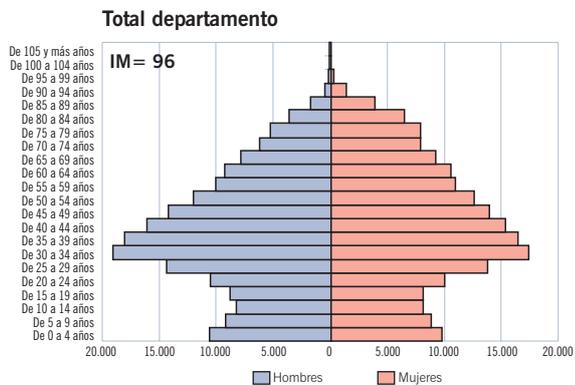
~ **Departamento Requena**



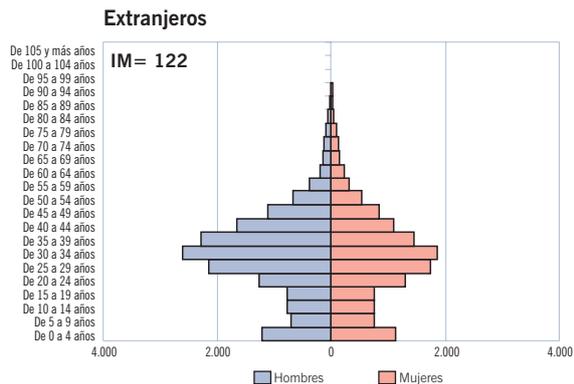
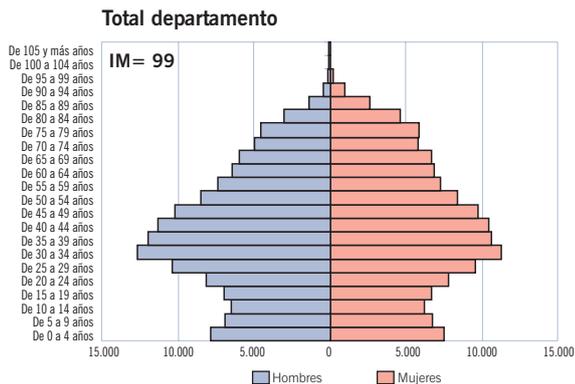
~ **Departamento Valencia-Hospital General**



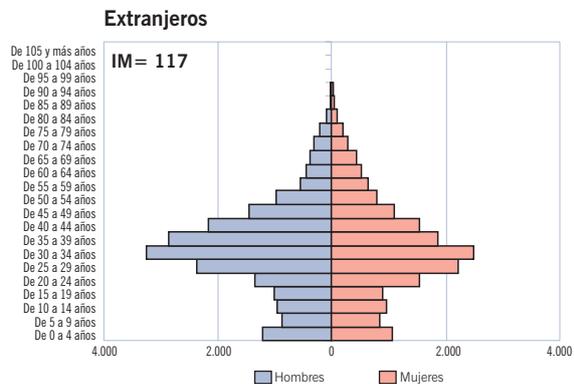
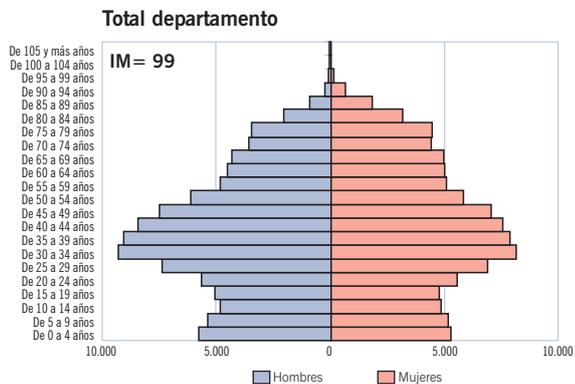
~ **Departamento Valencia-Doctor Peset**



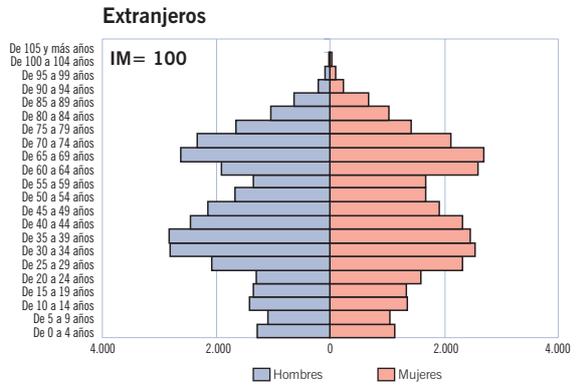
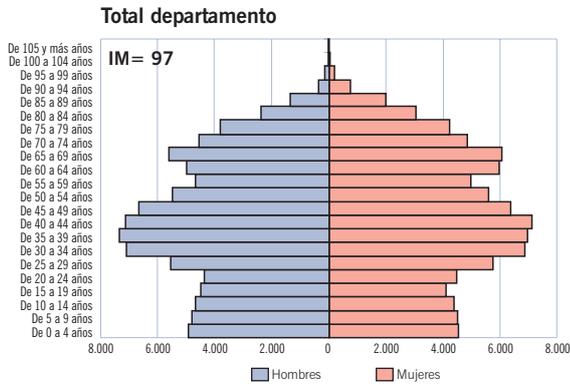
~ **Departamento La Ribera**



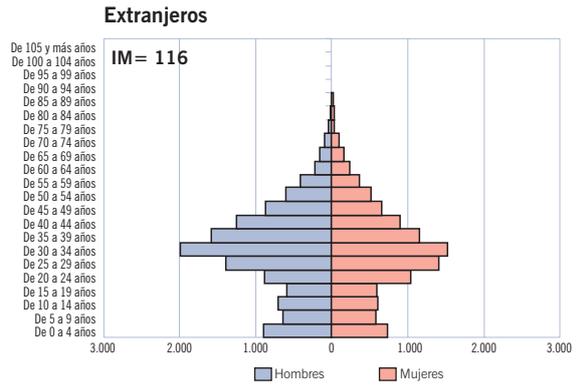
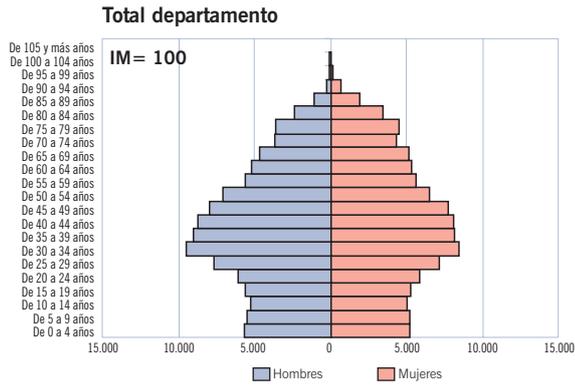
~ **Departamento Gandía**



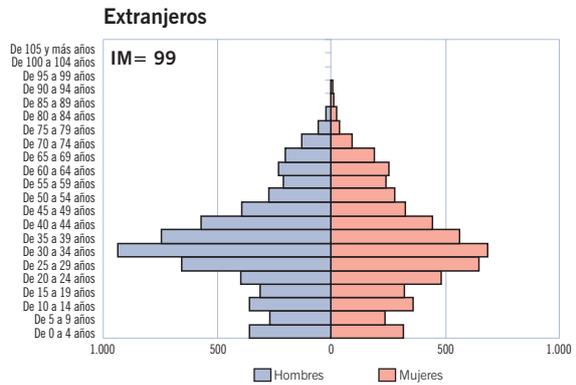
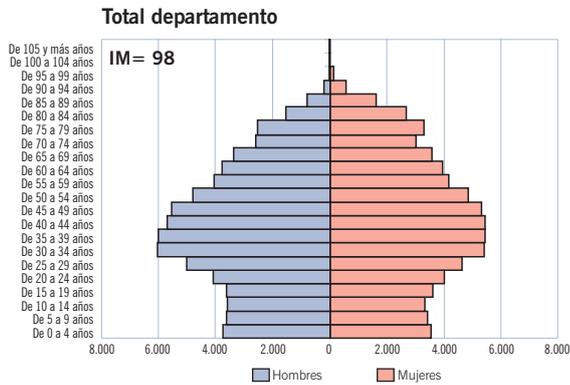
~ *Departamento Dénia*



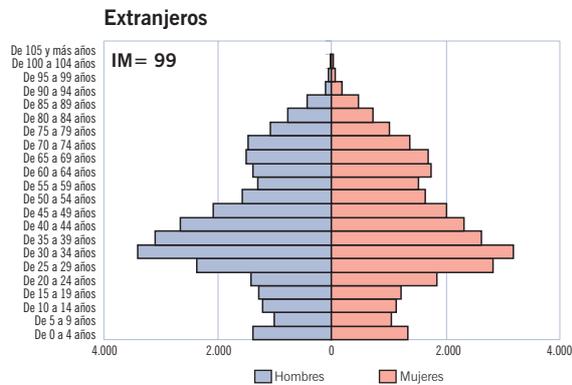
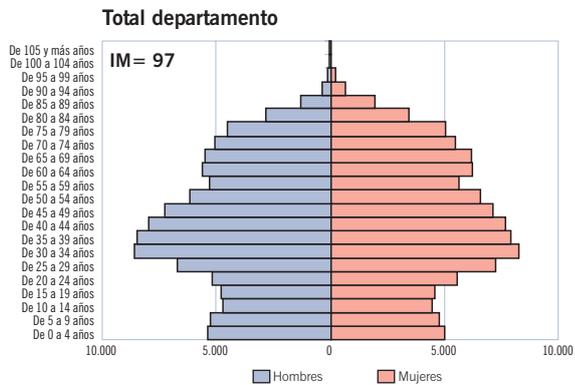
~ *Departamento Xàtiva-Ontinyent*



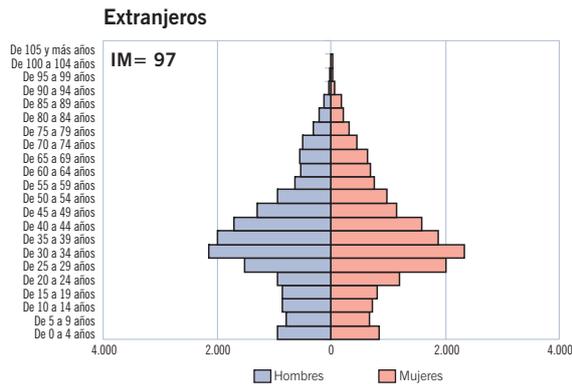
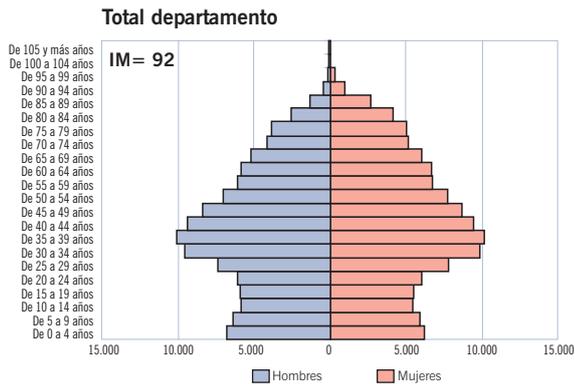
~ *Departamento Alcoy*



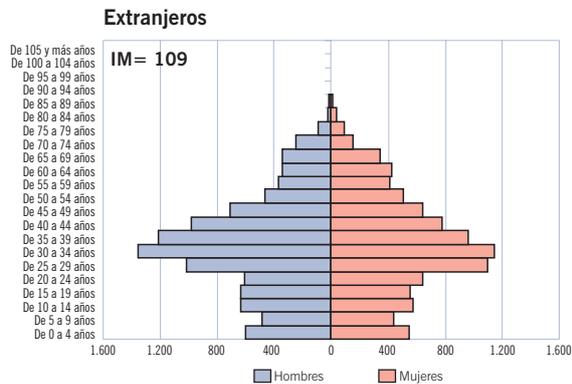
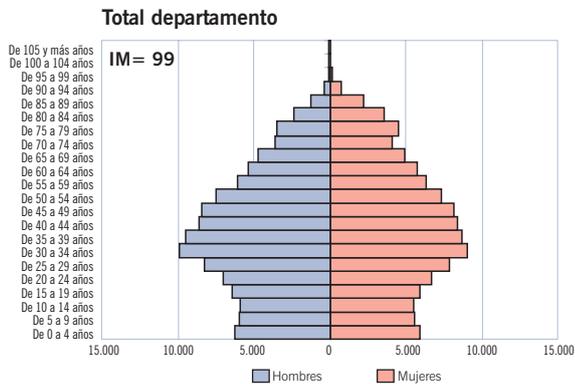
~ **Departamento Marina Baixa**



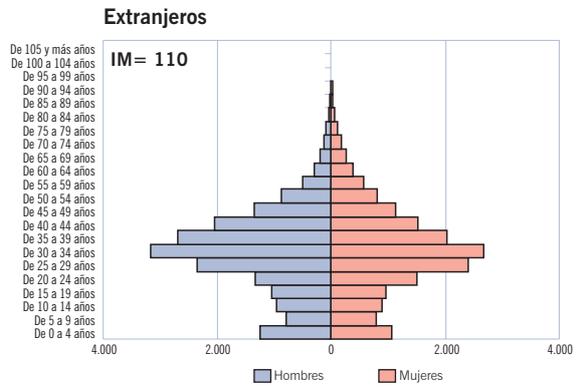
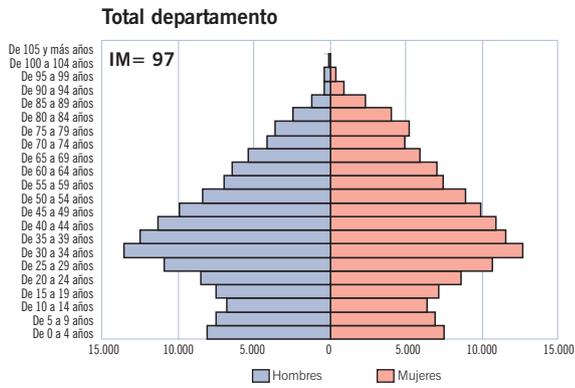
~ **Departamento Alicante-Sant Joan d'Alacant**



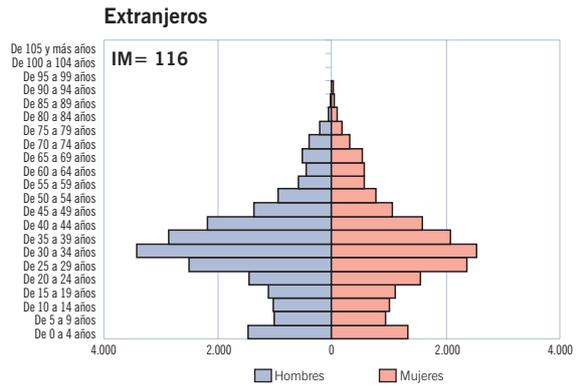
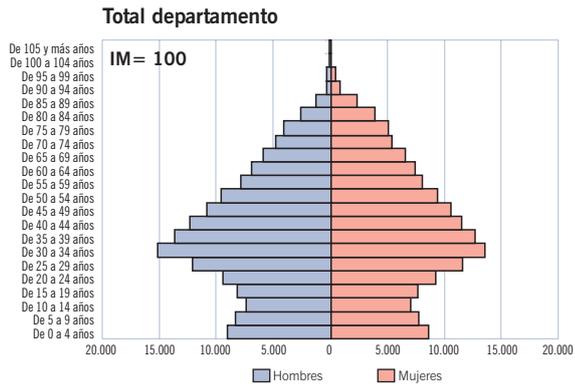
~ **Departamento Elda**



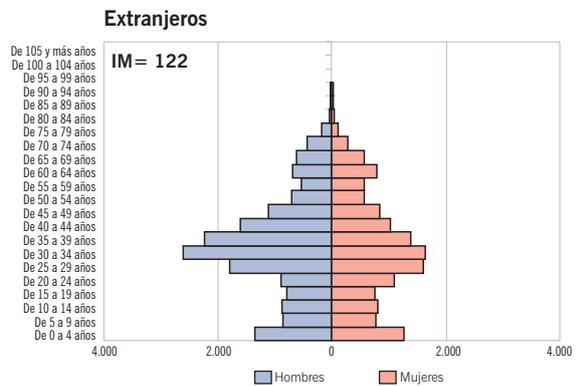
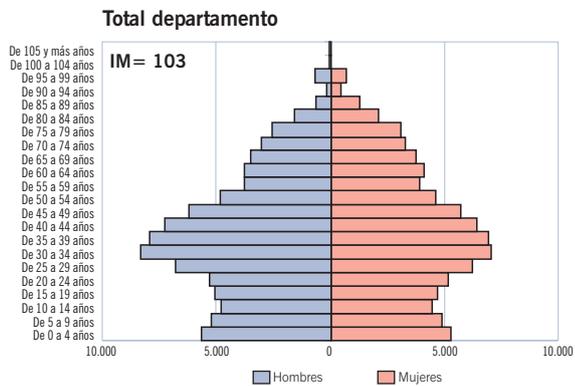
~ *Departamento Alicante-Hospital General*



~ *Departamento Elche-Hospital General*

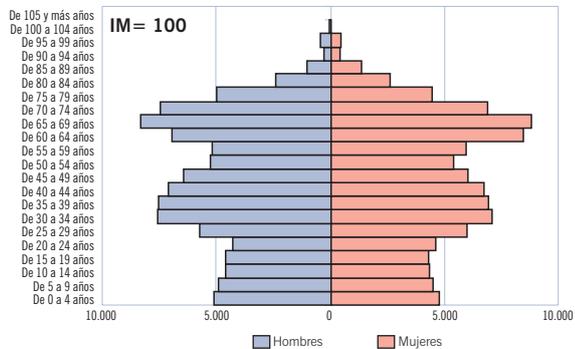


~ *Departamento Orihuela*

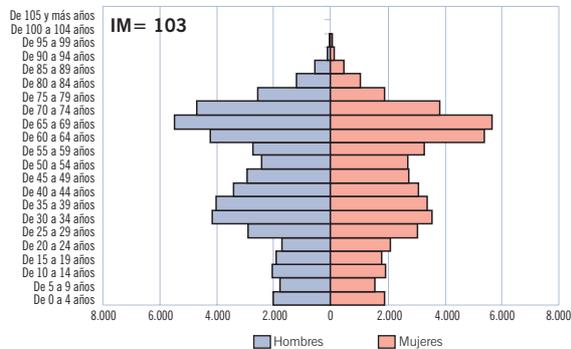


~ **Departamento Torre Vieja**

**Total departamento**

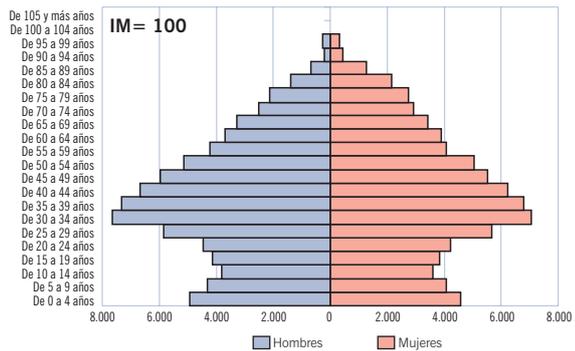


**Extranjeros**

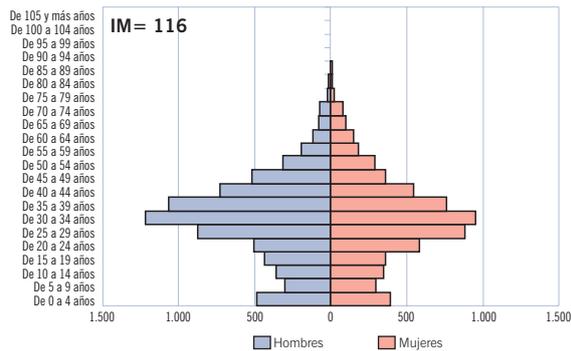


~ **Departamento Manises**

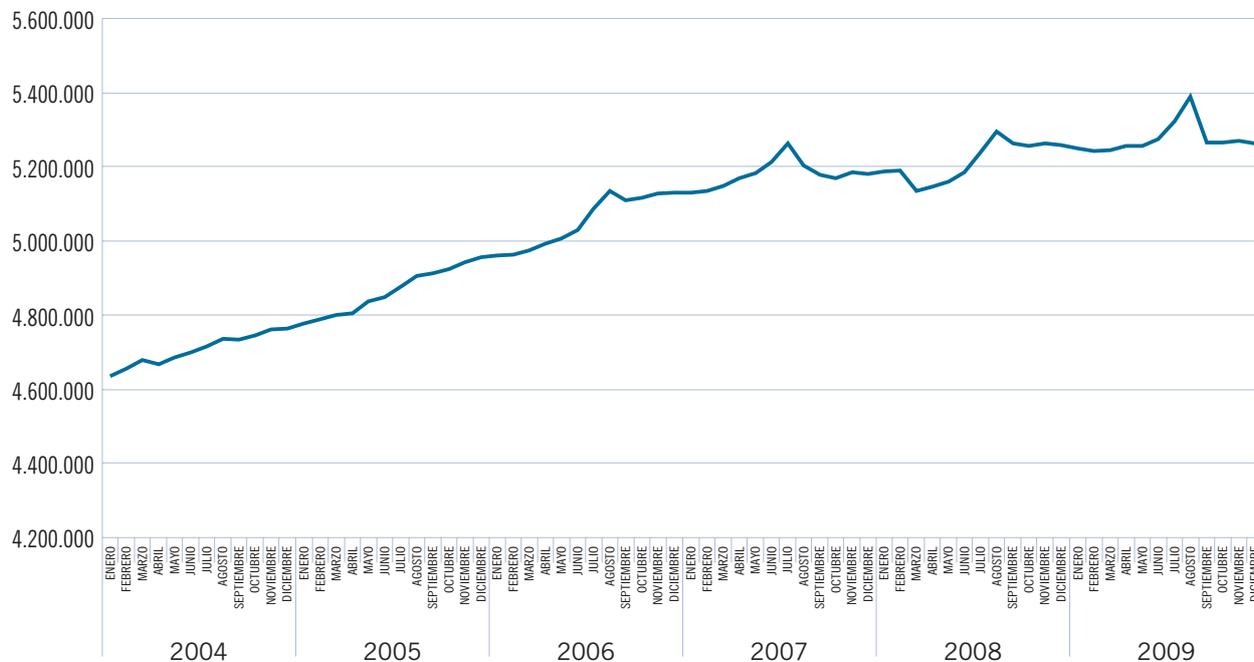
**Total departamento**



**Extranjeros**



### 1.3 Evolución de la población en la Comunitat Valenciana



Fuente de datos SIP

En este gráfico se puede apreciar cómo el crecimiento disminuye de intensidad en la población registrada. El primero de enero de 2009 la población alcanzaba los 5.257.283, es decir 6997 personas menos que doce meses después. En efecto, tras años de elevado crecimiento, éste se ha ralentizado fuertemente, al disminuir los flujos de inmigraciones, sobretodo en el último año (hemos dejado de crecer).

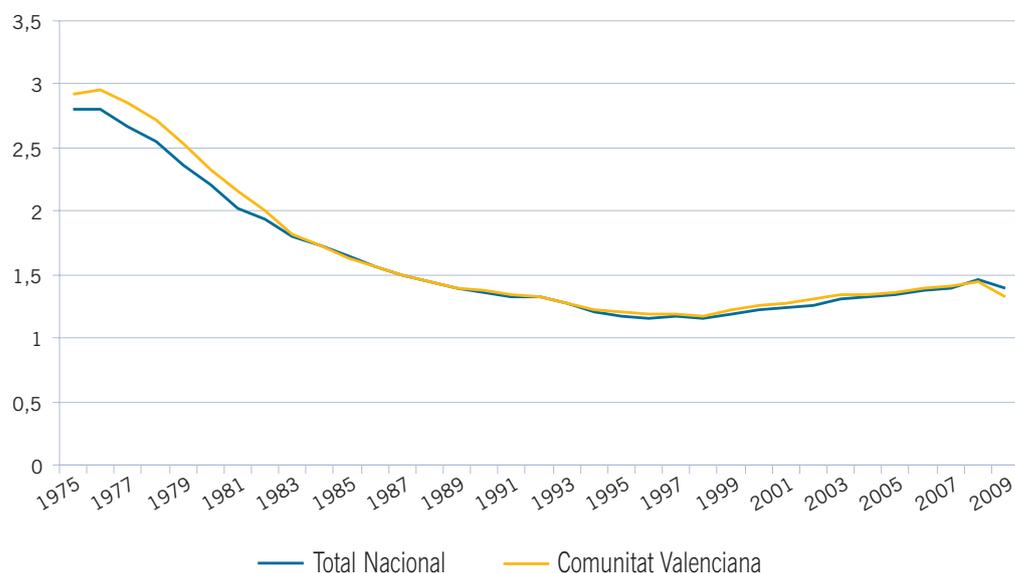
### 1.4 Natalidad y fecundidad

El número de nacimientos disminuyó un 4,9% en la Comunitat Valenciana en el año 2009, su primer descenso en 10 años. En concreto, el número de nacimientos descendió respecto al año anterior un 4,9% y la tasa de natalidad bajó hasta los 10,4 nacidos por cada mil habitantes.

Los nacimientos de madre de nacionalidad extranjera también disminuyeron, en el año 2008 suponían el 23,75%, y en el año 2009, el 22,96% de los nacimientos.

La evolución de la fecundidad en nuestra Comunitat ha seguido una evolución similar al resto de España, el Indicador Coyuntural de Fecundidad se ha situado desde 1982 por debajo del nivel de reemplazo generacional, es decir ha sido inferior a 2,1 hijos por mujer.

~ **Evolución del número medio de hijos por mujer (ICF)**



Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población INE

En la Comunitat Valenciana por cada mil mujeres de edad comprendida entre 30 y 34 años, nacieron 102 niños en el año 2008.

~ **Evolución de la fecundidad por grupos de edad en la Comunitat Valenciana (tasas por 1.000 mujeres)**

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

Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población INE

La edad media de las mujeres españolas en la Comunitat Valenciana, que son madres por primera vez, se estabiliza alrededor de los 30 años mientras que para las mujeres extranjeras la edad media es de 26 años.

~ **Edad Media al nacimiento del primer hijo**

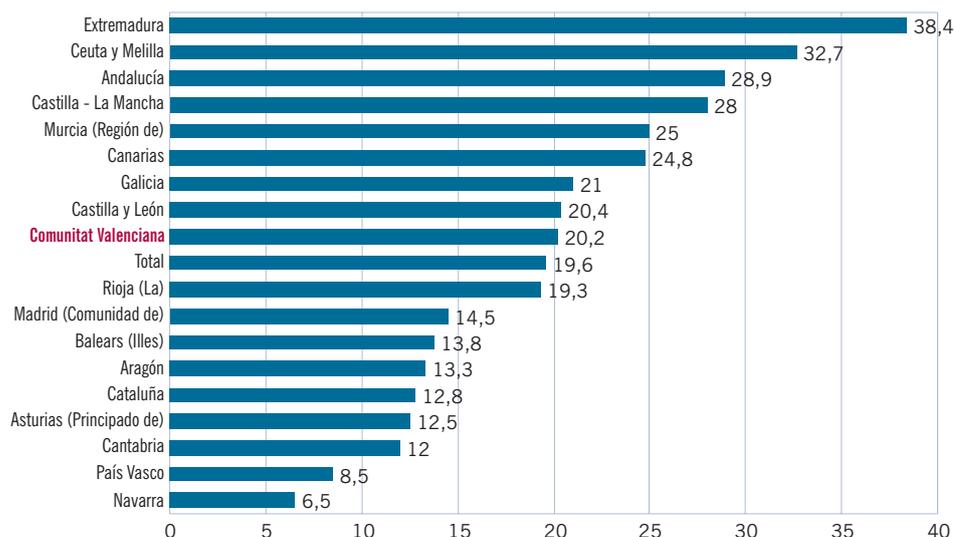
	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Total Nacional</b>					
Española	29,8	29,9	29,9	30,2	30,1
Extranjera	26,2	26,1	26,1	26,2	26,1
Ambas nacionalidades	29,3	29,3	29,3	29,5	29,3
<b>Comunitat Valenciana</b>					
Española	29,8	29,8	30,0	30,1	30,2
Extranjera	26,0	25,7	25,8	25,6	25,4
Ambas nacionalidades	29,2	29,1	29,2	29,2	29,1

*Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población INE*

## 2 DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

### 2.1 Umbral de pobreza

~ **Porcentaje de personas por debajo del umbral de la pobreza\* 2008 por CCAA (%)**



Fuente INE. Encuesta de condiciones de vida.

\* Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos del año anterior por unidad de consumo. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

~ **Tasa de riesgo de pobreza en España en el periodo 2004-2009**

Tasa de riesgo de pobreza	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
<b>Ambos sexos</b>						
Total	19,9	19,8	19,9	19,7	19,6	19,5
Menos de 16	24,3	24,2	23,8	23,4	24	23,2
De 16 a 64	16,5	16,4	16,3	16,8	16,7	17,1
65 y más años	29,6	29,4	30,6	28,5	27,6	25,7
<b>Varones</b>						
Total	19	18,6	18,5	18,6	18,3	18,3
Menos de 16	25,7	24,5	23,6	23,5	23,2	22
De 16 a 64	15,7	15,6	15,3	15,9	15,8	16,4
65 y más años	26,7	26,4	28	26,1	25	23,4
<b>Mujeres</b>						
Total	20,8	20,9	21,2	20,9	21	20,6
Menos de 16	22,7	23,9	24,1	23,2	24,9	24,5
De 16 a 64	17,2	17,3	17,4	17,8	17,7	17,8
65 y más años	31,8	31,6	32,6	30,2	29,5	27,4

Fuente INE (\* dato provisional). Encuesta de condiciones de vida

La tasa de riesgo de la pobreza en España ha tenido una evolución casi constante en el periodo 2004-2009. En el año 2009, un quinto de la población se encuentra bajo el umbral de la pobreza, exactamente el 19,5%, siendo los más desfavorecidos los menores de 16 años y los mayores de 65 años. Merece la pena destacar el mayor riesgo que tiene la mujer de caer en la pobreza que el hombre.

## 2.2 Indicadores de trabajo

Los indicadores de trabajo de la Comunitat Valenciana, tras un largo periodo positivo manteniendo un dinamismo por encima de la media española, muestran desde el año 2006 una tendencia ascendente de la tasa de paro por encima de los datos españoles.

Tasa de actividad	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Comunitat Valenciana</b>					
Total	59	60,2	60,5	61,6	61,2
Varones	70,6	70,7	70,7	70,3	69,6
Mujeres	47,7	50	50,5	53,1	52,9
<b>España</b>					
Total	57,72	58,58	59,12	60,13	59,76
Varones	68,95	69	69,23	69,21	68,14
Mujeres	46,95	48,56	49,37	51,38	51,7

Tasa de empleo	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Comunitat Valenciana</b>					
Total	54,3	55,1	55	52,4	47,4
Varones	66,2	66,3	65,1	60,5	53,4
Mujeres	42,7	44,2	45,1	44,6	41,4
<b>España</b>					
Total	52,7	53,72	54,03	51,77	48,5
Varones	64,37	64,81	64,51	60,24	55,44
Mujeres	41,5	43,05	43,94	43,6	41,84

Tasa de parados	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Comunitat Valenciana</b>					
Total	8	8,5	9	14,9	22,6
Varones	6,3	6,2	7,9	14	23,2
Mujeres	10,4	11,6	10,6	16	21,7
<b>España</b>					
Total	8,7	8,3	8,6	13,91	18,83
Varones	6,64	6,06	6,83	12,96	18,65
Mujeres	11,61	11,36	11	15,14	19,07

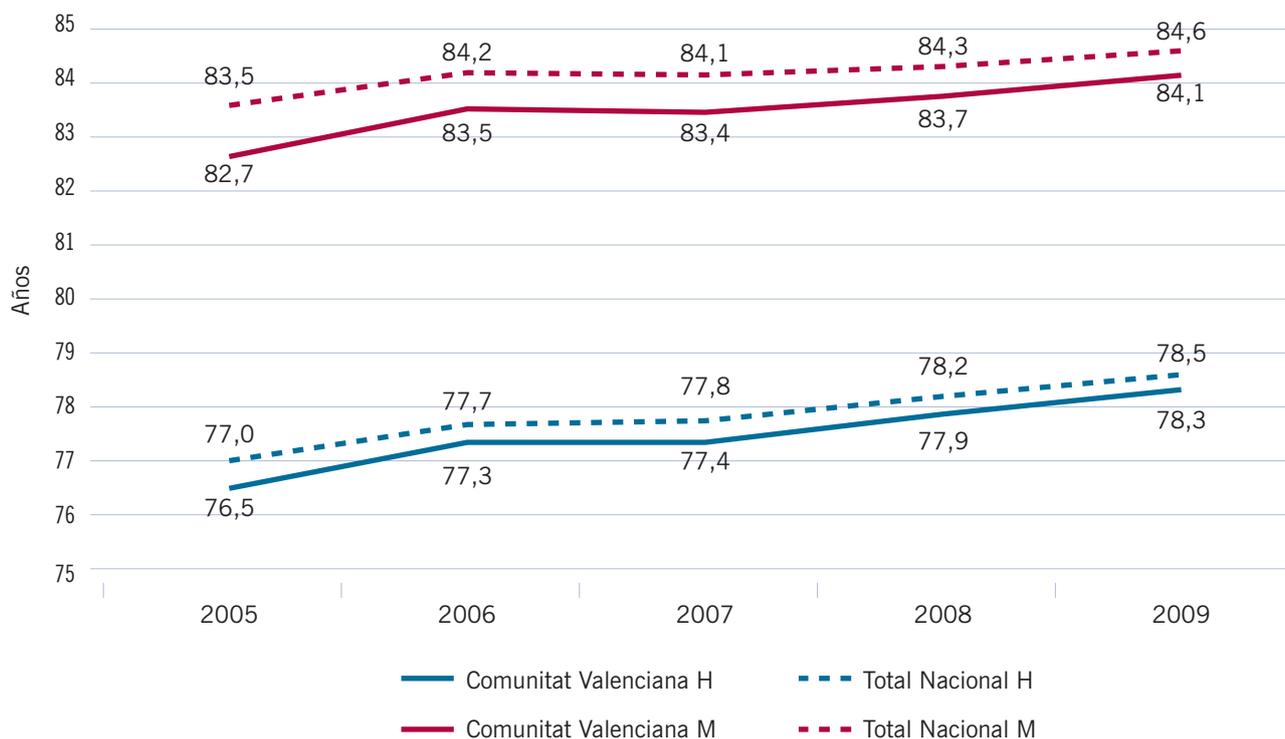
Fuente: Encuesta de población activa INE. Datos 4º trimestre

### 3 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES INDICADORES

#### 3.1 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacimiento en la Comunitat Valenciana en el año 2009 es de 81,2 años (78,3 años para hombres y de 84,1 para mujeres, con una diferencia entre sexos de 5,8 años de vida), ligeramente inferior que la registrada en España 81,6 años (78,5 en hombres y 84,6 en mujeres), hecho que se manifiesta a lo largo del periodo 2005-2009. En el quinquenio estudiado, se observa una tendencia ascendente de la esperanza de vida para ambos sexos.

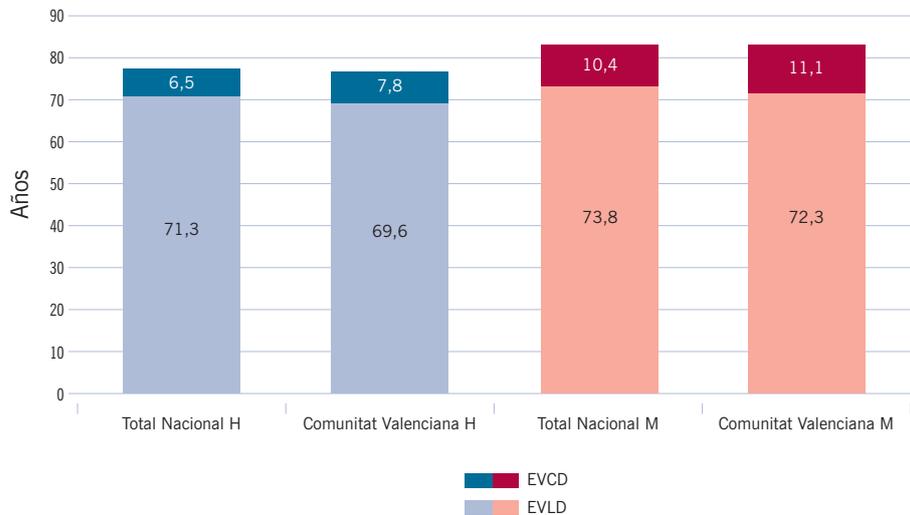
~ Evolución de la esperanza de vida al nacimiento según sexo



Fuente: Datos INE. Indicadores demográficos básicos. Elaboración propia

### 3.2 Esperanza de vida libre de discapacidad

~ *Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad al nacimiento*



Fuente: Datos INE. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, 2008. Elaboración propia. Comunitat Valenciana y España 2008.  
 EVCD= Esperanza de Vida con Discapacidad  
 EVLD= Esperanza de Vida Libre de Discapacidad

En la Comunitat Valenciana, en el año 2008, las mujeres presentan una esperanza de vida libre de discapacidad mayor que los hombres, pero también se espera que vivan más años con discapacidad (11,1 frente a 7,8 años).

### 3.3 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en la Comunitat Valenciana en el año 2008 fue de 3,7 por 1.000 nacidos vivos, no observándose variación respecto al año 2005.

#### ~ Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

Sexo	2005	2006	2007	2008
Hombres	4,1	3,6	4,3	3,9
Mujeres	3,4	3	3,2	3,5
<b>Total</b>	<b>3,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>

Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

#### ~ Indicadores de mortalidad perinatal (Tasa por 1.000 nacidos vivos)

	2005		2006		2007		2008	
	Total		Total		Total		Total	
<b>Mortalidad fetal</b>	<b>4,8</b>	hombres 4,4	<b>4,3</b>	hombres 4,4	<b>4,1</b>	hombres 4,1	<b>3,8</b>	hombres 4,4
		mujeres 4,8		mujeres 3,6		mujeres 3,6		mujeres 4,8
<b>Mortalidad neonatal</b>	<b>2,5</b>	hombres 2,9	<b>2,4</b>	hombres 2,7	<b>2,6</b>	hombres 3	<b>2,6</b>	hombres 2,9
		mujeres 2,1		mujeres 2,1		mujeres 2,2		mujeres 2,1
<b>Mortalidad neonatal precoz</b>	<b>1,7</b>	hombres 2	<b>1,6</b>	hombres 1,7	<b>1,8</b>	hombres 2,1	<b>1,7</b>	hombres 2
		mujeres 1,5		mujeres 1,5		mujeres 1,5		mujeres 1,5
<b>Mortalidad neonatal tardía</b>	<b>0,8</b>	hombres 0,9	<b>0,8</b>	hombres 1	<b>0,8</b>	hombres 1	<b>0,8</b>	hombres 0,9
		mujeres 0,7		mujeres 0,6		mujeres 0,8		mujeres 0,7
<b>Mortalidad perinatal</b>	<b>7,3</b>	hombres 7,3	<b>6,7</b>	hombres 7,1	<b>6,7</b>	hombres 7,1	<b>6,4</b>	hombres 7,3
		mujeres 6,9		mujeres 5,7		mujeres 5,8		mujeres 6,9

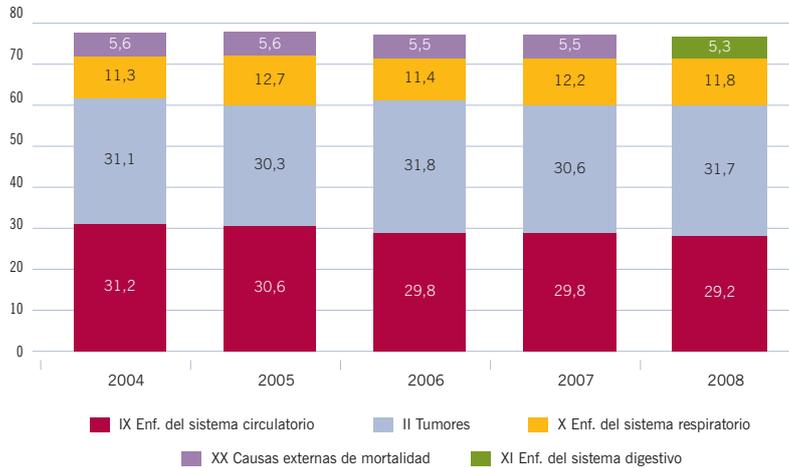
**Tasa de mortalidad fetal:** número de muertes fetales ( $\geq 22$  semanas completas de gestación) en un año dado por 1.000 nacidos (nacidos vivos más muertes fetales) en ese mismo año. **Tasa de mortalidad neonatal:** número de muertes neonatales (entre el nacimiento y el 27 día de vida) en un año dado por 1.000 nacidos vivos en ese mismo periodo. **Precoz** si la muerte se produce entre el nacimiento y el 6º día de vida, y **tardía** si la muerte se produce entre el 7º y el 27 día de vida. **Tasa de mortalidad perinatal:** número de muertes fetales y de muertes neonatales en un año dado por 1.000 nacidos (nacidos vivos más muertes fetales en ese mismo año).

Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana.

La mortalidad perinatal (22 semanas de gestación - 28 días de vida) en el año 2008 fue de 6,4 defunciones por cada mil nacidos. Se observa pues, un ligero descenso respecto al año 2005 (7,3 por cada mil nacidos) influido fundamentalmente por la disminución de la mortalidad fetal, ya que la mortalidad neonatal (relacionada con la calidad de la atención a la mujer gestante y el cuidado neonatal) en el año 2007 en la Comunitat Valenciana fue de 2,6 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos (2,5 en 2005).

### 3.4 Mortalidad proporcional

~ **Mortalidad proporcional. Primeras causas de defunción Hombres. XXI Grandes Grupos CIE-10. Comunitat Valenciana**

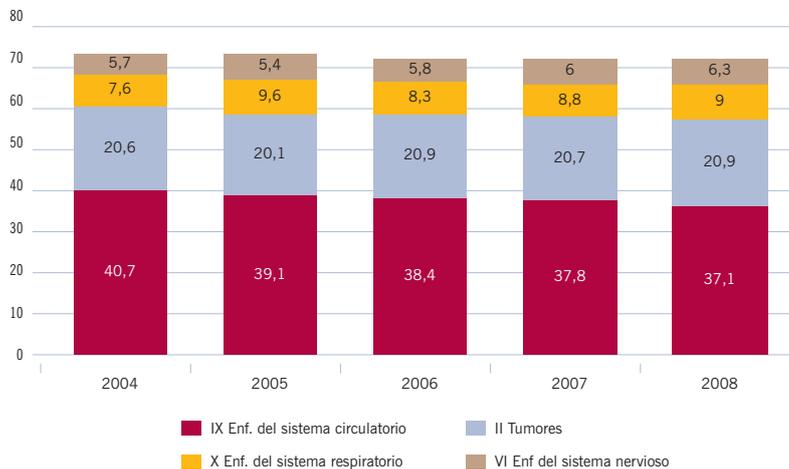


Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

En el año 2008, la primera causa de mortalidad en hombres fueron los tumores, seguida de las enfermedades del aparato circulatorio. Estas dos primeras causas, con pesos semejantes sobre el total de defunciones, representan un porcentaje algo superior al 60% durante el periodo 2004-2008. Las enfermedades del aparato respiratorio son la tercera causa de mortalidad. En el año 2008, en la Comunitat Valenciana, la cuarta causa de muerte en hombres fue debida, sin embargo, a las enfermedades del sistema digestivo. En los años anteriores la cuarta causa estaba representada por causas externas de mortalidad.

Según datos provisionales del año 2009 la mortalidad proporcional sigue un patrón similar al observado en 2008.

~ **Mortalidad proporcional. Primeras causas de defunción Mujeres. XXI Grandes Grupos CIE-10. Comunitat Valenciana**

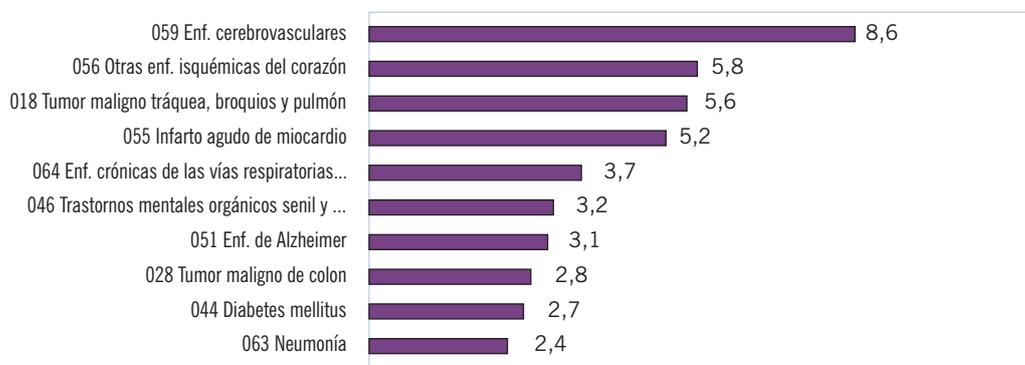


Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana

En el año 2008 la primera causa de mortalidad en mujeres fueron las enfermedades del aparato circulatorio, seguida por los tumores. Estas dos primeras causas representan un porcentaje en torno al 60% durante el periodo de 2004-2008, al igual que en hombres, sin embargo, en mujeres se observa mayor diferencia en los pesos entre las dos primeras causas. Las enfermedades del aparato respiratorio constituyen la tercera causa de muerte y, las enfermedades del sistema nervioso, la cuarta causa como en años anteriores. Los datos provisionales del año 2009 confirman esta misma distribución.

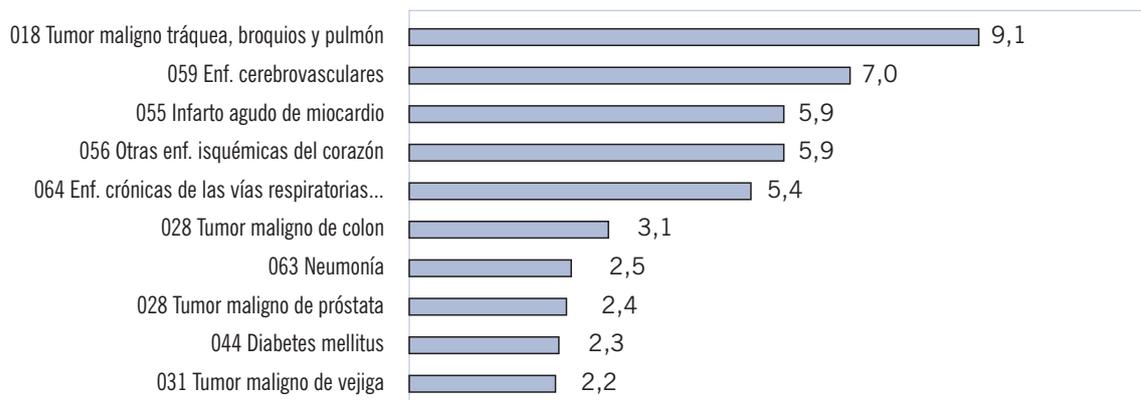
Las diez primeras causas de defunción de la lista abreviada del INE-CCAA (102 causas) para hombres y mujeres son recogidas a continuación.

~ **Mortalidad proporcional. Diez primeras causas de defunción ambos sexos en la Comunitat Valenciana 2008**



Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

~ **Mortalidad proporcional. Diez primeras causas de defunción Hombres en la Comunitat Valenciana 2008**



Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

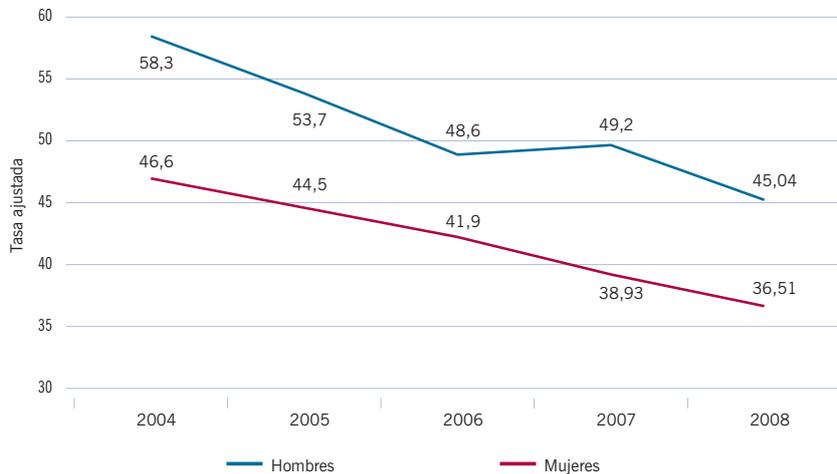
~ **Mortalidad proporcional. Diez primeras causas de defunción Mujeres en la Comunitat Valenciana 2008**



Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La evolución, en los últimos años, de cada una de ellas ha sido la siguiente:

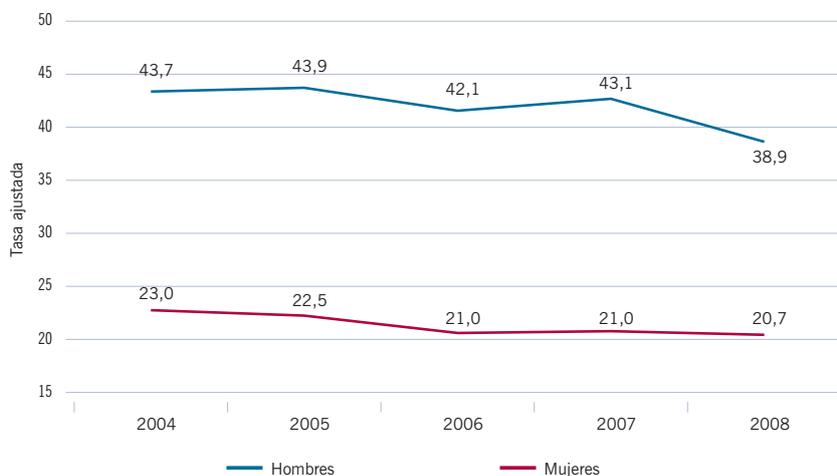
**Enfermedades cerebrovasculares**



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008 se registraron en la Comunitat Valenciana 3.435 defunciones por enfermedades cerebrovasculares (tasa bruta de 68,3 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes), que representan el 8,6% de las defunciones por todas las causas. Es la primera causa de mortalidad de este año.

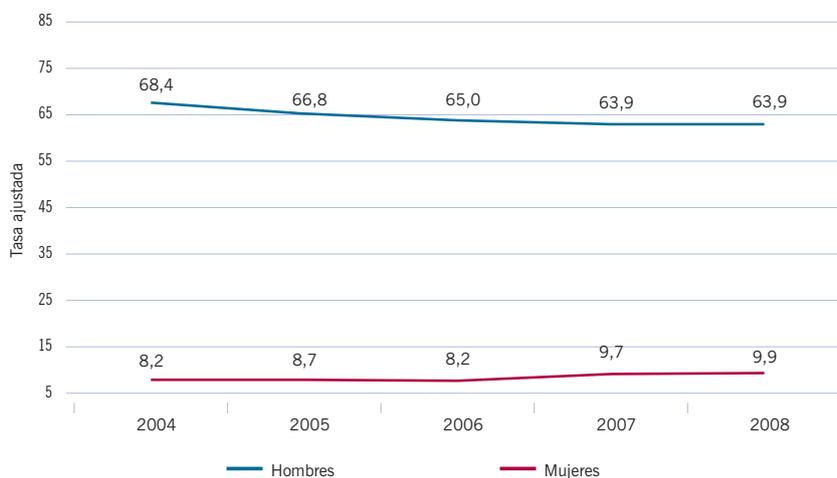
## Otras enfermedades isquémicas del corazón



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008.  
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

Constituyen la segunda causa de mortalidad del año 2008, registrándose en la Comunitat Valenciana 2.340 defunciones por otras enfermedades isquémicas del corazón (tasa bruta de 46,5 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes) y representan el 5,8% de las defunciones por todas las causas.

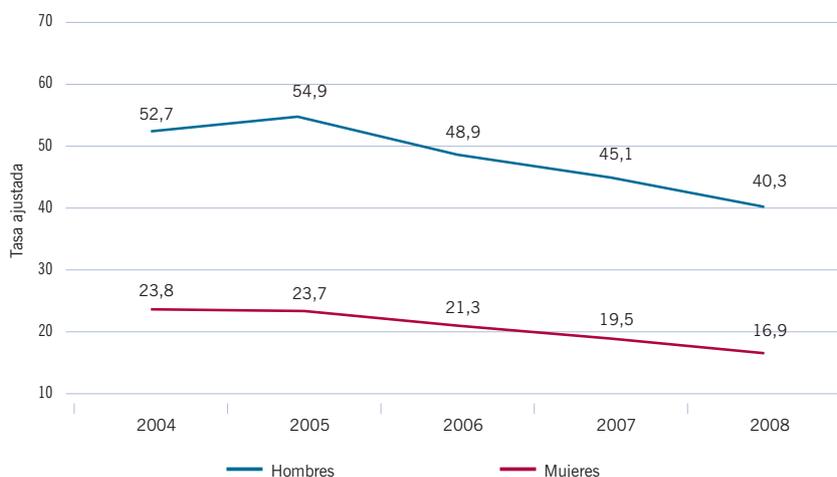
## Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008.  
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008 se registraron 2.223 defunciones por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (tasa bruta de 44,2 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes), representado el 5,6% de las defunciones por todas las causas. Es la tercera causa de mortalidad del año 2008. En mujeres, cabe resaltar, el incremento paulatino observado a lo largo del periodo 2004-2008.

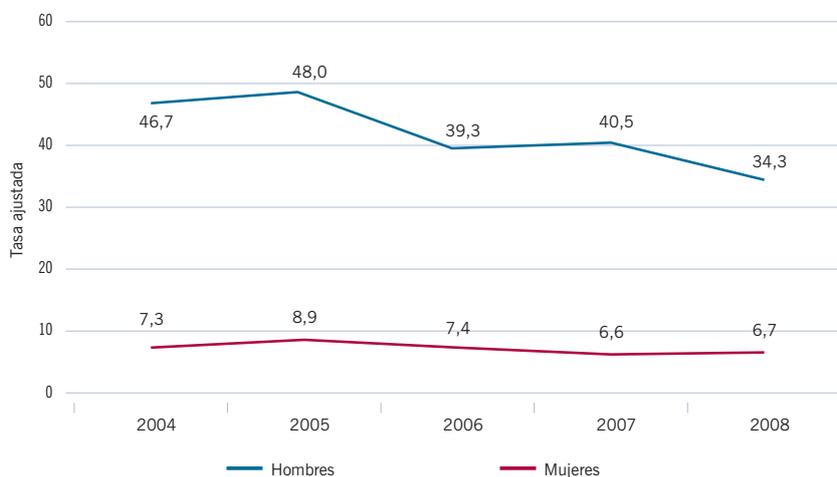
### Infarto agudo de miocardio



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El número de defunciones registradas en el año 2008 por infarto agudo de miocardio fue de 2.071 y representan el 5,2% de las defunciones por todas las causas. Es la cuarta causa de mortalidad de este año.

### Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La quinta causa de mortalidad, con 1.476 defunciones, en el año 2008 la constituyen las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) (tasa bruta de 29,3 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes) y representan el 3,7% de las defunciones por todas las causas.

## Trastornos mentales orgánicos senil y presenil



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008.  
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El número de defunciones por trastornos mentales orgánicos senil y presenil registradas en la Comunitat Valenciana en el año 2008 fue de 1.298 defunciones (tasa bruta de 25,8 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes) y representan el 3,2% de las defunciones por todas las causas, constituyendo la sexta causa de mortalidad.

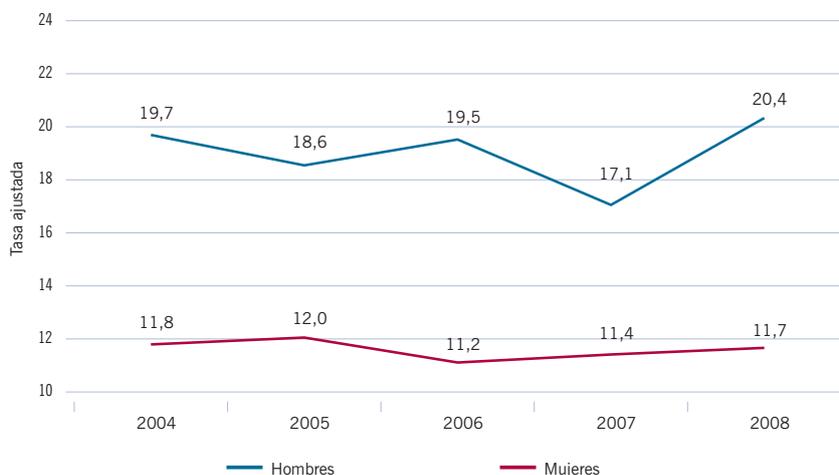
## Enfermedad de Alzheimer



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008.  
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La séptima causa de mortalidad en el año 2008 es la enfermedad de Alzheimer, registrándose 1.241 defunciones (tasa bruta de 24,7 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes) que representan el 3,1% de las defunciones por todas las causas.

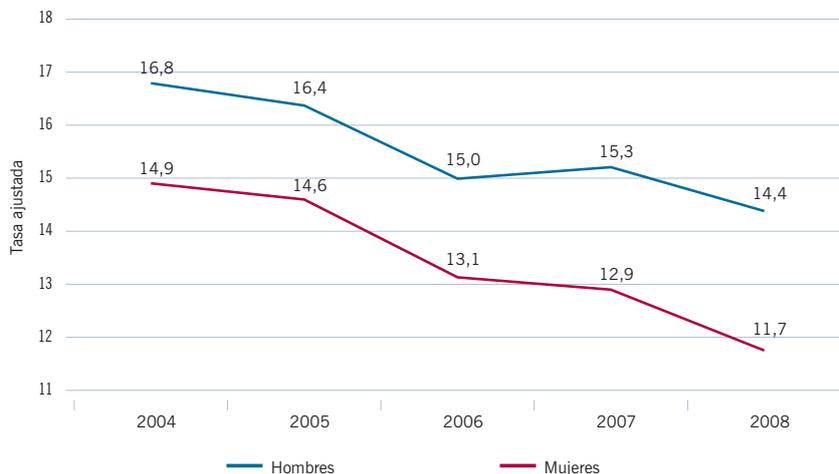
### Tumor del colon



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008 se registraron 1.138 defunciones por tumor maligno de colon (tasa bruta de 22,6 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes), y representan el 2,8% de las defunciones por todas las causas. Es la octava causa de mortalidad de este año.

### Diabetes mellitus



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

El número de defunciones registradas por diabetes mellitus en el año 2008 fue de 1.097 defunciones (tasa bruta de 21,8 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes) y representan el 2,7% de las defunciones por todas las causas, constituyendo la novena causa de mortalidad.

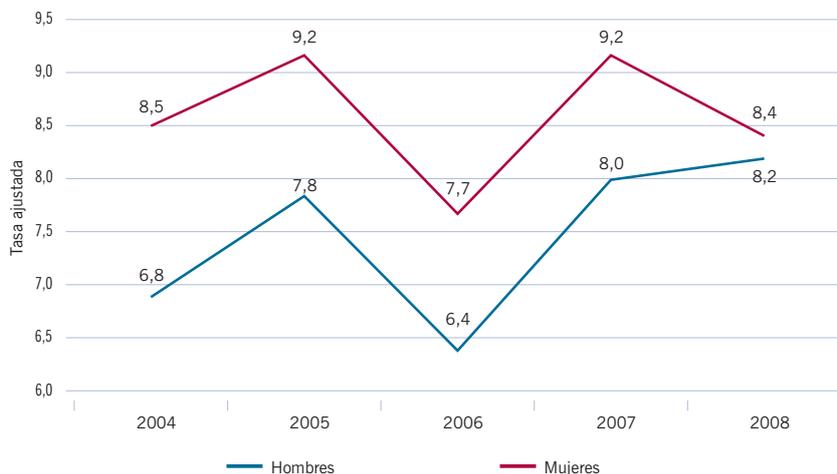
## Neumonía



*Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.*

La décima causa de mortalidad en el año 2008 fue la neumonía con 965 defunciones (tasa bruta de 19,2 defunciones por 10<sup>5</sup> habitantes) representando el 2,4% de las defunciones por todas las causas.

## Enfermedad hipertensiva



*Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.*

Es la novena causa de muerte en mujeres en el año 2008 y se registraron 483 defunciones (tasa bruta de 19,2 por 10<sup>5</sup> habitantes) con un peso del 2,5% sobre el total de causas en mujeres.

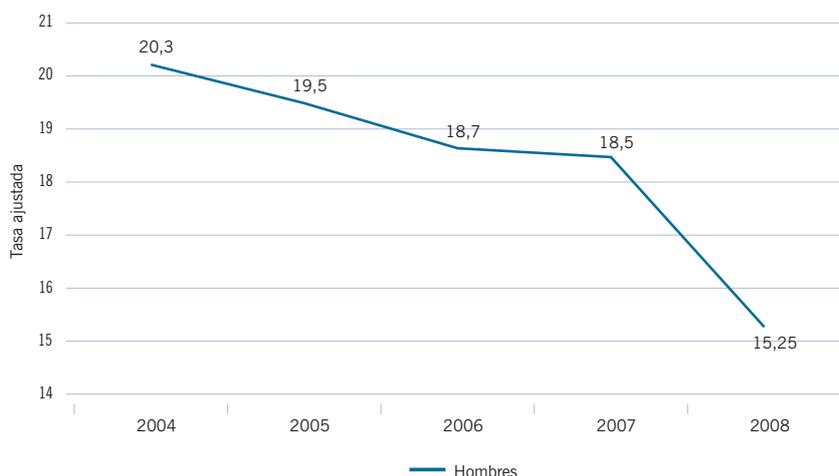
### Tumor maligno de mama en la mujer



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

La sexta causa de mortalidad del año 2008 en mujeres es el tumor maligno de mama. Se registraron 631 defunciones por tumor maligno de la mama en la mujer que corresponde a una tasa bruta de 25,0 defunciones por cada 10<sup>5</sup> habitantes. Sigue siendo el responsable del mayor número de muertes por cáncer en la mujer, seguido del cáncer de colon.

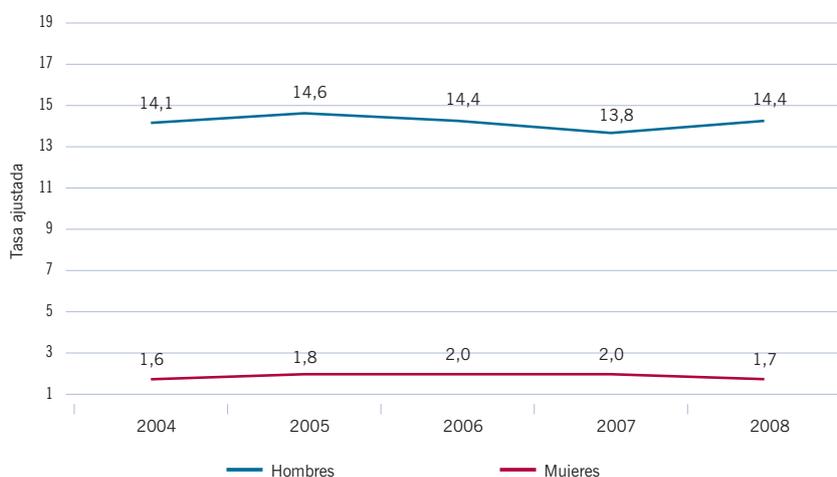
### Tumor maligno de la próstata



Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.

En el año 2008, se registraron 508 defunciones por tumor maligno de la próstata, que corresponde a una tasa bruta de 20,3 defunciones por 10<sup>5</sup> hombres. Representan el 2,4% de las defunciones por todas las causas en hombres. Es la octava causa de mortalidad de este año y el tercer tumor que causa más muertes en los hombres.

## Tumor de la vejiga



*Tasa de mortalidad por 10<sup>5</sup> habitantes ajustada por edad por el método directo (población europea) CV 2004-2008. Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Elaboración propia.*

El tumor maligno de vejiga es la décima causa de mortalidad del año 2008 en hombres y la responsable en cuarto lugar de la mortalidad por cáncer en hombres. Se registraron 459 defunciones por tumor maligno de la vejiga, que corresponde a una tasa bruta de 18,3 defunciones por 10<sup>5</sup> hombres, semejante a los encontrados en los últimos años.

## 3.5 Morbilidad

### Enfermedades de Declaración Obligatoria

Desde el año 2004 se está desarrollando un sistema electrónico para la vigilancia epidemiológica en la Comunitat Valenciana y su análisis (AVE), que permite recoger en tiempo real los datos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), de los brotes, y de las alertas, su análisis y la difusión de la información a los usuarios de forma automatizada. A continuación se muestran algunos de los datos más destacables:

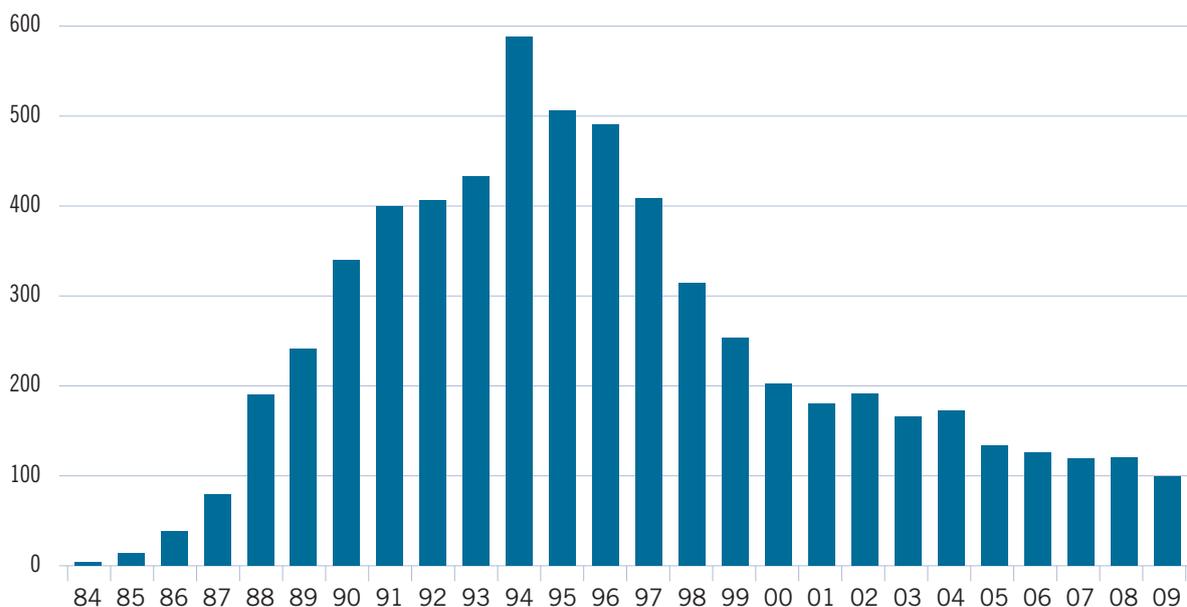
- La tuberculosis en la Comunitat Valenciana presenta una tendencia descendente que se mantiene desde 1998 a pesar del repunte experimentado en los años 2006 y 2008. En 2009, se han notificado al sistema de vigilancia 724 casos. En los últimos 11 años la tasa global de tuberculosis ha pasado de los 24 casos por 100.000 habitantes a los 14,8 de 2009, lo que supone una disminución del 38,3% y representa un descenso anual del 3,5%. La tuberculosis pulmonar representa el 69,4% de los casos, lo que supone una tasa de 10,3 casos por 100.000 habitantes.
- La Orden de 14 de febrero de 2006 (DOCV nº 5211 del 3/3/2006) modificó la pauta de vacunación sistemática infantil frente a la enfermedad meningocócica. La incidencia global de la enfermedad meningocócica en la Comunitat Valenciana durante la temporada epidemiológica 2008-2009 (semana 41 de 2008 hasta semana 40 de 2009) ha sido de 1,49 casos por 100.000 habitantes, similar a la temporada anterior y se mantiene muy baja en relación a la temporada prevacunacional.

- En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, en el año 2009 se declararon 497 casos de infección gonocócica, registrándose una tasa de incidencia de 10,2 casos por 100.000 habitantes. Se observa una tendencia ascendente en los últimos años en esta enfermedad pasando de una tasa de incidencia de 3,1 en 2005 a 10,2 casos por 100.000 habitantes en 2009. La tasa de incidencia de sífilis va aumentando en el periodo de 2005 a 2009 pasando de 3,1 a 7,3 casos por 100.000 habitantes.
- Excepto en el caso de la parotiditis, en general las enfermedades prevenibles por vacunación, muestran una clara tendencia descendente, debido a las elevadas coberturas de vacunación alcanzadas. El Plan de eliminación del sarampión autóctono fue prorrogado hasta 2010.

## SIDA

Los casos SIDA declarados en 2009, (corregidos por retraso en la notificación) han disminuido un 19% con respecto a 2008. La tasa de incidencia en la Comunitat Valenciana en 2009, es de 14,9 por millón de habitantes.

~ **Casos de SIDA por año de diagnóstico. Comunitat Valenciana, 1984-2009**



Casos a 31/12/09 corregidos por retraso en la notificación.  
Fuente: Conselleria de Sanitat. DGSP. Registro casos de SIDA

En la Comunitat Valenciana, el perfil de la curva epidémica del SIDA es muy similar al que se observa en el conjunto de España. En los últimos años tiende a estabilizarse.

Uno de los principales problemas que presenta la atención sanitaria a la infección por VIH y SIDA en la Comunitat Valenciana, es la frecuencia de diagnósticos tardíos. En el quinquenio 2005-2009, el 37% de los casos de SIDA en personas de origen español, recibieron un diagnóstico tardío de infección por VIH. Esta proporción es aún superior (69%) en las personas de origen extranjero. En la mayoría de los casos, los diagnósticos tardíos corresponden a personas que se infectaron por vía sexual.

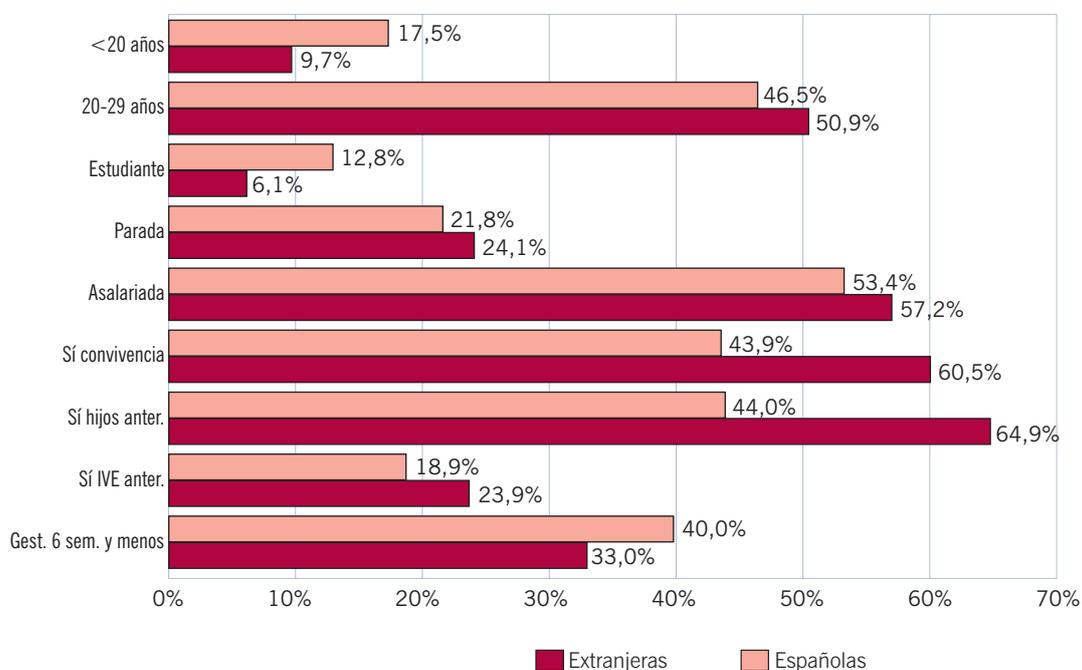
## Interrupciones Voluntarias del Embarazo

En la Comunitat Valenciana en el año 2008 el número absoluto de Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas al Registro de la Comunitat Valenciana, ha sido de 11.590.

En el año 2008 la tasa por mil mujeres, entre 15-44 años residentes en la Comunitat Valenciana, ha sido de 10,4, siendo la tasa más alta observada desde el inicio del Registro. La situación en España es idéntica aunque con la tasa superior, 11,8.

El perfil de mujeres del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la Comunitat Valenciana en 2008 es el siguiente:

### ~ Perfil comparativo extranjeras y españolas. 2008



Fuente: Conselleria de Sanitat. Àrea de Epidemiologia. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

## Morbilidad hospitalaria

En la red hospitalaria pública, la morbilidad atendida con régimen de internamiento en 2009 generó 402.168 altas, (0,5% menos que el año anterior), de las que el 47,5% fueron en hombres y el 40,05% de las altas fueron producidas en una persona mayor de 64 años.

~ *Número de altas hospitalarias según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) por sexo, Comunitat Valenciana 2009*

CDM	Descripción CDM	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
00	No consta	63	33	30
01	Sistema nervioso	25.924	13.779	12.145
02	Ojo	3.657	2.014	1.643
03	Oído, nariz, boca y faringe	20.058	11.759	8.299
04	Ap. respiratorio	47.182	29.163	18.019
05	Ap. circulatorio	47.913	28.163	19.750
06	Ap. digestivo	44.377	25.635	18.742
07	Sist. hepatobiliar y pancreático	20.018	10.748	9.270
08	Sistema musculo-esquelético	40.399	18.587	21.812
09	Piel, tejido subcutáneo y mama	9.779	3.201	6.578
10	Endocrino, nutrición y metabolismo	8.690	3.454	5.236
11	Riñón y vías urinarias	21.593	13.193	8.400
12	Aparato reproductor masculino	5.763	5.763	0
13	Aparato reproductor femenino	11.027	0	11.027
14	Embarazo, parto y puerperio	49.481	0	49.481
15	Patología perinatal	9.176	5.029	4.147
16	Sangre y sistema inmunitario	4.930	2.512	2.418
17	Trastornos mieloproliferativos	5.371	3.089	2.282
18	Enf. infecciosas y parasitarias	6.981	3.813	3.168
19	Trastornos mentales	7.341	3.885	3.456
20	Alcohol y drogas	1.027	791	236
21	Lesiones y envenenamientos	4.596	2.475	2.121
22	Quemaduras	325	206	119
23	Otras causas de atención sanitaria	4.749	2.380	2.369
24	Infecciones por HIV	1.349	947	402
25	Traumatismos múltiples	399	277	122
<b>TOTAL</b>		<b>402.168</b>	<b>190.896</b>	<b>211.272</b>

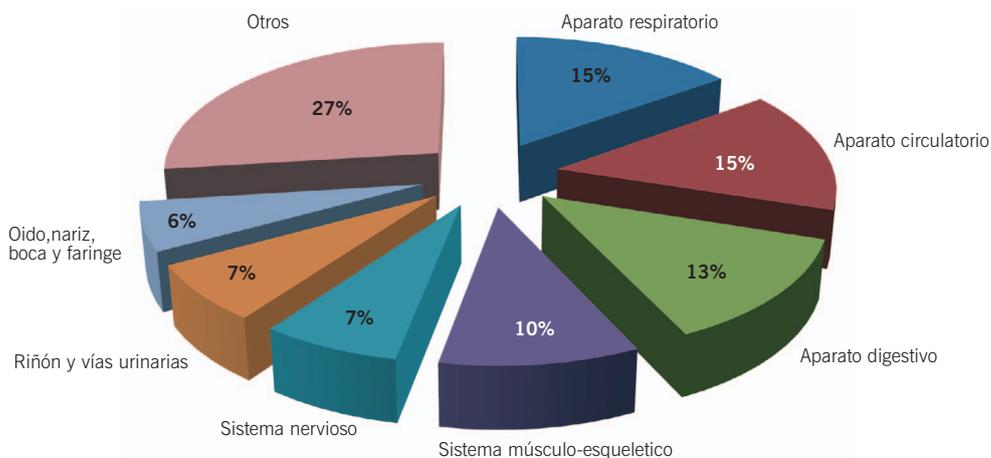
Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Análisis de Sistemas Información Sanitaria CMBD. Elaboración propia

Las altas más frecuentes según Categoría Diagnóstica Mayor (CDM en adelante) son en primer lugar, las producidas con motivo de embarazo, parto y puerperio, seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato respiratorio que representan el 12,3%, el 11,9% y el 11,7% respectivamente.

La distribución de los porcentajes de las altas hospitalarias según CDM, difieren según sexo.

En hombres, el mayor número de episodios de hospitalización con internamiento en 2009, correspondió a las enfermedades del aparato respiratorio, que generaron 29.163 altas, representando el 15,3% de los ingresos hospitalarios. En segundo lugar, las enfermedades del aparato circulatorio produjeron 28.163 altas, y representaron el 14,8% de las altas en el sexo masculino. Le siguen las enfermedades del aparato digestivo con 25.635 altas (13,14%) y en cuarto lugar, las enfermedades del sistema músculo-esquelético generaron 18.587 altas (9,7%). Estos cuatro grupos, son los responsables del 53,9% del total de altas hospitalarias este año en hombres.

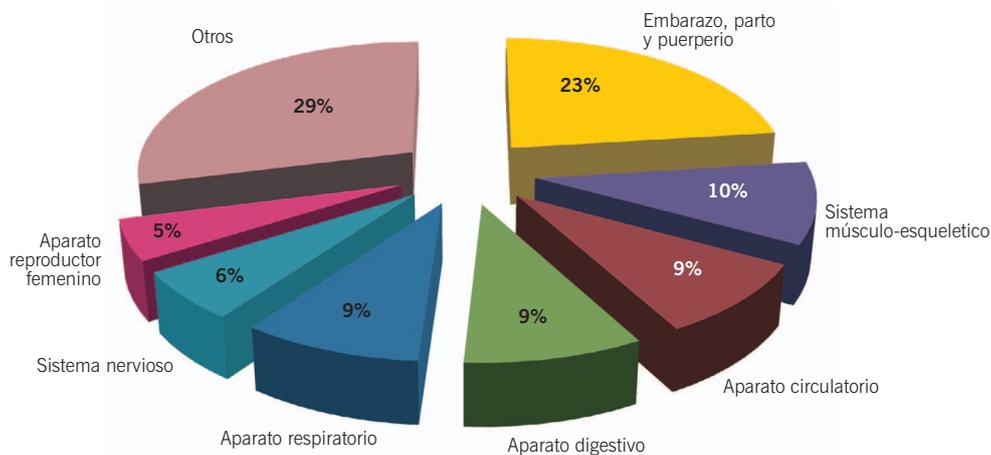
~ **Porcentajes de altas hospitalarias en hombres según CDM. Comunitat Valenciana 2009**



Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Análisis de Sistemas Información Sanitaria CMBD. Elaboración propia

En mujeres, el mayor porcentaje de altas hospitalarias, correspondió a embarazo, parto y puerperio que generaron 49.481 altas (23,4% de los ingresos en mujeres), seguidas del grupo de enfermedades del sistema músculo-esquelético, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato digestivo. Estos cuatro grupos representan el 51,9% del total de altas en este año en mujeres.

~ **Porcentajes de altas hospitalarias en mujeres según CDM. Comunitat Valenciana 2009**



Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Análisis de Sistemas Información Sanitaria CMBD. Elaboración propia

## 4 SALUD PERCIBIDA Y ESTILOS DE VIDA

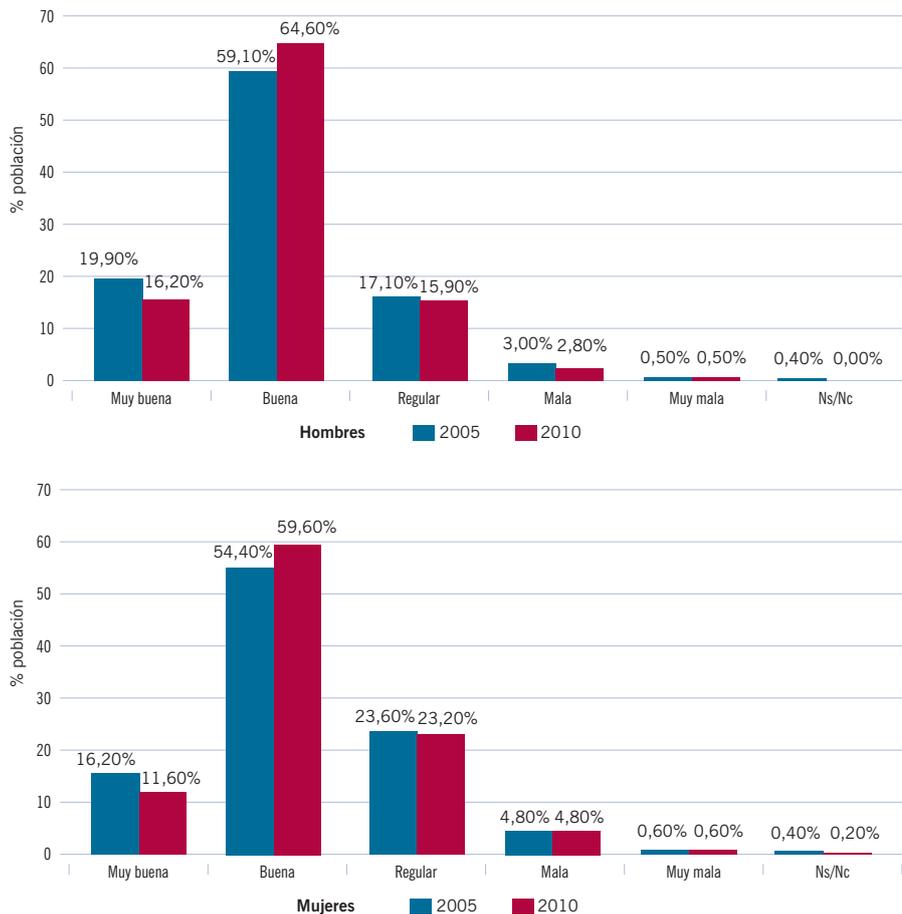
La información obtenida de este apartado se ha extraído de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa). Los resultados de la encuesta de salud han sido analizados en función de las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios, nivel de ingresos familiares y clase social, tanto para el colectivo de adultos, como de menores.

### 4.1 Percepción de la salud

La valoración positiva del estado de salud es superior en los varones que en las mujeres y, como era de esperar, disminuye en ambos sexos con la edad.

El 80,8% de los hombres y el 71,2% de las mujeres en la Comunitat Valenciana han declarado que la percepción de su salud es buena o muy buena. Estos resultados, son similares a los registrados en la encuesta de salud del año 2005.

#### ~ Autopercepción de la salud

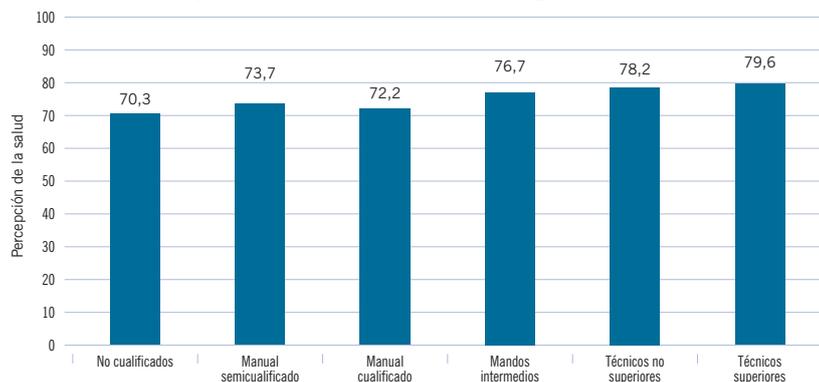


Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2005 y 2010 (en prensa)

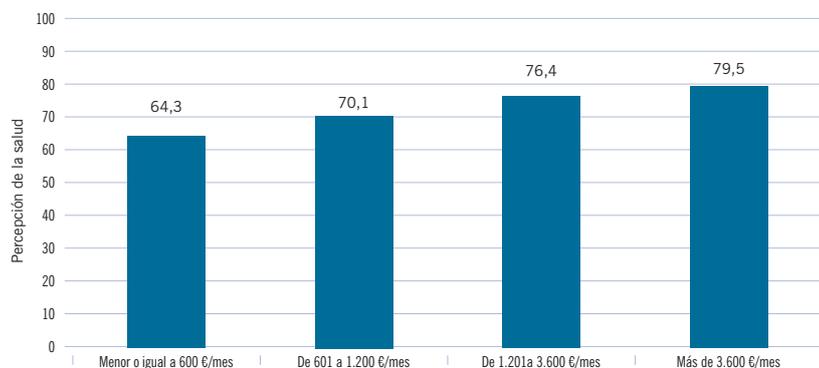
La percepción de la salud varía considerablemente de unos grupos sociales a otros. En todos ellos la percepción de la salud disminuye al disminuir el nivel de estudios, la clase social y el nivel de ingresos.

~ **Salud percibida según determinantes sociales en adultos**

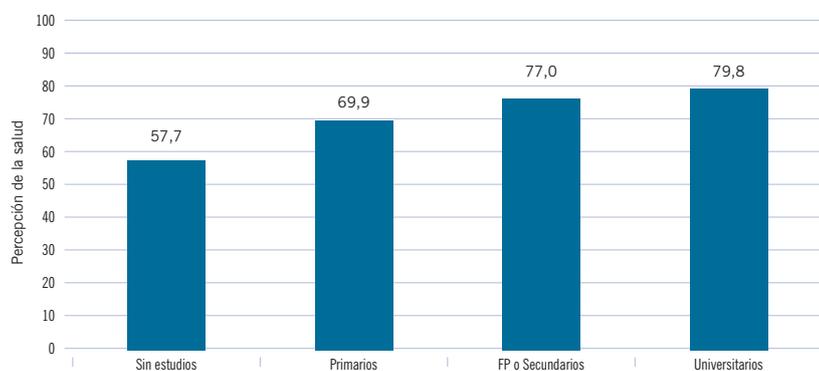
**Clase social. Percepción de la salud 2010 (Rango de 0 a 100). El valor medio total es de 73,4**



**Nivel de ingresos familiares. Percepción de la salud 2010 (Rango de 0 a 100). El valor medio total es de 73,4**



**Nivel de estudios. Percepción de la salud 2010 (Rango de 0 a 100). El valor medio total es de 73,4**



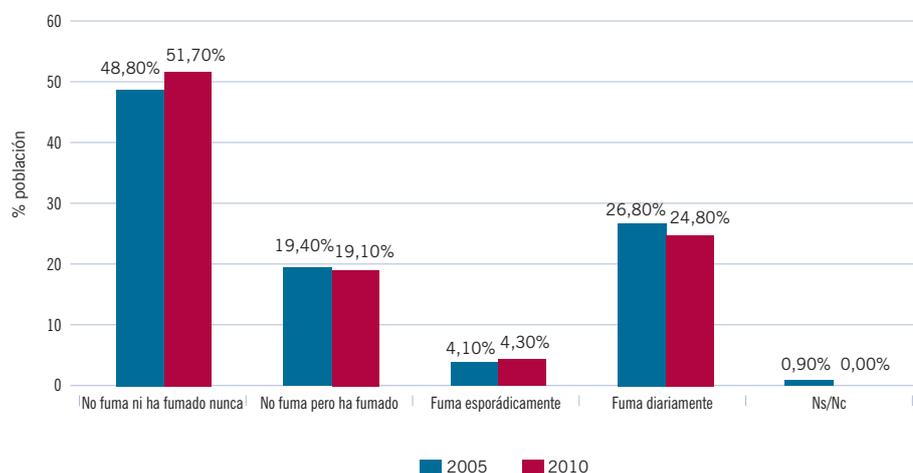
Fuente: Encuesta de Salud 2010 (en prensa)

## 4.2 Conductas y estilos de vida

### Consumo de tabaco

En la actualidad el porcentaje de personas que manifiestan no haber fumado nunca, es del 51,7%, frente al 48,8% de 2005. De forma coherente, se aprecia una cierta reducción del colectivo de población que fuma diariamente (26,8% y 24,8% en 2005 y 2010 respectivamente). El colectivo de población ex-fumadora y de la que fuma esporádicamente se mantiene en niveles similares a los observados en la encuesta anterior. Un 19,10% de la población es ex-fumadora y un 4,3% de la población fuma esporádicamente en el año 2010.

#### ~ Consumo de tabaco en la Comunitat Valenciana



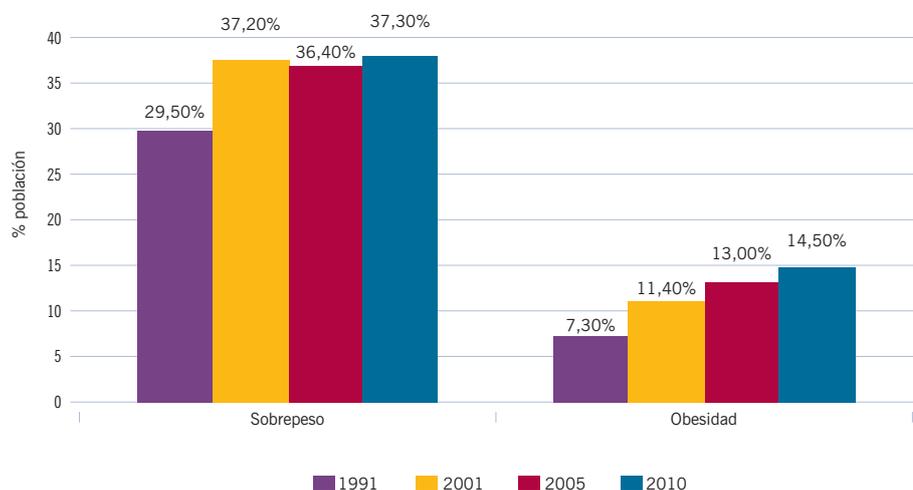
Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2005 y 2010 (en prensa)

La edad media de inicio del consumo del tabaco se sitúa en el año 2001 en los 17,2 años, en el año 2005 en 17,2, y en el 2010 en 17,6 años.

### Sobrepeso y obesidad

Al igual que lo constatado en ediciones anteriores, se mantiene la tendencia observada al incremento de la incidencia del sobrepeso y la obesidad entre la población adulta de la Comunitat Valenciana, tal y como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

### ~ **Sobrepeso y obesidad en la población adulta**

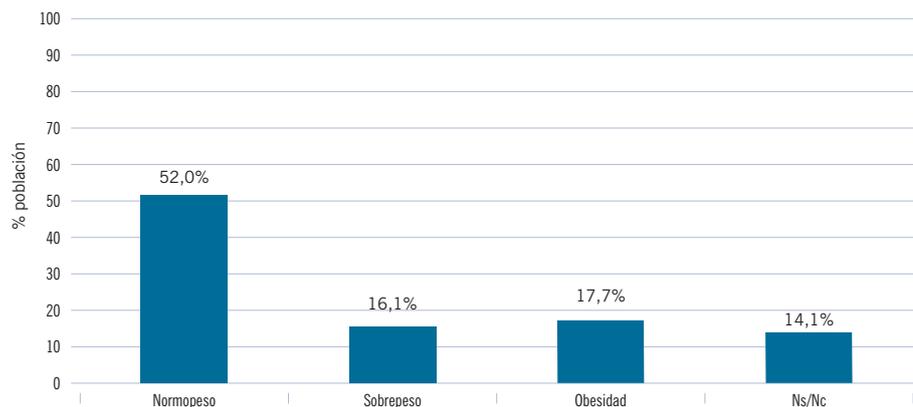


Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

De este modo, en 2010, el colectivo de encuestados que a partir de los datos de peso y talla autoreferidos presenta sobrepeso, se sitúa en el 37,3% de la población adulta, mientras que la obesidad alcanzaría al 14,5% (obesidad y obesidad mórbida). Los datos del año 2010 para poder ser comparados con las encuestas anteriores, han sido corregidos teniendo en cuenta la población «No sabe/No contesta».

En cuanto a la población infantil el 17,7% de los menores se encuentra en el nivel asociado a la obesidad, y un 16,1% adicional muestra sobrepeso. Por su parte, el 52% restante se asocia a menores con normopeso.

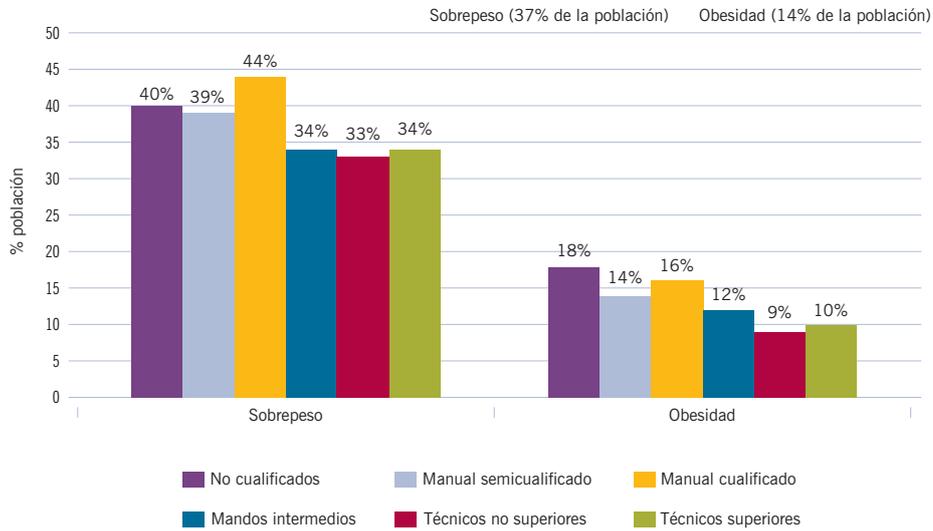
### ~ **Sobrepeso y obesidad en la población infantil**



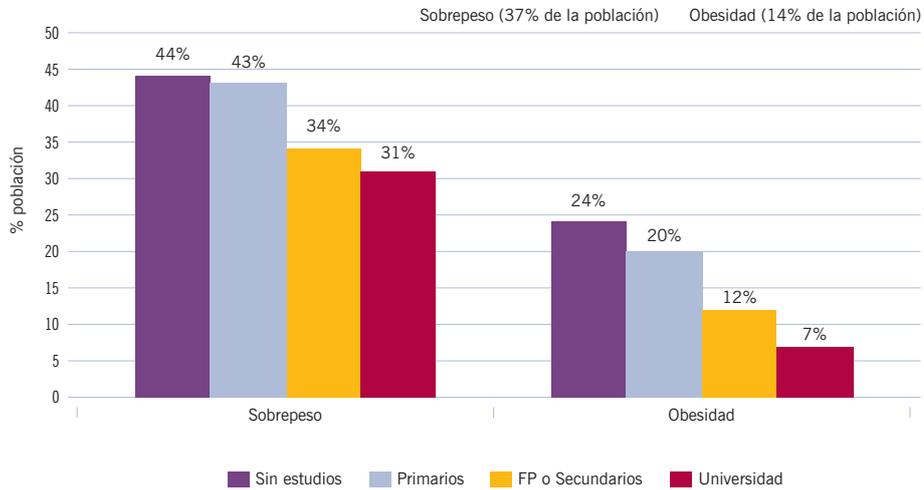
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

A medida que el nivel social, el nivel de estudios y el de ingresos económicos disminuye, se observa una clara tendencia al aumento de sobrepeso y obesidad en la población adulta, poniendo de manifiesto la influencia de los determinantes sociales en los estilos de vida de la población.

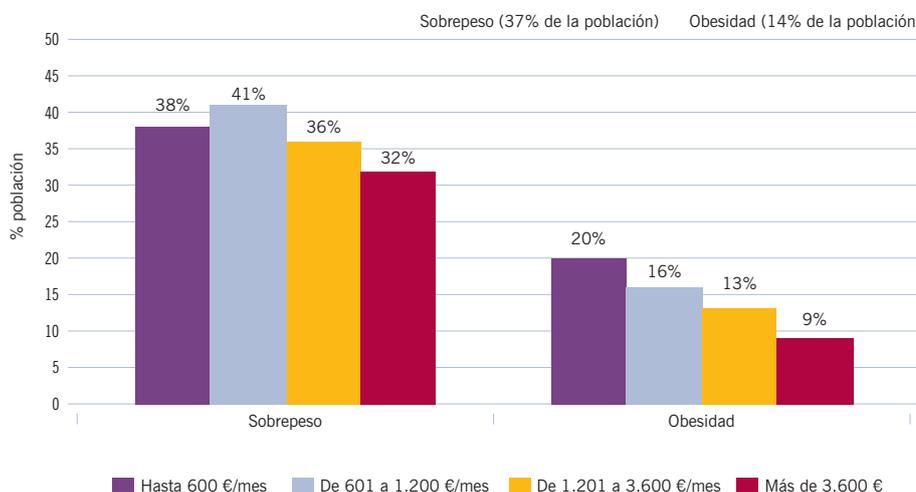
~ **Distribución del sobrepeso y obesidad por clase social. Comunitat Valenciana 2010**



~ **Distribución del sobrepeso y obesidad por nivel de estudios. Comunitat Valenciana 2010**



### ~ Distribución del sobrepeso y obesidad por nivel económico. Comunitat Valenciana 2010

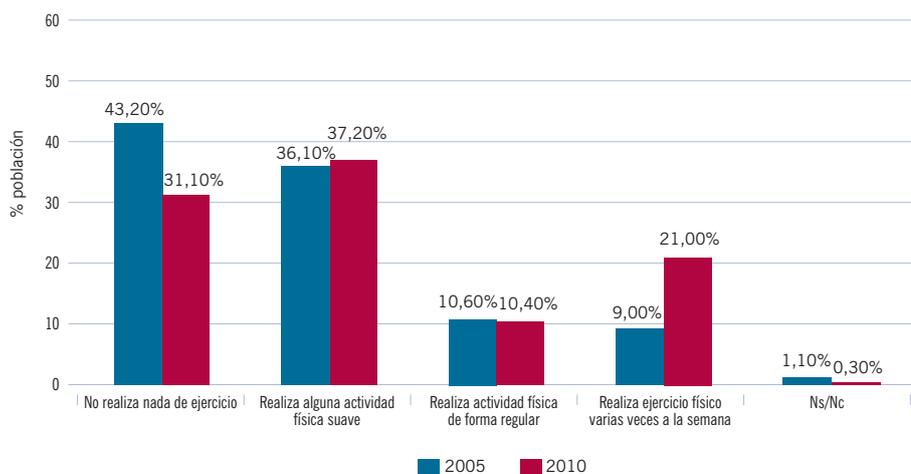


Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

### Actividad física

De forma coherente con la tendencia observada en 2005 se mantiene una tendencia positiva en la realización de actividad física durante el tiempo libre. El colectivo que indica no realizar ningún tipo de actividad se reduce del 43,2% en 2005 al 31,1% en 2010.

### ~ Realización de actividad física



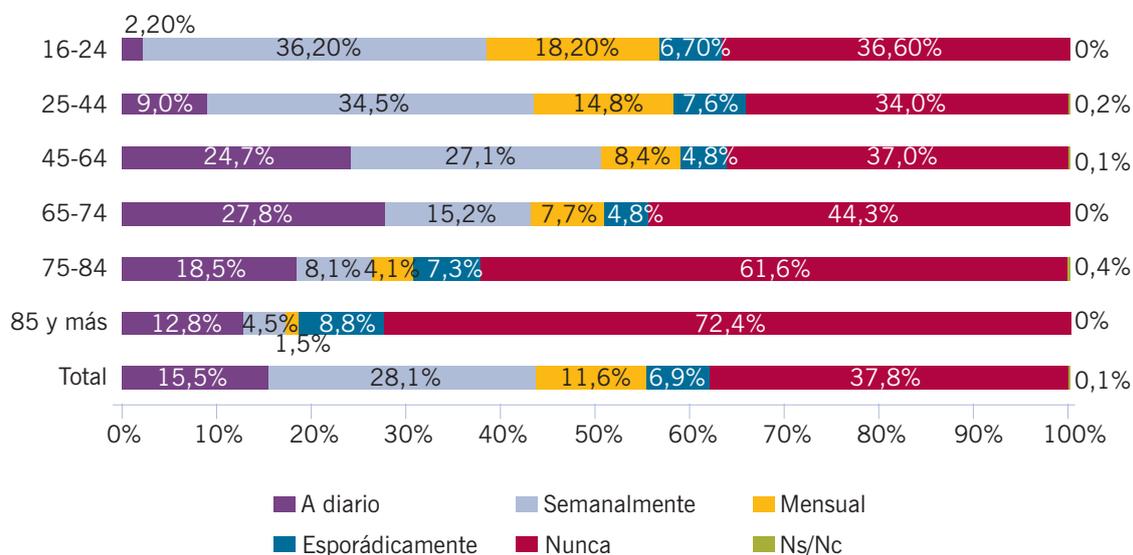
Fuente: Encuestas de Salud de la Comunitat Valenciana 2005 y 2010 (en prensa)

En este sentido, también se observa un incremento significativo entre las personas que manifiestan realizar una actividad física de forma más intensiva entre 2005 y 2010, de forma que el 21,0% indica realizar ejercicio físico varias veces por semana, frente al 9% observado en 2005.

### Consumo de alcohol

La población que más alcohol consume es la comprendida entre los 25 y 44 años. Entre los más jóvenes (de 16 a 24 años) no resulta desdeñable el hecho de que algo más de 1 de cada 3 jóvenes consuma alcohol al menos de forma semanal. El 27,8% de las personas de 65 a 74 años manifiestan que consumen alcohol diariamente.

#### ~ Consumo de alcohol en la Comunitat Valenciana



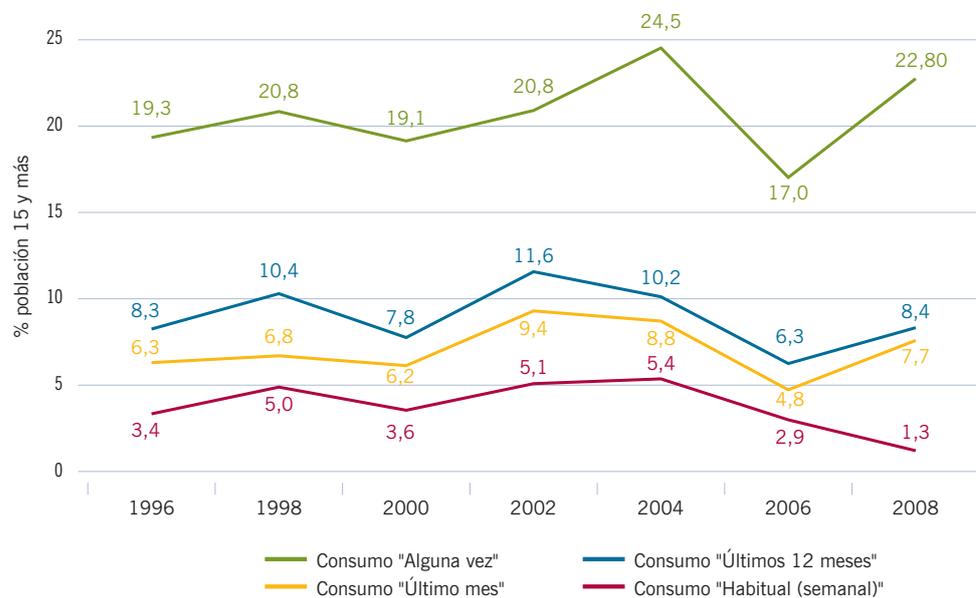
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa)

### Consumo de otras drogas

Según datos extraídos del Sistema Autonómico Valenciano de Información en Adicciones (SAVIA) a partir de las encuestas domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAE/EDIS 1996-2008), el cannabis y sus derivados siguen siendo las sustancias ilegales más consumidas, con prevalencias de consumo que, en determinados segmentos de población, se aproxima bastante a la de otras sustancias legales (alcohol y tabaco).

El 22,8% de la población de la Comunitat Valenciana de 15 a 65 años ha probado el cannabis en alguna ocasión.

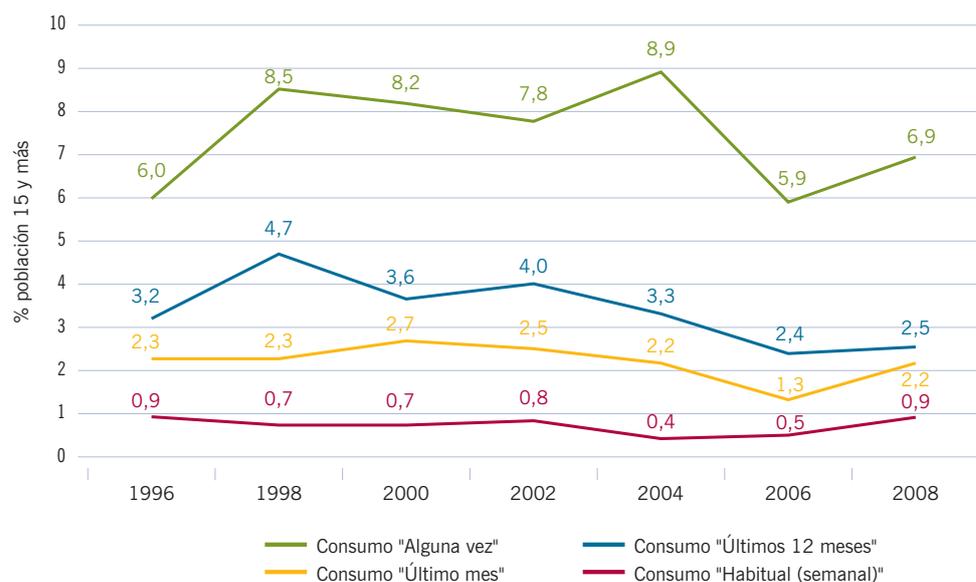
### Consumo de cannabis y derivados en la Comunitat Valenciana



Fuente: SAVIA. Encuestas Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008)

La cocaína es, por detrás del cannabis, la sustancia psicoactiva ilegal cuyos consumos están más extendidos, especialmente en los usos esporádicos o experimentales.

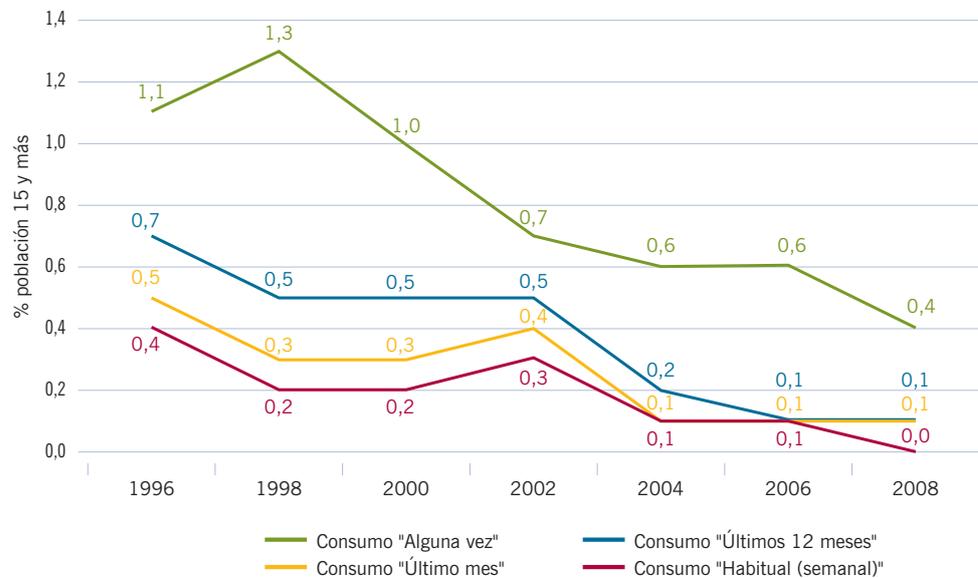
### Consumo de cocaína en la Comunitat Valenciana



Fuente: SAVIA. Encuestas Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008)

El consumo de heroína sigue una tendencia claramente descendente y en prevalencias muy reducidas en cualquier tipo de consumo.

~ **Consumo de heroína en la Comunitat Valenciana**



Fuente: SAVIA. Encuestas Domiciliarias de la Generalitat Valenciana (FAD/EDIS 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008)

# **SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VALENCIANO: RECURSOS**







## SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VALENCIANO: RECURSOS

### 1 ORGANIZACIÓN

#### Asistencia sanitaria

Para llevar a cabo una adecuada gestión y administración del Sistema Valenciano de Salud y de la prestación sanitaria de la Comunitat Valenciana, se crea la Agència Valenciana de Salut. La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, define a la Agència Valenciana de Salut como el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, con la finalidad de coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud.

La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria puede llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualquier entidad admitida en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

El modelo de gestión sanitaria valenciana se basa en la descentralización (24 departamentos de salud con un alto grado de autonomía), y comprende cuatro principios básicos: la **financiación capítativa** en todos los departamentos de salud, la **gestión integral** de la atención sanitaria, la **facturación de la asistencia sanitaria entre departamentos** y la **dirección por objetivos**.

~ *Departamentos de Salud en la Comunitat Valenciana*



Los modelos alternativos de gestión, basados en potenciar la colaboración público-privada para la gestión sanitaria, constituyen uno de los ejes estratégicos orientados a la sostenibilidad del sistema sanitario en la Comunitat. El modelo de concesión administrativa, iniciado con el "modelo Alzira", en el departamento de salud de la Ribera, se ha extendido y actualmente son cinco los departamentos de salud gestionados mediante concesión. La Administración ejerce el control y el riesgo financiero se transfiere a las empresas que tienen la concesión administrativa de la prestación sanitaria. Este modelo ha permitido mantener un nivel de prestaciones sanitarias de los más amplios y de gran calidad para los valencianos, pese a las dificultades presupuestarias de los últimos años.

En las tablas siguientes se recoge la red hospitalaria de la Comunitat Valenciana en los diferentes departamentos de salud y las respectivas fórmulas de gestión:

Departamento de salud	Centro	Fórmula de gestión
Vinaròs	H. Comarcal de Vinaròs	Pública
Castellón	H. General de Castelló	Pública
	Consortio Hospitalario Provincial de Castellón	Consortio
La Plana	H. de La Plana	Pública
	Hospital Complementario Alto Palancia de Segorbe	Pública
Sagunto	H. de Sagunto	Pública
Valencia - Clínico - Malvarrosa	H. La Malva-Rosa	Pública
	H. Clínico Universitario	Pública
Valencia - Arnau de Vilanova - Lliria	H. Arnau de Vilanova	Pública
Valencia - La Fe	H. Universitario y Politécnico La Fe	Pública
Requena	H. de Requena	Pública
Valencia - Hospital General	Consortio H. General Universitario de Valencia	Consortio
Valencia - Doctor Peset	H. Universitario Dr. Peset	Pública
La Ribera	H. Universitario de La Ribera	Concesión administrativa
Gandia	H. Francesc de Borja de Gandía	Pública
Dénia	H. de Dénia	Concesión administrativa
Xàtiva - Ontinyent	H. Lluís Alcanyís de Xàtiva	Pública
	H. General de Ontinyent	Pública
Alcoy	H. Virgen de Los Lirios	Pública
Marina Baixa	H. de La Marina Baixa	Pública
Alicante - Sant Joan d'Alacant	H. Universitario San Juan de Alicante	Pública
Elda	H. General de Elda-Virgen de la Salud	Pública
Alicante - Hospital General	H. General Universitario de Alicante	Pública
Elche - Hospital General	H. General de Elche	Pública
Orihuela	H. de la Agència Valenciana de Salut Vega Baja	Pública
Torreveija	H. de Torreveija	Concesión administrativa
Manises	H. de Manises	Concesión administrativa
Elche - Crevillent	H. del Vinalopó	Concesión administrativa

~ *Hospitales de Crónicos y Larga Estancia (HACLE)*

Área de cobertura	Centro	Gestión
Alicante	H. San Vicente	Pública
	H. La Pedrera	Pública
Castellón	H. La Magdalena	Pública
Valencia	H. Doctor Moliner	Pública
	H. Pare Jofré	Pública
	Antiguo Hospital Militar	Concesión administrativa

### Salud Pública

Por otra parte, la Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, regula las actuaciones en materia de Salud Pública que se desarrollan en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y administraciones públicas en sus respectivos ámbitos competenciales. El artículo 12 de la citada Ley recoge la creación de la Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública como organismo autónomo de carácter administrativo de la Generalitat, adscrito a la Conselleria de Sanidad, para el desarrollo y ejecución de las competencias de la Generalitat en materia de Salud Pública. El artículo 30 recoge la creación de la Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria y el artículo 50, la creación del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), encargado de la ejecución de la política de la Conselleria de Sanidad con relación a la investigación en Salud Pública.

## 2 RECURSOS HUMANOS

El Sistema Sanitario Público Valenciano dispone en la actualidad de una plantilla de **60.842 profesionales**, distribuidos del modo siguiente:

~ **Plantilla de personal gestionado por la Conselleria de Sanitat y Organismos Autónomos correspondiente a Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada**

Salud Pública					
Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	Total
806	162	86	151	27	<b>1.232</b>

Atención Primaria	
Personal Directivo	37
Personal Facultativo	4.798
Personal Sanitario No Facultativo	4.779
Resto de Personal	2.924
Personal en Formación	451
<b>Total</b>	<b>12.989</b>

Atención Especializada	
Personal Directivo	165
Personal Facultativo	7.002
Personal Sanitario No Facultativo	19.061
Resto de Personal	8.535
Personal en Formación	1.772
<b>Total</b>	<b>36.535</b>

Fuente : Registro de puestos y gestión de personal, CIRO (15/4/2011)

~ **Plantilla de personal adscrito a los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales de la Conselleria de Sanitat, gestionado por la Conselleria de Sanitat y Organismos Autónomos y por la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas**

Órgano de gestión	Servicios Centrales	Direcciones Territoriales	TOTAL
Conselleria de Sanitat	50	164	
Agència Valenciana de Salut	74	7	
Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas	596	531	
<b>TOTAL</b>	<b>720</b>	<b>702</b>	<b>1.422</b>

Fuente: Registros de puestos y personal (primer trimestre 2011)

~ **Personal dependiente de las Concesiones Administrativas y de los Consorcios (At. Primaria y Especializada)**

Personal Directivo	95
Personal Facultativo	2.085
Personal Sanitario No Facultativo	4.659
Resto de Personal	1.637
Personal en Formación	188
<b>Total</b>	<b>8.664</b>

Fuente: Concesiones Administrativas y Consorcios (primer trimestre de 2011)

### 3 ESTRUCTURA

#### Asistencia Sanitaria

El Decreto 74/2007, de 18 de mayo, regula la estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

A modo de esquema los recursos asistenciales quedan organizados del modo siguiente:

Recursos asistenciales de la Agència Valenciana de Salut	
<b>Departamentales</b>	Centros de Salud y Consultorios
	Unidades de Apoyo
	Centros Sanitarios Integrados (CSI)
	Centros de Especialidades
	Hospitales
<b>Suprdepartamentales</b>	Hospital Crónicos y Larga Estancia (HACLES)
	Servicios de Emergencias Sanitarias
	Centro de Transfusión

El detalle de los mismos, además del ya especificado para la red hospitalaria, se recoge a continuación:

#### ~ *Recursos Asistenciales Públicos actuales de la Conselleria Sanitat en la Comunitat Valenciana*

Recursos asistenciales de la Conselleria de Sanidad	
Centros de Salud	245
Consultorios	620
Unidades de Apoyo	388
Centros Sanitarios Integrados	34
Centros de Especialidades	25
Hospitales	34
Centro de Transfusión	3
Servicios de Emergencias Sanitarias	3

Cabe destacar que en la Comunitat Valenciana existen 80 Servicios de Atención e Información al Paciente, 3 Centros de Información y Coordinación de Urgencias, y como alternativas a la hospitalización convencional se dispone de 24 Unidades de Hospitalización a Domicilio, así como de 24 Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, y 24 Hospitales de día, que producen una importante disminución de las estancias hospitalarias.

#### Salud Pública

La Salud Pública se estructura en Servicios Centrales y Centros de Salud Pública.

La estructura central de la Salud Pública en la Comunitat Valenciana está integrada por tres áreas diferenciadas: el área de Epidemiología, el área de Seguridad Alimentaria, y el Área de Coordinación de Centros y Actuación en Salud Pública. El Centro Superior de Investigación en Salud Pública, centra todas las iniciativas de investigación desde la perspectiva de Salud Pública.

La estructura periférica la componen 16 Centros de Salud Pública, repartidos a lo largo de la geografía de la Comunitat Valenciana de la siguiente manera:

Provincia	Nº de Centros de Salud Pública
Castellón	2
Valencia	7
Alicante	7

Además se dispone de:

- 25 Unidades del Plan de Prevención del Cáncer de Mama (incluidas en las Unidades de Apoyo anteriormente citadas).
- 3 Centros de Información y Prevención del SIDA y .
- 3 Laboratorios de Salud Pública.

### **Investigación y Docencia**

La investigación en materia sanitaria y biomédica se desarrolla fundamentalmente desde el conjunto de centros que componen la red asistencial, mayoritariamente en los hospitales. También se desarrolla una importante actividad investigadora desde las estructuras de Atención Primaria, desde los grupos de investigación de servicios centrales y departamentos de la Conselleria de Sanitat y desde los centros de investigación vinculados a ésta. El 89% de la población investigadora se concentra en los centros asistenciales.

La Conselleria de Sanitat ha impulsado la creación de Fundaciones como estructuras de gestión para la promoción y desarrollo de la investigación científico-técnica en el seno de los departamentos de salud de la red pública valenciana con mayor actividad investigadora, que junto con la Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio), vienen a completar el mapa de estructuras de apoyo a la gestión de la investigación en todos los centros sanitarios.

Además, hay que añadir la investigación sanitaria y biomédica realizada desde los Centros de Investigación impulsados por la Generalitat, entre los que hay que destacar los siguientes:

- Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF).
- Centro Superior de Investigación, Docencia y Asistencia en Patología Oftalmológica (FOM).
- Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

En materia de formación, la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) ha ido evolucionando desde su creación en 1987, con un enfoque formativo cada vez más amplio y actualmente lleva a cabo la formación continuada de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en la red sanitaria. Además entre sus funciones destacan las siguientes: organización de prácticas en los centros sanitarios públicos de alumnos de universidades públicas y privadas; apoyo a la investigación desde un punto de vista formativo; coordinación del grupo de formación e investigación en salud y género; servicio de publicaciones, biblioteca, documentación etc., constituyendo el punto de referencia en la organización de conferencias, congresos y foros de debate sobre temas relevantes en el ámbito sanitario en la Comunitat Valenciana.

## 4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El Decreto 126/1999, de 16 de agosto, del Consell, creó el Sistema de Información Poblacional (SIP), como registro administrativo de relación de los ciudadanos con los servicios de salud, siendo de aplicación a todos los ciudadanos que tengan o adquieran vecindad administrativa en cualquier municipio de la Comunitat Valenciana, habilitándose la tarjeta sanitaria como documento acreditativo del derecho a la protección de la salud.

### Asistencia Sanitaria

La Comunitat Valenciana ha experimentado en los últimos años un importante crecimiento de la demanda asistencial, lo que le ha obligado a optimizar la utilización de los recursos asistenciales. Partiendo de la base de que la información es esencial para la toma de decisiones adecuadas, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) constituyen una herramienta fundamental para el funcionamiento del Sistema Sanitario, ya que mejoran la equidad, la calidad de la asistencia, la seguridad, la productividad y la eficiencia.

Los proyectos actuales de los Sistemas de Información se recogen en el gráfico siguiente:



*Fuente: Conselleria de Sanitat. Plan de Sistemas de Información 2009-2011*

Donde se observa tres bloques de sistemas de información para dar cobertura a los ámbitos asistenciales, logísticos y de inteligencia de negocio (BI); así como el conjunto de actividades que permiten la gestión de cada proyecto: desarrollo de aplicaciones, canales de acceso a los sistemas, infraestructuras TIC, soporte a la actividad, calidad y gestión de la continuidad de los servicios, y por último aquellas orientadas a la coordinación de la investigación e innovación como elemento de evolución de la asistencia sanitaria.

- HSE: Historia de Salud Electrónica. Comprende la historia clínica completa y estructurada de cada paciente.
- Abucasis: Sistema de Gestión Clínica del paciente ambulatorio (SIA, GAIA, etc.).

- Orion Clinic: Sistema para la Gestión Clínica del paciente hospitalario.
- Receta Electrónica: Sistema de Dispensación Electrónica en las Oficinas de Farmacia mediante la recuperación por el sistema informático de la oficina de farmacia, de los registros electrónicos con la medicación pendiente de dispensar al paciente.
- Cordex: Sistema de Información para la coordinación de Urgencias y emergencias extra-hospitalarias.
- Orion Logis: Sistema para la Gestión Económica y Logística integral.
- Orion Perso: Sistema de Gestión Integral de Recursos Humanos.
- Sistema de Gestión Económico Asistencial: Sistema de facturación intercentros y de compensación.
- CCBI: Centro de Competencias en Business Intelligence.
- SIDO: Sistema de Dirección por Objetivos.
- SIE: Sistema de Información Económica.
- HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, etc.

La Sanitat24 facilita a los ciudadanos el acceso a los servicios sanitarios:

- Cita previa en Atención Primaria (Internet, SMS móvil, Portal vocal, Punt Salut).
- Consulta de la historia clínica (Internet y teléfono móvil).
- Información (teléfono móvil).

Cabe resaltar tres elementos de los sistemas de información sanitarios (SIS) que han facilitado la participación de la Comunitat en proyectos interregionales e internacionales:

- Código SIP como identificación unívoca de cada persona.
- Único sistema de registro asistencial con más de 5 millones de referencias.
- Identificación de los usuarios de las aplicaciones a través de un certificado digital.

Las características como equidad, calidad de la asistencia, seguridad, productividad y eficiencia se favorecen mediante el enfoque de los sistemas hacia los aspectos: unicidad, accesibilidad, y fiabilidad de datos. La mejora en estos aspectos se está realizando mediante la integración de sistemas, la migración de aplicaciones aisladas hacia sistemas corporativos, la evolución de sistemas tradicionales hacia arquitecturas de aplicaciones orientadas a servicios (SOA), la implantación de nuevos canales de acceso a la información (con las necesarias garantías de privacidad), y las actividades que permiten la continuidad de negocio (como la implantación del Centro de Respaldo o el empleo de infraestructuras redundantes).

## Salud Pública

Cabe destacar entre otros, en las diferentes áreas los siguientes sistemas que se integran y/o coordinan con el resto de sistemas informáticos de la Conselleria:

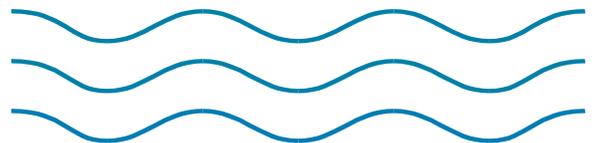
- Epidemiología: AVE, Análisis de la Vigilancia Epidemiológica; RCS, Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana; RedMIVA, Red Microbiológica Valenciana; SIC, Sistema de Información sobre Cáncer; Registro de Mortalidad; Registro de Mortalidad Perinatal; Registro de enfermos renales; Sistema de Información de nuevas infecciones de VIH y casos sida, etc.
- Sanidad ambiental: SICCIIR, Sistema de Información Centralizado y Compartido de Instalaciones de Riesgo de Legionela; ACH, previsto en desarrollo para la gestión de las fuentes de Agua de Consumo Humano, etc.

- Seguridad alimentaria: ISSA, para la gestión de la seguridad alimentaria y LIMS-SP para la gestión interna e integrada de los tres laboratorios de Salud Pública, etc.
- Prevención y Promoción: SIV/RVN, Sistema de Información Vacunal/Registro Nominal de Vacunas; SIGMA, para la gestión del programa de cáncer de mama; MetaB, para la gestión del programa de detección precoz de metabopatías; EPS, Programa de Educación para la Salud en la escuela; Hipoacusias, etc.
- Salud laboral: SISVEL, Sistema de Vigilancia de la Salud Laboral; ROESB, Registros de establecimientos y servicios biocidas; REBA, Registro de incidentes de contacto biológico; Plaguicidas, etc.
- Investigación: Biobancos; EPIFARM, para el impulso de la investigación en el ámbito de la farmacoepidemiología, etc.
- Gestión: GIS, Sistema de Información Georeferencial, para el análisis espacial desde distintos ámbitos; SISGEREN, Sistema de Indicadores Sanitarios Gerenciales, etc.

Páginas web de interés ciudadano: Portal HELPCOME, de colaboración y de ayuda a la cooperación y al desarrollo desde Salud Pública y el portal CUÍDATE, acerca la promoción de la salud y los estilos de vida saludables a la población.



# METODOLOGÍA







## **1 CONVERGENCIA CON EL PLAN ESTRATÉGICO DE LA AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT**

Como ya se ha comentado anteriormente uno de los grandes retos de este nuevo Plan ha sido el de hacer converger el Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut con este nuevo Plan de Salud, como marco de la estrategia global de la Conselleria de Sanitat.

Por ello, se ha apostado en el III Plan de Salud por una metodología innovadora en su elaboración que combina, la ya utilizada por la Agència Valenciana de Salut, "*Balanced Scorecard*" (BSC), para la configuración del mapa estratégico, el establecimiento de las líneas estratégicas y los objetivos generales del mismo; y la metodología más clásica de planificación por priorización de áreas de actuación, contemplada en la mayor parte de los planes de salud, para la determinación de los objetivos específicos dependientes de los generales. La utilización de una metodología común, BSC, facilitará la integración de ambos Planes.

El Balanced Scorecard (Kaplan y Norton, 1992) es una herramienta para abordar y comunicar la estrategia, alineando la organización con el cumplimiento de sus objetivos estratégicos desde diferentes perspectivas:

- Los resultados finales a conseguir por la organización (beneficios económicos o sociales).
- Los agentes de interés, recogiendo los servicios a proveer para conseguir esos resultados finales.
- Los procesos internos con los que se deben conseguir resultados para dar los servicios previstos.
- El desarrollo futuro, incorporando las actuaciones a introducir para cumplir la estrategia.

Entendemos que esta metodología incorpora dos aportaciones de valor a la metodología habitual de los planes de salud.

En primer lugar, los planes de salud se basan en las prioridades de mejora de la salud y, suelen fijar sus objetivos de mejora por problemas de salud (cardiovascular, cáncer...) o por áreas de intervención (vacunaciones, seguridad alimentaria...). Esta metodología aunque ampliamente utilizada, olvida con frecuencia, la formulación de objetivos que requieren un abordaje transversal desde la organización. La elaboración de un mapa estratégico, con la metodología BSC recoge el conjunto de objetivos generales que son transversales a todos los problemas de salud o áreas de intervención.

En segundo lugar, la metodología del BSC con la incorporación de las cuatro perspectivas, fija la atención en los objetivos de resultados finales, en base a los cuales, se ordena todo el resto del mapa estratégico. Ello evita una cierta tendencia usual a centrar la mayoría de objetivos en los procesos internos y en el desarrollo futuro (recursos).

En conjunto, la combinación de la metodología tradicional de los planes de salud y el BSC constituye una excelente aportación al Plan. El engranaje de estas dos metodologías ha sido clave en el diseño del mapa estratégico del Plan de Salud y ha conformado su estructura final, con la ubicación de los objetivos específicos (diseñados por los grupos de trabajo de las áreas de actuación priorizadas) en el mapa estratégico, en función del objetivo general al que más contribuyen (objetivo general predominante). Alguno de los objetivos generales del mapa, por sus especiales características, ha sido completado con objetivos específicos (transversales), abordados concretamente por determinados órganos centrales de la Conselleria de Sanitat.

Aunque la meta última del Plan de Salud es la ganancia de salud de la población, no hay que olvidar que la satisfacción de los usuarios del sistema y la sostenibilidad del mismo, son también resultados finales a considerar.

## 2 FASES DE LA ELABORACIÓN DEL III PLAN DE SALUD

1. **Establecimiento de las bases del Plan de Salud 2010-2013 por la Comisión Técnico Directiva del II Plan de Salud.** Determinación de las 6 apuestas o valores fundamentales del III Plan y de los agentes de interés para el III Plan de Salud a considerar para la configuración del mapa estratégico:
  - Apuestas o valores fundamentales:
    - Participación, información, comunicación.*
    - Garantía de sostenibilidad.*
    - Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.*
    - Atención a la cronicidad.*
    - Aplicación de las nuevas tecnologías en la salud.*
    - Equidad en salud.*
  - Agentes de interés:
    - Pacientes.*
    - Ciudadanos.*
    - Sociedad y medios de comunicación.*
    - Financiadores.*
2. **Realización de 12 foros de comunicación y participación ciudadana** para recabar las necesidades expresadas por nuestra sociedad en base a las apuestas estratégicas establecidas.
3. **Evaluación del cumplimiento de objetivos del II Plan de Salud 2005-2009.**
4. **Constitución de la Comisión Técnico Directiva del III Plan de Salud y del Comité de Dirección.**
5. **Elaboración por la Oficina del Plan de Salud del «Estudio para el Análisis de la Situación de la Salud de los Valencianos».** Este documento abarcaba la información que a continuación se relaciona, para facilitar la toma de decisiones por parte de la Comisión Técnico Directiva:
  - Marco general de referencia en Planificación Normativa y Política Sanitaria.
  - Estrategias y Planes del Sistema Nacional de Salud y de la Conselleria de Sanitat.
  - Estudio comparativo de las áreas de intervención de los planes de salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas.
  - Análisis demográfico de la Comunitat Valenciana.
  - Situación socioeconómica de la Comunitat Valenciana.
  - Nivel de salud de la población de la Comunitat Valenciana: análisis de los principales indicadores y de la salud percibida y estilos de vida de los valencianos según la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010 (en prensa).
  - Resultados de los 12 Foros de participación y comunicación ciudadana realizados.
  - Resultados de la evaluación del II Plan de Salud 2005-2009.
6. **Fijación de las 22 grandes líneas estratégicas (letras A-V) del Mapa Estratégico** mediante la realización del análisis DAFO-CAME por la Comisión Técnico Directiva.
7. **Fijación de los 35 Objetivos Generales** de las diferentes líneas estratégicas del mapa, por la Comisión Técnico Directiva, mediante la técnica de generación de ideas Metaplan.
8. **Elaboración del primer borrador del Mapa Estratégico.**

- 9. Priorización de las 25 Áreas de Actuación sobre las que determinar objetivos específicos**, mediante el análisis del diagrama de impacto/factibilidad, de entre las múltiples áreas identificadas tras el estudio del Análisis de la Situación por la Comisión Técnico Directiva. Las áreas priorizadas han sido:
- Hábitos y estilos de vida:
    - ~ Tabaco.
    - ~ Alcohol y otras drogas.
    - ~ Alimentación, nutrición y actividad física.
    - ~ Salud sexual y reproductiva.
    - ~ Salud mental.
  - Protección de la Salud / Prevención de la enfermedad:
    - ~ Seguridad Alimentaria.
    - ~ Salud Laboral.
    - ~ Vacunación.
  - Enfermedades transmisibles:
    - ~ VIH / SIDA.
    - ~ Tuberculosis.
    - ~ Infecciones nosocomiales.
  - Enfermedades crónicas:
    - ~ Cáncer / Detección precoz de tumores.
    - ~ Enfermedades cardiovasculares.
    - ~ Enfermedades cerebrovasculares.
    - ~ Enfermedades neurodegenerativas/demencias.
    - ~ Trastorno mental grave de curso crónico.
    - ~ Enfermedades respiratorias (EPOC).
    - ~ Enfermedades musculoesqueléticas.
  - Enfermedades / Factores de riesgo:
    - ~ Hipertensión arterial.
    - ~ Diabetes.
    - ~ Obesidad.
    - ~ Dislipemias.
  - Grupos de especial vulnerabilidad:
    - ~ Cuidados paliativos.
    - ~ Envejecimiento / Dependencia.
    - ~ Salud materno infantil y adolescencia.
- 10. Identificación, por la Comisión Técnico Directiva, de los órganos responsables de las áreas de actuación.**
- 11. Identificación, por los órganos responsables, de los coordinadores de las áreas de actuación.**
- 12. Toma de contacto con otras Consellerías, en relación con la salud, para garantizar el carácter intersectorial del Plan y establecer las bases de participación en el Plan.**
- 13. Transmisión a los coordinadores de las áreas de actuación, de la información sobre la situación del Plan y de su participación en el mismo.**
- 14. Creación de los grupos de expertos, por parte de los coordinadores y órganos responsables.**
- 15. Establecimiento de los objetivos específicos, indicadores, sistemas de información y líneas de actuación de las diferentes áreas de actuación por los grupos de expertos, dirigidos por los coordinadores.**
- 16. Definición de los objetivos específicos, indicadores, sistemas de información y líneas de actuación de carácter transversal, por coordinadores de órganos centrales de la Consellería.**

17. **Diseño e integración, en su caso, de los indicadores del Plan de Salud en los Sistemas de Información.**
18. **Ubicación de los objetivos específicos en el Mapa estratégico, vinculados al objetivo general predominante, para el diseño del segundo borrador del Mapa Estratégico. Aprobación por la Comisión Técnico Directiva y por el Comité de Dirección y presentación del documento al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.**
19. **Presentación del Documento Resumen para debate Público, el 30 de noviembre de 2010.**

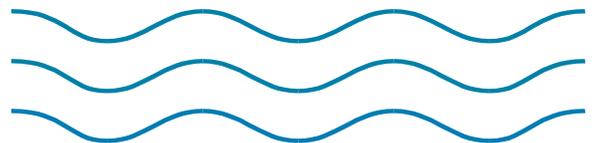
Para garantizar la transparencia, la comunicación y la participación ciudadana, se elaboró y presentó un documento resumen del III Plan, que estuvo disponible en formato electrónico, en el portal de la web de la Conselleria de Sanitat ([www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)), para la presentación de las alegaciones hasta el 3 de enero de 2011, por parte de los ciudadanos, colectivos, instituciones, sociedades etc., a través del buzón de sugerencias.
20. **Comunicación a las Consellerias y demás Instituciones, con las que se han definido líneas de actuación conjunta, para su aprobación y establecimiento de canales de intercomunicación.**
21. **Redacción del tercer borrador del Plan de Salud, una vez valoradas las sugerencias recogidas en los puntos anteriores, para su aprobación por la Comisión Técnico Directiva, Comité de Dirección del III Plan de Salud y posterior traslado al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.**
22. **Definición del documento definitivo con el mapa estratégico, del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana con:**
  - 22 líneas estratégicas**
  - 35 objetivos generales**
  - 163 objetivos específicos**
  - 361 líneas de actuación**
  - 232 indicadores**
23. **Aprobación mediante Acuerdo del Consell de la Generalitat, a propuesta del Conseller de Sanitat, del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013 y remisión posterior a Les Corts Valencianes para su conocimiento.**

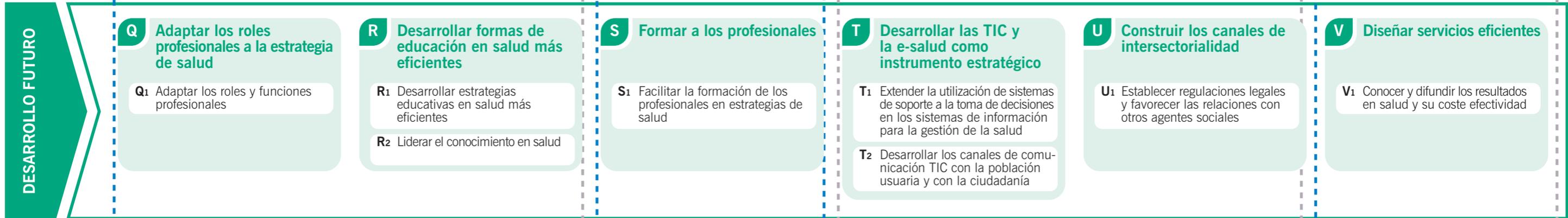
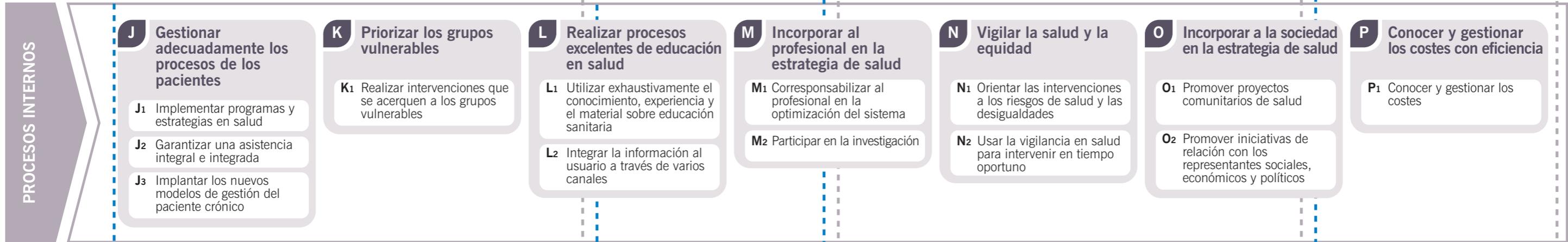
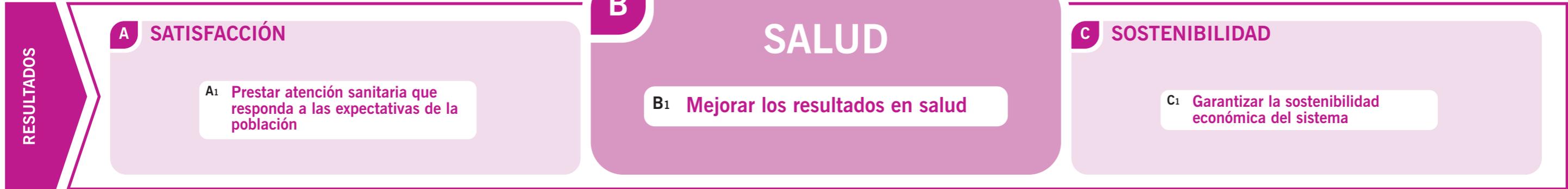
Los objetivos del mapa estratégico son, los que en conjunto, tendrán un mayor impacto en la salud de los ciudadanos, y por tanto, serán objeto de un esfuerzo adicional de vigilancia y seguimiento por el Plan de Salud.

La configuración del mapa estratégico no significa en absoluto que otros problemas de salud e intervenciones no sigan recibiendo la atención debida por parte de la Administración. Todos los problemas de salud de nuestros ciudadanos deben ser abordados por la Conselleria de Sanitat con el máximo posible de empeño y eficacia.



# **MAPA ESTRATÉGICO DEL PLAN DE SALUD 2010-2013**





## RESULTADOS

### A SATISFACCIÓN

#### A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población

### A Satisfacción

#### A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población

Siendo el fin último que persigue el Plan de Salud, la mejora del nivel de salud de la población, la satisfacción que el usuario percibe del sistema sanitario o la confianza que tiene en el mismo, son elementos que deben tenerse presentes en todo momento.

La atención sanitaria debe responder a las expectativas de la población, tanto en la vertiente asistencial como de protección, promoción, educación para la salud, y prevención de la enfermedad.

Ello implica consolidar la confianza y la sensación de seguridad en que el sistema va a responder a las necesidades de mejora de la salud y de asistencia en los casos de necesidad, así como la confianza en que las recomendaciones educativas emanadas desde los servicios sanitarios se basan en criterios sólidamente fundados y se realizan para el beneficio del ciudadano.

Conocer la opinión que los ciudadanos tienen del sistema sanitario es fundamental, ya que es una medida de resultado de la atención sanitaria.

#### Objetivo específico:

**OE.1:** Mejorar la satisfacción percibida por los pacientes en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios.

*LA Incluir en la medida de la satisfacción la del cumplimiento de los objetivos marcados para la mejora.*

## RESULTADOS



### **B** SALUD

#### **B1 Mejorar los resultados en salud**

Mejorar la salud de los ciudadanos es la razón última de la existencia de un sistema de salud y, por tanto, el elemento nuclear de los resultados finales del Plan de Salud.

El Plan de Salud pretende proporcionar a cada persona la oportunidad de gozar de una buena salud durante el mayor tiempo posible de su vida, y que este estado de salud se acerque lo más posible, al concepto promovido por la OMS: *estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad*.

Bien es sabido, que la mejora de la salud es consecuencia de muchos factores como la propia biología humana, el entorno ambiental en el que vivimos, los determinantes sociales y los hábitos y estilos de vida que tenemos. Sin lugar a dudas, los servicios de salud contribuyen a esta mejora.

El objetivo de la Conselleria de Sanitat es obtener, para los ciudadanos, los mejores resultados en salud posibles mediante la intervención de los agentes implicados.

Este objetivo se conseguirá garantizando que el Sistema Valenciano de Salud realiza las mejores prácticas en la promoción de la salud y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los principales proble-

mas de salud, definidos como áreas prioritarias por el Plan de Salud de la Conselleria de Sanitat.

Este apartado carece de objetivos específicos asignados, puesto que la consecución de todos los objetivos del Mapa Estratégico revierten en términos de ganancia en salud.

## RESULTADOS

### C SOSTENIBILIDAD

#### C1 Garantizar la sostenibilidad económica del sistema

### C SOSTENIBILIDAD

#### C1 Garantizar la sostenibilidad económica del Sistema

Nuestro sistema de salud busca conseguir los mejores resultados en términos de satisfacción y de mejora de la salud, con el mantenimiento de unos costes sostenibles.

La sostenibilidad del sistema sanitario depende del compromiso de los profesionales, los gestores y los ciudadanos. Todos deben hacer un uso racional de los recursos. Debemos asegurar la viabilidad de un sistema sanitario centrado en el paciente, seguro, oportuno, efectivo, eficiente y equitativo.

De todos es conocido el envejecimiento progresivo de la población y el mayor consumo de recursos que esto conlleva. Por tanto, es necesario compensar estos incrementos de costes. Para ello, el Plan de Salud fomentará las intervenciones más eficientes, que tienen una demostrada capacidad para la mejora de la salud de la población.

Al mismo tiempo, debe asegurar que los recursos puestos a disposición del sistema se utilizan con los mejores niveles de eficiencia.

Este esfuerzo debe producir la riqueza de una población más sana para toda la sociedad valenciana, lo que constituye el mejor retorno de la inversión en salud.

Nuestra propuesta de valor para los financiadores es, por tanto, conseguir los mejores resultados en salud por medios más eficientes y asegurar el mejor aprovechamiento de los recursos puestos a nuestra disposición.

#### Objetivo específico:

**OE.2:** Mantener incrementos de costes sostenibles.  
*LA Monitorizar los componentes principales del gasto sanitario.*

## AGENTES DE INTERÉS

### **D** Responsabilizarse cada paciente de su salud

**D1** Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos

**D2** Participar activamente en las decisiones sobre su salud

### **D** Responsabilizarse cada paciente de su salud

El Plan de Salud busca conseguir un paciente proactivo, que se preocupa de la mejora de su salud, confía en el sistema, cumple el tratamiento y utiliza los servicios de forma eficiente en su beneficio.

Hasta hace no mucho tiempo, era el médico el elemento fundamental en la relación con el paciente. Pero el papel del profesional en la alianza terapéutica está en plena transformación: no solo tiene que guiarse por el principio de curar sino que además, debe tener en cuenta el principio de autonomía del paciente (información y consentimiento).

Los medios de comunicación social han contribuido a que el paciente esté cada vez más informado, sea más exigente y tenga elevadas expectativas de lo que espera recibir del sistema.

Esta situación de "empoderamiento" (empowerment) del paciente contribuirá notablemente a la percepción de la calidad de los servicios y, por tanto, a la satisfacción del usuario.

Esto implica adoptar esquemas innovadores de atención que descansen sobre la base de la información. Aunque éste es un enfoque general, se refiere muy especialmente a los nuevos modelos de abordaje de la cronicidad.

### **D1** Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos

Para que la prescripción médica sea efectiva y la relación beneficio-riesgo favorable, el paciente debe tomar conciencia del uso de medicamentos, siendo responsable de seguir las indicaciones pautadas.

Una de las principales causas de no alcanzar los objetivos esperados, en los tratamientos prescritos, es la falta de cumplimiento definido como: "grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos y estilos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario".

Por otra parte, muchos de los pacientes con enfermedades crónicas padecen varios procesos patológicos simultáneos, lo que hace que tengan que tomar varios medicamentos (pacientes polimedicados), dificultando el cumplimiento.

La apuesta por la atención a la cronicidad incluye nuevas formas de realizar el seguimiento, que redundan en una formación más amplia del paciente para conseguir un cumplimiento mayor de los tratamientos y de las recomendaciones.

El objetivo implica analizar la información disponible sobre cumplimiento de los tratamientos, para investigar la posible existencia de colectivos de pacientes que presenten ratios de cumplimiento menores de lo esperado, y revisar su proceso para mejorarlo. En algunos casos, la falta de adherencia al tratamiento redundará, no solo en perjuicio del propio paciente, sino también en la salud de la comunidad.

### Objetivos específicos:

- OE.3:** Alcanzar un 25% de pacientes hipertensos de 15 o más años de edad en los que se registra en la historia clínica el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los últimos 2 años.
- LA *Impulsar el registro del cumplimiento terapéutico en el sistema Abucasis.*
  - LA *Generar alertas en Abucasis relacionadas con el incumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial.*
  - LA *Desarrollar en Atención Primaria programas de formación, dirigidos a los profesionales sanitarios, sobre la importancia del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial.*
- OE.4:** Disminuir la contagiosidad y las recidivas de los pacientes con Tuberculosis que requieren un enfoque específico por su riesgo de abandono del tratamiento, mejorando el acceso al mismo en el tiempo y lugar necesarios.
- LA *Dirigir la vigilancia epidemiológica a los grupos con mayor riesgo de abandono.*
- OE.5:** Facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral y los programas de adherencia al mismo.
- LA *Intensificar las actividades y programas de adherencia al tratamiento antirretroviral.*
  - LA *Promocionar, entre el personal sanitario, la importancia de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional (PPENO) en los casos en los que está indicada.*
- OE.6:** Mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes drogodependientes en los dispositivos de la Agència Valenciana de Salut y de los recursos complementarios de drogodependencias.
- LA *Incrementar el número de contactos con la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) durante los tres primeros meses de tratamiento.*
  - LA *Reducir el tiempo de demora de acceso a la unidad en la primera cita.*
  - LA *Disminuir el número de altas voluntarias de tratamiento en centros complementarios de drogodependencias*
- OE.7:** Revisar los historiales farmacoterapéuticos de un número determinado de pacientes crónicos y polimedicados, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la eficacia y seguridad de los tratamientos.
- LA *Detectar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) de los pacientes REFAR (Revisión Farmacoterapéutica) para realizar las actuaciones pertinentes.*
  - LA *Realizar el seguimiento de los pacientes REFAR para medir el cumplimiento terapéutico a través de una Hoja de Seguimiento en SIA.*

## **D2 Participar activamente en las decisiones sobre su salud**

Este objetivo se inicia con la propia participación del paciente en las decisiones que afectan a su salud, a su estilo de vida y hábitos y con la atención sanitaria que recibe.

En los actuales perfiles de pacientes observamos el crecimiento de un amplio segmento de usuarios cada vez con más cultura sanitaria, más informados sobre sus problemas de salud, proactivos en la mejora de su salud y exigentes. Este perfil requiere consolidar entre los profesionales sanitarios, y en la organización de los servicios, la apuesta por la información al paciente y la consulta de su voluntad sobre la atención que se le va a prestar.

El objetivo implica por tanto fomentar la información y la posibilidad de elección entre las diferentes opciones de atención y de tratamiento.

### **Objetivos específicos:**

- OE.8:** Facilitar la toma de decisiones informadas de la población respecto a la participación en los programas de cribado de cáncer y otras intervenciones sanitarias.
  - LA Elaborar materiales para población y profesionales con criterios para la toma de decisiones.*
- OE.9:** Fomentar la participación activa del paciente mayor dependiente y su familia, de forma que se convierta en el protagonista del proceso asistencial y se garantice un trato digno.

*LA Favorecer la implicación de los profesionales de los departamentos en el respeto a los derechos de los pacientes: intimidad, participación del paciente, información y autonomía.*

*LA Potenciar los estudios dirigidos a valorar la satisfacción de los/as pacientes/cuidadores con las atenciones sanitarias recibidas.*

*LA Fomentar la responsabilidad del paciente/cuidador/a en los cuidados de su propia salud.*

- OE.10:** Proporcionar información y formación para favorecer el desarrollo de actitudes positivas, en las mujeres y en los hombres, hacia la maternidad.
  - LA Promover la presencia del padre, o de la persona que la madre desee como acompañante, durante el proceso del parto.*
  - LA Editar el material divulgativo sobre los cuidados a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y bebé tras el nacimiento, tanto en soporte papel como en las páginas web propias de la Conselleria de Sanitat.*
  - LA Facilitar la accesibilidad de las mujeres embarazadas y sus parejas a los talleres de preparación a la maternidad/paternidad, ofertando estos talleres en todas las zonas básicas de salud en horario de mañana y al menos en un centro sanitario de cada departamento en horario de tarde.*

## AGENTES DE INTERÉS

### **E** Conseguir los mejores niveles de capacitación

- E1** Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud
- E2** Disponer de personal cuidador formado y satisfecho

### **E** Conseguir los mejores niveles de capacitación

La proactividad a la que nos referíamos en la línea estratégica anterior, se consigue mediante una inversión para lograr pacientes altamente informados, conocedores de los riesgos de su enfermedad y de las estrategias para manejar y mantener la salud.

En buena parte de los casos, implica que el sistema se hace cargo también de las personas que los cuidan, evaluando su participación, formándolos y dándoles el apoyo adecuado.

#### **E1** Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud

El desarrollo y la extensión a todo el sistema de nuevas formas de información y educación sanitaria redundará en conseguir que los pacientes:

- Conozcan las implicaciones de los hábitos y estilos de vida sobre el desarrollo de sus enfermedades.
- Identifiquen los riesgos que perjudican su salud.
- Conozcan mejor su enfermedad.
- Manejen mejor y de forma más autónoma la enfermedad.

Lo que se pretende es que el paciente pase de ser un elemento pasivo que espera a que sus problemas de salud se los resuelvan los demás, a un paciente acti-

vo, bien informado que toma decisiones sobre su propia vida.

El paciente capacitado es el que se preocupa de su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad, estableciendo una colaboración real y efectiva con el personal médico, contribuyendo a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

Conseguirlo implica utilizar intensivamente, a lo largo de toda la red, los formatos más eficientes de educación sanitaria disponibles, así como evaluar periódicamente el nivel de capacitación del paciente para su autocuidado.

En un escenario de recursos limitados como el actual, el conocimiento por parte de los pacientes de los riesgos para su salud facilita su autocuidado, adherencia al tratamiento y, por tanto, toma el paciente un papel activo en el cuidado de su salud y en la sostenibilidad del sistema.

En definitiva se trata de hacer una sanidad centrada en el paciente con el paciente.

#### **Objetivos específicos:**

**OE.11:** Fomentar, en población mayor de 50 años, las actividades de promoción de la salud y prevención de la artrosis (auto cuidados, educación, "paciente capacitado") frente a la hiperfrecuentación y el mal uso de los recursos.

*LA* *Elaborar un documento sobre actividades de promoción de la salud y prevención de la*

*artrosis (autocuidados, educación, "paciente capacitado") dirigido a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud.*

*LA Realizar sesiones formativas grupales por parte de las unidades funcionales básicas de promoción de la salud y prevención de la artrosis dirigidas a capacitación de pacientes.*

**OE.12:** Mejorar con la educación diabetológica el autocuidado del paciente con diabetes.

*LA Formar en diabetes y educación terapéutica a los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con diabetes mellitus tipo II para llevar a cabo el programa.*

**OE.13:** Aumentar el conocimiento/sensibilización de los pacientes, sobre los riesgos de infecciones nosocomiales asociadas.

*LA Explicitar los riesgos de infección asociada a la asistencia en los documentos de consentimiento informado.*

*LA Realizar campañas institucionales de educación sanitaria y sensibilización ciudadana para la prevención de infecciones nosocomiales.*

## **E2 Disponer de personal cuidador formado y satisfecho**

Las personas hemos cuidado unas de otras desde siempre, sin embargo es en la actualidad, cuando nos damos cuenta de ello más claramente, ya que la población que precisa de cuidados va aumentando y hace aumentar también la población que debe cuidar de otras personas.

Esta situación ha provocado que el aumento del número de cuidadores/as, ya sean familiares, voluntarios/as, o aquellos que cuidan de manera secundaria, como apoyo al cuidador/a principal, nos ha llegado de manera inesperada. Por eso, es ahora después de un tiempo, cuando vemos las repercusiones que tiene para el personal cuidador esta situación de prestar cuidado a otros.

Por tanto, la atención sanitaria, en muchas ocasiones, no se dirige sólo a los pacientes sino también a su entorno familiar y a la red social cuidadora. Esta situación es especialmente evidente, en los casos de combinación de enfermedad con dependencia.

Se propone, desde el III Plan de Salud, la realización de programas específicos destinados a "cuidar al cuidador/a". Supone intervenir, desde el inicio de los procesos de la enfermedad, en la identificación del cuidador/a, y en la valoración de su esfuerzo y formación, evaluando y apoyando su labor, en especial en los casos de alta dedicación con riesgo de sobrecarga.

### Objetivos específicos:

- OE.14:** Identificar al cuidador/a principal de personas mayores dependientes, ofrecer soporte según la necesidad de asistencia sanitaria.
- LA *Identificar en la historia clínica a la persona cuidadora principal de mayores dependientes.*
  - LA *Realizar acciones formativas dirigidas a personas cuidadoras.*
- OE.15:** Proporcionar al paciente al final de la vida y a su familia/persona cuidadora información clara, veraz, de acuerdo a sus necesidades y deseos.
- LA *Recoger en la historia clínica un apartado específico sobre los deseos de información expresados por el paciente (incluyendo su deseo de no ser informado) así como la información proporcionada y la persona o personas que designa para estar informadas.*
  - LA *Reseñar la información proporcionada al familiar o representante legal, en caso de que el paciente no sea competente para adoptar decisiones sobre sus cuidados.*
  - LA *Incidir sobre las actitudes de los profesionales a través de la formación en comunicación, humanización, bioética...*
- OE.16:** Proporcionar al personal cuidador/familiares de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), un adecuado soporte asistencial en función de sus necesidades.
- LA *Fomentar la implantación de programas de soporte para cuidadores de personas con TMG.*
  - LA *Realizar grupos psicoeducativos basados en la evidencia científica de patologías específicas para familiares.*
- OE.17:** Fomentar la competencia parental en el cuidado de la salud infantil.
- LA *Garantizar el acceso a talleres de crianza (educación para la salud en grupo) para familias de niños/as de 0 a 2 años de edad inclusive, en los Equipos de Atención Primaria.*
  - LA *Fomentar la participación del profesional sanitario de los equipos pediátricos en la educación para la salud en los centros docentes, en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades relevantes.*
  - LA *Promover la implantación de nuevas metodologías en educación para la salud relacionadas con la promoción de los estilos de vida saludable y la prevención de las enfermedades más relevantes en la infancia y adolescencia.*
  - LA *Prestar colaboración para que se produzca un aumento del número de centros docentes de Educación Primaria y de ESO que participan en proyectos de Educación para la Salud en la red de Escuelas para la Salud en Europa (SHE).*

## AGENTES DE INTERÉS

### F Conseguir mejores oportunidades de vida sana

F1 Mejorar los hábitos y estilos de vida

F2 Asegurar las intervenciones preventivas

### F Conseguir mejores oportunidades de vida sana

El III Plan de Salud asume la responsabilidad de procurar que los ciudadanos sanos no enfermen y se mantengan el máximo tiempo posible en situación de buena salud.

Ello implica una inversión, por parte del sistema sanitario, en las intervenciones con mayor eficacia demostrada para generar y mantener hábitos saludables.

Supone igualmente, que el sistema de salud se implique proactivamente en captar al máximo número posible de ciudadanos para la realización de intervenciones preventivas (vacunación, cribado de enfermedades...)

Todo esto requiere poner en marcha un conjunto bastante complejo de estrategias de identificación, comunicación y cambio de conductas.

#### F1 Mejorar los hábitos y estilos de vida

Los hábitos y estilos saludables de vida, sin lugar a dudas, son un elemento esencial de la salud individual y colectiva. De hecho se puede entender que son la base sobre la que se sustenta cualquier planificación en materia de salud.

La promoción de la salud se ha convertido en una de las herramientas más importantes en la mejora de la salud de una población. Su objetivo es mejorar la salud de los individuos ofreciéndoles las herramientas

y condiciones necesarias para que se tomen decisiones informadas y responsables que incluyan el criterio "salud" de forma prevalente.

El III Plan de Salud debe servir a los ciudadanos como instrumento de mejora de sus hábitos y estilos de vida, para conseguir una población más sana a largo plazo. Es muy importante que el propio individuo asuma un papel activo en el cuidado de su salud, evitando los factores de riesgo que pueden conducir a padecer determinadas enfermedades.

La Conselleria de Sanitat debe liderar las intervenciones de promoción y educación en salud, tanto en sus formas directas sobre los usuarios del sistema sanitario, como mediante las iniciativas intersectoriales sobre los medios de comunicación, la educación, la empresa, los líderes políticos y de opinión y otros agentes sociales. Estas intervenciones irán dirigidas a la promoción de los hábitos y estilos de vida saludables como: alimentación, actividad física, salud sexual, etc.

Como resultado se pretende una mejora general de los ciudadanos en sus hábitos y estilos de vida.

#### Objetivos específicos:

**OE.18:** Incrementar en un 5%, la población consumidora de dos o más frutas y/o dos o más verduras al día.

*LA Promover que los menús escolares y todos los centros educativos contengan diariamente oferta de fruta y verdura de temporada.*

LA *Promover la introducción en las cartas de los restaurantes de la Comunitat Valenciana de una oferta diaria de fruta y verdura de temporada.*

LA *Impulsar la cooperación intersectorial para la difusión de los beneficios del consumo de frutas y verduras a través de productores, distribuidores y puntos de venta, medios de comunicación y estructura de salud pública y de atención sanitaria.*

LA *Implementar la colaboración necesaria para desarrollar medidas de acompañamiento para el desarrollo de un plan de consumo de fruta y de verduras en los centros educativos.*

LA *Fomentar el consejo dietético de alimentación saludable desde Atención Primaria.*

**OE.19:** Disminuir a una prevalencia del 15% la población infantojuvenil de, 6 a 15 años, que consume 3 o más productos dulces (bollería, refrescos) a la semana.

LA *Realizar la difusión de los beneficios resultantes derivados de la disminución del consumo de bollería y refrescos azucarados a cualquier edad.*

LA *Promover que la oferta alimentaria presente en los Centros Educativos a través de máquinas expendedoras, cantinas y quioscos sea más saludable.*

LA *Difundir la bondades saludables del agua como elemento hidratador primordial en la dieta de las personas.*

**OE.20:** Disminuir en un 8%, la prevalencia de población que declara no realizar nada de ejercicio físico en su tiempo libre.

LA *Dotar a los profesionales sanitarios de las herramientas necesarias para poder realizar la evaluación de la intensidad de la práctica de actividad física habitual.*

LA *Dotar a los profesionales sanitarios de los materiales de apoyo necesarios para poder recomendar la práctica de actividad física habitual, en todas las personas que contacten con el sistema sanitario.*

LA *Promover la localización y divulgación de circuitos para la práctica de actividad física segura en el entorno de los Centros de Salud.*

LA *Realizar difusión, a través de los medios de comunicación social, de las ventajas derivadas de realizar actividad física de forma regular.*

LA *Promover la disponibilidad de los espacios aptos para la práctica de actividad física de los centros educativos más allá de los horarios escolares.*

LA *Incentivar la práctica de actividad física de forma colectiva y familiar.*

**OE.21:** Promocionar acciones que conduzcan a la disminución del peso del material escolar que la población infantil lleva en las mochilas.

LA *Realizar campañas de información en Centros de Primaria y ESO sobre el peso adecuado del material escolar a llevar en las mochilas.*

LA *Promover en las editoriales la división, de los libros de texto de Primaria y ESO, en 3 ó 4 fascículos.*

LA *Valorar los Centros de Primaria y ESO que no disponen de taquillas para el material escolar y proponerles su instalación.*

**OE.22:** Promover en la población adolescente, en el medio escolar, actitudes y prácticas saludables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.

LA *Desarrollar Programas estructurados y coordinados de Educación en Salud Sexual en ESO y Formación Profesional.*

**OE.23:** Aumentar la percepción de riesgo de los jóvenes de 15 a 24 años, frente al consumo de alcohol y otras drogas, en especial cannabis y psicoestimulantes.

LA *Realizar campañas informativas y de sensibilización a través de los medios de comunicación tradicionales (prensa, radio, televisión) y de los medios de internet (web, redes sociales).*

LA *Formar y trabajar directamente con los profesionales de los medios de comunicación para que hagan un tratamiento informativo no contrapreventivo de la información sobre alcohol y drogas.*

LA *Realizar programas de reducción de riesgos en los escenarios de consumo de la población joven.*

LA *Reforzar los programas de prevención escolar y las actuaciones preventivas en ciclos de enseñanza superior.*

## **F2    Asegurar las intervenciones preventivas**

La otra gran dimensión, con la que el ciudadano puede mejorar su salud, la constituye el seguimiento sistemático de las recomendaciones basadas en la evidencia sobre medidas preventivas.

Estas incluyen actividades como las vacunaciones sistemáticas en el niño y en el adulto, y los programas de cribado de cáncer o factores de riesgo.

En esta actividad, gestionada conjuntamente por los servicios de Salud Pública y de la Agència Valenciana de Salut, se introduce un elemento de proactividad en que los servicios sanitarios no se limitan a atender a sus usuarios, sino que buscan a la población en riesgo para recomendarles acudir a estas intervenciones.

### **Objetivos específicos:**

**OE.24:** Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el RVN frente a : Polio 3<sup>a</sup> dosis (6 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 1<sup>a</sup> dosis (15 meses) > 90%; DTPa 4<sup>a</sup> dosis (18 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 2<sup>a</sup> dosis (5-6 años) > 85% y Tétanos/Difteria adolescentes (Td) 6<sup>a</sup> dosis (14 años) > 85%.

LA *Implementar la recaptación activa a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TIC para las etapas vacunales incluidas.*

LA *Desarrollar un plan de información para padres/tutores y ciudadanos y de formación e información para personal docente y sanitario.*

LA *Desarrollar un protocolo de retroalimentación de la información para sanitarios, padres, ciudadanos y medios de comunicación.*

**OE.25:** Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a: Gripe en  $\geq 65$  años  $> 60\%$ ; Gripe en el grupo de riesgo "trabajadores de centros sociosanitarios"  $> 50\%$ ; Gripe en población  $< 15$  años de los grupos de riesgo  $> 50\%$ .

LA *Implementar la recaptación activa a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TIC.*

LA *Desarrollar un plan de información para ciudadanos y de formación e información para personal sociosanitario.*

LA *Desarrollar un protocolo de retroalimentación de la información para sanitarios, ciudadanos y medios de comunicación.*

LA *Mejorar la codificación, mediante CIE 9, de los niños con patología crónica cardiorespiratoria, con procesos metabólicos crónicos, disfunción renal, hemoglobinopatías o inmunodeprimidos y niños sometidos a tratamientos prolongados con salicilatos.*

**OE.26:** Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a Neumococo en  $\geq 15$  años de las personas con asplenia y/o con VIH  $> 30\%$ .

LA *Implementar la recaptación activa a través del Sistema de Información Vacunal (SIV) utilizando las TIC.*

LA *Elaborar y difundir protocolo de vacunación, según la evidencia científica, frente a neumococo en población adulta para las patologías frente a las que existe clara evidencia científica.*

LA *Mejorar la codificación mediante CIE 9 de los pacientes con asplenia y/o VIH.*

**OE.27:** Incrementar la cobertura vacunal de las niñas de 14 años frente al virus del papiloma humano un 10% en cada cohorte tomando como referencia la cobertura vacunal alcanzada en la cohorte de 1995.

LA *Realización de campañas informativas dirigidas a las niñas, sus padres y los profesionales sanitarios.*

LA *Informar por correo a todas las niñas una vez se incorporen a la cohorte.*

LA *Potenciar la utilización de los sistemas de captación activos incluidos en el Sistema de Información Vacunal de la Conselleria de Sanitat.*

LA *Realizar intervenciones en las redes sociales para favorecer la vacunación.*

LA *Definir estrategias de vacunación adaptadas a la situación específica de cada centro para optimizar la vacunación.*

**OE.28:** Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, en la población adulta a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio (2013).

*LA Sensibilizar a la población acerca de la consideración de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades crónicas ligadas a los "estilos de vida", e implicarla en su prevención y tratamiento*

*LA Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.*

*LA Favorecer la implicación de los agentes sociales (industria alimentaria, medios de comunicación, etc.).*

**OE.29:** Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), en la población infantil.

*LA Sensibilizar a los futuros padres y madres sobre la importancia para la salud de su futuro hijo/a, de los cuidados y la alimentación saludable durante el embarazo y de la lactancia materna.*

*LA Facilitar los entornos adecuados y promover en las familias la adopción de hábitos de alimentación saludable desde el nacimiento, especialmente en lactantes y preescolares, y de la práctica de actividad física adecuada a la edad.*

*LA Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del consejo de salud (en alimentación, actividad física adecuada y limitación del tiempo de ocio seden-*

*tario), integrado en los exámenes de salud infantil y otro contacto.*

**OE.30:** Mejorar la detección precoz y el abordaje preventivo y terapéutico de los niños/as con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).

*LA Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la relevancia de identificar precozmente los factores de riesgo del exceso de peso (investigación y registro rutinario desde el momento de la apertura de la historia clínica).*

*LA Apoyar la labor de los profesionales sanitarios en la detección y abordaje del sobrepeso y la obesidad en Atención Primaria.*

*LA Asegurar la identificación de complicaciones o comorbilidad asociada a la obesidad infantil y la intervención adecuada apoyando la continuidad asistencial entre niveles.*

**OE.31:** Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años de manera que, al finalizar el periodo de vigencia del Plan, no supere el 26,5% (30% en hombres y 23% en mujeres).

*LA Promocionar la intervención breve en todos los niveles asistenciales de la red sanitaria.*

*LA Promover programas de ayuda para el abandono tabáquico en el ámbito laboral, prioritariamente en el sector sanitario y educativo.*

*LA Realizar campañas de sensibilización dirigidas a población general sobre el riesgo del tabaquismo, tanto activo como pasivo, y la alta capacidad adictiva de la nicotina apro-*

*vechando el uso de nuevas tecnologías de la información y las redes sociales.*

**OE.32:** Disminuir las consecuencias del uso problemático del alcohol u otras drogas con especial atención a los accidentes de tráfico.

*LA Implementar intervenciones de prevención selectiva en conductores sancionados por el uso de alcohol u otras drogas.*

*LA Fomentar campañas específicas de sensibilización sobre alcohol y conducción, y sobre alcohol y trabajo.*

*LA Promover estudios de morbilidad y discapacidad generada relacionada con los accidentes de tráfico con implicación de alcohol u otras drogas.*

*LA Intensificar la prevención y detección precoz de problemas de alcohol u otras drogas en el ámbito laboral.*

**OE.33:** Asegurar las medidas de prevención y de detección precoz en las primeras etapas de la vida para disminuir la discapacidad.

*LA Facilitar el acceso a los servicios de Atención Temprana de los recién nacidos prematuros y de otros recién nacidos con riesgo o problemas de desarrollo.*

*LA Facilitar la implantación de los programas de detección precoz de enfermedades congénitas, recomendados de acuerdo a la evidencia científica.*

*LA Fomentar la detección precoz de problemas de salud mental, especialmente de aquellos más relevantes en la infancia y adolescen-*

*cia, incorporándola al programa de supervisión de la salud infantil y coordinándola con los centros docentes.*

**OE.34:** Disminuir la tasa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento (peso menor de 2500 g).

*LA Facilitar el abandono del hábito tabáquico en las mujeres embarazadas fumadoras, proporcionando asesoría por parte de las matronas y otros profesionales sanitarios.*

*LA Difundir entre la población en edad fértil la importancia de la edad en la salud reproductiva.*

**OE.35:** Aumentar la detección precoz del cáncer, extendiendo el programa de detección precoz de cáncer colorrectal y mejorando la equidad en el acceso a los programas de detección precoz y protocolos ya establecidos (mama y cuello de útero).

*LA Extender y mejorar la participación del programa de detección precoz de cáncer colorrectal.*

*LA Mejorar el acceso a los programas de detección precoz de cáncer cuello de útero.*

*LA Mejorar la equidad en el acceso a los programas de detección precoz y protocolos ya establecidos de cáncer de mama, colon y cervix.*

**OE.36:** Alcanzar en los pacientes de 40 ó más años de edad, un registro en la historia clínica de cifras de presión arterial de un 50% en los últimos dos años.

LA *Impulsar el registro de los valores de presión arterial en el sistema Abucasis, tanto en Atención Primaria como en Especializada.*

LA *Potenciar el rol de los profesionales de enfermería en el proceso de registro de las cifras de presión arterial.*

**OE.37:** Aumentar la realización de intervenciones breves desde la Atención Primaria para la detección precoz del consumo problemático de alcohol.

LA *Formar intensivamente en intervención breve y detección precoz, a los profesionales de Atención Primaria (enfermería, medicina familiar y comunitaria).*

LA *Incorporar a la cartera de cursos de formación continua/continuada de la EVES, el curso de intervención breve en alcohol.*

LA *Influir para que la técnica de intervención breve se incorpore como materia obligatoria al currículum de los estudios universitarios en ciencias de la salud.*

**OE.38:** Fomentar la detección precoz de enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide y espondiloartritis).

LA *Incrementar la difusión, en mayor número de departamentos de salud, del documento en el que se recogen los criterios de derivación de pacientes a Reumatología, según estudio SERAP y estudio ESPERANZA ambos de la Sociedad Española de Reumatología.*

LA *Organizar sesiones formativas en Atención Primaria sobre detección precoz de enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide y espondiloartritis).*

**OE.39:** Disminuir la incidencia de tuberculosis mediante el estudio y tratamiento correspondiente, de los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico positivo.

LA *Mejorar la exhaustividad de los Estudios de Contactos de los casos de tuberculosis bacilíferos.*

**OE.40:** Reducir la incidencia de la infección por VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

LA *Intensificar las actividades para aumentar la percepción de riesgo individual en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).*

**OE.41:** Desarrollar estrategias de prevención primaria dirigidas a la prevención, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular.

LA *Abordar los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaco, alimentación, nutrición y actividad física, desde distintos objetivos de este Plan.*

LA *Identificar y registrar adecuadamente en la historia clínica, a las personas con antecedentes documentados de enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria o cual-*

*quier otra enfermedad arterial oclusiva: cerebral o periférica).*

*LA Identificar y registrar adecuadamente en la historia clínica a todas las personas con algún factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y obesidad).*

*LA Calcular y valorar el riesgo cardiovascular a las personas con factor de riesgo sin síntomas de enfermedad, ofrecer en función de su nivel de riesgo las intervenciones preventivas y terapéuticas para controlar los factores de riesgo y reducir su riesgo.*

**OE.42:** Alcanzar el 60% de pacientes hipertensos de edad  $\geq 15$  años, con cifras de presión arterial sistólica  $< 140$  y presión arterial diastólica  $< 90$  mmHg en el último registro de la presión arterial, realizado en los 12 meses previos.

*LA Priorizar el control de la hipertensión arterial en la gestión de procesos asistenciales creando incentivos por objetivos conseguidos en el control de la hipertensión arterial.*

*LA Desarrollar programas estables de formación de alta calidad que permitan a los profesionales médicos y de enfermería, actualizar y mejorar sus conocimientos sobre el manejo de la hipertensión.*

*LA Generar alertas en Abucasis para aquellos campos de la historia clínica del paciente relacionados con el control de la hipertensión arterial.*

*LA Promover, desde los sistemas de gestión de Atención Primaria, acciones concretas encaminadas a una mejor detección de los pacientes, una mayor perseverancia y una acción más sistemática en el control, para evitar la inercia clínica.*

**OE.43:** Mejorar el diagnóstico de dislipemia en población general.

*LA Incrementar la utilización del sistema Abucasis en Atención Primaria y Especializada, con la implementación en la Historia Clínica Electrónica de los diagnósticos de dislipemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.*

*LA Mejorar la accesibilidad a los resultados de las pruebas de laboratorio, con el volcado directo a la Historia Clínica electrónica, de las determinaciones realizadas en el ámbito de Atención Primaria y Especializada/Hospitalaria.*

*LA Crear para la Comunitat Valenciana, un impreso y/o un formato electrónico unificado para solicitud de pruebas de laboratorio que permita que las peticiones puedan ser cursadas entre departamentos, independientemente del origen de la petición.*

**OE.44:** Incrementar la detección precoz de pacientes diabéticos con pie de riesgo en Atención Primaria.

*LA Fomentar la educación podológica del personal sanitario encargado de realizar la valoración clínica de riesgo de lesión.*

## AGENTES DE INTERÉS

### G Construir compromisos por la salud

**G1** Conseguir compromisos de promoción y prevención

**G2** Garantizar una información de calidad a los agentes sociales

**OE.45:** Proporcionar acceso precoz a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca para los pacientes dados de alta hospitalaria por síndrome coronario agudo, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.

*LA Proporcionar a los/as pacientes el tratamiento integral adecuado: dietético, farmacológico, de prevención secundaria y rehabilitación, de ejercicio y de apoyo social.*

*LA Realizar un adecuado tratamiento de antiagregación y anticoagulación en aquellos pacientes que lo requieran.*

*LA Crear, poner en marcha y mantener los programas multifactoriales e interniveles de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, iniciados en la estancia hospitalaria, proporcionando la información pertinente al alta para su continuación.*

**OE.46:** Desarrollar estrategias para la prevención secundaria del ictus.

*LA Preparar a los/as pacientes con ictus y AIT (Accidente Isquémico Transitorio) para que mantengan el control de los factores de riesgo y suministrarles tratamiento médico preventivo.*

*LA Poner en marcha medidas para conocer y aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento al año y a los 5 años.*

### G Construir compromisos por la salud

Lograr ciudadanos sanos es un esfuerzo de toda la sociedad. El objetivo del Plan de Salud es por tanto construir alianzas estratégicas, con todos los agentes y representantes sociales, para facilitarles información de alto valor consolidando compromisos de promoción de la salud y prevención.

Los medios de comunicación de masas constituyen un terreno básico en este objetivo. El esfuerzo del Plan de Salud debe centrarse en transmitir información sistemática de alto valor para ellos y conseguir colaboraciones estables de promoción de hábitos saludables.

#### G1 Construir compromisos de promoción y prevención

Para conseguir gozar de buena salud es necesario establecer compromisos donde se implique activamente a todos los sectores de la sociedad en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esta implicación comienza con el entorno familiar en el que nos encontramos, y continúa en ámbitos cotidianos como la escuela, la empresa etc. Potenciar y establecer compromisos desde los diferentes grupos de la sociedad es un compromiso de este nuevo Plan.

#### Objetivos específicos:

**OE.47:** Fomentar la participación familiar en las tareas de prevención del abuso del alcohol, las drogas y las adicciones comportamentales.

*LA Fomentar las intervenciones preventivas con la familia a través de los dispositivos de salud.*

*LA Desarrollar intervenciones preventivas con la familia desde nuevas metodologías didácticas, con especial incidencia en el uso de tecnologías de la información y comunicación.*

*LA Reforzar la colaboración con las AMPAS de la Comunitat Valenciana.*

**OE.48:** Antes de finalizar el 2012, todos los departamentos de salud contarán con proyectos de promoción de la salud adaptados a las necesidades específicas de los mismos.

*LA Elaborar proyectos de salud en cada departamento de salud.*

*LA Evaluar los proyectos de salud antes de la finalización del Plan.*

## **G2 Garantizar una información de calidad a los agentes sociales**

El compromiso con los agentes sociales debe traducirse en el suministro, por parte de la Conselleria de Sanitat, de una información continua y de calidad sobre la mejora de los hábitos, estilos de vida y las intervenciones preventivas.

La Conselleria de Sanitat debe consolidar, por tanto, en este III Plan su papel de referente en materia de salud, con una actitud proactiva para generalizar la difusión

y utilización de la información entre los sectores clave y por parte de todos los profesionales de la salud.

### **Objetivos específicos:**

**OE.49:** Monitorizar y difundir, los resultados obtenidos a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, a través de distintos canales.

*LA Analizar periódicamente las actuaciones realizadas para la consecución de los objetivos.*

*LA Difundir los resultados obtenidos a nivel interno de la Organización y externo.*

**OE.50:** Difundir la información generada por el Sistema de Información en Salud Pública que permita un análisis periódico sobre los principales aspectos relacionados con la salud, con especial hincapié en los determinantes y desigualdades sociales en salud, al conjunto de usuarios: profesionales, administración y ciudadanos.

*LA Preparar e implementar las actividades de formación y difusión del Sistema de Información de Salud Pública.*

## AGENTES DE INTERÉS

### H Contribuir a un entorno más saludable

H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno

### H Contribuir a un entorno más saludable

#### H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno

La vigilancia y control del entorno es otro de los componentes esenciales en el Plan de Salud.

La Conselleria de Sanitat interviene en este sentido a dos niveles:

- En los ámbitos en que tiene competencias propias para contribuir a un entorno más seguro, como en el caso de la seguridad alimentaria, en el que la administración autonómica realiza un intenso trabajo de inspección y análisis, lo que demuestra la efectividad del Plan de Seguridad Alimentaria como garantía para el consumidor.
- En ámbitos que son responsabilidad de otros sectores, colaborando en la formación y en la implicación de éstos en los temas con impacto en la salud, poniendo a su disposición la información procedente de la vigilancia epidemiológica para detectar precozmente la aparición de problemas derivados del entorno ambiental.

El resultado buscado es el de un entorno cada vez más saludable y exento de riesgos.

#### Objetivos específicos:

**OE.51:** Concienciar a la población de los perjuicios del tabaquismo pasivo.

*LA Realizar campañas informativas sobre la aplicación de la normativa que regula el consumo de tabaco y de sensibilización, dirigida a la población general, con el fin de aumentar la aceptabilidad social de la normativa referente al tabaquismo.*

*LA Difundir información sobre los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco, destacando la especial importancia de no fumar durante el embarazo, ni en presencia de niños, ancianos y enfermos.*

**OE.52:** Asegurar el control de las industrias y establecimientos alimentarios según lo establecido en los planes de acción del Plan de Seguridad Alimentaria correspondientes al periodo 2010-2013.

*LA Planificar la Vigilancia Sistemática en base al riesgo.*

*LA Realizar las visitas de control.*

## AGENTES DE INTERÉS

### I Mejorar la sostenibilidad

- I1 Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción
- I2 Mejorar la eficiencia de los recursos

### I Mejorar la sostenibilidad

El Plan de Salud tiene ante los financiadores del sistema de salud la responsabilidad de demostrar el retorno de la inversión realizada, haciendo ver que sus intervenciones son eficientes en términos de mejora de los costes sanitarios y de ganancia en salud.

Asimismo, debe demostrar que utiliza los recursos puestos a su disposición de la forma más eficiente.

El Plan de Salud tiene, además, el compromiso de mejorar la salud global de la población como fuente generadora de riqueza para el conjunto de la sociedad.

#### I1 Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción

Las necesidades sanitarias de los pacientes con enfermedades crónicas requieren gastos directos, a los que se dedican una parte muy importante de los recursos. Además hay costes indirectos como la reducción del rendimiento laboral, la pérdida de días de trabajo y los gastos de los cuidados. Es necesaria pues, la puesta en marcha de intervenciones con impacto en este sentido.

Nuestro sistema sanitario presenta indicadores de sobreutilización de la atención ambulatoria y utilización inadecuada de los servicios de urgencias.

Cada vez se potencia más la Atención Primaria, a través de una mejor cualificación de los profesionales, no sólo porque aumenta la satisfacción de los usuarios, sino también por hacer más resolutivo el primer ámbi-

to de la atención e incrementar la eficiencia del sistema.

La Atención Primaria de salud es el nivel asistencial donde se produce el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. Es también, donde se realizan la mayoría de procesos de promoción, prevención y cuidados, se consiguen buena parte de los resultados en salud y se configuran la mayoría de las experiencias de los pacientes.

Conseguir que el paciente utilice los servicios de forma más eficaz constituye un beneficio para la atención del propio paciente y, para la propia sostenibilidad del sistema.

Este objetivo implica la necesidad de conseguir niveles de confianza elevados en los servicios ordinarios para aminorar, en lo posible, la cultura de la sobreutilización de determinados servicios especiales, como los de urgencias.

#### Objetivos específicos:

**OE.53:** Reducir el número de pacientes con problemas relacionados con los medicamentos (PRM), alcanzando así un mayor grado de seguridad en sus tratamientos.

*LA Revisar y adaptar los tratamientos activos de los pacientes, en los que se ha detectado un posible problema relacionado con los medicamentos, utilizando la herramienta informática de PRM, con el fin de alcanzar un mayor grado de seguridad en los tratamientos.*

**OE.54:** Disminuir la tasa de reingresos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

*LA Disminuir la tasa de hospitalización por exacerbación de EPOC. Control adecuado por nivel de segmentación de EPOC.*

*LA Disminuir la tasa anual de visitas a urgencias por exacerbación de EPOC.*

**OE.55:** Reducir los ingresos hospitalarios y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca.

*LA Mejorar el tratamiento de las cardiopatías estructurales más frecuentes que evolucionan a insuficiencia cardíaca.*

*LA Optimizar el tratamiento farmacológico y las medidas higiénico-dietéticas, así como mejorar la adherencia de los pacientes a estos tratamientos, en la insuficiencia cardíaca crónica.*

*LA Informar a los pacientes con insuficiencia cardíaca con detalle y de la forma más adecuada, de las medidas higiénico-dietéticas, control de los factores de riesgo, así como la correcta toma de la medicación que se prescriba al paciente.*

## **I2 Mejorar la eficiencia de los recursos**

La eficiencia se obtiene también por la vía de la gestión de los recursos. Obtener el mejor aprovechamiento de los costosos recursos, puestos a disposición del sistema de salud, es una de las primeras apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

### **Objetivo específico:**

**OE.56:** Mejorar la eficiencia de los recursos hospitalarios.

*LA Incrementar la adecuación de la estancia hospitalaria y de las tasas de ocupación adecuadas.*

*LA Seguimiento permanente de los indicadores de Estancia Media, Estancia Media Ajustada por Casuística e Índice de Ocupación en los hospitales.*

## PROCESOS INTERNOS

### J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes

- J1 Implementar programas y estrategias en salud
- J2 Garantizar la integración de la asistencia
- J3 Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico

### J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes

Un compromiso del Plan de Salud con los pacientes, es conseguir que la asistencia sanitaria se preste en el lugar adecuado, de manera adecuada, consiguiendo integrar todos los recursos sin duplicidades ni descoordinaciones.

Esta gestión tiene una especial importancia en los procesos de atención a los pacientes crónicos. Implantar los nuevos modelos de atención integrada al paciente crónico constituye nuestro compromiso para con ellos.

#### J1 Implementar programas y estrategias en salud

Un primer paso en el abordaje de muchas patologías y en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, lo constituye la elaboración y puesta en marcha de programas y estrategias que permitan la planificación de los objetivos y de las actividades necesarias para dar solución a los retos o problemas específicos que plantean.

#### Objetivos específicos:

- OE.57:** Antes de final de 2012 se habrá diseñado un Plan Estratégico para la Promoción de una Alimentación y Actividad Física Saludables para la Comunitat.
  - LA *Analizar la situación relativa a la alimentación, nutrición y actividad física actual de la*

*población valenciana a través de la Encuesta de Nutrición.*

LA *Constituir un grupo asesor técnico de trabajo para la realización del Plan Estratégico de Alimentación y Actividad Física.*

LA *Elaborar, editar, presentar y difundir el Plan Estratégico.*

**OE.58:** Que a la fecha de finalización del Plan de Salud, la Conselleria de Sanitat disponga de un Plan de Atención al Tabaquismo, desarrollado, alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales sobre el tabaquismo y sus consecuencias.

LA *Elaborar protocolos de actuación por parte de grupos de expertos.*

LA *Revisar periódicamente el cumplimiento del protocolo para detectar deficiencias y elaborar líneas de mejora.*

**OE.59:** Implantar la Estrategia de atención al parto y nacimiento normal en las maternidades.

LA *Promover la disminución del intervencionismo en el parto (porcentaje de partos inducidos y cesáreas).*

LA *Proporcionar una continuidad en la atención sanitaria a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y de la maternidad, adaptando el rol de la matrona en el departamento de salud.*

LA *Fomentar la capacidad de decisión de la mujer gestante en el cuidado de su salud en el embarazo, en el proceso del parto y en el*

*puerperio, a través de la educación y haciéndola partícipe en la toma de decisiones.*

*LA Mejorar las condiciones del ambiente que rodean el nacimiento (tanto en los partos normales como en los intervenidos).*

*LA Favorecer la formación de los profesionales sanitarios en la atención al parto normal y en los cuidados neonatales centrados en el desarrollo.*

**OE.60:** Diseñar el Plan de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.

*LA Elaborar el Plan de Salud Mental.*

*LA Difundirlo en los departamentos de salud para su implementación.*

**OE.61:** Desarrollar programas para las personas con Trastorno Mental Grave de Curso Crónico, en las Unidades de Salud Mental.

*LA Impulsar la elaboración de planes/programas de Trastorno Mental Grave en las Unidades de Salud Mental.*

*LA Difundir los programas a los departamentos de salud.*

**OE.62:** Implementar un Programa de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores, en Centros de Atención Primaria y Centros Cívicos dependientes de Ayuntamiento y Asociaciones.

*LA Realizar una campaña de información sobre la importancia del ejercicio físico.*

*LA Potenciar la formación continuada del personal de las Unidades de Rehabilitación para el desarrollo de estos programas.*

*LA Coordinar con otros profesionales, la derivación de pacientes para incluirlos/as en programas de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores.*

## J2 Garantizar una asistencia integral e integrada

La integración de la asistencia implica un esfuerzo por compartir la información clínica del paciente entre todos los niveles asistenciales, para que cualquier proceso se realice con criterios de accesibilidad, eficiencia y al más alto grado posible de satisfacción de los usuarios.

Se trata de dar la atención adecuada en el lugar adecuado y, la organización de procesos protocolizados de asistencia "sin escalones", en que cada profesional y nivel del sistema atiende las funciones que le corresponden de forma integrada.

En determinadas situaciones como en los cuidados paliativos, etc es necesario prestar una atención integral, continua y activa de los pacientes y de sus familias, y proporcionar la atención en el lugar que resulte más conveniente para cada persona respetando sus valores y preferencias, proporcionando el apoyo a los pacientes y sus familias con una adecuada comunicación.

El III Plan de Salud apuesta por la integración progresiva de la asistencia, sin escalones ni duplicidades, en beneficio del paciente y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

### Objetivos específicos:

**OE.63:** Potenciar la realización de un Plan de Atención Integral (PAI) para cada paciente en: cuidados paliativos, enfermedad neuro-

degenerativa/demencia y trastorno mental grave de curso crónico.

*LA Realizar una valoración multidimensional previa a la elaboración del PAI.*

*LA Elaborar un PAI que quede recogido como elemento básico de la historia clínica con la participación del paciente.*

*LA Incorporar a la elaboración del Plan de Salud Mental el objetivo de potenciar la realización de un PAI a personas con trastorno mental grave de curso crónico.*

**OE.64:** Reducir la mortalidad por cáncer, especialmente en las personas con menos de 65 años y aumentar la supervivencia específicamente en los tumores de mama, colorrectal, próstata y pulmón acercándola a los estándares de excelencia.

*LA Elaborar el III Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana y desarrollar diferentes líneas de acción.*

**OE.65:** Establecer circuitos que permitan el acceso rápido a las prestaciones diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y/o atención de secuelas del cáncer.

*LA Implementar vías rápidas para el diagnóstico de cáncer entre los diferentes niveles asistenciales.*

**OE.66:** Asegurar la atención adecuada y la continuidad asistencial en el seguimiento de las personas que son largos supervivientes de cáncer.

*LA Establecer protocolos de continuidad entre primaria y especializada que garanticen la integración asistencial oncológica en los departamentos.*

**OE.67:** Aumentar el porcentaje de población con ictus que es tratada en tiempo y forma adecuada.

*LA Lograr una adecuada organización de la asistencia sanitaria urgente al ictus.*

*LA Crear unidades funcionales de ictus, multidisciplinarias, en los departamentos de salud, de manera que conformen una red asistencial de unidades funcionales o equipos de ictus.*

*LA Crear unidades funcionales de daño cerebral sobrevenido en los Hospitales de Atención a Enfermos Crónicos y de Larga Estancia.*

**OE.68:** Conseguir la máxima autonomía funcional posible de los pacientes con ictus.

*LA Promover la incorporación a programas de rehabilitación de todos los pacientes que lo requieran tras un ictus.*

*LA Iniciar precozmente la rehabilitación en la fase aguda del ictus.*

*LA Protocolizar el alta de los pacientes con ictus.*

**OE.69:** Mejorar las estrategias de reperfusión cardiaca en el infarto agudo de miocardio.

*LA Reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer contacto con el sistema sanitario.*

*LA Proporcionar transporte rápido al hospital, con personal capacitado y equipamiento adecuado con capacidad de desfibrilar en el menor tiempo posible.*

*LA Realizar tratamiento de reperfusión precoz, definiendo para ello una red asistencial en la Comunitat Valenciana, para atender el síndrome coronario agudo con angioplastia primaria y fibrinólisis, estableciendo los flujos para la atención a estos pacientes*

**OE.70:** Adecuar la organización del sistema sanitario para proporcionar a las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias y a sus familiares o cuidadores/as, una atención integral e integrada.

*LA Definir en los departamentos de salud el circuito asistencial para la atención, en el entorno más próximo posible, de personas con enfermedad neurodegenerativa/demencias.*

**OE.71:** Adecuar la organización sanitaria a las necesidades en salud de las personas mayores dependientes, para garantizar la continuidad de los cuidados.

*LA Establecer un protocolo de seguimiento en los equipos de Atención Primaria que favorezca la asistencia sanitaria en el entorno más próximo al paciente.*

- OE.72:** Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a la población mayor dependiente con pérdida de algún grado de autonomía, basada en las mejores prácticas y evidencias científicas coste-efectivas.
- LA *Elaborar "documentos de buenas prácticas de asistencia sanitaria a la persona mayor dependiente".*
  - LA *Difundir los documentos de buenas prácticas de asistencia sanitaria a la persona mayor dependiente.*
- OE.73:** Garantizar que los/as pacientes que lo requieran puedan recibir cuidados paliativos en todos los departamentos de salud; potenciando los Equipos de Atención Primaria como responsables de los cuidados paliativos.
- LA *Establecer programas de cuidados paliativos en todos los departamentos de salud alineados con las líneas directrices del Plan de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013.*
  - LA *Configurar el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del departamento (ES) integrado, con funciones en la comunidad y en el hospital.*
  - LA *Promover la existencia en cada Centro de Salud de un médico y enfermera referentes del programa de cuidados paliativos.*
- OE.74:** Impulsar la actividad de las "Unidades funcionales de Diabetes", de los departamentos sanitarios, para mejorar la asistencia diabetológica en la Comunitat Valenciana.
- LA *Establecer reuniones periódicas de coordinación e impulso.*
  - LA *Establecer programas formativos para personal médico y de enfermería.*
- OE.75:** Incrementar el cribado de retinopatía diabética mediante la realización de retinografías en Atención Primaria.
- LA *Normalizar el uso habitual de los retinógrafos en Atención Primaria.*
- OE.76:** Fomentar el abordaje de la fibromialgia en Atención Primaria en población mayor de 18 años.
- LA *Elaborar un documento de actuación clínica de la fibromialgia en Atención Primaria.*
- OE.77:** Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva.
- LA *Facilitar el acceso a los Centros de Salud Sexual y Reproductiva para mejorar la información, prevención y atención en Salud Sexual y Reproductiva.*

### **J3 Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico**

La cronicidad se ha considerado como la patología que utiliza mayoritariamente los servicios sanitarios. En el año 2020, el 78% de las actuaciones sanitarias tendrán como objetivo la atención de la patología crónica, por lo que es necesario ofrecer soluciones innovadoras que garanticen y mejoren el acceso a nuestros servicios.

El modelo valenciano de atención a enfermos crónicos enfatiza el papel del paciente y de las nuevas tecnologías. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos, disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y prevenibles; retrasar, en lo posible, la evolución de la enfermedad y potenciar los autocuidados y participación activa de los pacientes sobre su propia enfermedad.

De acuerdo con esta situación, se han desarrollado modelos de gestión del paciente crónico caracterizados por la proactividad del sistema sanitario, la identificación cuidadosa de los perfiles de necesidad mediante técnicas de segmentación, la aparición de esquemas de gestión de casos o gestión de la enfermedad, y la estricta protocolización entre equipos interdisciplinares.

Estos esquemas han obtenido notables éxitos en los resultados clínicos, la satisfacción del paciente y la utilización más eficaz de los servicios. En consonancia con esta evidencia, la Conselleria de Sanitat ha elaborado su apuesta estratégica de atención a la cronicidad. Desarrollar, implantar y evaluar los resultados de

estos modelos en nuestro medio constituye, seguramente, uno de los principales retos de los servicios sanitarios actualmente.

#### **Objetivo específico:**

**OE.78:** Incluir un 20% de pacientes crónicos en programas que aborden los nuevos modelos de gestión del paciente crónico.

*LA Desarrollar el sistema de identificación en SIA de pacientes crónicos e incluirlos en programas acreditados de gestión del paciente crónico.*

## PROCESOS INTERNOS

### **K** Priorizar los grupos vulnerables

**K1** Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables

### **K** Priorizar los grupos vulnerables

#### **K1** Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables

Sabemos que en la sociedad se producen diferencias en los niveles de salud en función de los colectivos y territorios. La misión del sistema sanitario público es contribuir a la equidad, garantizando, no sólo un acceso igual a todos los ciudadanos, sino también un especial esfuerzo por mejorar la salud de los grupos sociales y colectivos más desfavorecidos y vulnerables.

Estas intervenciones se realizarán en función:

- Género, edad, características socioeconómicas (clase social, nivel cultural...).
- Colectivos en situaciones de dificultad especial (personas con discapacidad, problemas sociales...).

El Plan de Salud velará por la mejora de la equidad en salud y en especial por el diseño de intervenciones y servicios que acerquen los beneficios del sistema a los grupos de población más vulnerables

#### **Objetivos específicos:**

**OE.79:** Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en el último mes en el grupo de edad de entre 14 y 18 años, de manera que al finalizar el periodo de vigencia del Plan, ésta no supere el 27% (24% en hombres y 30% en mujeres).

*LA Incrementar la cobertura de los programas de prevención en el ámbito educativo (Educación Primaria y Secundaria).*

*LA Realizar talleres dirigidos al personal sanitario del área materno infantil para la realización de actividades de prevención.*

*LA Velar por el cumplimiento de la normativa respecto a la venta y consumo de tabaco en menores.*

**OE.80:** Aumentar la accesibilidad al sistema sanitario de las personas que por sus circunstancias personales, sociales o culturales se encuentran en situación de especial vulnerabilidad ante el alcohol y otras drogas, en especial menores y jóvenes, y mujeres.

*LA Establecer acuerdos para reducir las barreras de accesibilidad por cuestiones de género.*

*LA Adaptar y proporcionar programas específicos desde la perspectiva de género.*

*LA Mejorar la coordinación entre los recursos existentes (asistenciales, centros educativos, servicios sociales, centros de mujer 24 horas, centros de protección de menores, centros de acogida).*

*LA Procedimentar los procesos de colaboración entre los dispositivos de prevención y dispositivos asistenciales de drogodependencias.*

*LA Adaptar y proporcionar programas específicos para menores y jóvenes.*

- OE.81:** Potenciar un abordaje biopsicosocial en las personas con cáncer, especialmente en niños y adolescentes.  
*LA Ofertar una valoración multidimensional a las personas diagnosticadas de cáncer en sus distintas fases evolutivas.*
- OE.82:** Identificar lo antes posible a la persona mayor dependiente en situación de especial vulnerabilidad.  
*LA Elaborar un documento con los criterios mínimos que facilite la identificación precoz.*  
*LA Difundir los criterios mínimos para la identificación en todos los departamentos de salud.*
- OE.83:** Reducir la incidencia de la infección por VIH en población inmigrante.  
*LA Intensificar las actividades de información para la prevención de la transmisión de infección por VIH en inmigrantes, en situación de especial vulnerabilidad y exclusión, teniendo en cuenta los condicionantes de género.*
- OE.84:** Promover estrategias para disminuir la estigmatización y favorecer la integración de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).  
*LA Realizar intervenciones en la comunidad, en medios de comunicación y campañas de sensibilización.*  
*LA Favorecer el empleo de una terminología o léxico integrador y desestigmatizador mediante actividades dirigidas a los medios de comunicación, asociaciones y Administración Pública.*
- OE.85:** Disminuir la incidencia de embarazos no planeados y de abortos inducidos en la población adolescente.  
*LA Mejorar la información y la accesibilidad de la anticoncepción a los adolescentes y jóvenes en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva y Centros Atención Primaria.*
- OE.86:** Fomentar actuaciones específicas de prevención del exceso de peso en población infantil más vulnerable a presentar riesgo de aparición de sobrepeso y obesidad, especialmente bajo nivel socioeconómico, familias inmigrantes y niños/as con necesidades educativas especiales.  
*LA Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la relevancia de los determinantes sociales en la aparición del sobrepeso y la obesidad.*  
*LA Formar a los profesionales sanitarios sobre el trabajo en red: interdisciplinar e intersectorial, y en habilidades de comunicación y adaptación sociocultural.*  
*LA Fomentar la colaboración entre diferentes departamentos (Sanidad, Educación, Bienestar Social) e instituciones (Ayuntamientos, Asociaciones...) para el abordaje a nivel local de población infantil más vulnerable.*

## PROCESOS INTERNOS

### L Realizar procesos excelentes de educación en salud

- L1 Utilizar exhaustivamente el conocimiento, experiencia y el material sobre educación sanitaria
- L2 Integrar la información al usuario a través de varios canales

### L Realizar procesos excelentes de educación en salud

Una de las apuestas estratégicas clave del III Plan de Salud es la apuesta por la información, la formación y el conocimiento.

El importante conocimiento acumulado sobre educación sanitaria no debe únicamente mejorar, sino también hacerse accesible y ser utilizado exhaustivamente, no sólo por todos los niveles del sistema sanitario sino también por otros agentes sociales como, los medios de comunicación, los profesionales de la educación, los líderes sociales y políticos...

Para lograrlo, el III Plan de Salud se compromete a hacer un esfuerzo especial para conseguir la accesibilidad al conocimiento y a la formación sobre educación sanitaria en promoción y prevención, a la red sanitaria y los agentes sociales clave.

#### L1 Utilizar exhaustivamente el conocimiento, la experiencia y el material sobre educación sanitaria

Como bien sabemos, el que exista un conocimiento suficiente sobre una materia no implica en muchos casos, que cambie la práctica de acuerdo con ese conocimiento. En nuestra organización existe una importante acumulación de conocimiento sobre las intervenciones educativas más eficientes, que en muchas ocasiones, no llega a convertirse en una realidad tangible en el día a día del sistema sanitario.

La apuesta estratégica por la información implica poner los medios, desde los servicios centrales y los departamentos de salud, para que el conocimiento existente sobre educación sanitaria esté a disposición, de forma accesible y utilizable, para el mejor beneficio de todos.

Supone por tanto, un esfuerzo desde el diseño de los programas hasta su difusión y los sistemas de formación profesional.

#### Objetivos específicos:

- OE.87:** Diseñar e implantar un sistema de comunicación para la prevención de riesgos asociados al consumo de alimentos.
  - LA *Diseñar el sistema de comunicación.*
  - LA *Realizar campañas de comunicación.*
- OE.88:** Optimizar los resultados de la educación diabética dependiendo de los valores de la determinación de la HbA1c en el momento de la visita médica.
  - LA *Adquirir el medidor de HbA1c.*
  - LA *Establecer los criterios de distribución del medidor de HbA1c.*
  - LA *Aprovisionamiento de reactivos necesarios para la realización de la HbA1c.*
- OE.89:** Fomentar la sensibilización e información tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y discriminación.

*LA Realizar actividades de información y sensibilización sobre la infección por VIH en el medio laboral.*

*LA Llevar a cabo actividades de información y sensibilización frente al VIH en la población general.*

## **L2 Integrar la información al usuario a través de varios canales**

Las nuevas tecnologías han creado todo un ámbito de comunicación con el usuario fuera de los tradicionales contactos personales con los profesionales.

Un plan que apuesta por la información y la comunicación, debe ser especialmente activo en conseguir integrar la comunicación entre los pacientes y los profesionales, en un conjunto amplio de canales nuevos. Las páginas web, la mensajería instantánea, el correo electrónico, las redes sociales, etc., constituyen canales que deben complementar, muy activamente, la transmisión de información a través de contactos con el personal sanitario. Ordenar y operativizar estas herramientas para la educación sanitaria es una tarea crucial para el futuro del sistema de salud.

El III Plan de Salud ha realizado una apuesta estratégica por las nuevas tecnologías que deberán ser impulsadas con fuerza en los próximos años.

### **Objetivos específicos:**

**OE.90:** Implantar sistemas integrados de relación con el paciente en los departamentos de salud.

*LA Desarrollar e implantar sistemas de contacto multicanal para la difusión de educación sanitaria con el ciudadano.*

**OE.91:** Difundir y mejorar la información/formación en materia de salud sexual, mediante la elaboración y edición de diversos materiales y la aportación de las nuevas tecnologías a través del portal de salud de la Conselleria de Sanitat.

*LA Incorporar dentro del Portal Cuidate de la Conselleria de Sanitat la información sobre Salud Sexual y Reproductiva.*

## PROCESOS INTERNOS

### **M** Incorporar al profesional en la estrategia de salud

**M1** Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema

**M2** Participar en la investigación

### **M** Incorporar al profesional en la estrategia de salud

Los profesionales sanitarios son, y deben serlo cada vez más, agentes de salud con sus pacientes y con el medio que les rodea.

Esto ocurre en general, pero sobre todo, en aquellos niveles que están directamente en contacto con la mayoría de los pacientes y la comunidad, como es el caso de la Atención Primaria de salud, en la que la relación estrecha médico paciente es especialmente valorada por los usuarios del sistema sanitario.

#### **M1** Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema

En el sistema ya es tradicional la responsabilización de los profesionales en la optimización del sistema, tanto en términos de garantía de una buena práctica clínica, como en términos de eficiencia de la organización, mediante la revisión sistemática de indicadores de productividad y eficiencia.

El III Plan de Salud, apuesta por la mejora de la práctica clínica y por la eficiencia, y se plantea consolidar estas líneas de trabajo.

#### **Objetivos específicos:**

**OE.92:** Implicar en el Sistema de Información en Salud Pública (SISP) a profesionales y organizaciones interesados/as mediante su parti-

cipación en las comisiones técnicas que procuren su desarrollo.

*LA Desarrollar la normativa de regulación del SISP mediante la puesta en funcionamiento de las cuatro comisiones técnicas: aspectos sociodemográficos, estado de la salud, factores determinantes y situación del sistema de atención sanitaria.*

**OE.93:** Disponer de un sistema analítico de vanguardia, tanto en capacidad de análisis como en calidad de los resultados, para hacer frente a los riesgos químicos y microbiológicos relacionados con la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental.

*LA Incrementar el grado de acreditación de los laboratorios de Salud Pública.*

**OE.94:** Mejorar la atención sanitaria de la población adulta con sobrepeso y obesidad y sus familias.

*LA Detectar y registrar en la historia clínica el IMC y la codificación del diagnóstico según CIE-9. Conocer la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la Comunitat Valenciana.*

*LA Favorecer la formación del personal sanitario y potenciar la acción interdisciplinaria en el tratamiento de la obesidad.*

*LA Favorecer el aumento de la conciencia de enfermedad de los pacientes y la necesidad de implicarse en su propio tratamiento.*

**OE.95:** Aumentar el número de pacientes con criterio\* diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se registra en la historia clínica electrónica la valoración de actividad física.

*LA Identificar a los pacientes en situación de riesgo: sedentarios.*

*LA Fomentar la prescripción de actividad física. Formación de los profesionales.*

**OE.96:** Disminuir las incidencias y/o eventos de infecciones nosocomiales asociadas a prácticas asistenciales de especial riesgo.

*LA Realizar un despliegue de estrategias colaborativas de reducción de infecciones asociadas a prácticas instrumentales.*

**OE.97:** Mejorar la determinación del riesgo vascular en pacientes dislipémicos ( $CT \geq 200$  mg/dl y/o  $HDL < 40$  mg/dl en hombres o  $HDL < 50$  mg/dl en mujeres).

*LA Incrementar la utilización del sistema Abucasis en Atención Primaria y Especializada, con la implementación en la Historia Clínica Electrónica del cálculo del riesgo vascular.*

*LA Mejorar la formación en riesgo vascular del personal médico y de enfermería con el desarrollo de cursos al respecto.*

*LA Potenciar el desarrollo de la consulta de enfermería para identificar a pacientes de alto riesgo vascular.*

*LA Coordinar protocolos de actuación conjunta médico/enfermería para el abordaje de pacientes con dislipemia, incidiendo espe-*

*cialmente en la cuantificación del riesgo vascular y en su seguimiento.*

**OE.98:** Mejorar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar.

*LA Optimizar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar con la implementación ante su sospecha de los criterios MedPed incluidos en Abucasis, para corroborar el diagnóstico y conseguir la aportación reducida del tratamiento con estatinas y ezetimibe.*

*LA Crear un registro en la Comunitat Valenciana de pacientes con hipercolesterolemia familiar, aproximar el número de pacientes diagnosticados a la prevalencia real estimada (1/500 personas).*

*LA Coordinar protocolos de actuación conjunta primaria/especializada en los departamentos de salud.*

*LA Valorar el número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar hasta la fecha sin la realización de los criterios MedPed, y con prestación reducida.*

*LA Mejorar la formación del personal médico y de enfermería.*

**OE.99:** Aumentar el número de pacientes con criterio\* diagnóstico de EPOC, en población mayor de 40 años con historia de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año.

*LA Realizar una espirometría en pacientes mayores de 40 años, fumadores o exfumadores de 10 o más paquetes/año y que presenten síntomas respiratorios.*

*LA Segmentar a los pacientes EPOC en los distintos grados.*

*LA Realizar a los pacientes con EPOC grados III y IV una valoración multidimensional (al menos 4 de 5 pruebas: volúmenes pulmonares estáticos, capacidad de difusión de monóxido de carbono, gasometría arterial, prueba de esfuerzo, valoración nutricional).*

**OE.100:** Identificar en cualquier nivel asistencial y lo más precozmente posible a los pacientes susceptibles de cuidados paliativos.

*LA Potenciar que el médico responsable del paciente en cada nivel asistencial, sea el encargado de la identificación del paciente en situación de final de la vida.*

*LA Fomentar la utilización de los códigos V de la CIE para diagnósticos relacionados con cuidados paliativos (V 66.7 en la CIE 9MC).*

**OE.101:** Sensibilizar a los agentes implicados para normalizar las actividades que permitan disminuir el retraso diagnóstico de la infección por VIH.

*LA Promocionar la prueba de detección del VIH.*

*LA Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH en Atención Primaria.*

**OE.102:** Utilizar de forma racional los fármacos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años.

*LA Elaborar y difundir una propuesta con criterios de tratamiento farmacoterapéutico de la osteoporosis.*

*LA Organizar sesiones formativas sobre el uso de forma racional de los fármacos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años, en Atención Primaria.*

**OE.103:** Promover el uso racional de cefalosporinas y antibióticos de uso restringido para reducir el número de infecciones por microorganismos resistentes.

*LA Promover la reducción del uso de cefalosporinas en el ámbito comunitario.*

*LA Controlar la utilización de antibióticos de uso restringido en hospitales.*

---

\* *Paciente de edad superior a 40 años, que tenga factores de riesgo, como exposición a humo de tabaco (>10 paquetes/año), y presente una espirometría con obstrucción poco reversible, definida por un cociente FEV1/FC<0.70, tras broncodilatación.*

## M2 Participar en la investigación

La Generalitat ha realizado en estos últimos años una importante apuesta por la investigación sanitaria y biomédica, apoyando la creación de centros de investigación, dotando de recursos especializados y de apoyo financiero para el desarrollo de multitud de proyectos de investigación y potenciando la labor investigadora de los profesionales que trabajan en este entorno.

Un ámbito de compromiso del III Plan de Salud respecto a los profesionales es el de fomentar la participación en la investigación, ligada a la mejora de la salud de pacientes y la ciudadanía.

Importantes estudios como: el Estudio Valencia: investigación de la prevalencia de la diabetes mellitus y el síndrome metabólico; Estudio Valencia II: prevalencia de la obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y resistencia a la insulina y proyectos de investigación como el Programa ESCARVAL (investigación en enfermedades cardiometabólicas y sus factores de riesgo), el Programa ESOSVAL (investigación en osteoporosis) y el programa de investigación asociado al Plan EPOC, etc., corroboran este hecho.

La colaboración público-privada en el campo de la investigación ofrece nuevas vías para contribuir a incrementar el nivel en la calidad de vida de la población.

Este objetivo, se concreta en incrementar la participación de los profesionales en las iniciativas de I+D+i, para valorar sus resultados y difundir el conocimiento y las aplicaciones de la investigación.

Esta participación se refiere a la promoción investigadora en diferentes tipos de proyectos, tal como ya realizan alrededor de un 10% de los profesionales sanitarios.

### Objetivo específico:

**OE.104:** Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de proyectos de investigación en los ámbitos prioritarios de actuación definidos en este Plan de Salud, especialmente en cáncer, enfermedades neurodegenerativas/demencias, enfermedades raras, salud mental y cuidados paliativos.

LA *Convocar anualmente ayudas al desarrollo de proyectos de investigación desde la Conselleria de Sanitat.*

LA *Fomentar la participación en investigaciones de ámbito nacional e internacional.*

LA *Potenciar la participación en proyectos de investigación de carácter estratégico para la Conselleria de Sanitat, como los programas ESCARVAL, ESOSVAL y el programa de investigación asociado al Plan de EPOC.*

LA *Fomentar la colaboración público-privada con los agentes sanitarios para el desarrollo de programas de investigación.*

LA *Potenciar la relevancia de los resultados de la investigación fomentando la investigación colaborativa, promoviendo la constitución de grupos de investigación multicéntricos e interdisciplinares.*

LA *Potenciar la Red de Biobancos de la Comunitat Valenciana.*

## PROCESOS INTERNOS

### N Vigilar la salud y la equidad

**N1** Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades

**N2** Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno

### N Vigilar la salud y la equidad

La vigilancia del estado de salud y su evolución constituye tradicionalmente uno de los principales cometidos de los servicios de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat.

El Plan de Salud se compromete, en especial, a utilizar la información epidemiológica para monitorizar la evolución de la salud. Ello incluye los enfoques clásicos de la vigilancia epidemiológica (enfermedades emergentes, brotes epidémicos...), y también, analizar las desigualdades en salud e identificar colectivos cuyas necesidades de servicios sean mayores o diferentes a la población usual.

#### **N1 Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades**

El III Plan de Salud plantea consolidar y reforzar los mecanismos de vigilancia epidemiológica, para monitorizar la salud de los valencianos, la aparición de problemas emergentes, o derivados del entorno, y la evolución de las desigualdades en salud así como la situación sanitaria de los colectivos de mayor riesgo.

La finalidad de este refuerzo de la vigilancia epidemiológica debe ser la de intervenir precozmente sobre los problemas de salud, sean estos un brote epidémico nuevo, la aparición de un impacto en la salud del entorno, o la existencia de colectivos de especial riesgo.

#### **Objetivos específicos:**

**OE.105:** Disminuir la incidencia de las principales comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias) asociadas al sobrepeso y a la obesidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

*LA Favorecer y priorizar la intervención sanitaria que persiga el control estricto del sobrepeso y la obesidad para evitar el aumento de la incidencia de las principales comorbilidades asociadas.*

*LA Promover los hábitos de vida saludables relacionados con el sobrepeso y la obesidad.*

*LA Concienciar al paciente de que su pérdida de peso aumentará su calidad de vida.*

**OE.106:** Disminuir la mortalidad por enfermedad cerebro y cardiovascular en los pacientes hipertensos (varones < de 70 años y mujeres < de 75 años).

*LA Desarrollar campañas de educación y comunicación que susciten un mayor conocimiento y sensibilidad de la sociedad civil respecto al impacto sanitario y social de la hipertensión, así como a su posible prevención y control.*

*LA Fomentar, desde los servicios autonómicos de salud, un enfoque integral en la prevención y control de la hipertensión arterial por parte de los equipos asistenciales, así como la cooperación entre los distintos niveles.*

LA Realizar un protocolo/guía de manejo del paciente hipertenso para toda la Comunitat, cuya puesta en marcha podrá ser adaptada por cada departamento de salud.

LA Adoptar los objetivos de presión arterial y las recomendaciones terapéuticas basados en la mejor evidencia disponible.

**OE.107:** Mejorar el control lipídico de los pacientes diabéticos o con enfermedad vascular arteriosclerótica.

LA Incrementar la utilización del sistema Abucasis en Atención Primaria y Especializada, para el diagnóstico de diabetes y de "enfermedad vascular arteriosclerótica".

LA Formar al personal sanitario para optimizar el seguimiento de los/as pacientes dignosticados/as en la Historia Clínica Electrónica.

LA Mejorar la accesibilidad en Atención Primaria a pruebas complementarias, para detectar enfermedad vascular subclínica.

**OE.108:** Evaluar la exposición de la población valenciana a contaminantes a través de la dieta.

LA Poner a punto los métodos de análisis y ejecución de los mismos.

LA Diseñar y ejecutar el muestreo y preparación de las muestras.

LA Evaluar la exposición a los contaminantes definidos en el estudio de la población valenciana a través de la dieta.

**OE.109:** Vigilar la presencia de residuos de plaguicidas en alimentos vegetales y evaluar la exposición de la población.

LA Programar la toma de muestras de alimentos de origen vegetal en el mercado.

LA Analizar las muestras tomadas para la detección de plaguicidas en alimentos de origen vegetal en el mercado.

LA Evaluar la exposición de la población de la Comunitat Valenciana a residuos de plaguicidas por consumo de vegetales.

**OE.110:** Proveer los medios y mecanismos de intervención necesarios que permitan mejorar el control de las epizootias en los mataderos de abasto.

LA Diseñar un sistema de información para los mataderos de abasto.

LA Implantar el sistema de información en los mataderos de abasto.

LA Elaborar la guía de autocontrol en mataderos.

**OE.111:** Mejorar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores (VST) de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica.

LA Elaborar, distribuir e implantar Guías para la VST específica para las principales ocupaciones de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica.

LA Poner en marcha un Documento de Intercambio de Información Sanitaria (DIIS) sobre la VST para los perfiles laborales de los

*trabajadores de Hostelería, Cerámica, Agricultura y Administración.*

**OE.112:** Mejorar la prevención de los problemas de salud de tipo psíquico mediante su detección precoz en los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial.

*LA Elaborar, distribuir y usar una guía/protocolo para promover y armonizar la detección precoz del daño psíquico en los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial constatado por la evaluación de riesgos laborales.*

*LA Asegurar la detección precoz del daño psíquico en los exámenes de salud de los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial constatado por la evaluación de riesgos laborales correspondiente, mediante el uso de la guía/protocolo.*

**OE.113:** Mejorar las actividades sanitarias para trabajadores frente a las exposiciones laborales accidentales a riesgo biológico.

*LA Implantar el Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA) por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las entidades y empresas del sector sanitario.*

**OE.114:** Mejorar la detección de enfermedades musculoesqueléticas de origen laboral.

*LA Elaborar protocolos para la identificación del origen laboral de las enfermedades.*

## **N2 Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno**

La vigilancia epidemiológica de la salud no es un fin en sí misma, sino un instrumento para identificar problemas e intervenir en ellos. En ella, se han incluido los cometidos más tradicionales de la epidemiología (enfermedades infecciosas) así como la vigilancia de otras enfermedades, como las crónicas o los problemas relacionados con el impacto del entorno sobre la salud.

Este objetivo plantea desarrollar canales de intervención ante la aparición de información epidemiológica que identifique un problema.

Los canales de comunicación, entre los servicios de salud pública y los sanitarios, y los canales de intersectorialidad, constituirán el eje de trabajo de este objetivo.

### **Objetivo específico:**

**OE.115:** Definir, dentro de los indicadores del Sistema de Información en Salud Pública, un conjunto mínimo de datos (cuadro de mando) de indicadores sociales y de la salud que tengan en cuenta los distintos ejes de desigualdad.

*LA Desarrollar el trabajo en los comités técnicos por el que se elaboran los indicadores que se irán incorporando al Sistema de Información en Salud Pública.*

## PROCESOS INTERNOS

### **O** Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud

**O1** Promover proyectos comunitarios de salud

**O2** Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos

### **O** Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud

La mejora del estado de salud depende, por un lado de la intervención del sistema de salud, pero otra gran parte de intervenciones como las de mejora de los hábitos, se encuentran en manos de otros sectores y, en general, de la sociedad en sentido amplio.

En especial habría que destacar el papel de los medios de comunicación, la educación, la empresa, las administraciones y los representantes políticos, económicos y sociales en conseguir una sociedad más saludable.

#### **O1** Promover proyectos comunitarios de salud

La incorporación de la sociedad a la estrategia de salud tiene una expresión a nivel local con la promoción de proyectos comunitarios de salud.

Los proyectos comunitarios en salud desempeñan un importante papel en las estrategias en salud sostenibles. En ellos se fortalece la participación de la comunidad en el proceso de mejora de su propia salud, utilizando una forma de trabajo en la que participan voluntarios y recursos comunitarios.

La construcción de redes por la salud, puede concretarse en proyectos a nivel local, en los que un amplio abanico de organizaciones creen una estrategia con objetivos comunes para mejorar la salud de los ciudadanos.

Estos proyectos deben ser promovidos activamente desde las diferentes instancias de la Conselleria de Sanitat.

#### **Objetivos específicos:**

**OE.116:** Potenciar la participación de la sociedad valenciana, a través de las asociaciones de pacientes y de voluntariado, fundamentalmente en funciones de acompañamiento como vínculo del equipo sanitario y la sociedad.

*LA Facilitar las actividades de voluntariado relacionadas con el acompañamiento.*

*LA Realizar actividades formativas destinadas al voluntario sanitario, a través de la EVES, en colaboración con entidades que realicen actividades relacionadas en esta Área.*

**OE.117:** Potenciar la participación de la sociedad valenciana y la colaboración intersectorial en los cuidados paliativos.

*LA Promover acciones de información, difusión y participación de la sociedad valenciana en los cuidados paliativos.*

**OE.118:** Incrementar la sensibilización sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud entre los profesionales.

*LA Preparar e implementar las actividades de formación y difusión del Sistema de Información en Salud Pública entre profesionales sanitarios.*

**OE.119:** Proporcionar a los/as cuidadores/as/ familiares de las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias el soporte asistencial y facilitar el acceso al soporte social, en un entorno digno y en los distintos momentos evolutivos del proceso de la enfermedad.

*LA Identificar en la historia clínica a la persona cuidadora principal, valorarla y atenderla, en función de sus necesidades en salud.*

*LA Dirigir actividades formativas a cuidadores/as.*

## **O2 Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos**

Este objetivo implica una actitud proactiva de contacto y establecimiento de redes de relación con los agentes sociales para implicarlos en los objetivos de salud.

La salud laboral constituye una de las grandes áreas de intervención donde se cuenta, además, con una importante red de servicios y profesionales que la desarrollan. La mejora de la salud de los trabajadores constituye una inversión en riqueza del capital humano y tiene un impacto visible evitando situaciones como la incapacidad laboral y los costes correspondientes.

De la misma manera que con las empresas, los diferentes niveles de la Conselleria de Sanitat, deben tejer una red de relaciones con los representantes políticos, responsables de la administración y representantes sociales para comunicar la importancia de su rol en la mejora de salud de la población.

### **Objetivos específicos:**

**OE.120:** Mejorar la atención sociosanitaria en situaciones de riesgo de desprotección o maltrato infantil.

*LA Fomentar la utilización de la Hoja de Notificación de Atención Sociosanitaria Infantil y Protección de Menores, en la comunicación de los casos en situación de riesgo de desprotección o maltrato infantil.*

*LA Garantizar la participación de profesionales del ámbito sanitario en las comisiones locales y comarcales, para la atención a las situaciones de riesgo social de menores.*

*LA Promover la formación de los profesionales del ámbito sanitario que atienden a la población infantil en prevención, detección y abordaje de situaciones de riesgo sociosanitario.*

**OE.121:** Mejorar la información de empresarios y trabajadores sobre la importancia de la vigilancia de la salud en el trabajo como medida preventiva.

*LA Elaborar y distribuir una guía de explicación de la Vigilancia de la Salud en el Trabajo como actividad sanitaria preventiva laboral dirigida a empresarios y trabajadores.*

**OE.122:** Favorecer la integración del niño con diabetes en el ámbito escolar en condiciones de igualdad.

*LA Establecer convenio de colaboración entre la Conselleria de Sanitat y la Conselleria d'Educació para garantizar la adecuada integración del niño con diabetes en el ámbito escolar.*

*LA Formación adecuada en materia sanitaria de la persona designada como responsable de salud en el colegio y dotación de material sanitario y educativo necesario.*

**OE.123:** Aumentar el conocimiento de las intervenciones sobre prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Promoción de la Salud (PS), que se realizan tanto en el Sistema Sanitario como fuera del mismo.

*LA Registrar las intervenciones preventivas de las ITS en los colectivos con prácticas de riesgo.*

## PROCESOS INTERNOS

### **P** Conocer y gestionar los costes con eficiencia

#### **P1** Conocer y gestionar los costes

### **P** Conocer y gestionar los costes con eficiencia

#### **P1** Conocer y gestionar los costes

Obtener el mejor aprovechamiento de los costosos recursos puestos a disposición del sistema de salud, es una de las primeras apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

En el ámbito asistencial, la financiación capitativa y facturación intercentros, iniciadas en el año 2005, son esenciales para los cambios que se están produciendo en la organización y sistema de gestión de los departamentos de salud: gerencia única, integración de atención primaria y especializada, acuerdos de gestión con los departamentos etc.

Esta gestión de recursos se valora desde varias perspectivas: estancia media, tasas de ocupación, ratio de sucesivas/primeras, tasa de ocupación del quirófano, hospitalización a domicilio, hospital de día, etc.

La presencia cada vez más frecuente de los medicamentos entre las medidas terapéuticas empleadas, así como su arraigo en la población, justifican la importancia que tiene el medicamento en los valores culturales y sociales de nuestro entorno. Su trascendencia se ve reforzada por el elevado interés económico que el mundo del medicamento genera.

La Conselleria de Sanitat está impulsando políticas de mayor eficiencia en la adquisición y dispensación de medicamentos. Las medidas de contención del gasto

farmacéutico aplicadas por la Conselleria tienen como objetivo garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

En este ámbito es necesario establecer actuaciones encaminadas hacia el uso racional de los medicamentos, en lo referente al uso adecuado, a los efectos adversos, a la educación sanitaria y al coste de oportunidad de la utilización de los medicamentos, favoreciendo la corresponsabilidad del propio paciente, de los profesionales y de las autoridades sanitarias.

Conocer y gestionar los costes constituye un objetivo importante para el logro de la sostenibilidad.

#### **Objetivos específicos:**

**OE.124:** Fomentar la prescripción farmacoterapéutica de la forma más eficiente.

*LA Adecuar la herramienta de prescripción electrónica para favorecer la selección de fármacos más eficientes.*

*LA Difundir entre los facultativos, la importancia de la prescripción de fármacos eficientes en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.*

**OE.125:** Poner en marcha el nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.

*LA Definir e implantar el nuevo modelo de costes en el nuevo aplicativo para la gestión de rendimientos y costes.*

*LA Implantar la nueva herramienta, en todos los departamentos de salud, previa la integración con todos los sistemas fuente de soporte a la gestión económica y asistencial implicados.*

**OE.126:** Consolidar el sistema de financiación capitativa y su modulación a través de la facturación intercentros.

*LA Integración de la receta de farmacia en el sistema de compensación intercentros.*

*LA Integración de las prótesis en el sistema de compensación intercentros.*

*LA Integración de la medicación de hospital de día en el sistema de compensación Intercentros.*

*LA Integración de la actividad concertada en el sistema de compensación intercentros.*

*LA Integración de las vacunas en el sistema de compensación intercentros.*

## DESARROLLO FUTURO

### **Q** Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud

**Q1** Adaptar los roles y funciones profesionales

### **Q** Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud

#### **Q1** Adaptar los roles y funciones profesionales

Dirigir la atención a los pacientes, especialmente a los crónicos, implica la necesidad de readaptar los roles y las competencias de los profesionales. Intensificar y mejorar las tareas de educación sanitaria, desarrollar figuras nuevas como las de enfermería comunitaria o de enlace, las tareas de gestión de casos, etc.

La Comunitat cuenta con algunas experiencias sólidas como es el caso del modelo de gestión de enfermedades crónicas implantado por el departamento de salud La Fe de Valencia, basado en la coordinación de las actuaciones de distintos agentes, mediante la figura de enfermería gestora de casos, encargada del seguimiento del paciente, de la resolución de dudas y de la coordinación de todos los recursos asistenciales.

La Conselleria de Sanitat debe revisar, con nuevas perspectivas, la aportación al equipo de los diferentes profesionales, llegando si es necesario al cambio de roles y estándares establecidos.

#### **Objetivos específicos:**

**OE.127:** Desarrollar el rol de gestión de casos entre enfermería comunitaria y de enlace.

*LA Definir el perfil y elaborar el material de formación.*

**OE.128:** Proporcionar una atención sanitaria continuada al recién nacido entre la maternidad y la Atención Primaria.

*LA Implantar la visita domiciliaria, al recién nacido sano en Atención Primaria, dentro de los 3 días siguientes al alta en la maternidad, en casos de riesgo biológico y/o social.*

*LA Facilitar la citación del recién nacido, a través de los sistemas informáticos, para ser atendido en consulta por el equipo pediátrico en el Centro de Salud en la primera semana de vida.*

## DESARROLLO FUTURO

### **R** Desarrollar formas de educación en salud más eficientes

**R1** Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes

**R2** Liderar el conocimiento en salud

### **R** Desarrollar formas de educación en salud más eficientes

La información, formación y educación para la salud a los pacientes y también a los profesionales constituye una de las apuestas estratégicas del III Plan de Salud.

El abundante conocimiento existente en materia de salud precisa de una revisión y actualización, para definir cuales son las intervenciones con una mejor relación coste-efectividad conocida (educación en grupo, rol del paciente experto, papel de las nuevas tecnologías etc.).

Este conocimiento, además de desarrollarse, debe también organizarse de forma que sea accesible y fácilmente utilizable por el conjunto de profesionales y pacientes.

#### **R1** Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes

La Conselleria de Sanitat es depositaria de un amplio bagaje, y muchos años de experiencia en la educación sanitaria, para diferentes colectivos y problemas de salud.

Este objetivo pretende conseguir la mejora del conocimiento actualmente disponible mediante su organización en productos fácilmente accesibles para los profesionales y los agentes sociales y en formatos lo más eficientes posibles (educación grupal, participación de pacientes expertos, TIC, etc).

#### Objetivos específicos:

**OE.129:** Facilitar el acceso a la información sobre los factores de riesgo y estilos de vida relacionados con cáncer a toda la población, en particular a los grupos con mayores dificultades de acceso a la información.

*LA Elaborar y distribuir materiales de información en prevención primaria en cáncer, en diferentes soportes.*

*LA Incrementar la información sobre prevención primaria en cáncer en el Portal Cuidate CV.*

**OE.130:** Antes del 2012, se implementará el Portal de Educación para la Salud en la Escuela, instrumento de trabajo y consulta para profesionales relacionados con la educación sanitaria.

*LA Diseñar y poner en marcha un portal de recursos de educación para la salud en el ámbito escolar para su utilización por parte de los profesionales sanitarios y docentes.*

**OE.131:** Tener un número representativo de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) expertos para formar a otros pacientes con la enfermedad.

*LA Realizar un taller específico de formación para conocer la sintomatología de exacerbación y correcta administración del tratamiento, dirigido a pacientes EPOC capacitados para formación.*

## R2 Liderar el conocimiento en salud

La revisión y ordenación del conocimiento en salud disponible y el papel de los técnicos de la Conselleria de Sanitat, debería reflejarse en la consolidación del liderazgo de la Conselleria en este tema.

Este objetivo implica organizar y difundir el conocimiento, con especial atención a las TIC, para conseguir su mayor visibilidad entre los profesionales sanitarios y otros usuarios del mismo.

En esta línea de garantizar información de salud de calidad, la Conselleria de Sanitat, debe convertirse en el referente de consulta que garantice, de forma ágil y accesible, una información actualizada y de alta calidad a todos los agentes sociales que puedan interesarse por ella.

La revisión del papel de las TIC habrá de desempeñar aquí un papel clave.

### Objetivo específico:

**OE.132:** Realizar las actuaciones oportunas para que la página web de la Conselleria de Sanitat sea referente en temas de salud.

*LA Reelaborar la página web de la Conselleria y realizar el seguimiento de su utilización.*

## DESARROLLO FUTURO

### S Formar a los profesionales

S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud

### S Formar a los profesionales

#### S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud

La formación de los profesionales constituye otro elemento básico para el éxito de un proyecto.

El III Plan de Salud debe generar formas específicas de abordar la formación de los profesionales en los diferentes contenidos del mismo.

Esta formación no debe limitarse a los conocimientos teóricos, sino fomentar el desarrollo de habilidades que no forman parte de la formación tradicional en salud, tales como la formación en habilidades relacionales y comunicación, fundamentales para superar las importantes dificultades que implica conseguir cambios de hábitos y estilos de vida.

El sistema sanitario invierte un considerable esfuerzo en las actividades de formación. Muchas veces se plantean dudas sobre hasta qué punto estas iniciativas consiguen llegar a aquellos profesionales más necesitados de las mismas, o se centran más bien en los profesionales más motivados o incluso en los mejor formados.

El desarrollo que se pretende conseguir con este objetivo es llegar a estandarizar programas de formación, diseñados específicamente para llegar allí donde son más necesarios. Sin descartar otras posibilidades, habría que analizar abordajes como el uso de la teleformación, etc., para lograr el objetivo de formar en

estrategias de salud al núcleo de los profesionales sanitarios.

Es más que evidente que el logro de objetivos del tipo de la educación en salud, o la mejora de hábitos y estilos de vida, precisa de habilidades que no se suelen adquirir ni en la formación básica de profesionales sanitarios, ni en la formación continua orientada a los conocimientos.

Este objetivo busca también conseguir sistematizar la formación de los profesionales sanitarios en habilidades relacionales tales como las de comunicación, negociación, etc., que les capacite para conseguir sus objetivos en la interacción con pacientes y con la ciudadanía. El III Plan de Salud apuesta por la inclusión de este tipo de formación en los programas de la estrategia en salud.

#### Objetivos específicos:

**OE.133:** Potenciar e impulsar la formación de profesionales sanitarios (especialmente Atención Primaria) en salud sexual, para que se incorporen en la consecución de los objetivos relacionados con la salud sexual.

*LA Realizar cursos de formación dirigidos a los profesionales de los Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Sexual Reproductiva para mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y declaración de las Infecciones de Transmisión Sexual.*

- OE.134:** Potenciar la formación adecuada de profesionales de todos los ámbitos asistenciales en enfermedades neurodegenerativas/demencias.
- LA Dirigir actividades formativas a profesionales de Atención Primaria, Servicio de Neurología y Unidades de Salud Mental, para la promoción de factores protectores, la identificación precoz y la atención a lo largo del proceso.*
- OE.135:** Potenciar la formación entre profesionales en el ámbito de los cuidados paliativos adaptada a su nivel de responsabilidad y conocimientos, en colaboración con otras entidades e instituciones.
- LA Diseñar líneas de formación básica, intermedia y avanzada en cuidados paliativos para todos los profesionales del Sistema Sanitario Público Valenciano.*
- LA Desarrollar por parte de los departamentos de salud la formación básica diseñada por la EVES en cuidados paliativos definida en el Plan de cuidados paliativos.*
- LA Desarrollar por parte de la EVES en colaboración con las sociedades científicas, la formación intermedia/avanzada en cuidados paliativos definida en el Plan.*
- OE.136:** Garantizar y potenciar la formación de profesionales y la investigación en envejecimiento/dependencia.
- LA Elaborar un itinerario formativo continuo en esta área (EVES) para los profesionales de todos los ámbitos asistenciales.*
- LA Convocar ayudas a la investigación en el ámbito de las personas mayores dependientes, en situación de especial vulnerabilidad.*
- OE.137:** Desarrollar antes de fin de 2011, un programa de formación e investigación en tabaquismo alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales existentes.
- LA Realizar cursos de formación para el abordaje y tratamiento del tabaquismo en todos los departamentos de salud con periodicidad mínima anual.*
- LA Incentivar la realización de proyectos de investigación en relación al tabaquismo y su tratamiento.*
- LA Incentivar el registro sistemático del consumo de tabaco en la historia clínica de Atención Primaria.*
- OE.138:** Potenciar la formación entre profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de Salud Mental.
- LA Diseñar propuestas de formación específicas.*
- LA Integrar la formación en Salud Mental en los Planes o itinerarios formativos de la Conselleria de Sanitat.*
- LA Impartir cursos monográficos sobre diferentes patologías de Salud Mental que incluyan prevención, diagnóstico y tratamiento.*

## DESARROLLO FUTURO

### **T** Desarrollar las TIC y la e-salud como instrumento estratégico

**T1** Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para gestionar la salud

**T2** Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía

### **T** Desarrollar las tecnologías de la información y comunicación y la e-salud como instrumento estratégico

La apuesta estratégica del III Plan de Salud por las nuevas tecnologías recoge el hecho de que éstas se han convertido en una herramienta central de diferenciación y aportación de valor añadido.

La progresiva implantación de los servicios de receta electrónica en la Comunitat (con un total de 2.297 oficinas de farmacia), iniciada en 2008 es un claro ejemplo de ello, dando servicio en la actualidad, a más de 788.400 ciudadanos, a través de 373 oficinas de farmacia con servicios de receta electrónica. Este tipo de dispensación, implantado al 100% en la provincia de Castellón y desplegada progresivamente en Alicante y Valencia, supone un elemento clave para el uso eficiente de los recursos sanitarios y además un fuerte impulso para que las nuevas tecnologías se acerquen cada vez más al ciudadano.

La Conselleria de Sanitat, está haciendo desde hace muchos años, un notable esfuerzo por la innovación en la implementación de las TIC en toda la red sanitaria de la Comunitat, ya que los sistemas de información son un componente esencial de la actividad asistencial, sin los cuales no se puede concebir una asistencia sanitaria de calidad, segura eficiente y competitiva. La información es un elemento primordial en la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios y, por tanto, los sistemas que facilitan su mane-

jo son una herramienta fundamental en el trabajo de los profesionales.

La incorporación de sistemas automatizados, de ayudas en los procesos clínicos (alertas, apoyo a la toma de decisiones sobre tratamientos, recordatorios...) aportan inteligencia a los sistemas de información y mejoran notablemente la calidad de la atención.

La incorporación de las TIC como nuevos canales de comunicación interactiva con el paciente o ciudadano, como Sanitat 24 y el uso de internet, móviles, redes sociales..., acercan los servicios públicos al ciudadano.

### **T1** Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud

Las Tecnologías de la Información y Comunicación se encuentran en pleno proceso de incorporación de "inteligencia" a la rutina de los sistemas.

La considerable implantación que tienen ya los sistemas automatizados en nuestra comunidad, ofrece enormes oportunidades para incorporar sistemas que faciliten al profesional y al usuario, sacar de estos sistemas el máximo rendimiento, tanto en su utilización en el contacto con el ciudadano o paciente, como en la capacidad de explotar la información y analizar perfiles y situaciones.

Se trata, por un lado, de incorporar sistemas de ayuda inteligentes a la tarea cotidiana de profesionales y pacientes, en la línea de la estrategia de salud y, por

otro lado, también se pretende analizar la información, identificar perfiles de pacientes con problemas especiales, segmentar colectivos para el diseño de programas diferenciados, o evaluar los resultados de las intervenciones.

En suma, incorporar inteligencia a los sistemas como herramienta de mejora de la eficiencia y los resultados

### Objetivos específicos:

**OE.139:** Desarrollar el Sistema de Información en Salud Pública atendiendo a sus diferentes áreas funcionales: aspectos sociodemográficos, estado de la salud y sus principales factores determinantes, así como, sobre la situación del sistema de atención sanitaria.

*LA Desarrollar la normativa de regulación del SISP mediante la puesta en funcionamiento de las comisiones gestoras previstas en la normativa: Comisión de Evaluación y la de Gestión y Desarrollo.*

**OE.140:** Capacitar al sistema para segmentar la población e identificar los grupos de pacientes con riesgos más importantes, para realizar las intervenciones oportunas.

*LA Desarrollar la clasificación o clasificaciones de segmentación de pacientes.*

**OE.141:** Potenciar la selección de tratamientos que se adecuen a las recomendaciones recogidas en guías y protocolos incorporados en la herramienta de prescripción informatizada.

*LA Fomentar el uso racional de medicamentos, a través de la prescripción de tratamientos*

*basados en guías y protocolos que se fundamentan en la evidencia disponible.*

**OE.142:** Mantener, desarrollar y mejorar los sistemas de información en cáncer (SIC) para que puedan ser útiles en la monitorización y evaluación del plan oncológico y de las actividades relacionadas con la oncología.

*LA Analizar la tendencia temporal de incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer en la Comunitat Valenciana.*

**OE.143:** Mejorar la integración y eficiencia de los sistemas de información relativos a la salud de los trabajadores.

*LA Puesta en marcha de un portal on-line para la comunicación entre los SPRL y la Conselleria de Sanitat que incluya los trámites administrativos y el intercambio de información sobre las actividades sanitarias para la prevención de riesgos para la salud de origen laboral.*

*LA Posibilitar a todos los médicos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales la conexión al SISVEL para la comunicación on-line de las sospechas de enfermedades profesionales detectadas al realizar la VST.*

*LA Mejorar el intercambio de información sobre la salud de los trabajadores entre la Conselleria de Sanitat, la Administración laboral, el personal sanitario de los SPRL de las empresas y de las MATEPSS, con perfiles de usuarios específicos al SISVEL.*

- OE.144:** Implementar un sistema de información confidencial, específico y de calidad que permita el análisis de información relativa a nuevas infecciones por VIH y casos sida.
- LA *Puesta en marcha del sistema de vigilancia epidemiológica específico.*
  - LA *Establecer líneas de seguimiento que permitan disponer de un sistema de información estable y de calidad de nuevas infecciones y casos sida.*
- OE.145:** Configurar un mecanismo efectivo para compartir información clínica entre todos los profesionales sanitarios de la AVS independientemente de la diversidad de orígenes.
- LA *Desarrollar e implantar plenamente la Historia de Salud Electrónica (HSE) en todos los departamentos y centros de la AVS.*
  - LA *Normalizar terminologías e implantar estándares que garanticen la interoperabilidad de los distintos sistemas en el ámbito de la AVS y de éstos con sistemas externos.*
- OE.146:** Proporcionar a los profesionales herramientas para el acceso y manejo de la información clínica (incluidos los resultados de pruebas, imagen médica, etc.) que sean útiles, eficientes y con buen nivel de aceptación por parte de los usuarios.
- LA *Refactorización y evolución de Abucasis II.*
  - LA *Culminación del desarrollo de Orion-Clinic.*
  - LA *Extensión de la implantación de Orion-Clinic a todos los departamentos gestionados por la Agència Valenciana de Salut.*
- LA Unificación de interfaces de usuario de las diferentes aplicaciones corporativas de gestión clínica, incorporando estándares internacionales de presentación de datos clínicos.*
- OE.147:** Garantizar la seguridad, la privacidad, el control de acceso y la continuidad del servicio en los sistemas de uso asistencial.
- LA *Consolidación del certificado electrónico como medio generalizado de acceso a los sistemas asistenciales.*
  - LA *Establecimiento de mecanismos que aseguren la continuidad del servicio en todos los sistemas asistenciales de carácter crítico.*
- OE.148:** Revisar y optimizar la definición de los procesos clave relacionados con la asistencia sanitaria, incorporándola a la construcción de las herramientas de gestión clínica.
- LA *Inclusión de vías clínicas en los sistemas del entorno de HSE.*
  - LA *Implantación de una plataforma para la gestión del paciente crónico integrada con los sistemas corporativos.*
  - LA *Deslocalización de la asistencia sanitaria en aquellos procesos que sean susceptibles de ello en base a la utilización de TIC (Telemedicina, teleasistencia, telediagnóstico).*
- OE.149:** Facilitar a los profesionales mecanismos para utilizar la información contenida en los sistemas para el análisis y el mejor conocimiento de sus pacientes, patologías, condicionantes de salud, necesidades, utilización de servicios, etc.

LA *Incluir en los sistemas para la gestión clínica herramientas de análisis de datos.*

LA *Disponer de un repositorio que agregue toda la información susceptible de ser explotada con dicha finalidad.*

**OE.150:** Establecer mecanismos para el aprovechamiento óptimo de la información en la toma de decisiones estratégicas y de planificación, gestión e investigación.

LA *Creación de herramientas para el seguimiento de los principales indicadores de funcionamiento de la organización (cuadros de mando) que faciliten las decisiones estratégicas y de planificación y gestión.*

LA *Creación de herramientas para la explotación de datos que faciliten el desarrollo de la investigación, garantizando la anonimización de los datos y su acceso a los profesionales autorizados.*

**OE.151:** Poner a disposición de los profesionales herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas que mejoren la práctica asistencial y la seguridad del paciente.

LA *Definir criterios para la toma de decisiones clínicas que puedan incorporarse a las herramientas de gestión clínica (alergias, interacciones, guías de prescripción, guías diagnósticas, guías de derivación...).*

LA *Incorporar las aplicaciones clínicas herramientas para dar soporte a la toma de decisiones clínicas.*

## **T2      Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía**

A pesar de la incorporación de algunas iniciativas de gran impacto, la utilización de estas tecnologías tanto para los servicios sanitarios como para la educación sanitaria parece aún bastante limitada.

El objetivo en este campo es que las TIC se conviertan en un canal de comunicación y uso de servicios entre los ciudadanos o pacientes y los profesionales o recursos.

Ello implica no sólo sumar iniciativas aisladas, sino realizar un planteamiento global para transformar, los canales de comunicación con el usuario a través de las TIC, en uno de los canales más importantes de los servicios sanitarios y la promoción y prevención.

### **Objetivos específicos:**

**OE.152:** Aumentar la dispensación por receta electrónica (RELE).

LA *Incrementar el número de zonas básicas de salud en las que está implantado el Servicio de Receta Electrónica (RELE)*

**OE.153:** Facilitar el acceso de la ciudadanía a su información clínica y a las recomendaciones y consejos de salud ajustados a sus necesidades (carpeta personal de salud).

LA *Desarrollar e implantar plenamente la carpeta personal de salud.*

## DESARROLLO FUTURO

### U Construir los canales de intersectorialidad

U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales

**OE.154:** Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación del paciente con el personal sanitario responsable de su proceso que permitan su seguimiento óptimo.

LA *Desarrollar e implantar portales colaborativos para poner en comunicación a la ciudadanía con los profesionales sanitarios.*

**OE.155:** Aprovechar los diferentes medios que ofrece la tecnología para mejorar la comunicación con la ciudadanía.

LA *Extender la utilización del servicio de acceso a la historia de salud desde el teléfono móvil*

LA *Habilitar mecanismos de teleconsulta a través de internet y de TDT*

**OE.156:** Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación entre los profesionales para facilitar la cooperación y el intercambio de conocimiento.

LA *Desarrollar e implantar portales colaborativos para poner en comunicación a los profesionales sanitarios.*

### U Construir los canales de intersectorialidad

#### U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales

Las intervenciones en materia sanitaria se fundamentan en el ordenamiento jurídico, que establece el marco legal de regulación en ciertas materias, a nivel estatal y en otras a nivel estatal y/o autonómico.

Sin embargo, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios ni políticas sanitarias, sino que influyen también de manera considerable, las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles. Salud en todas las políticas supone identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios, tales como la educación, el mercado laboral, el urbanismo etc en los que se transmiten o generan desigualdades.

La apuesta por liderar la intersectorialidad, implica poner un esfuerzo especial en consolidar o crear los canales de trabajo con los sectores y representantes políticos, económicos y sociales.

El objetivo principal es consolidar a la Conselleria de Sanitat como líder técnico, en los temas de salud para diferentes sectores sociales cuando necesiten información para realizar intervenciones de mejora de la salud y los hábitos de la población.

## DESARROLLO FUTURO

### V Diseñar servicios eficientes

V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad

Por tanto, el III Plan de Salud monitorizará que la Conselleria de Sanitat dedique un esfuerzo especial a analizar la situación de los canales de intersectorialidad para proponer y desarrollar los mismos.

#### Objetivos específicos:

**OE.157:** Implantar mecanismos de coordinación y corresponsabilidad entre las Consellerias de Sanitat y Bienestar Social en la atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

*LA Elaborar el acuerdo de coordinación entre ambas Consellerias.*

*LA Implantar el Acuerdo de coordinación entre ambas Consellerias.*

**OE.158:** Impulsar la colaboración con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales y laborales de cáncer.

*LA Realizar intervenciones con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales de cáncer.*

*LA Realizar intervenciones con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos laborales de cáncer.*

### V Diseñar servicios eficientes

#### V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad

Como ya se ha comentado, la apuesta por la sostenibilidad del III Plan de Salud, implica centrarse en generalizar las intervenciones con mayor coste-efectividad.

Ello supone una atención especial en actualizar la información evaluativa y seleccionar las intervenciones con mayor evidencia de resultados. Este cometido puede ser realizado mediante las tradicionales revisiones bibliográficas, o bien mediante proyectos específicos de I+D+i que contribuyan a medir y aclarar la evidencia.

Esto implica prestar una especial atención a la aplicación de nuevas intervenciones, con vistas a la introducción de nuevos mecanismos de financiación y de gestión que favorezcan una mayor eficiencia en el uso de los recursos, garantice la calidad de las prestaciones, permita su sostenibilidad financiera y preserve el principio de equidad en el acceso a los servicios.

#### Objetivos específicos:

**OE.159:** Ampliar la cobertura de la información recogida en la Nota Informativa entregada a los pacientes en el momento del alta hospitalaria.

*LA Integrar la aplicación de soporte a la Nota Informativa con la información sobre la acti-*

*vidad de laboratorios y las prótesis para mejorar la cobertura de la información recogida en la Nota.*

**OE.160:** Incrementar el número de estudios que analizan aspectos de coste-efectividad de las tecnologías e intervenciones sanitarias, en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

*LA Incluir la "evaluación económica de medicamentos, tecnologías e intervenciones sanitarias" entre las líneas prioritarias de investigación en las convocatorias de ayudas a proyectos de investigación dependientes de la Conselleria de Sanitat.*

**OE.161:** Crear la plataforma para la futura Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut.

*LA Configurar y poner en marcha la plataforma.*

**OE.162:** Elaborar catálogos normalizados para el registro de la actividad asistencial y el cálculo de costes.

*LA Elaboración de catálogos normalizados para el registro de la actividad asistencial y el cálculo de costes.*

*LA Constitución de grupos de trabajo para cada especialidad y elaboración conjunta del listado conceptual de técnicas y procedimientos no ambulatorios realizados.*

*LA Valoración de los costes individuales directos asociados a cada una de las pruebas que integran cada uno de los catálogos de las distintas especialidades.*

**OE.163:** Llevar a cabo auditoria interna de los departamentos de salud y avanzar en la implantación del control de gestión.

*LA Poner en marcha un proyecto piloto para implementar las auditorias internas periódicas en los centros que integran los departamentos de salud, implantar la cultura del control de gestión de la organización.*

# SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN







## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La evaluación se desarrollará a partir de la medición o estimación de los indicadores fijados para los objetivos específicos, utilizando para ello las fuentes de información seleccionadas. Para ello y de forma previa, se verificará que los indicadores propuestos en el Plan puedan extraerse de los Sistemas de Información seleccionados a fin de realizar las actuaciones necesarias para que los mismos estén operativos en la evaluación del III Plan.

El abordaje de las tareas de evaluación y seguimiento del Plan de Salud 2010-2013, requiere el compromiso de todos los niveles implicados.

Para ello se han establecido diferentes niveles de responsabilidad, que serán ejercidos por: el Comité de Dirección; la Comisión Técnico-Directiva de elaboración y seguimiento; los órganos dependientes de la Conselleria de Sanitat, responsables de las diferentes áreas de actuación del Plan de Salud, o de los objetivos fijados en el caso de los objetivos de carácter transversal; los coordinadores de las áreas de actuación y los grupos de expertos. Las responsabilidades de los diferentes niveles implicados quedan recogidas en el apartado 2.2 del Plan de Salud.

La Oficina del Plan de Salud, dependiente de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat, realizará las siguientes funciones:

- Coordinación del proceso de elaboración del Plan.
- Redacción del documento del III Plan de Salud.
- Coordinación de la puesta en marcha del Plan de Salud.
- Impulso de la difusión del Plan, en todos los niveles de organización de la Conselleria de Sanitat involucrados.
- Coordinación de los agentes implicados en los diferentes niveles de responsabilidad.
- Evaluación continuada a partir de la información facilitada por los coordinadores, apoyados por los expertos.
- Propuesta de acciones correctoras.
- Monitorización del grado de cumplimiento.
- Evaluación final a partir de la información facilitada por los coordinadores, apoyados por los expertos.

Las evaluaciones del Plan tendrán un carácter anual, con independencia de la evaluación inicial de partida que se realice con la puesta en marcha del mismo. Además de las evaluaciones citadas sobre la consecución de los objetivos propuestos se realizarán por los coordinadores de las áreas de actuación o de los objetivos de carácter trans-

versal, con la periodicidad oportuna, informes sobre la evolución de las líneas de actuación propuestas para el logro de los objetivos, para incorporar, en caso necesario, medidas de mejora.

La monitorización y difusión de los resultados obtenidos a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, a través de diversos canales, constituye en sí un objetivo específico, asumido por la Oficina del Plan de Salud, para garantizar una información de calidad a los agentes sociales.

# FINANCIACIÓN





 **FINANCIACIÓN**

Si convenimos que el Plan de Salud es un instrumento ambicioso en el que se enmarca la política de salud, y no solo sanitaria de la población de la Comunitat Valenciana, la concreción de su aspecto económico financiero es vital para poder evaluar el compromiso real que la Administración Autonómica adquiere con la ciudadanía con el objeto de contribuir en la mejora de su calidad de vida.

A partir del conocimiento de ese Plan, y en el contexto del entorno económico de cada momento, la Administración Autonómica es la que prioriza los objetivos, y dota de los medios necesarios para su consecución. Así, cada uno de los ejercicios presupuestarios reflejará la cuantía de los medios económicos que las Cortes decidan poner a disposición de la salud, expresando así la verdadera importancia que tiene este compromiso que ha adquirido con su población. La medida pues de este compromiso, se concretará en cada una de las Leyes de Presupuestos que se aprueban anualmente.

Dado el carácter transversal del Plan de Salud, carece de una partida presupuestaria concreta. La consecución del Plan afecta a todos los capítulos y programas del Presupuesto anual de la Generalitat, destinado a Sanidad, si bien es cierto que el 1,5% del Presupuesto asignado, es dedicado a otras partidas distintas de la estricta atención sanitaria, y de las actividades propias de la salud pública como la protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En consecuencia podemos afirmar que el 98,5% del Presupuesto aprobado para la Conselleria de Sanitat se dedica a financiar los objetivos que se incluyen en el Plan de Salud. Por lo que en base a los Presupuestos de la Generalitat para el año 2010 y 2011 (Ley 13/2009, de 29 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2010 y Ley 17/2010, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2011), y, debido a la particular situación económica que atravesamos, tomando como referencia el año 2011 para los próximos años 2012 y 2013, su imputación económica es la siguiente:

Año 2010: 5.634 millones de euros.

Año 2011: 5.432 millones de euros.

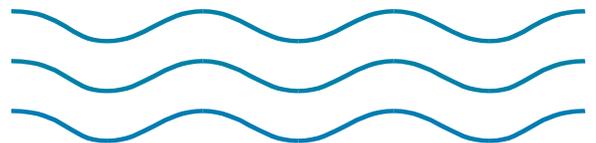
Año 2012: 5.432 millones de euros.

Año 2013: 5.432 millones de euros.

Por lo que el importe total que dedicará nuestra Administración Sanitaria para atender las necesidades previstas en el III Plan de Salud se sitúa en torno a 21.930 millones de euros, a falta de los reajustes que haya que realizar a las anualidades estimadas para los años 2012 y 2013 con la publicación de las Leyes de Presupuestos de la Generalitat correspondientes, dependientes de los objetivos de recorte del déficit público que se establezcan en cada momento.



# **BIBLIOGRAFÍA**







## BIBLIOGRAFÍA

- Ciudad Autónoma de Ceuta. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud de Ceuta 2008-2011*.
- Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2007) 630 final, Bruselas. “Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE 2008-2013”.
- Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2009) 567/4, Bruselas. “Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE”.
- Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2010) 546 final, Bruselas. “Europa 2020: una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”.
- Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, 23 de octubre de 2007. “Segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud 2008-2013”.
- Decreto 154/2006, de 13 de octubre, del Consell, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5371, 20 octubre 2006).
- Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5518, 23 abril 2007).
- Decreto 120/2007, de 27 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat. (DOCV núm. 5566, 30 julio 2007).
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Plan de Salud de Catalunya en el horizonte 2010*.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. II Plan Integración Familia e Infancia 2007-2010.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Plan Integral para la Atención a Personas con Discapacidades Persistentes por Enfermedad Mental 2009-2015.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Plan de Igualdad de Oportunidades 2010-2013.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas. I Plan de Igualdad entre Mujeres y Hombres de la Administración de la Generalitat 2010-2012.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas. Plan Estratégico para la Mejora Continua de la Seguridad y Salud Laboral de los Empleados Públicos de la Generalitat 2010-2013.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. I Plan del SIDA de la Comunitat Valenciana 1997.

- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Seguridad Alimentaria de la Comunitat Valenciana 2001.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *I Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2001-2004.*
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de la Dirección General de Salud Pública 2004.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Excelencia de la Sanitat Valenciana 2005.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2005.*
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *II Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009.*
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico sobre drogodependencias u otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana 2006-2010.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de diabetes de la Comunitat Valenciana 2006-2010.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de Investigación Sanitaria y Biomédica 2006-2010.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico para el control y calidad de la farmacia, medicamentos y productos sanitarios en la Comunitat Valenciana 2007.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana 2007-2010.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos de la Comunitat Valenciana 2007-2011.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Atención a personas con enfermedades crónicas 2008: una estrategia para la gestión por procesos en hospital de media y larga estancia.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico para la gestión de la formación especializada en ciencias de la salud en la Comunitat Valenciana 2008-2011.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares de la Comunitat Valenciana 2009.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana 2009.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut 2009-2011.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Sistemas de Información 2009-2011.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Estratégico de I+D+i en Salud Pública de la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. II Plan para la prevención y control de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de gestión de la seguridad del paciente de la Comunitat Valenciana 2009-2013.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, (en prensa).
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de inspección de servicios sanitarios de la Conselleria de Sanitat 2010.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013.

- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Salud en EPOC de la Comunitat Valenciana 2010-2014.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de atención al ICTUS de la Comunitat Valenciana 2011-2015.
- Gobierno del País Vasco. Departamento de Sanidad. *Plan de Salud del País Vasco 2002-2010*.
- Gobierno de Navarra. *Plan de Salud de Navarra 2006-2012*.
- Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. *Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral 2007-2010 del Principado de Asturias*.
- Gobierno de Cantabria. *Plan de Gobernanza de Cantabria 2008-2012*.
- Gobierno de la Rioja. *Plan de Salud de La Rioja 2009-2013*.
- Gobierno de Canarias. Borrador del Plan de Salud de Canarias 2010-2015.
- Junta de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010*.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012*.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*.
- Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – Measures that drive performance. Harvard Business Review. 1992; (January – February): 71-79.
- Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad. (BOE núm. 102, 29 abril 1986).
- Ley 3/2003, de 6 de febrero. Ley de Ordenación Sanitaria en la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 4.440, 14 febrero 2003).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, 29 mayo 2003).
- Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat. Ley de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5.034, 23 junio 2005).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad (NAOS) 2005.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de diabetes del SNS 2006.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de salud mental del SNS 2009-2013.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de cardiopatía isquémica del SNS 2006, actualizada en 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en cuidados paliativos del SNS 2007.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el SNS 2007.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Proyecto AP21.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia del ICTUS del SNS 2008.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España 2008.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en cáncer del SNS 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del SNS 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Enfermedades Raras del SNS 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategias básicas de abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros 2009.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2010.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (1998): Salud21 “Salud para todos en el siglo XXI”. 51<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1998. Copenhague.

Organización Mundial de la Salud. “La Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles”. 61<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, 18 abril 2008. Disponible en URL: [http://www.who.int/media-centre/events/2008/wha61/issues\\_paper2/es/](http://www.who.int/media-centre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/).

Organización Mundial de la Salud. “La política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS, 2002”. Disponible en URL: <http://www.who.int/gender/documents/sppolicy.pdf>.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa de la OMS. Los Hechos Probados, “Los determinantes sociales de la salud, 2003”. Disponible en: URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/).

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa de la OMS. 55<sup>o</sup> Sesión del Comité Regional de la OMS para Europa, septiembre 2005. “Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia: Herramienta de género, 2007”. Disponible en URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/herramGeneroEstratInfanAdolesc.pdf>.

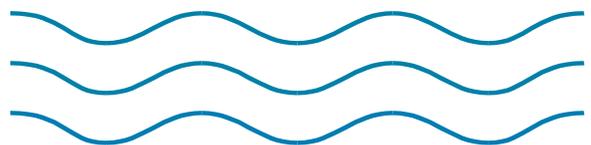
Organización Mundial de la Salud. “Resumen Analítico: Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana, 2009”, noviembre 2009. Disponible en URL: [http://www.who.int/dg/speeches/2009/women\\_health\\_report\\_20091109/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2009/women_health_report_20091109/es/).

Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen procedimiento y plazos para los Planes integrados de salud. (BOE núm. 179, 28 julio 1989).

Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud de Murcia 2010-2015*.

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Secretaría General. *Plan de Salud de Galicia 2006-2010*.

**ANEXOS**







## ANEXO I

# INDICADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MAPA ESTRATÉGICO DEL PLAN DE SALUD 2010-2013

### A Satisfacción

<b>A1 Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.1 Mejorar la satisfacción percibida por los pacientes en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios.	—Índice sintético de satisfacción.	~ Encuestas de Opinión de Pacientes (DG Calidad y Atenc. Paciente).

### C Sostenibilidad

<b>C1 Garantizar la sostenibilidad económica del Sistema</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.2 Mantener incrementos de costes sostenibles.	—Variación del coste por habitante.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## D Responsabilizarse cada paciente de su salud

<b>D1 Lograr un mejor cumplimiento de los tratamientos</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.3 Alcanzar un 25% de pacientes hipertensos de 15 o más años de edad en los que se registra en la historia clínica el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los últimos 2 años.	—Porcentaje de pacientes hipertensos de 15 o más años de edad, en los que se registra en la historia clínica, el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los últimos 2 años.	~ ABUCASIS.
OE.4 Disminuir la contagiosidad y las recidivas de los pacientes con Tuberculosis que requieren un enfoque específico por su riesgo de abandono del tratamiento, mejorando el acceso al mismo en el tiempo y lugar necesarios.	—Porcentaje de casos de TB con riesgo de abandono que completan el tratamiento.	~ AVE.
OE.5 Facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral y los programas de adherencia al mismo.	—Hospitales que disponen de protocolo de Profilaxis Postexposición No Ocupacional (PPENO) en el servicio de urgencias.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.6 Mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes drogodependientes en los dispositivos de la Agència Valenciana de Salut y de los recursos complementarios de drogodependencias.	—Porcentaje de citas a las que acude el paciente sobre las programadas en UCAS.	~ SIA.
	—Porcentaje de altas terapéuticas de centros complementarios de DG Drogodependencias con cumplimiento de tratamiento.	~ SIGED (Sistema de Información para la Gestión de la DG Drogodependencias).
OE.7 Revisar los historiales farmacoterapéuticos de un número determinado de pacientes crónicos y polimedcados, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la eficacia y seguridad de los tratamientos.	—Porcentaje de historiales farmacoterapéuticos revisados.	~ GAIA.

<b>D2 Participar activamente en las decisiones sobre su salud</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.8 Facilitar la toma de decisiones informadas de la población respecto a la participación en los programas de cribado de cáncer y otras intervenciones sanitarias.	—Porcentaje de materiales con contenidos para la toma de decisión sobre beneficios y perjuicios de los programas de detección precoz de cáncer, respeto al total de materiales elaborados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.9 Fomentar la participación activa del paciente mayor dependiente y su familia, de forma que se convierta en el protagonista del proceso asistencial y se garantice un trato digno.	—Pacientes que opinan que se ha respetado su intimidad, han sido adecuadamente informados, se ha tenido en cuenta su opinión y se sienten satisfechos con las atenciones recibidas.	~ Encuestas de Opinión de Pacientes (DG Calidad y Atenc. Paciente).
OE.10 Proporcionar información y formación para favorecer el desarrollo de actitudes positivas, en las mujeres y en los hombres, hacia la maternidad.	—Porcentaje de mujeres primíparas que asisten a talleres de preparación a la maternidad/paternidad.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de padres que asisten a talleres de preparación a la maternidad/paternidad.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de padres que asisten al parto.	~ ABUCASIS.

## E Conseguir los mejores niveles de capacitación

<b>E1 Mejorar el conocimiento de los riesgos para su salud</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.11 Fomentar, en población mayor de 50 años, las actividades de promoción de la salud y prevención de la artrosis (auto cuidados, educación, "paciente capacitado") frente a la hiperfrecuentación y el mal uso de los recursos.	—Número de pacientes capacitados formados por unidad básica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de sesiones formativas sobre promoción de la salud y prevención de la artrosis, individuales y en grupo, realizadas por personal médico/enfermería.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.12 Mejorar con la educación diabetológica el autocuidado del paciente con diabetes.	—Porcentaje de pacientes que reciben educación diabetológica del total de diabéticos tipo 2 conocidos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.13 Aumentar el conocimiento/sensibilización de los pacientes, sobre los riesgos de infecciones nosocomiales asociadas.	—Número de documentos de consentimiento informado donde se incluye información específica del riesgo de infección asociada a la asistencia.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

<b>E2 Disponer de personal cuidador formado y satisfecho</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.14 Identificar al cuidador/a principal de personas mayores dependientes, ofrecer soporte según la necesidad de asistencia sanitaria.	—Porcentaje de personas cuidadoras (principales informales) de personas mayores dependientes identificadas.	~ ABUCASIS.
	—Actividades formativas dirigidas a personas cuidadoras de mayores dependientes.	~ Sistema de información de la EVES. ~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.15 Proporcionar al paciente al final de la vida y a su familia/persona cuidadora información clara, veraz, de acuerdo a sus necesidades y deseos.	—Publicación de una guía de cuidadores/as donde se valore su compromiso y su aportación a la atención del enfermo y su distribución por los departamentos de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de familiares/personas cuidadoras que acuden a los talleres de educación sanitaria para el apoyo al cuidador.	~ Sistema de información de la EVES.
OE.16 Proporcionar al personal cuidador/familiares de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), un adecuado soporte asistencial en función de sus necesidades.	—Programas de atención a personas cuidadoras y familiares incorporados en todos los departamentos de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.17 Fomentar la competencia parental en el cuidado de la salud infantil.	—Porcentaje de familias de recién nacidos que asisten a talleres de crianza (masaje infantil, lactancia materna).	~ ABUCASIS.

## F Conseguir mejores oportunidades de vida sana

<b>F1 Mejorar los hábitos y estilos de vida</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.18 Incrementar en un 5%, la población consumidora de dos o más frutas y/o dos o más verduras al día.	—Porcentaje de población consumidora de dos o más frutas/verdura al día.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.19 Disminuir a una prevalencia del 15% la población infantojuvenil de, 6 a 15 años, que consume 3 o más productos dulces (bollería, refrescos) a la semana.	—Porcentaje de población de 6 a 15 años con consumo de productos dulces y bollería de 3 o más veces a la semana.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
	—Porcentaje de población de 6 a 15 años con consumo de refrescos de 3 o más veces a la semana.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.20 Disminuir en un 8%, la prevalencia de población que declara no realizar nada de ejercicio físico en su tiempo libre.	—Porcentaje de población con sedentarismo en su tiempo libre.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.21 Promocionar acciones que conduzcan a la disminución del peso del material escolar que la población infantil lleva en las mochilas.	—Porcentaje de Centros de Primaria y ESO en los que se da una charla sobre el peso adecuado del material escolar a llevar en las mochilas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de editoriales con libros de texto para Primaria y ESO a las que se les sugiere dividir los libros en 3 6 4 fascículos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.22 Promover en la población adolescente, en el medio escolar, actitudes y prácticas saludables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.	—Porcentaje de Centros Educativos con intervención en Educación para Salud Sexual.	~ EPS.
OE.23 Aumentar la percepción de riesgo de los jóvenes de 15 a 24 años, frente al consumo de alcohol y otras drogas, en especial cannabis y psicoestimulantes.	—Porcentaje de población joven que considera riesgo alto/muy alto el consumo habitual de alcohol, psicoestimulantes y cannabis.	~ Encuesta Domiciliaria de Drogas.

<b>F2 Asegurar las intervenciones preventivas</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.24 Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el RVN frente a: Polio 3ª dosis (6 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 1ª dosis (15 meses) > 90%; DTPa 4ª dosis (18 meses) > 90%; Triple Vírica (TV) 2ª dosis (5-6 años) > 85% y Tétanos/Difteria adolescentes (Td) 6ª dosis (14 años) > 85%.	—Cobertura de vacunación registrada en polio 3ª dosis (6 meses).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en Triple Vírica 1ª dosis (15 meses).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en DTPa 4ª dosis (18 meses).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en Triple Vírica 2ª dosis (5-6 años).	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en Td 6ª dosis (14 años).	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.25 Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a: Gripe en $\geq 65$ años > 60%; Gripe en el grupo de riesgo "trabajadores de centros sociosanitarios" > 50%; Gripe en población < 15 años de los grupos de riesgo > 50%.	—Cobertura de vacunación registrada de gripe en población $\geq 65$ años.	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada de gripe para cualquier grupo de riesgo en < 15 años.	~ SIV. ~ SISGEREN.
	—Cobertura de vacunación registrada en el grupo de riesgo "trabajadores de centros sociosanitarios".	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.26 Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) frente a Neumococo en $\geq 15$ años de las personas con asplenia y/o con VIH > 30%.	—Cobertura de vacunación registrada de neumococo en pacientes asplénicos y/o VIH en $\geq 15$ años.	~ SIV. ~ SISGEREN.

**F2 Asegurar las intervenciones preventivas (Cont.)**

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.27 Incrementar la cobertura vacunal de las niñas de 14 años frente al virus del papiloma humano un 10% en cada cohorte tomando como referencia la cobertura vacunal alcanzada en la cohorte de 1995.	—Diferencia entre el porcentaje de niñas vacunadas en la cohorte y el porcentaje de niñas vacunadas de la cohorte anterior.	~ SIV. ~ SISGEREN.
OE.28 Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, en la población adulta a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio (2013).	—Prevalencia de adultos entre 15 y 85 años diagnosticados con criterios de obesidad o sobrepeso según criterios de la SEEDO 2007.	~ ABUCASIS.
OE.29 Frenar la tendencia ascendente en la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), en la población infantil.	—Porcentaje de población de 0-14 años con IMC $\geq$ P85 (tablas de referencia OMS, según sexo y periodo etario)	~ ABUCASIS.
OE.30 Mejorar la detección precoz y el abordaje preventivo y terapéutico de los niños/as con exceso de peso (sobrepeso y obesidad).	—Porcentaje de población de 0-14 años con IMC $\geq$ P85 (tablas de referencia OMS, según sexo y periodo etario) con registro de un código (CIE 9) de sobrepeso-obesidad en la historia clínica informatizada (Abucasis).	~ ABUCASIS.
OE.31 Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en mayores de 15 años de manera que, al finalizar el periodo de vigencia del Plan, no supere el 26,5% (30% en hombres y 23% en mujeres).	—Porcentaje de personas mayores de 15 años que se declaran fumadoras ocasionales o diarias.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.32 Disminuir las consecuencias del uso problemático del alcohol u otras drogas con especial atención a los accidentes de tráfico.	—Número de fallecidos en accidentes de tráfico con implicación de alcohol u otras drogas (prueba analítica confirmada).	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de intoxicaciones agudas por alcohol u otras drogas.  —Morbilidad (dependencia y abuso, cirrosis, pancreatitis, neumonías por aspiración, traumatismos).	~ CMBD.  ~ SIA. ~ CMBD.
OE.33 Asegurar las medidas de prevención y de detección precoz en las primeras etapas de la vida para disminuir la discapacidad.	—Porcentaje de recién nacidos en los que se ha realizado el cribado de enfermedades endocrinometabólicas y de hipoacusia.	~ RMBCV. ~ Hipoacusia de la DGSP.
	—Porcentaje de recién nacidos prematuros de peso al nacer inferior a 1500 g atendidos en Centros de Atención Temprana.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.34 Disminuir la tasa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento (peso menor de 2500 g).	—Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a los 2.500 g en la Comunitat Valenciana.	~ RMBCV.
OE.35 Aumentar la detección precoz del cáncer, extendiendo el programa de detección precoz de cáncer colorrectal y mejorando la equidad en el acceso a los programas de detección precoz y protocolos ya establecidos (mama y cuello de útero).	—Cobertura del programa de cáncer colorrectal y de cervix.	~ Programa de cáncer de colon. ~ ABUCASIS.
	—Participación del programa de cáncer mama, colorrectal y cervix.	~ Programa de cáncer de colon. ~ SIGMA. ~ ABUCASIS.
OE.36 Alcanzar en los pacientes de 40 ó más años de edad, un registro en la historia clínica de cifras de presión arterial de un 50% en los últimos dos años.	—Porcentaje de pacientes de 40 ó más años de edad, con un registro en la historia clínica de cifras de presión arterial en los últimos dos años.	~ ABUCASIS.
OE.37 Aumentar la realización de intervenciones breves desde la Atención Primaria para la detección precoz del consumo problemático de alcohol.	—Número de intervenciones breves en alcohol en Atención Primaria.	~ SIA.
OE.38 Fomentar la detección precoz de enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide y espondiloartritis).	—Porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica (artritis reumatoide y espondiloartritis) detectados en los primeros 2 meses de enfermedad.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

<b>F2 Asegurar las intervenciones preventivas (Cont.)</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.39 Disminuir la incidencia de tuberculosis mediante el estudio y tratamiento correspondiente, de los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico positivo.	—Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar con estudio microbiológico positivo a los que se realiza estudio de contactos.	~ AVE.
OE.40 Reducir la incidencia de la infección por VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).	—Incidencia de la infección por VIH en HSH.	~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.41 Desarrollar estrategias de prevención primaria dirigidas a la prevención, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular.	—Porcentaje de personas a las que se les ha detectado algún factor de riesgo cardiovascular y que aún no han desarrollado síntomas de enfermedad a las que se les ha calculado y valorado el riesgo cardiovascular.	~ ABUCASIS.
OE.42 Alcanzar el 60% de pacientes hipertensos de edad $\geq 15$ años, con cifras de presión arterial sistólica $< 140$ y presión arterial diastólica $< 90$ mmHg en el último registro de la presión arterial, realizado en los 12 meses previos.	—Porcentaje de pacientes hipertensos $\geq 15$ años, con cifras de presión arterial sistólica $< 140$ y presión arterial diastólica $< 90$ mmHg en el último registro de la presión arterial, realizado en los 12 meses previos.	~ ABUCASIS.
OE.43 Mejorar el diagnóstico de dislipemia en población general.	—Porcentaje de personas con determinación del colesterol sérico y HDL en los últimos 5 años del total de la población mayor de 18 años.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes dislipémicos con determinación en el último año del perfil lipídico (colesterol total, HDL y triglicéridos) del total de pacientes dislipémicos.	~ ABUCASIS.
OE.44 Incrementar la detección precoz de pacientes diabéticos con pie de riesgo en Atención Primaria.	—Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y exploración de pie en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
OE.45 Proporcionar acceso precoz a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca para los pacientes dados de alta hospitalaria por síndrome coronario agudo, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.	—Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio incluidos en programas de prevención secundaria y de rehabilitación cardiaca.	~ CMBD.
OE.46 Desarrollar estrategias para la prevención secundaria del ictus.	—Porcentaje de pacientes que han sido diagnosticados de ictus, que mantienen la adherencia al tratamiento al año.	~ ABUCASIS.

## G Construir compromisos por la salud

<b>G1 Construir compromisos de promoción y prevención</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.47 Fomentar la participación familiar en las tareas de prevención del abuso del alcohol, las drogas y las adicciones comportamentales.	—Número de acciones formativas de prevención familiar y número de padres y madres formados.	~ SIPRED (Sistema de Información de Prevención de la DG Drogodependencias).
OE.48 Antes de finalizar el 2012, todos los departamentos de salud contarán con proyectos de promoción de la salud adaptados a las necesidades específicas de los mismos.	—Porcentaje de departamentos de salud con proyectos de promoción de salud adaptados a sus necesidades específicas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

<b>G2 Garantizar una información de calidad a los agentes sociales</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.49 Monitorizar y difundir, los resultados obtenidos a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, a través de distintos canales.	—Porcentaje de objetivos del Plan de Salud evaluados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de actividades de comunicación o difusión realizadas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.50 Difundir la información generada por el Sistema de Información en Salud Pública que permita un análisis periódico sobre los principales aspectos relacionados con la salud, con especial hincapié en los determinantes y desigualdades sociales en salud, al conjunto de usuarios: profesionales, administración y ciudadanos.	—Número de actividades de difusión de información: cursos de formación, jornadas y seminarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## H Contribuir a un entorno más saludable

<b>H1 Contribuir a mejorar los factores del entorno</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.51 Concienciar a la población de los perjuicios del tabaquismo pasivo.	—Porcentaje de personas no fumadoras que se declaran como no expuestas al humo de tabaco.	~ Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana.
OE.52 Asegurar el control de las industrias y establecimientos alimentarios según lo establecido en los planes de acción del Plan de Seguridad Alimentaria correspondientes al periodo 2010-2013.	—Grado de cumplimiento del Programa de Vigilancia Sistemática.	~ ISSA.

## I Mejorar la sostenibilidad

<b>I1 Contener los costes mediante intervenciones de prevención y promoción</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.53 Reducir el número de pacientes con problemas relacionados con los medicamentos (PRM), alcanzando así un mayor grado de seguridad en sus tratamientos.	—Porcentaje de reducción de pacientes con problemas relacionados con los medicamentos.	~ GAIA.
OE.54 Disminuir la tasa de reingresos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).	—Porcentaje de reingresos por EPOC dentro de los 30 días tras un alta previa por EPOC.	~ CMBD.
OE.55 Reducir los ingresos hospitalarios y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca.	—Tasa de pacientes por 100.000 habitantes que han ingresado en los hospitales de la AVS con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.	~ CMBD. ~ SIP.
	—Tasa de pacientes por 100.000 habitantes que han fallecido en los hospitales de la AVS con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca.	~ CMBD. ~ SIP.

<b>I2 Mejorar la eficiencia de los recursos</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.56 Mejorar la eficiencia de los recursos hospitalarios.	—Estancia Media Ajustada por Casuística.	~ CMBD.
	—Índice de ocupación hospitalario.	~ SISAL.

## J Gestionar adecuadamente los procesos de los pacientes

<b>J1 Implementar programas y estrategias en salud</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.57 Antes de final de 2012 se habrá diseñado un Plan Estratégico para la Promoción de una Alimentación y Actividad Física Saludables para la Comunitat.	—Presentación del Plan Estratégico.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.58 Que a la fecha de finalización del Plan de Salud, la Conselleria de Sanitat disponga de un Plan de Atención al Tabaquismo, desarrollado, alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales sobre el tabaquismo y sus consecuencias.	—Publicación del Plan de Atención al Tabaquismo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.59 Implantar la Estrategia de atención al parto y nacimiento normal en las maternidades.	—Porcentaje de cesáreas (estandarizado por indicaciones).	~ Registro de Metabolopatías.
	—Porcentaje de inicio lactancia materna.	~ Registro de Metabolopatías.
	—Porcentaje de partos inducidos (estandarizado por indicaciones).	~ ABUCASIS.
OE.60 Diseñar el Plan de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.	—Publicación del Plan de Salud Mental.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.61 Desarrollar programas para las personas con Trastorno Mental Grave de Curso Crónico, en las Unidades de Salud Mental.	—Porcentaje de Unidades de Salud Mental que desarrollan programas para las personas con Trastorno Mental Grave.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.62 Implementar un Programa de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores, en Centros de Atención Primaria y Centros Cívicos dependientes de Ayuntamientos y Asociaciones.	—Centros implicados en el Programa de "Educación para la Salud" de realización de ejercicio físico en personas mayores (en Centros de Atención Primaria y Centros Cívicos dependientes de Ayuntamiento y Asociaciones).	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
<b>J2 Garantizar una asistencia integral e integrada</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.63 Potenciar la realización de un Plan de Atención Integral (PAI) para cada paciente en: cuidados paliativos, enfermedad neurodegenerativa/demencia y trastorno mental grave de curso crónico.	—Porcentaje de personas con enfermedad neurodegenerativa/demencia con PAI contenido en la historia clínica.	~ ORION. ~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes susceptibles de cuidados paliativos en los HACLES con PAI contenido en la historia clínica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de personas con trastorno mental grave con PAI.	~ ORION. ~ ABUCASIS.
OE.64 Reducir la mortalidad por cáncer, especialmente en las personas con menos de 65 años y aumentar la supervivencia específicamente en los tumores de mama, colorrectal, próstata y pulmón acercándola a los estándares de excelencia.	—Tasa de supervivencia relativa.	~ SIC.
	—Tasa de supervivencia general.	~ SIC.
	—Tasa de mortalidad general.	~ Registro de Mortalidad CV.
	—Tasa de supervivencia global.	~ SIC.
	—Tasa de mortalidad específica por sexo, edad y tumor.	~ Registro de Mortalidad CV. ~ SIC.
OE.65 Establecer circuitos que permitan el acceso rápido a las prestaciones diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y/o atención de secuelas del cáncer.	—Tiempos entre el diagnóstico y tratamiento de los tumores de mama, colorrecto, cervix y próstata.	~ SIGMA; Programa de cancer de colon; SIC; PATWIN; ORION; ABUCASIS.

<b>J2 Garantizar una asistencia integral e integrada (Cont.)</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.66 Asegurar la atención adecuada y la continuidad asistencial en el seguimiento de las personas que son largos supervivientes de cáncer.	—Departamentos con protocolos de atención compartida por Atención Primaria y Atención Especializada para pacientes oncológicos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.67 Aumentar el porcentaje de población con ictus que es tratada en tiempo y forma adecuada.	—Porcentaje de pacientes diagnosticados de ictus que son tratados antes de 4,5 horas en una unidad de ictus.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.68 Conseguir la máxima autonomía funcional posible de los pacientes con ictus.	—Porcentaje de pacientes que a los tres meses de ser diagnosticados de ictus han mejorado su escala Rankin alcanzando un valor igual o inferior a 3.	~ ABUCASIS.
OE.69 Mejorar las estrategias de reperfusión cardiaca en el infarto agudo de miocardio.	—Número de angioplastias primarias realizadas por cada 1.000.000 de habitantes.	~ CMBD.
OE.70 Adecuar la organización del sistema sanitario para proporcionar a las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias y a sus familiares o cuidadores/as, una atención integral e integrada.	—Proceso asistencial integrado en los departamentos de salud, con elementos de calidad y prioridades definidas en función de las necesidades de la población.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.71 Adecuar la organización sanitaria a las necesidades en salud de las personas mayores dependientes, para garantizar la continuidad de los cuidados.	—Visitas medias programadas en Atención Primaria realizadas a mayores dependientes.	~ ABUCASIS.
OE.72 Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a la población mayor dependiente con pérdida de algún grado de autonomía, basada en las mejores prácticas y evidencias científicas coste-efectivas.	—Documentos de buenas prácticas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.73 Garantizar que los/as pacientes que lo requieran puedan recibir cuidados paliativos en todos los departamentos de salud; potenciando los Equipos de Atención Primaria como responsables de los cuidados paliativos.	—Porcentaje de departamentos de salud que tienen elaborado un programa de cuidados paliativos, mediante adaptación del Plan de paliativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de Equipos de Atención Primaria (EAP) con referente de cuidados paliativos en el departamento de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.74 Impulsar la actividad de las "Unidades funcionales de Diabetes", de los departamentos sanitarios, para mejorar la asistencia diabetológica en la Comunitat Valenciana.	—Actividad de las Unidades funcionales de diabetes de cada departamento de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.75 Incrementar el cribado de retinopatía diabética mediante la realización de retinografías en Atención Primaria.	—Proporción de pacientes con diabetes y retinografía realizada en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
OE.76 Fomentar el abordaje de la fibromialgia en Atención Primaria en población mayor de 18 años.	—Porcentaje de pacientes con afectación leve de la calidad de vida con diagnóstico de fibromialgia que se tratan y siguen desde Atención Primaria con control clínico específico por este motivo de salud, sin seguimiento programado por otra especialidad no de Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes diagnosticados de fibromialgia en los que consta la anamnesis y exploración en Atención Primaria, frente a los diagnosticados de fibromialgia en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
OE.77 Garantizar el acceso a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva.	—Porcentaje de primeras consultas de salud sexual y reproductiva.	~ ABUCASIS.

<b>J3 Implantar los nuevos modelos de gestión del paciente crónico</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.78 Incluir un 20% de pacientes crónicos en programas que aborden los nuevos modelos de gestión del paciente crónico.	—Número de pacientes incluidos en programas de gestión de pacientes crónicos.	~ SIA.

## K Priorizar los grupos vulnerables

<b>K1 Realizar intervenciones que se acerquen a los grupos vulnerables</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.79 Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en el último mes en el grupo de edad de entre 14 y 18 años, de manera que al finalizar el periodo de vigencia del Plan, ésta no supere el 27% (24% en hombres y 30% en mujeres).	—Prevalencia en el consumo de tabaco en el último mes en la población entre 14 y 18 años.	~ Encuesta Escolar sobre Consumo de Drogas en la Comunitat Valenciana.
OE.80 Aumentar la accesibilidad al sistema sanitario de las personas que por sus circunstancias personales, sociales o culturales se encuentran en situación de especial vulnerabilidad ante al alcohol y otras drogas, en especial menores y jóvenes, y mujeres.	—Número de programas de prevención selectiva y de tratamiento para colectivos especialmente vulnerables.	~ Registro de centros y programas acreditados de drogodependencias. ~ SIGED (Sistema de Información para la Gestión de la DG Drogodependencias). ~ SIPRED (Sistema de Información de Prevención de la DG Drogodependencias).
OE.81 Potenciar un abordaje biopsicosocial en las personas con cáncer, especialmente en niños y adolescentes.	—Porcentaje de departamentos con protocolos de circuitos de soporte biopsicosocial en pacientes diagnosticados en cáncer (tanto en adultos como en niños y adolescentes).	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de pacientes con valoración multidimensional del total de pacientes diagnosticados en cáncer (tanto en adultos como en niños y adolescentes).	~ ORION. ~ ABUCASIS.
OE.82 Identificar lo antes posible a la persona mayor dependiente en situación de especial vulnerabilidad.	—Número de pacientes identificados como mayores dependientes en Atención Primaria.	~ ABUCASIS.
	—Número de pacientes identificados como mayores dependientes en otros centros de la AVS.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
OE.83 Reducir la incidencia de la infección por VIH en población inmigrante.	—Nuevas infecciones por VIH en inmigrantes.	~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.84 Promover estrategias para disminuir la estigmatización y favorecer la integración de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).	—Número de estrategias para disminuir la estigmatización y favorecer la integración de las personas con TMG.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.85 Disminuir la incidencia de embarazos no planeados y de abortos inducidos en la población adolescente.	—Tasa de abortividad en mujeres menores de 15 y de 15-19 años.	~ INE. ~ IVE. ~ Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la CV.
OE.86 Fomentar actuaciones específicas de prevención del exceso de peso en población infantil más vulnerable a presentar riesgo de aparición de sobrepeso y obesidad, especialmente bajo nivel socioeconómico, familias inmigrantes y niños/as con necesidades educativas especiales.	—Porcentaje de Centros de Atención Primaria con al menos una actuación específica en población infantil más vulnerable que incluyan trabajo interdisciplinar e intersectorial.	~ Sistema de Información del Programa de Salud Infantil. ~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## L Realizar procesos excelentes de educación en salud

<b>L1 Utilizar exhaustivamente el conocimiento, la experiencia y el material sobre educación sanitaria</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.87 Diseñar e implantar un sistema de comunicación para la prevención de riesgos asociados al consumo de alimentos.	— Actuaciones de comunicación (charlas, folletos divulgativos...) para la prevención de riesgos ligados al consumo de alimentos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.88 Optimizar los resultados de la educación diabetológica dependiendo de los valores de la determinación de la HbA1c en el momento de la visita médica.	— Porcentaje de Unidades funcionales de diabetes infantil dotadas con medidor de HbA1c.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.89 Fomentar la sensibilización e información tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y discriminación.	— Número de actividades de sensibilización e información realizadas para proteger a las personas con VIH frente al estigma y discriminación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

<b>L2 Integrar la información al usuario a través de varios canales</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.90 Implantar sistemas integrados de relación con el paciente en los departamentos de salud.	— Número de usuarios que utilizan la información distribuida o accesible por canales TIC.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.91 Difundir y mejorar la información/formación en materia de salud sexual, mediante la elaboración y edición de diversos materiales y la aportación de las nuevas tecnologías a través del portal de salud de la Conselleria de Sanitat.	— Número de materiales educativos en Salud Sexual.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## M Incorporar al profesional en la estrategia de salud

<b>M1 Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.92 Implicar en el Sistema de Información en Salud Pública (SISP) a profesionales y organizaciones interesados/as mediante su participación en las comisiones técnicas que procuren su desarrollo.	—Número de reuniones de trabajo para la creación de los Comités técnicos, así como, las de seguimiento.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.93 Disponer de un sistema analítico de vanguardia, tanto en capacidad de análisis como en calidad de los resultados, para hacer frente a los riesgos químicos y microbiológicos relacionados con la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental.	—Grado de Cumplimiento Analítico Acreditado (GCAA).	~ LIMS.
OE.94 Mejorar la atención sanitaria de la población adulta con sobrepeso y obesidad y sus familias.	—Porcentaje de historias clínicas de Abucasis de diagnóstico de sobrepeso-obesidad según criterios SEEDO 2007 en la población entre 15 y 85 años con determinación de IMC que lo justifique.	~ ABUCASIS.
OE.95 Aumentar el número de pacientes con criterio diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se registra en la historia clínica electrónica la valoración de actividad física.	—Porcentaje de pacientes con criterio diagnóstico de EPOC en los que se registra en la historia clínica electrónica la valoración de la actividad física.	~ ABUCASIS.
OE.96 Disminuir las incidencias y/o eventos de infecciones nosocomiales asociadas a prácticas asistenciales de especial riesgo.	—Incidencia asociada a prácticas asistenciales específicas en relación al número de intervenciones específicas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.97 Mejorar la determinación del riesgo vascular en pacientes dislipémicos (CT $\geq$ 200 mg/dl y/o HDL < 40 mg/dl en hombres o HDL < 50 mg/dl en mujeres).	—Porcentaje de pacientes dislipémicos con cuantificación del riesgo vascular del total de pacientes dislipémicos.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes dislipémicos con determinación conjunta de presión arterial, hábito tabáquico, glucemia, perímetro de cintura e índice de masa corporal y perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos) del total de pacientes dislipémicos.	~ ABUCASIS.
OE.98 Mejorar el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar.	—Porcentaje de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar del total de población.	~ ABUCASIS.
OE.99 Aumentar el número de pacientes con criterio diagnóstico de EPOC, en población mayor de 40 años con historia de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año.	—Porcentaje de pacientes con criterio diagnóstico de EPOC en población mayor de 40 años con historia de consumo de tabaco mayor de 10 paquetes/año.	~ ABUCASIS.
OE.100 Identificar en cualquier nivel asistencial y lo más precozmente posible a los pacientes susceptibles de cuidados paliativos.	—Porcentaje de pacientes susceptibles de cuidados paliativos identificados con el código V66.7, en la historia clínica o el CMBD de acuerdo a criterios establecidos.	~ ABUCASIS. ~ CMBD.
OE.101 Sensibilizar a los agentes implicados para normalizar las actividades que permitan disminuir el retraso diagnóstico de la infección por VIH.	—Porcentaje de diagnósticos tardíos de sida.	~ Registro casos de SIDA ~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.102 Utilizar de forma racional los fármacos en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres mayores de 45 años.	—Porcentaje de pacientes en tratamiento de osteoporosis que tengan dos factores clínicos de riesgo de fractura osteoporótica.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Porcentaje de pacientes en tratamiento de osteoporosis con una densitometría ósea.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Porcentaje de pacientes con fractura osteoporótica previa en tratamiento de osteoporosis.	~ ABUCASIS. ~ ORION.
	—Porcentaje de pacientes en tratamiento de osteoporosis a los que se les ha aplicado FRAX.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

<b>M1 Corresponsabilizar al profesional en la optimización del sistema (Cont.)</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.103 Promover el uso racional de cefalosporinas y antibióticos de uso restringido para reducir el número de infecciones por microorganismos resistentes.	—Consumo de cefalosporinas.	~ GAIA.
	—Consumo de antibióticos de uso restringido.	~ Registro de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

<b>M2 Participar en la investigación</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.104 Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de proyectos de investigación en los ámbitos prioritarios de actuación definidos en este Plan de Salud, especialmente en cáncer, enfermedades neurodegenerativas/demencias, enfermedades raras, salud mental y cuidados paliativos.	—Financiación destinada a investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de proyectos de investigación desarrollados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de profesionales sanitarios implicados.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Número de convenios de colaboración suscritos con los agentes sanitarios para el fomento de la investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## N Vigilar la salud y la equidad

<b>N1 Orientar las intervenciones a los riesgos de salud y las desigualdades</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.105 Disminuir la incidencia de las principales comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias) asociadas al sobrepeso y a la obesidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.	—Porcentaje de Centros de Salud con al menos una actuación realizada, dentro de la población diagnosticada de obesidad o sobrepeso, para mejorar las comorbilidades asociadas a la obesidad, dentro de la comunidad.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.106 Disminuir la mortalidad por enfermedad cerebro y cardiovascular en los pacientes hipertensos (varones < de 70 años y mujeres < de 75 años).	—Mortalidad anual por enfermedad cerebro o cardiovascular en varones hipertensos menores de 70 años en varones hipertensos de esta edad.	~ Registro de Mortalidad CV.
	—Mortalidad anual por enfermedad cerebro o cardiovascular en mujeres hipertensas menores de 75 años en mujeres hipertensas de esta edad.	~ Registro de Mortalidad CV.
OE.107 Mejorar el control lipídico de los pacientes diabéticos o con enfermedad vascular arteriosclerótica.	—Porcentaje de pacientes diabéticos con LDL inferior a 100 mg/dl del total de pacientes diagnosticados de diabetes.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular arteriosclerótica con LDL inferior a 100 mg/dl del total de pacientes diagnosticados de enfermedad vascular arteriosclerótica.	~ ABUCASIS.
	—Porcentaje de pacientes con enfermedad vascular arteriosclerótica en tratamiento con estatinas del total de pacientes diagnosticados de enfermedad vascular arteriosclerótica.	~ ABUCASIS.
OE.108 Evaluar la exposición de la población valenciana a contaminantes a través de la dieta.	—Cálculo de la ingesta diaria de cada contaminante en la población.	~ Portal de dieta total.
OE.109 Vigilar la presencia de residuos de plaguicidas en alimentos vegetales y evaluar la exposición de la población.	—Grado de cumplimiento del programa de Vigilancia Sanitaria.	~ ISSA.
OE.110 Proveer los medios y mecanismos de intervención necesarios que permitan mejorar el control de las epizootias en los mataderos de abasto.	—Implantación del sistema de información en el 90% de los mataderos de abasto con más de 10 trabajadores en líneas de sacrificio y elaboración de la guía.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.111 Mejorar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores (VST) de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica.	—Guías con Documento de Intercambio de Información Sanitaria sobre la VST específica para las principales ocupaciones de sectores laborales prioritarios: Administración, Agricultura y Cerámica, elaboradas y distribuidas.	~ SISVEL.
OE.112 Mejorar la prevención de los problemas de salud de tipo psíquico mediante su detección precoz en los trabajadores que ocupen puestos de trabajo con riesgo psicosocial.	—Número de exámenes de salud realizados a trabajadores en los que se aplican los criterios de la Guía de Riesgo Psicosocial elaborada.	~ SISVEL.
OE.113 Mejorar las actividades sanitarias para trabajadores frente a las exposiciones laborales accidentales a riesgo biológico.	—Número de exposiciones biológicas accidentales de trabajadores para cuyo tratamiento y seguimiento se utiliza la aplicación del Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA).	~ Registro de Exposiciones Biológicas Accidentales (REBA).
OE.114 Mejorar la detección de enfermedades musculoesqueléticas de origen laboral.	—Tasa de comunicación de sospechas de enfermedad profesional.	~ SISVEL. ~ SIA.

<b>N2 Usar la vigilancia en salud para intervenir en tiempo oportuno</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.115 Definir, dentro de los indicadores del Sistema de Información en Salud Pública, un conjunto mínimo de datos (cuadro de mando) de indicadores sociales y de la salud que tengan en cuenta los distintos ejes de desigualdad.	—Número de indicadores consensuados, elaborados y con formato para su difusión.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## O Incorporar a la sociedad en la estrategia de salud

<b>O1 Promover proyectos comunitarios de salud</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.116 Potenciar la participación de la sociedad valenciana, a través de las asociaciones de pacientes y de voluntariado, fundamentalmente en funciones de acompañamiento como vínculo del equipo sanitario y la sociedad.	—Grado de participación del voluntariado en actividades relacionadas con el acompañamiento a personas mayores dependientes.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Actividades formativas destinadas al voluntariado.	~ Sistema de información de la EVES.
OE.117 Potenciar la participación de la sociedad valenciana y la colaboración intersectorial en los cuidados paliativos.	—Número de campañas de información y difusión de los cuidados paliativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.118 Incrementar la sensibilización sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud entre los profesionales.	—Número de actividades de difusión de información: cursos de formación, jornadas y seminarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.119 Proporcionar a los/as cuidadores/as/ familiares de las personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias el soporte asistencial y facilitar el acceso al soporte social, en un entorno digno y en los distintos momentos evolutivos del proceso de la enfermedad.	—Porcentaje de cuidadores/as de personas con enfermedades neurodegenerativas/demencias identificados en la historia clínica en los distintos momentos evolutivos del proceso de la enfermedad.	~ ABUCASIS. ~ ORION.

<b>O2 Promover iniciativas de relación con los representantes sociales, económicos y políticos</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.120 Mejorar la atención sociosanitaria en situaciones de riesgo de desprotección o maltrato infantil.	—Porcentaje de Hojas de Notificación de Atención Sociosanitaria Infantil y Protección de Menores recibidas anualmente en relación a la población < 18 años.	~ ABUCASIS. ~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.121 Mejorar la información de empresarios y trabajadores sobre la importancia de la vigilancia de la salud en el trabajo como medida preventiva.	—Número de guías editadas y distribuidas entre empresarios y trabajadores.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.122 Favorecer la integración del niño con diabetes en el ámbito escolar en condiciones de igualdad.	—Porcentaje de colegios con niños diabéticos que aceptan la intervención educativa.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.123 Aumentar el conocimiento de las intervenciones sobre prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Promoción de la Salud (PS), que se realizan tanto en el Sistema Sanitario como fuera del mismo.	—Número de intervenciones preventivas frente a las ITS.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## P Conocer y gestionar los costes con eficiencia

<b>P1 Conocer y gestionar los costes</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.124 Fomentar la prescripción farmacoterapéutica de la forma más eficiente.	—Utilización de medicamentos de precio menor, para las moléculas de alto potencial de ahorro seleccionadas.	~ GAIA.
	—Porcentaje de envases de genéricos dispensados, frente al total de envases de medicamentos que se dispensan (según criterios del Acuerdo de Gestión de la Agència Valenciana de Salut).	~ GAIA.
OE.125 Poner en marcha el nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.	—Número de departamentos en los que está en funcionamiento el nuevo sistema de información.	~ Nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de actividad y porcentaje de costes recogidos en el nuevo sistema de información.	~ Nuevo sistema de contabilidad de costes de la Conselleria de Sanitat.
OE.126 Consolidar el sistema de financiación capitativa y su modulación a través de la facturación intercentros.	—Número de departamentos integrados en el aplicativo Compás.	~ Compás.
	—Ámbitos asistenciales recogidos en el aplicativo Compás.	~ Compás.

## Q Adaptar los roles profesionales a la estrategia de salud

Q1 Adaptar los roles y funciones profesionales		
Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.127 Desarrollar el rol de gestión de casos entre enfermería comunitaria y de enlace.	—Número de profesionales dedicados a la gestión de casos en el sistema asistencial.	~ SASIS.
OE.128 Proporcionar una atención sanitaria continuada al recién nacido entre la maternidad y la Atención Primaria.	—Porcentaje de recién nacidos atendidos en el Centro de Atención Primaria en la 1ª semana de vida.	~ ABUCASIS.

## R Desarrollar formas de educación en salud más eficientes

R1 Desarrollar estrategias educativas en salud más eficientes		
Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.129 Facilitar el acceso a la información sobre los factores de riesgo y estilos de vida relacionados con cáncer a toda la población, en particular a los grupos con mayores dificultades de acceso a la información.	—Porcentaje de materiales de información de prevención en cáncer elaborados en diferentes soportes.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de consultas en el portal Cuidate CV sobre prevención en cáncer respecto al total de consultas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.130 Antes del 2012, se implementará el Portal de Educación para la Salud en la Escuela, instrumento de trabajo y consulta para profesionales relacionados con la educación sanitaria.	—Portal de Educación para la Salud en la Escuela puesto en marcha.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.131 Tener un número representativo de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) expertos para formar a otros pacientes con la enfermedad.	—Porcentaje de pacientes EPOC formados para ser formadores de pacientes EPOC.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

R2 Liderar el conocimiento en salud		
Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.132 Realizar las actuaciones oportunas para que la página web de la Conselleria de Sanitat sea referente en temas de salud.	—Número de visitas a los contenidos de salud de la página web.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## S Formar a los profesionales

<b>S1 Facilitar la formación de los profesionales en estrategias de salud</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.133 Potenciar e impulsar la formación de profesionales sanitarios (especialmente Atención Primaria) en salud sexual, para que se incorporen en la consecución de los objetivos relacionados con la salud sexual.	—Número de actividades de formación en salud sexual dirigidas a profesionales sanitarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.134 Potenciar la formación adecuada de profesionales de todos los ámbitos asistenciales en enfermedades neurodegenerativas/demencias.	—Actividades formativas y asistencia de profesionales a las mismas.	~ Sistema de información de la EVES.
OE.135 Potenciar la formación entre profesionales en el ámbito de los cuidados paliativos adaptada a su nivel de responsabilidad y conocimientos, en colaboración con otras entidades e instituciones.	—Plan de formación específico en cuidados paliativos para todo el personal asistencial de la Conselleria de Sanitat, adaptado a los niveles de atención en función de la complejidad y de la formación de los distintos colectivos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.136 Garantizar y potenciar la formación de profesionales y la investigación en envejecimiento/dependencia.	—Actividades formativas y asistencia de los profesionales a las mismas.	~ Sistema de información de la EVES.
	—Ayudas a la investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.137 Desarrollar antes de fin de 2011, un programa de formación e investigación en tabaquismo alineado y coordinado con las estrategias y planes sectoriales existentes.	—Publicación del Plan de formación e investigación.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.138 Potenciar la formación entre profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de Salud Mental.	—Número de actividades acreditadas sobre salud mental realizadas cada 2 años, por cada 100 profesionales.	~ Sistema de información de la EVES.

## T Desarrollar las tecnologías de la información y comunicación y la e-salud como instrumento estratégico

<b>T1 Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.139 Desarrollar el Sistema de Información en Salud Pública atendiendo a sus diferentes áreas funcionales: aspectos sociodemográficos, estado de la salud y sus principales factores determinantes, así como, sobre la situación del sistema de atención sanitaria.	—Número de reuniones de trabajo para la creación de la Comisión de Evaluación y la Comisión de Gestión y Desarrollo, así como las de seguimiento.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.140 Capacitar al sistema para segmentar la población e identificar los grupos de pacientes con riesgos más importantes, para realizar las intervenciones oportunas.	—Periodicidad y cobertura de la segmentación.	~ CCBI.
OE.141 Potenciar la selección de tratamientos que se adecuen a las recomendaciones recogidas en guías y protocolos incorporados en la herramienta de prescripción informatizada.	—Porcentaje de tratamientos nuevos que se adecuen a las recomendaciones recogidas en las guías y protocolos incorporados en la herramienta de ayuda a la prescripción, GFAR.	~ GAIA.
OE.142 Mantener, desarrollar y mejorar los sistemas de información en cáncer (SIC) para que puedan ser útiles en la monitorización y evaluación del plan oncológico y de las actividades relacionadas con la oncología.	—Porcentaje de centros asistenciales incorporados del total de posibles centros susceptibles de ser incorporados.	~ SIC.
	—Población cubierta por el Registro de Tumores de Castellón.	~ SIC.
	—Cobertura de población en NEOS y en SIO.	~ SIC.
OE.143 Mejorar la integración y eficiencia de los sistemas de información relativos a la salud de los trabajadores.	—Porcentaje de entidades integradas en el Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL) respecto a las posibles.	~ SISVEL.
OE.144 Implementar un sistema de información confidencial, específico y de calidad que permita el análisis de información relativa a nuevas infecciones por VIH y casos sida.	—Sistema de información de nuevas infecciones y casos sida.	~ Sistema de Información de nuevas infecciones VIH y casos sida.
OE.145 Configurar un mecanismo efectivo para compartir información clínica entre todos los profesionales sanitarios de la AVS independientemente de la diversidad de orígenes.	—Porcentaje de sistemas de los departamentos y centros de la AVS capaces de donar información a HSE, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de sistemas de los departamentos y centros de la AVS capaces de aceptar información de HSE, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de sistemas de los departamentos y centros de la AVS capaces de interoperar, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.146 Proporcionar a los profesionales herramientas para el acceso y manejo de la información clínica (incluidos los resultados de pruebas, imagen médica, etc.) que sean útiles, eficientes y con buen nivel de aceptación por parte de los usuarios.	—Cumplimiento de plazos de acuerdo con la planificación del proyecto Abucasis II.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Cumplimiento de plazos de acuerdo con la planificación del proyecto Orion-Clinic.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de departamentos y centros en los que se ha implantado Orion-Clinic.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Cumplimiento de plazos de acuerdo con la planificación del proyecto de unificación de interfaces de usuario de las diferentes aplicaciones corporativas de gestión clínica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

### T1 Extender la utilización de sistemas de soporte a la toma de decisiones en los sistemas de información para la gestión de la salud (Cont.)

Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.147 Garantizar la seguridad, la privacidad, el control de acceso y la continuidad del servicio en los sistemas de uso asistencial.	—Porcentaje de usuarios de sistemas asistenciales que utilizan certificado electrónico, respecto a todos los que son susceptibles de hacerlo.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de sistemas asistenciales para los que existe un mecanismo de restauración del servicio que no interfiera con la práctica asistencial, respecto a todos los que lo necesitan, ponderados por volumen medio de usuarios diarios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.148 Revisar y optimizar la definición de los procesos clave relacionados con la asistencia sanitaria, incorporándola a la construcción de las herramientas de gestión clínica.	—Porcentaje de procesos que han seguido alguna vía clínica en los sistemas del entorno de HSE del total de procesos atendidos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de pacientes crónicos gestionados a través de la plataforma integrada con los sistemas corporativos respecto al total de pacientes crónicos susceptibles de ser gestionados por dicha plataforma.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de servicios con atención sanitaria deslocalizada, respecto a la cartera total de servicios.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de pacientes a los que se ha prestado algún tipo de asistencia sanitaria deslocalizada.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.149 Facilitar a los profesionales mecanismos para utilizar la información contenida en los sistemas para el análisis y el mejor conocimiento de sus pacientes, patologías, condicionantes de salud, necesidades, utilización de servicios, etc.	—Porcentaje de profesionales que utilizan de forma regular las herramientas para el análisis de datos para la gestión clínica.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Volumen de información consolidada en un repositorio que agregue toda la información susceptible de ser explotada con dicha finalidad frente a la que debería consolidarse.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.150 Establecer mecanismos para el aprovechamiento óptimo de la información en la toma de decisiones estratégicas y de planificación, gestión e investigación.	—Porcentaje de personal directivo de la Conselleria de Sanitat que utiliza estas herramientas para el seguimiento de los principales indicadores de funcionamiento de la organización.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de proyectos de investigación desarrollados con la utilización de la información corporativa facilitada por el Centro de Competencias en <i>Business Intelligence</i> .	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.151 Poner a disposición de los profesionales herramientas de soporte a la toma de decisiones clínicas que mejoren la práctica asistencial y la seguridad del paciente.	—Porcentaje de procesos para los que se han definido guías respecto al total.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de profesionales que utilizan de forma regular las herramientas para el soporte a la toma de decisiones clínicas.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

<b>T2 Desarrollar los canales de comunicación TIC con la población usuaria y con la ciudadanía</b>		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente de Información</b>
OE.152 Aumentar la dispensación por receta electrónica (RELE).	—Porcentaje de recetas dispensadas por receta electrónica.	~ GAIA.
OE.153 Facilitar el acceso de la ciudadanía a su información clínica y a las recomendaciones y consejos de salud ajustados a sus necesidades (carpeta personal de salud).	—Porcentaje de la ciudadanía que accede a su carpeta personal de salud.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.154 Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación del paciente con el personal sanitario responsable de su proceso que permitan su seguimiento óptimo.	—Porcentaje de la ciudadanía que utiliza alguno de los portales colaborativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de profesionales que utiliza alguno de los portales colaborativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.155 Aprovechar los diferentes medios que ofrece la tecnología para mejorar la comunicación con la ciudadanía.	—Porcentaje de la ciudadanía que se descarga la historia de salud en el teléfono móvil.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de la ciudadanía que utiliza la teleconsulta.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
	—Porcentaje de profesionales que utiliza la teleconsulta.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.156 Habilitar espacios colaborativos y mecanismos de comunicación entre los profesionales para facilitar la cooperación y el intercambio de conocimiento.	—Porcentaje de profesionales que utiliza alguno de los portales colaborativos.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.

## U Construir los canales de intersectorialidad

U1 Establecer regulaciones legales y favorecer las relaciones con otros agentes sociales		
Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.157 Implantar mecanismos de coordinación y corresponsabilidad entre las Consellerías de Sanitat y Bienestar Social en la atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG).	—Comisión socio-sanitaria entre la Conselleria de Bienestar Social y Conselleria de Sanitat.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.158 Impulsar la colaboración con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales y laborales de cáncer.	—Intervenciones realizadas con diferentes sectores para potenciar la vigilancia y disminuir los riesgos ambientales y laborales de cáncer.	~ Registro específico de Salud Ambiental, SISVEL.

## V Diseñar servicios eficientes

V1 Conocer y difundir los resultados en salud y su coste efectividad		
Objetivo Específico	Indicador	Fuente de Información
OE.159 Ampliar la cobertura de la información recogida en la Nota Informativa entregada a los pacientes en el momento del alta hospitalaria.	—Número de notas informativas entregadas respecto al total de altas hospitalarias y cobertura de la información registrada respecto al total de la asistencia prestada.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.160 Incrementar el número de estudios que analizan aspectos de coste-efectividad de las tecnologías e intervenciones sanitarias, en el ámbito de la Comunitat Valenciana.	—Crecimiento porcentual en el número de publicaciones (artículos originales y de revisión) en revistas indexadas en el Journal Citation Reports con al menos un investigador/a perteneciente a centros de investigación de la Comunitat Valenciana.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.161 Crear la plataforma para la futura Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut.	—Número de departamentos conectados a la plataforma para la futura Central de Rendimientos y Costes de la Agència Valenciana de Salut.	~ Nueva plataforma de la Central de Rendimientos y Costes de la AVS.
	—Número de funcionalidades ofrecidas por la herramienta respecto al total deseable.	~ Nueva plataforma de la Central de Rendimientos y Costes de la AVS.
OE.162 Elaborar catálogos normalizados para el registro de la actividad asistencial y el cálculo de costes.	—Número de especialidades médicas con catálogo elaborado respecto al total de especialidades para las que se plantea su elaboración y estado de situación de los mismos: disponibilidad de listado conceptual, de valoraciones económicas y del catálogo final.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.
OE.163 Llevar a cabo auditoría interna de los departamentos de salud y avanzar en la implantación del control de gestión.	—Auditoría interna realizada y estado de situación de la misma.	~ Informe específico. Conselleria de Sanitat.



## ANEXO II

### COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD 2010-2013

**Presidente:** Manuel Cervera Taulet. Conseller de Sanitat.

---

**Vicepresidente primero:** Alfonso Bataller Vicent. Subsecretario de la Conselleria de Sanitat.

---

**Vicepresidente segundo:** Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.

---

**Vocales:**

---

Luis Rosado Bretón

---

Eloy Jiménez Cantos

---

José Cano Pascual

---

M<sup>a</sup> Luisa Carrera Hueso

---

Sofía Tomás Dols

---

José Clérigues Belloch

---

Pilar Ripoll Feliu

---

Manuel Escolano Puig

---

Joaquín Ibarra Huesa

---

José Ángel Sánchez Navajas

---

Elvira Bosch Reig

---

Agapito Núñez Tortajada

---



## ANEXO III

### COMISIÓN TÉCNICO-DIRECTIVA DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2010-1013

**Presidenta:** Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.

**Secretaria:** M<sup>a</sup> José Torner Giner. Jefa de la Oficina del Plan de Salud de la Conselleria de Sanitat.

**Vocales:**

Alfonso Bataller Vicent

Julia Calabuig Pérez

Esteban Carrillo Ridau

Pedro Chinesta Tejera

Ángel Delicado Torres

José Luis Fabado Agustí

Caridad García León

Gregorio Gómez Soriano

Carmen López Almazán

Juan Antonio López Vilaplana

Rafael Micó Pérez

Alberto José Monforte Albalat

Manuel Pascual de la Torre

Amparo Rufino Valor

Eliás Ruiz Rojo

Salvador Sánchez Torres

José Luis Trillo Mata

Clara Tuset Sanchis

Manuel Yarza Cañellas



## ANEXO IV

### CONSEJO DE SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Alfonso Bataller Vicent

---

Lourdes Bernal Sanchís

---

Juan Enrique Blasco Sanchiz

---

José Cano Pascual

---

Rafael Cantó Pastor

---

M<sup>ª</sup> Luisa Carrera Hueso

---

Antonio Clemente Olivert

---

José Clérigues Belloch

---

Javier Climent Grau

---

Andrés Corno Caparrós

---

Isabel Dolz Muñoz

---

Francisco Dolz Sinisterra

---

Manuel Escolano Puig

---

Alberto Fabra Prat

---

Asunción Francés Camarena

---

José Antonio Herranz Martínez

---

José Ramón Hueso Abacens

---

Fernando Moner Romero

---

Emilio Monte Maynés

---

José Vicente Morata Estragues

---

Vicente Nebot Palmer

---

Cristina Papí Meseguer

---

Ana Pareja Langreo

---

Manuel Pérez Fenoll

---

Josep Manuel Picó i Tormo

---

Antonio Plá Piera

---

Antonio Redondo Pastor

---

Pilar Ripoll Feliu

---

M<sup>ª</sup> Carmen Román Ortega

---

Luis Rosado Bretón

---

José Ruiz Cervera

---

Antonio Javier Verdú Rico

---



## ANEXO V

# ÓRGANOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS

### HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

	Servicio de Promoción de la Salud
Tabaco	Secretaría Técnica del Comisionado para la Atención y Prevención de Drogodependencias
	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
	Área de Asistencia Sanitaria
Alcohol y Otras drogas	Secretaría Técnica del Comisionado para la Atención y Prevención de Drogodependencias
Alimentación, Nutrición y Actividad física	Servicio de Promoción de la Salud
Salud Sexual y Reproductiva / ITS	Servicio del Plan del SIDA
Salud Mental	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4

### PROTECCIÓN DE LA SALUD / PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Seguridad Alimentaria	Área de Seguridad Alimentaria
Salud Laboral	Servicio de Salud Laboral
Vacunación	Servicio de Promoción de la Salud
	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

VIH / SIDA	Servicio del Plan del SIDA
Tuberculosis	Área de Epidemiología
	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Infecciones Nosocomiales	Servicio de Calidad Asistencial

### ENFERMEDADES CRÓNICAS

Cáncer / Detección precoz de tumores	Oficina del Plan del Cáncer
Enfermedades Cardiovasculares	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Enfermedades Cerebrovasculares	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Enfermedades Neurodegenerativas / Demencias	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 3
Trastorno Mental Grave de Curso Crónico	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4
Enfermedades Respiratorias (EPOC)	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
Enfermedades Musculoesqueléticas	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1



## ANEXO V

### ÓRGANOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS (Continuación)

#### ENFERMEDADES / FACTORES DE RIESGO

<b>Hipertensión Arterial</b>	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
<b>Diabetes</b>	Plan de Diabetes Comunitat Valenciana
	Subsecretaría
<b>Obesidad</b>	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1
	Servicio de Salud Infantil y de la Mujer
<b>Dislipemias</b>	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 1

#### GRUPOS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

<b>Cuidados Paliativos</b>	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4
<b>Envejecimiento / Dependencia</b>	Dirección de Asistencia Sanitaria zona 4
	Dirección General de Calidad y Atención al Paciente
<b>Salud Materno-Infantil y Adolescencia</b>	Servicio de Salud Infantil y de la Mujer



## ANEXO VI

### ÓRGANOS RESPONSABLES DE LOS OBJETIVOS DE CARÁCTER TRANSVERSAL

Área de Coordinación de Centros y Actuación en Salud Pública

---

Área de Epidemiología

---

Área de Farmacia y Productos Sanitarios

---

Dirección General de Asistencia Sanitaria (zona 2)

---

Dirección General de Asistencia Sanitaria (zonas 3 y 4)

---

Dirección General de Asistencia Sanitaria

---

Dirección General de Recursos Económicos

---

Oficina de Gestión de la Investigación

---

Oficina de Investigación Sanitaria

---

Oficina del Plan de Salud

---

Área de Informática, Telecomunicaciones y Organización

---



## ANEXO VII

### RELACIÓN DE COORDINADORES POR ÁREA DE ACTUACIÓN

M <sup>a</sup> Dolores Aicart Bort	Enfermedades Respiratorias (EPOC)
M <sup>a</sup> José Avilés Martínez	Tabaco
Miguel Catalá Bauset	Diabetes
Adelina Corbacho Godes	Obesidad
Dolores Cuevas Cuerda	Enfermedades Neurodegenerativas / Demencias Tuberculosis
Ángel Delicado Torres	Alcohol y Otras Drogas Tabaco
Valentín Esteban Buedo	Salud Laboral
Ana Fullana Montoro	Salud Materno-Infantil y Adolescencia
Vicente Giner Ruiz	Enfermedades Musculoesqueléticas
Francisco González Morán	Tuberculosis
M <sup>a</sup> Dolores Gutiérrez Sigler	Vacunación
Carmen López Almazán	Envejecimiento / Dependencia
José Luis LListerri Caro	Hipertensión Arterial
José A. LLuch Rodrigo	Tabaco Vacunación
Silvia Marín Villuendas	Seguridad Alimentaria
Javier Mataix Sancho	Tabaco
Juan José Moreno Murcia	Salud Mental Trastorno Mental Grave de Curso Crónico
Cristina Nebot Marzal	Envejecimiento / Dependencia
Vicente Pascual Fuster	Dislipemias
Eduardo Plá Ernest	Salud Sexual y Reproductiva / ITS
Mercedes Pons Esteve	VIH / SIDA
Joan Quiles Izquierdo	Alimentación / Nutrición y Actividad Física
M <sup>a</sup> Jesús Redondo Gallego	Obesidad
Pablo Rodríguez Martínez	Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Cerebrovasculares
M <sup>a</sup> Dolores Salas Trejo	Cáncer / Detección Precoz de Tumores
José Ignacio Sánchez González	Vacunación
Salvador Sánchez Torres	Infecciones Nosocomiales
Eduardo Zafra Galán	Cuidados Paliativos



## ANEXO VIII

### RELACIÓN DE COORDINADORES DE LOS OBJETIVOS DE CARÁCTER TRANSVERSAL

Carmen Aguado Giménez

---

Patricia Alagarda López

---

Rocío Broseta Solaz

---

Mireia Candel Molina

---

Pedro Chinesta Tejera

---

Gregorio Gómez Soriano

---

Marta Hermenegildo Caudevilla

---

Carmen López Almazán

---

Juan Antonio López Vilaplana

---

José A. Lluch Rodrigo

---

Domingo Orozco Beltrán

---

Beatriz Pedrós Marí

---

Salvador Peiró Moreno

---

Amparo Rufino Valor

---

M<sup>a</sup> José Torner Giner

---

Herme Vanaclocha Luna

---



## ANEXO IX

### RELACIÓN DE EXPERTOS POR ÁREA DE ACTUACIÓN

#### Tabaco

Mercedes Andrés Martínez

Juan Manuel Beltrán Garrido

Montiel Chelet Martí

Virginia Fuentes Leonarte

Ángela Fuentes Piaget

Francisco Furió Martínez

Alfonso Jiménez López

Teresa Orengo Caus

Inmaculada Pérez Pont

Joan Antoni Ribera i Osca

Jaime Signes Costa

Francisco Verdú Asensi

#### Alimentación, nutrición y actividad física

Alejandro Buendía Romero

Ascensió Carratalá Beguer

Pilar Codoñer Franch

Jaime Dalmau Serra

José Devís Devís

Gloria Ferris Maluenda

Adela Martínez Martínez

José Martínez Valls

Rocío Ortíz Moncada

Gerardo Pastor Saura

Enrique Romero Pérez

Carlos Sánchez Juan

José Miguel Soriano del Castillo

#### Alcohol y otras drogas

Julia Aguilar Serrano

Leonor Cano Pérez

Miguel Castellano Gómez

Vicente Garijo García

Azucena Martí Palacios

Ana Robles Pariente

Alberto Sancho Muñoz

Vicente Tomás Gradolí

#### Salud sexual y reproductiva / ITS

Francisco Brotons Munt

Concepción Ferrer Casanova

Isabel Huertas Zarco

Adrián Lloret Cano

Antonia Moreno Ortín

Macarena Quesada Moreno

Froilán Sánchez Sánchez

**Salud mental / Trastorno mental grave de curso crónico**

M<sup>a</sup> José Abad Pérez

Amparo Arocas Estellés

Manuel Barceló Iranzo

José Manuel Bertolín Guillén

Juana Cantero Llorca

Ana Doménech Almendros

Elisa Gallach Solano

Eva Legaz Sánchez

M<sup>a</sup> Jesús Megia Sanz

Carmen Miguel Marín

Teresa Navarro García

Vicente Palop Larrea

**Seguridad alimentaria**

Rosario Báguena Montesinos

Mar Canós Cerdá

Eduardo Gómez Carazo

Rosa Peyró Vilaplana

Vicent Yúsá Pelechá

**Salud laboral**

Ricardo Goberna Ortiz

José María Lledó López Cobo

Javier López Cantó

José María Sempere Aleixandre

Miguel Ángel Tarín Remohí

Santiago Villar Mira

**Vacunación**

Dolores Alfonso Doménech

María Garcés Sánchez

Ana Jorro Llagaria

Enrique Mascarós Balaguer

Eliseo Pastor Villalba

Antonio Portero Alonso

Javier Soriano Faura

**VIH / SIDA**

Federico Alcácer García

Carlos Manuel Gómez García

Alicia Hernández Galve

Amparo Juan Corrons

Enrique Ortega González

Josefa Polache Vengud

Dante Tortola Graner

**Tuberculosis**

Rafael Blanquer Olivas

M<sup>a</sup> Dolores Gil Aparicio

Pilar Momparler Carrasco

Rosario Moreno Muñoz

Elvira Pérez Pérez

**Infecciones nosocomiales**

Juan Manuel Beltrán Garrido

Alicia Hernández Galve

Rafael Manuel Ortí Lucas

### **Cáncer / Detección precoz de tumores**

Carmen Alberich Martí

---

Pascual Bolufer Gilabert

---

Carlos Camps Herrero

---

Dolores Cuevas Cuerda

---

Manuel Escolano Puig

---

Valentín Esteban Buedo

---

Enrique García García

---

Constantino Herranz Fernández

---

Josefa Ibáñez Cabañell

---

Jesús María González Marín

---

Vicente Guillem Porta

---

Victor Jiménez Torres

---

Antonio Llombart Bosch

---

Ana Lluch Hernández

---

José A. Lluch Rodrigo

---

José Vicente Martí Boscá

---

Ricardo Meneu de Guillermo

---

Carmen Puchalt Sanchis

---

Joan Quiles Izquierdo

---

Francisco Ruiz Perales

---

Oscar Zurriaga Llorens

---

### **Enfermedades cardiovasculares**

José Luis Diago Torrent

---

Manuel González Sal

---

Salvador Morell Cabedo

---

Juan Vicente Ruiz Nodar

---

Elías Ruiz Rojo

---

Juan Sanchis Forés

---

Enrique Viosca Herrero

---

### **Enfermedades cerebrovasculares**

Mercedes Carrasco González

---

Nuria García Guerrero

---

Daniel Eduardo Geffner Sclarsky

---

Aida Pilar Lago Martín

---

Carlos Leiva Santana

---

Consuelo Maraber Lora

---

Amparo Romero Martínez

---

### **Enfermedades neurodegenerativas / Demencias**

Jordi Alom Poveda

---

M<sup>a</sup> Dolores Alonso Salvador

---

Ana Arbaizar Martínez

---

Rafael Esplugues Sisternes

---

Antonio Sansano Clement

---

Emilia Trull Maravilla

---

José Villar Company

---

Teresa Villarroya Pastor

---

### **Enfermedades respiratorias (EPOC)**

Rafael Micó Pérez

---

José Ignacio Sánchez González

---

Juan José Soler Cataluña

---

## Enfermedades musculoesqueléticas

José Barreda Puchades  
José J. Blanquer Gregori  
M<sup>a</sup> Ángeles Cabrera Ferriols  
Javier Calvo Catalá  
José María Climent Barberá  
Antonio Fuertes Fortea  
José Carlos Rosas Gómez de Salazar  
Gloria López García  
Amparo Martínez Azucena  
Juan Carlos Ojea Arnedo  
José Francisco Pastor Oliver  
José Andrés Román Ivorra  
Encarna Santolaria Bartolomé  
Isabel Serralta Davia  
Paloma Vela Casasempere

## Hipertensión arterial

Rafael Durá Belinchón  
José Luis Gorriz Teruel  
Vicente Pallarés Carratalá  
Carlos Sanchis Doménech  
Juan José Tamarit García  
Francisco Valls Roca

## Diabetes

Carlos Sánchez Juan  
Francisca Moreno Macián  
Isabel Gabaldón Sánchez  
Jorge Navarro Pérez  
Juan Adrián Girbés Borrás  
M<sup>a</sup> Teresa Marí Herrero  
Manuel Antonio Ruiz Quintero  
Óscar Moreno Pérez  
Rosario Isabel Lorente Calvo  
Salvador Varea Tórtola

## Obesidad

M<sup>a</sup> Dolores Aicart Bort  
José Rafael Berná Salas  
Julia Colomer Revuelta  
Cayetano Gómez Gálvez  
Empar Lurbe i Ferrer  
Jesús Marrodán Gironés  
Manuel Jesús Romero Atanes  
Yolanda Sánchez Sánchez  
Valero Sebastián Barberán

## Dislipemias

Dolores Corella Piquer  
Diego Vicente Godoy Rocati  
Antonio Maiques Galán  
Carlos Morillas Ariño  
José Luis Pardo Franco

## Cuidados paliativos

Rosario Baydal Cardona  
Andrés Cervantes Ruipérez  
Victoria Espinar Cid  
Miguel Fombuena Moreno  
Josefa Ibáñez Cabanell  
Ramón Navarro Sanz  
Lorenzo Pascual López  
Inmaculada Pérez Escoto  
Carmen Puchalt Sanchis  
Carmen Soler Sáiz

### Envejecimiento / Dependencia

Ignacio Blasco Garrido

---

Vicente Escoms Trullenque

---

Paloma Ferrandis Garrayo

---

José Fornés Ruíz

---

Carol Gutiérrez Ferris

---

M<sup>a</sup> José Monrós Chancosa

---

Pilar Román Sánchez

---

Leopoldo Segarra Castelló

---

Vicente Segura Sobrino

---

Pepa Soler Leyva

---

Luis Vañó Gisbert

---

Óscar Zurriaga Llorens

---

### Salud materno-infantil y adolescencia

Trinidad Álvarez de Laviada

---

M<sup>a</sup> Teresa Asensi Monzó

---

Sofía Clar Gimeno

---

Jorge Colomer Pellicer

---

Javier Cortés de las Heras

---

Manuel Filloi Crespo

---

Jesús García Martínez

---

Antonio Martorell Aragonés

---

Alfredo Perales Marín

---

Carmen María Pons Salvador

---

Vicente Roqués Serradilla

---

M<sup>a</sup> Luisa Sáez Tejerina

---

Josefa Inés Santamaría Castañar

---

Juan Ignacio Soler Tormo

---



## ANEXO X

### RELACIÓN DE PARTICIPANTES DE OTRAS CONSELLERIAS DESIGNADOS PARA FACILITAR LA INTERSECTORIALIDAD DEL PLAN DE SALUD

Paloma Ferrandis Garrayo	Conselleria de Bienestar Social
Nuria García Guerrero	Conselleria de Bienestar Social
Jesús García Martínez	Conselleria de Educación
Auxiliadora Hernández Miñana	Conselleria de Educación
Araceli Málaga López	Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas
Carmen Miguel Marín	Conselleria de Bienestar Social
Gotzone Mora Temprano	Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía
Concepción Navarro Penela	Conselleria de Bienestar Social
Inmaculada Pérez Escoto	Conselleria de Bienestar Social
Antonio Sansano Clement	Conselleria de Bienestar Social



## ANEXO XI

# RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS CAPÍTULOS DEL PLAN 2010-2013

### Oficina del Plan de Salud

M<sup>a</sup> Ángeles Irlés Rocamora

Raquel López Lara

Saray Millán Velasco

Blasa Paredes Quero

M<sup>a</sup> José Torner Giner

### Capítulo de Demografía

Nieves Alba Moratilla

Pablo León Ródenas

Francisco José Ortiz Cervelló

Jorge Ribera Lacomba

Carles Simó Noguera

### Capítulo de Recursos del Sistema Sanitario Público

Julia Calabuig Pérez

Pedro Chinesta Tejera

Carmen Cots Soler

Bernardo Cuenca Richart

M<sup>a</sup> Gracia García Baquero

Julia García Torán

Patricia González Castellanos

Marta Hermenegildo Caudevilla

Enrique Hevilla Cucarella

Joaquín Ibarra Huesa

Juan Antonio López Vilaplana

Jaime Miguel Mocholí Gras

Cristina Nebot Marzal

Daniel Pablo Comeche

Rosa Pérez Mencía

Carmen Puchalt Sanchis

Teresa de Rojas Galiana

Desamparados Rufino Valor

Eloy Sáiz Ramiro

José Carlos Segura Miguel

Francisco Tamarit Puchades

José Luís Trillo Mata

### Metodología y Elaboración Foros de Comunicación y Participación Ciudadana

M<sup>a</sup> Jesús Felipe Tío

Carol de Miguel González

Inmaculada Serra Yoldi

Montserrat Vilar Figueirido

### Metodología Plan de Salud

Antares Consulting SA:

Esteban Carrillo Ridaó

José Luís Gómez Jerique

Víctor Cañellas Guerrero

### Asesores Externos

José Luis Alfonso Sánchez

Ellke Jakubowski

José M<sup>a</sup> Martín Moreno

### Instituto Valenciano de Estadística

Francisco Fabuel Gadea

Juan Martínez Albuixech

### Apoyo Administrativo

Encarna León Pérez

Liliana Moreno Martínez

M<sup>a</sup> José Rodríguez Turpín



## ANEXO XII

### SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

<b>AVE</b>	ANÁLISIS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	<b>IVE</b>	INSTITUTO VALENCIANO DE ESTADÍSTICA
<b>AVS</b>	AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT	<b>LA</b>	LÍNEA DE ACTUACIÓN
<b>BSC</b>	BALANCED SCORECARD	<b>OE</b>	OBJETIVO ESPECÍFICO
<b>CCBI</b>	CENTRO DE COMPETENCIAS EN BUSINESS INTELLIGENCE	<b>RCS</b>	RED CENTINELA SANITARIA
<b>CDM</b>	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR	<b>REBA</b>	REGISTRO DE EXPOSICIONES BIOLÓGICAS ACCIDENTALES
<b>CIPF</b>	CENTRO DE INVESTIGACIÓN PRÍNCIPE FELIPE	<b>RedMIVA</b>	RED MICROBIOLÓGICA VALENCIANA
<b>CS</b>	CENTRO DE SALUD	<b>ROESB</b>	REGISTROS OFICIALES DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS BIOCIDAS
<b>CSISP</b>	CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA	<b>RVN</b>	REGISTRO NOMINAL DE VACUNAS
<b>DGSP</b>	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	<b>SAVIA</b>	SISTEMA AUTONÓMICO VALENCIANO DE INFORMACIÓN EN ADICCIONES
<b>EDO</b>	ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA	<b>SIC</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER
<b>EPOC</b>	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	<b>SICCIR</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRALIZADO Y COMPARTIDO DE INSTALACIONES DE RIESGO DE LEGIONELA
<b>EPS</b>	PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	<b>SIDO</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN POR OBJETIVOS
<b>EVCD</b>	ESPERANZA DE VIDA CON DISCAPACIDAD	<b>SIE</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA
<b>EVLD</b>	ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD	<b>SIGED</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA DG DROGODEPENDENCIAS
<b>FISABIO</b>	FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA	<b>SIP</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL
<b>FOM</b>	FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DEL MEDITERRANEO	<b>SIS</b>	SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS
<b>GIS</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOREFERENCIAL	<b>SISVEL</b>	SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL
<b>HACLE</b>	HOSPITALES DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA	<b>SISGEREN</b>	SISTEMA DE INDICADORES SANITARIOS GERENCIALES
<b>HCDSNS</b>	HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	<b>SIV</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN VACUNAL
<b>HSE</b>	HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA	<b>SNS</b>	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
<b>IM</b>	ÍNDICE DE MASCULINIDAD	<b>TIC</b>	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
<b>INE</b>	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA	<b>TMG</b>	TRASTOSNO MENTAL GRAVE
<b>ITS</b>	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	<b>UHD</b>	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO