


 **salut en totes les edats**  
**salut en totes les polítiques**

**IV Pla de  salut**  
**2016–2020**  
**Comunitat Valenciana**





 salut en totes les edats  
salut en totes les polítiques



**IV Pla de  salut  
2016–2020  
Comunitat Valenciana**



### **Coordinació: Direcció General de Salut Pública**

Ana M. García García  
Carmen Barona Vilar  
M. Ángeles Irlés Rocamora  
Rosa Mas Pons

### **Col·laboració tècnica: Grup Calité. Universitat Miguel Hernández**

José Joaquín Mira Solves  
Mercedes Guilabert Mora  
Isabel Navarro Soler

### **Suport en l'anàlisi de situació**

Ana Míguez Santiyán  
Guillermo Vallés Castellano  
Jordi Pérez Panadés

### **Suport administratiu**

Regina Martín Aparisi  
Nieves Torremocha Barrofet

### **Edita**

Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública  
© de la present edició: Generalitat, 2016  
© dels textos: els autors  
1a edició

### **Maquetació i impressió**

Grafimar

**ISBN:** 978-84-482-6084-2  
**Depòsit legal:** V-921-2016

# IV PLA DE SALUT DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2016-2020)



GENERALITAT VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

## Presentació

---

La salut de les persones és un dels principals recursos de la nostra societat i un actiu per al seu desenrotllament econòmic i social, tal com queda reflectit en les principals fonts de referència que marquen les polítiques de salut en el context internacional.

El Govern Valencià considera la salut i el benestar com un dret fonamental que s'ha de garantir i situa les persones en el centre d'atenció de les seues polítiques i actuacions. En conseqüència, són imprescindibles les polítiques que garantisquen l'estat de benestar, amb especial atenció als més vulnerables.

És una prioritat d'aquest govern millorar la salut i el benestar de la població de la Comunitat Valenciana de manera sostenible, eficient i continuada, considerant la salut com una realitat determinada per l'entorn físic i social on vivim.

El nivell de salut de la població valenciana és elevat i s'equipara al dels països més desenvolupats del nostre entorn. Bon reflex d'això és no sols l'augment de l'esperança de vida, sinó també l'increment dels anys viscuts amb bona salut. No obstant això, persisteixen diferències importants en els diversos estrats de la societat i és, per això, una prioritat d'aquest Govern actuar per a reduir-les.

Des del Govern valencià assumim l'enfocament de Salut en Totes les Polítiques, l'impuls i reco-neixement més recent del qual va donar lloc a la Declaració d'Adelaida (OMS, 2010). La salut ha de ser assumida com un objectiu compartit per tots els nivells del govern i considerada com un indicador comú del desenvolupament. La promoció de la salut no és responsabilitat exclusiva del sector sanitari. És necessari cooperar i establir sinergies amb altres sectors i implicar-hi la ciutadania.

El IV Pla de Salut constituïx el punt de referència i el full de ruta que marcarà el desplegament de les polítiques de salut a la Comunitat Valenciana en els pròxims anys. Implica el compromís explícit que adquireix el Govern valencià en conjunt, per a impulsar i contribuir a la generació de polítiques públiques saludables. Per a aconseguir-ho aposta per transformar el sistema sanitari des d'una perspectiva innovadora, que englobe els principals problemes de salut de les persones en totes les etapes i entorns de la seua vida. Salut en totes les edats.

Tenim plena confiança que la implementació de les diferents accions que es plantegen en el Pla de Salut 2016-2020 millorarà la salut de la població valenciana, respectant els principis d'equitat, sostenibilitat, solidaritat i resposta a nous reptes.

*Ximo Puig*  
*President de la Generalitat*

## Pròleg

---



El Pla de Salut és l'instrument estratègic de planificació i programació de les polítiques de salut a la Comunitat Valenciana. Pretén millorar el nivell de salut i reduir les desigualtats en salut en la nostra societat, amb actuacions concretes des de l'administració i comptant amb la participació de la ciutadania.

El marc que ha inspirat l'elaboració d'aquest IV Pla de Salut 2016-2020 està en consonància amb les principals tendències en matèria de salut a nivell internacional. Per això, assumeix tant el compromís de considerar els factors que són determinants de les desigualtats en salut com la necessitat d'impulsar el principi de Salut en Totes les Polítiques.

Aquest nou Pla aposta per una reorientació i reorganització assistencial del sistema sanitari, a fi d'abordar els principals reptes que imposen l'envelliment de la població i el predomini de les malalties cròniques. Incorpora l'enfocament de la salut positiva i els actius per a la salut, amb la idea de fer fàcils i accessibles a les persones les diferents opcions orientades a millorar el seu benestar. I vincula els seus objectius amb els establits en els acords de gestió del Sistema Valencià de Salut.

Voldria destacar, i posar en valor, l'ampli procés participatiu que s'ha seguit en l'elaboració del IV Pla de Salut. N'és una de les seues majors fortaleses.

Per a elaborar-lo s'ha comptat amb la col·laboració de notables professionals i representants de diferents sectors de la Comunitat i de personal tècnic i responsable de les diverses unitats de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Però també i basant-se en el principi de "Salut en Totes les Polítiques" que el sustenta, s'ha enfortit amb la participació de representants de les conselleries i estaments del Govern Valencià.

Les línies estratègiques i objectius principals s'han sotmés a una consulta pública a través d'un fòrum de participació en línia. Açò implica un esforç important de transparència i de participació en la definició de les polítiques de salut a la Comunitat Valenciana, cosa que, al seu torn, ha permés identificar les àrees d'especial interès abans de l'aprovació final del pla pel Govern valencià.

El IV Pla de Salut adopta el lema "Salut en totes les edats. Salut en totes les polítiques" i es configura a l'entorn de cinc grans línies estratègiques, la innovació i reorientació del sistema sanitari, la seua orientació cap a la cronicitat, la necessitat de reduir les desigualtats en salut i l'atenció de la salut en totes les etapes i en tots els entorns de la vida.

Vinculades a aquestes línies estratègiques, s'han definit 33 objectius i 291 accions concretes, l'epicentre dels quals són totes les persones, però en especial, les més vulnerables: xiquets, persones majors, dones víctimes de violència de gènere i persones malaltes o amb diversitat funcional.

Amb la implementació del IV Pla de Salut, la Comunitat Valenciana aconseguirà majors cotes d'equitat i justícia social, en oferir unes prestacions de qualitat i amb els màxims nivells d'eficiència i efectivitat. Sempre sota els principis d'universalitat, transparència, solidaritat, participació, sostenibilitat, excel·lència i innovació.

*Carmen Montón*  
*Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública*



## ÍNDEX

### ANTECEDENTS I MARC DE REFERÈNCIA

Introducció

Referències en polítiques de salut

Marc conceptual per al IV Pla de Salut (2016-2020)

La població i el sistema de salut

### PROCÉS D'ELABORACIÓ DEL IV PLA DE SALUT

Avaluació del III Pla de Salut

Identificació de prioritats

Valors, principis fonamentals i línies estratègiques

### OBJECTIUS, ACCIONS I INDICADORS VINCULATS A LES LÍNIES ESTRATÈGIQUES

Línia 1. Innovació, reorientació i reorganització del sistema sanitari per a assegurar la màxima qualitat i la millor valoració percebuda per les i els pacients

Línia 2. Orientació cap a la cronicitat i cap als resultats en salut per a incrementar l'esperança de vida en bona salut

Línia 3. Enfortir l'equitat i la igualtat de gènere, reduir les desigualtats en salut i fomentar la participació

Línia 4. Cuidar la salut en totes les etapes de la vida

Línia 5. Promoure la salut en tots els entorns de la vida

### IMPLANTACIÓ, SEGUIMENT I AVALUACIÓ

Implantació

Seguiment i avaluació

Recursos financers

### ANNEXOS

1. Principals referències bibliogràfiques

2. Avaluació del III Pla de Salut: taula resum

3. Resum de la priorització realitzada en la consulta Metaplan i Delphi

4. Objectius del Pla de Salut en el pressupost de la Generalitat de 2016

5. Glossari terminològic

6. Persones que n'han participat en l'elaboració del pla

7. Abreviatures





**ANTECEDENTS  
I MARC DE  
REFERÈNCIA**



# Introducció

---

## Marc normatiu

La Llei d'Ordenació Sanitària de 2003 va incorporar el mandat d'establir plans periòdics de salut per a marcar les polítiques de salut a desenvolupar a la Comunitat Valenciana. Aquest mandat s'ha ratificat recentment en la Llei 10/2014, de Salut de la Comunitat, que defineix en l'article 12 el Pla de Salut com:

*“L'instrument estratègic de planificació i programació de les polítiques de salut a la Comunitat Valenciana. S'hi arrellegarà la valoració de les necessitats de salut de la població, així com els objectius bàsics de salut i prioritats de la política sanitària”.*

El Pla de Salut constitueix, doncs, el punt de referència i el full de ruta que ha de marcar el desenvolupament de les polítiques de salut, i implica el compromís **explícit** que adquireix el Govern **Valencià** en el seu conjunt d'impulsar i contribuir al desenvolupament de polítiques públiques saludables des dels diferents departaments que el constitueixen. Per això, tal com estableix la mencionada Llei de 2014:

*“... serà **aprovat pel Consell de la Generalitat**, a proposta del titular de la Conselleria competent en matèria de sanitat, i serà remès a les Corts per al seu coneixement en el termini màxim de 30 dies des de l'aprovació”.*

D'acord amb el que estableix l'article 12.3 d'aquesta Llei, el Pla de Salut 2016-2020 contempla l'avaluació de la situació i necessitats de salut de la població, així com dels recursos existents, les línies estratègiques, programes i actuacions prioritàries a desenvolupar, prenent en consideració els diferents grups socials i modalitats d'atenció sanitària, els recursos financers, humans i materials necessaris; el calendari general d'actuació i els indicadors d'avaluació de l'aplicació i desenvolupament del pla.

## Justificació del període del Pla: 2016-2020

El Pla de Salut 2016-2020 que es presenta ha estat precedit de tres plans, cada un dels quals va obeir contextos sanitaris diferents de l'actual i van partir de concepcions i principis prou diferents. Els dos primers (2001-2004 i 2005-2009) es van elaborar amb la metodologia clàssica basada a fixar objectius després de la prioritització de problemes de salut i àrees d'intervenció. L'últim Pla de Salut (2010-2013) va apostar per l'elaboració d'un mapa estratègic, amb la metodologia “Balanced Scorecard” amb la finalitat última d'aconseguir una convergència amb el Pla Estratègic de l'Agència Valenciana de Salut.

La periodicitat dels tres plans de salut previs va ser de 4 anys, excepte per al II Pla de Salut la vigència de la qual va ser de 5 (2001-2004; 2005-2009; 2010-2013). Basant-se en els resultats obtinguts en l'avaluació del III Pla de Salut (2010-2013), tant des del seu enfocament quantitatiu com per les opinions dels experts, es fa aconsellable prolongar el període de vigència del nou pla respecte a l'anterior, per a poder percebre millor els canvis que es proposen en termes de resultats en salut de la població.

De la mateixa manera, cal tindre en compte que els objectius en salut dels organismes internacionals com l'OMS i la UE s'estableixen amb l'horitzó 2020 i que els nous plans salut que estan definint les diferents comunitats autònomes de l'Estat s'estan alineant a la proposta de 2020, la qual cosa fa recomanable sumar-s'hi.

## Enfocament planificador: de baix cap amunt

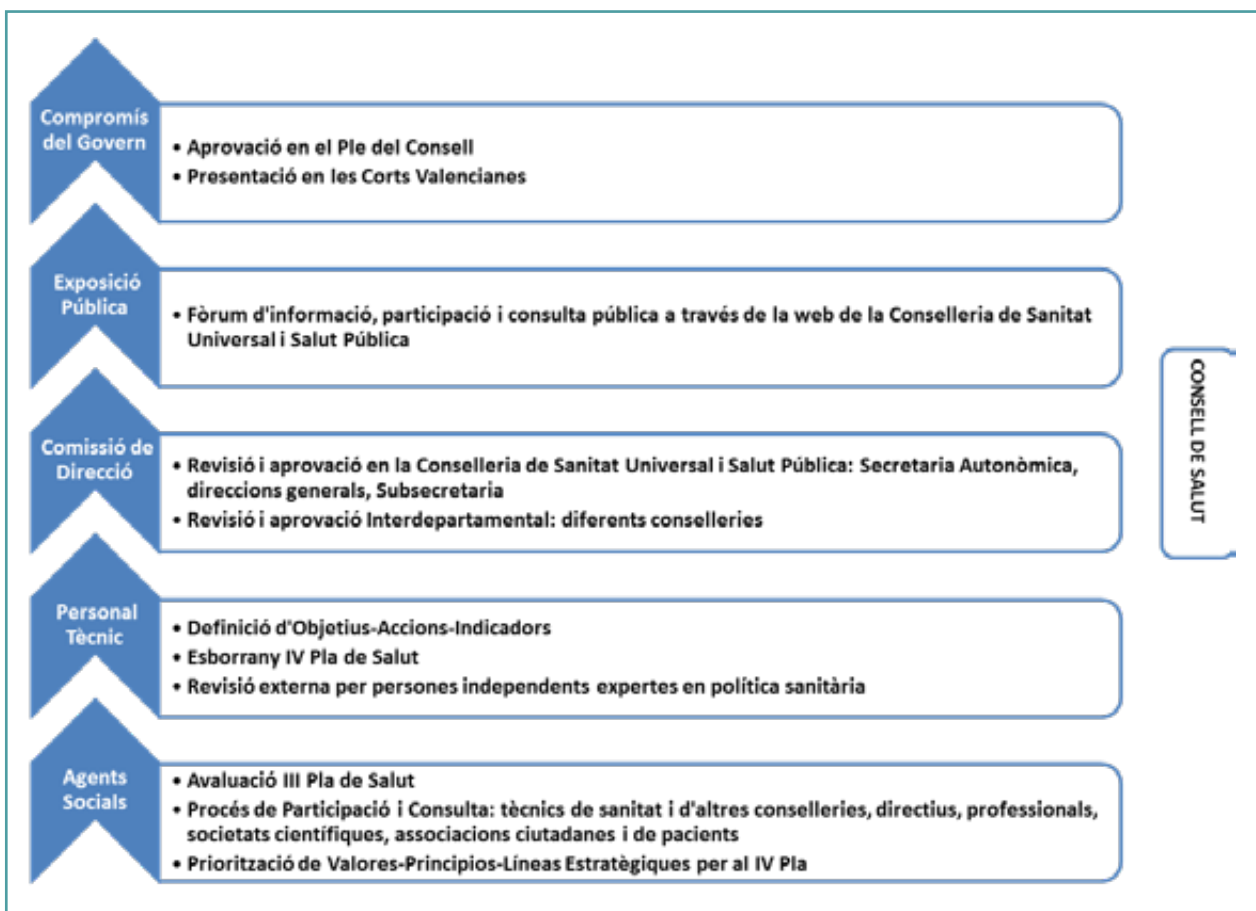
La finalització del període de vigència del III Pla de Salut en 2013, va donar pas a un període d'avaluació i anàlisi del grau de consecució dels objectius que s'havien proposat. Per primera ve-

gada un pla de salut va incorporar al procés d'avaluació una valoració **qualitativa**, amb la finalitat d'anar més enllà en la interpretació dels punts forts i èxits obtinguts, però també d'aquells aspectes dèbils que van quedar sense resoldre i que són millorables.

Per a l'elaboració del IV Pla de Salut, el primer pas va consistir a establir un procés de consulta, amb participació **d'un** nombre important de persones representants de diferents institucions i sectors de la societat valenciana. La seua opinió ha sigut el punt **de partida i la principal referència** d'un procés que, partint de l'avaluació de l'anterior pla de salut, va continuar amb la definició dels valors i principis que han de presidir les actuacions en matèria de salut, la identificació de les línies prioritàries i els objectius per al seu desenvolupament.

Aqueixos primers resultats, que constitueixen l'essència i el germen del nou pla, van permetre concretar la definició dels objectius, accions i indicadors d'avaluació, pel personal tècnic **responsable** del seu impuls i avaluació en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. L'esborrany del pla s'ha enriquit també amb les aportacions de dos persones **externes independents, expertes en política sanitària** (Ildefonso Hernández Aguado i Soledad Márquez Calderón). A continuació es va presentar a la Comissió de Direcció, integrada per representants dels diferents òrgans directius de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, i es va sol·licitar la participació de les diferents conselleries i estaments del **Govern Valencià** amb relació més directa amb els continguts del pla, per mitjà d'una **Comissió Interdepartamental** designada pels sots-secretaris del Consell. El procés va ser seguit d'una exposició pública a través de la web oficial de la conselleria, abans de la seua aprovació final pel **Ple del Consell** i posterior presentació a les Corts.

En cada una de les etapes del procés s'ha comptat amb el Consell **de Salut** de la Comunitat Valenciana, com a òrgan consultiu amb representació de les administracions locals i de les diferents forces socials.





# Referències en Polítiques de Salut

## El patró epidemiològic de les malalties prevalents: cronicitat

La *Cimera Mundial sobre Malalties no Contagioses*, patrocinada per l'ONU, que va tindre lloc al setembre de 2011, va cridar l'atenció sobre la necessitat d'establir estratègies davant dels problemes que planteja la creixent taxa de malalties cròniques no contagioses. Els trastorns **cardiovasculars**, el càncer, les malalties respiratòries **cròniques** i la **diabetis**, constitueixen les causes més prevalents de mortalitat i morbiditat en el món però, sobretot, són la principal causa de defuncions evitables. Totes elles presenten factors de risc comú i es **poden** previndre en gran manera per mitjà d'intervencions eficaces sobre el consum **de tabac**, la **dieta no saludable**, la inactivitat física i el consum **nociu d'alcohol**. A més, l'increment en la seua incidència i prevalença està clarament vinculat a determinants socials com la distribució desigual de la riquesa, l'educació, la ràpida urbanització, l'envelliment de la població, el gènere, factors polítics i mediambientals. Per això, recomana que la resposta al desafiament d'aquest problema no se centre exclusivament en el sector salut i implique la societat en el seu conjunt, per mitjà de l'elaboració de polítiques públiques multisectorials educatives, legislatives, reglamentàries i fiscals.

EN LA **65 Assemblea Mundial de la Salut** del 26 de maig de 2012, fent-se ressò de les propostes de l'ONU i de l'OMS, s'aprovaren diverses resolucions i decisions sobre les malalties no transmissibles, com ara la creació d'un marc de vigilància per a la prevenció i control a través d'indicadors. Els Estats membres van convindre d'adoptar una meta mundial de reducció **d'un 25% de la mortalitat prematura per malalties no transmissibles, per a l'any 2025**, i promoure l'envelliment actiu i saludable, a través de l'enfortiment de les polítiques contra les malalties no transmissibles. També van reconèixer la necessitat d'una resposta integral i coordinada per a afrontar els trastorns mentals des dels sectors sanitari i social, amb programes orientats a reduir l'estigmatització i la discriminació, mesures de reinserció laboral i social dels pacients, suport als proveïdors d'atenció i les famílies, i inversió en salut mental en els pressupostos de salut.

## La consideració dels determinants socials de la salut

L'OMS va posar en marxa en 2005 la **Comissió sobre Determinants Socials de la Salut**, a fi de demanar dades científiques sobre possibles mesures i intervencions en favor de l'equitat sanitària i promoure un moviment internacional per a aconseguir aqueix objectiu. En el seu informe, la Comissió fa una crida perquè s'esmenen les desigualtats sanitàries en el lapse d'una generació i donen peu al fet que en la **Conferència Mundial sobre els Determinants Socials de la Salut**, celebrada a **Rio de Janeiro** a l'octubre de 2011, s'advoque per la governança del sector salut per a aconseguir l'equitat social i sanitària, per mitjà de l'actuació sobre els determinants socials de la salut i del benestar, tot aplicant un enfocament intersectorial integral de salut en totes les polítiques. L'enfocament de **Salut en totes les polítiques**, l'impuls i reconeixement més recent de les quals va donar lloc a la Declaració d'Adelaida (2010), suposa que la salut siga assumida com un objectiu compartit per tots els nivells del govern: local, regional, nacional i internacional, i com un indicador comú del desenvolupament. Destaca les connexions importants que existeixen en les societats modernes entre la salut i els objectius econòmics i socials més amplis ja que la promoció de la salut no és responsabilitat únicament del sector de la salut, sinó que va més enllà de les formes de vida sana, fins al benestar i els entorns propicis. Així mateix, aquest enfocament situa les millores de la salut de la població i la reducció de les inequitats en salut com a problemes complexos prioritaris que exigixen una resposta de política transsectorial integrada. Aquesta resposta ha de considerar les repercussions de les polítiques sobre els determinants socials, així com els beneficis que les millores en salut aporten als objectius d'altres sectors.

Prenent en consideració les propostes de l'OMS, el Ministeri **de Sanitat va constituir** la Comissió per a reduir les desigualtats en salut a Espanya i durant la presidència espanyola de la Unió Eu-

ropea de 2010 va fixar com a prioritat la “innovació en Salut Pública: monitorització dels determinants socials de la salut i la reducció de les desigualtats en salut”.

### Les propostes de la UE en matèria de salut

L'**Oficina Regional d'Europa de l'OMS**, per acord dels 53 països membres, va acordar en 2012 l'Estratègia europea Salut 2020 **per a protegir** i promoure la salut i benestar dels europeus, especialment dels grups més vulnerables. Tenint en compte els principals desafiaments que afecten actualment el territori de la Unió Europea, el document proposa que les polítiques europees en matèria de salut se sustenten sobre tres pilars bàsics: la **inversió** en la millora **de la salut** de la població, tenint en compte els canvis que es produeixen al **llarg del cicle vital** i la promoció de l'autonomia; l'adaptació de les polítiques sanitàries als canvis **demogràfics** de la població i als patrons actuals de malaltia, especialment pel que fa a la salut **mental, malalties cròniques i condicions associades a l'envelliment**; i l'enfortiment **dels** sistemes sanitaris, per mitjà d'una aproximació **centrada en les persones** i una adequada capacitat de resposta, que garantisca una atenció d'alta qualitat i basada en l'evidència. El text reconeix la importància crucial de la prevenció **de la malaltia i la promoció d'hàbits saludables** en la població, a través de programes que promouen l'alimentació **sana**, l'exercici **diari** o la reducció **del consum de tabac i alcohol**.

El **Tercer Programa d'Acció de la UE** en l'àmbit de la salut per al període 2014-2020 que va aprovar el Parlament Europeu i el Consell al març de 2014, planteja la millora de la salut i la reducció **de les desigualtats**, per mitjà de quatre àrees prioritàries:

1. Promoure la salut, previndre les malalties i fomentar entorns que propicien estils de vida saludables, tenint en compte el principi de “**salut en totes les polítiques**”
1. Protegir els ciutadans de les **amenaces transfrontereres** greus per a la salut
1. Fomentar la **innovació, eficiència i sostenibilitat** dels sistemes de salut
1. Facilitar l'accés a una **assistència sanitària millor i més segura**

### La referència del Sistema Nacional de Salut (SNS)

La Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, de 28 de maig, va establir les bases per a la coordinació i cooperació de les administracions públiques sanitàries, com a mitjà per a assegurar als ciutadans el dret a la protecció de la salut i l'objectiu comú de garantir l'equitat, la qualitat i la participació social en el sistema nacional de salut. En aquesta llei es defineixen els àmbits de col·laboració entre l'estat i les comunitats autònomes amb l'objecte que l'atenció al ciutadà pels serveis públics sanitaris responga a unes garanties bàsiques i comunes. S'assigna a l'Agència de Qualitat del ministeri la competència d'elaborar estratègies de salut, a fi de garantir un nivell d'atenció sanitària integral, que compregua la prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació d'aquells problemes de salut considerats de major rellevància.

### Les Estratègies de Salut del SNS

L'elaboració d'estratègies del sistema nacional de salut té com a objectiu millorar la qualitat en l'**atenció sanitària en determinades patologies** de gran prevalença o cost social i econòmic, de manera conjunta i coordinada entre tots els serveis de salut de les comunitats i ciutats autònomes, a fi de reforçar els principis d'equitat i cohesió en l'assistència sanitària de tots els ciutadans. L'elaboració de les estratègies és un procés ben definit i consolidat, i **correspon al Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut (CISNS)**, a proposta del ministeri amb competències en matèria de salut, **decidir les patologies concretes sobre les quals actuar**. Aquesta decisió comporta, una vegada consensuades i aprovades pel CISNS, diverses actuacions d'implementació, sensibilització, formació i investigació que són impulsades per les comunitats autònomes. en l'actualitat es troben en marxa diferents estratègies, dirigides tant a l'abordatge de problemes de salut concrets (càncer, diabetis, ictus...), com al foment d'estils de vida afavoridors

de la salut (estratègies NAOS i de promoció de la salut...). En la taula següent es presenten les estratègies vigents i la seua situació actual.

A més a més, cal destacar altres estratègies que tenen un caràcter **interministerial**, amb impacte sobre la salut:

- II Pla estratègic nacional d'infància i adolescència
- Pla integral de suport a la família

### Situació de les estratègies en salut del Sistema Nacional de Salut

Denominació	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Càncer	APR		AVA	ACT				AVA		
Cardiopatia isquèmica	APR		AVA	ACT			AVA			
Salut Mental	APR			AVA i ACT				DIF		
Cures pal·liatives		APR			AVA i ACT				CP PED	
Diabetis	APR				AVA		ACT			
Ictus			APR				AVA			
MPOC				APR			AVA		ACT	
Malalties rares				APR			AVA		ACT	
Cronicitat							APR		DOL	MCR
Malalties reumàtiques i musculoesquelètiques							APR			
Pla TBC				APR		SEG	SEG	SEG		
Violència de gènere	AVA	AVA APR	AVA	AVA	AVA	AVA	AVA APR	AVA		MGF
Pla VIH i altres malalties transmissió sexual			APR				AVA	APR		
Estratègia NAOS										
Atenció al part normal		APR					AVA			
Salut sexual i reproductiva						APR				
Drogues			APR							
Seguretat del pacient						AVA				ACT
Promoció de la salut								APR		EV AF FA

APR: aprovació; AVA: avaluació; ACT: actualització; DIF: difusió; SEG: seguiment; CP PED: cures pal·liatives pediàtriques; DOL: abordatge dolor; MCR: abordatge malaltia renal crònica; MGF: mutilació genital femenina; EV: estils de vida; AF: activitat física; FA: fragilitat i caigudes persones majors.

- Estratègia Nacional per a l'eradicació de la violència contra la dona
- Estratègia espanyola de seguretat i salut en el treball
- Pla nacional de control oficial de la cadena alimentària
- Pla nacional d'adaptació al canvi climàtic
- Estratègia de seguretat viària

En la taula següent es reflecteixen de forma sintètica les actuacions més rellevants que s'estan desenvolupant a la Comunitat des de diferents abordatges: promoció de la salut i necessitats vinculades al cicle vital, prevenció de la malaltia, protecció de la salut, atenció a la malaltia, així com les que resulten de l'acció transversal.

### Estratègies i programes de salut a la Comunitat Valenciana

Àrea d'actuació	Denominació
<b>Promoció de la salut / necessitats vinculades al cicle vital</b>	Programa d'Embaràs Estratègia d'Atenció del Part Normal Programa de Salut Infantil Programes d'educació per a la salut en l'àmbit escolar Protocol Violència de gènere Estratègia d'Envel·liment Actiu
<b>Prevenció de la malaltia</b>	Programa de Vacunacions cribratge de càncer: mama, còlon i cèrvix Cribratge neonatal de defectes congènits diagnòstic prenatal d'anomalies congènites
<b>Protecció de la salut</b>	Pla Estratègic de Seguretat Alimentària Estratègia de Salut Laboral
<b>Atenció a la malaltia</b>	Pla Oncològic Pla de Diabetis Pla Osteoporosi Pla d'actuació per a reperfusió IAM Pla d'Atenció a l'Ictus Procés d'Atenció a pacients amb malaltia d'Alzheimer Pla de Salut Mental Pla de MPOC Pla de Cures Pal·liatives Pla Estratègic de Drogodependències Estratègia per a l'atenció a pacients crònics Estratègia de prevenció VIH/sida i altres ITS
<b>Transversals</b>	Seguretat del pacient Farmàcia Investigació Formació

Atesa la repercussió que tenen sobre la salut les polítiques que emanen des dels diferents departaments del Govern Valencià, i la necessitat que la salut en totes les polítiques siga una realitat en el marc del nou pla de salut, és important considerar:

#### **Plans estratègics d'altres conselleries del Govern Valencià relacionats amb la salut**

- Pla d'igualtat d'oportunitats entre dones i hòmens
- Pla de mesures del govern valencià per a combatre la violència que s'exerceix contra les dones
- II Pla integral de la família i la infància
- II Pla per a la inclusió social i prevenció de l'exclusió social
- Estratègia valenciana davant del canvi climàtic
- Pla Generalitat Jove
- Pla general estratègic de ciència i tecnologia
- Pla Territorial d'emergències
- Pla Valencià d'Estadística
- Pla global de seguretat viària
- Estratègia d'habitatge i regeneració urbana
- Pla estratègic Servef

# Marc conceptual per al IV Pla de Salut

Una de les aportacions que realitza el nou Pla de Salut és la definició explícita d'un marc **conceptual** que es constitueix en el principi rector en què s'inspiren tant les línies estratègiques com els objectius i actuacions a fer.

La salut ha de ser valorada com un gran recurs de la societat i com un actiu per al desenvolupament econòmic i social de la Comunitat. Per això, el Govern Valencià considera **la salut i el benestar com un dret** elemental que cal garantir per a totes les persones. Una de les aportacions que realitza el nuevo Plan de Salud es la definición explícita de un **marco conceptual** que se constituye en el principio rector en el que se inspiran tanto las líneas estratégicas como los objetivos y actuaciones a desarrollar.

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

## Model de determinants de les desigualtats en salut

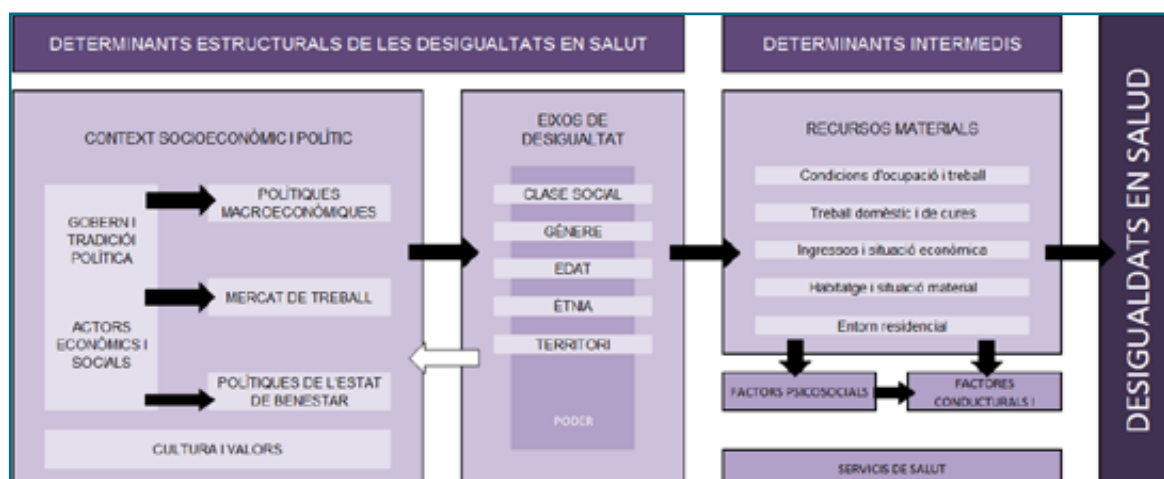
Partim de la realitat constatada que la salut i la malaltia són el resultat de la interacció **de diversos factors** i de la influència que hi exerceix la posició que cada persona ocupa en la societat. Les oportunitats i eleccions que realitzem diàriament estan condicionades per la nostra situació socioeconòmica, nivell d'educació, lloc de residència i habitatge, situació i entorn laboral, relacions socials i familiars, així com per l'accessibilitat als serveis sanitaris. Tots aquests aspectes, que tenen a veure amb l'organització social i les condicions de vida, influiran sobre l'adopció d'uns estils de vida més o menys saludables, com ara l'alimentació, la utilització de l'oci, les relacions socials, el consum, etc.

Per això, el Pla de Salut del Govern Valencià entén que donada la repercussió que tenen sobre la salut les decisions adoptades des dels distints sectors, resulta beneficiós incorporar el principi de Salut **en totes les polítiques, per mitjà** d'accions intersectorials i transversals en les administracions públiques, sector productiu i tercer sector, liderades des del sector salut.

També té en consideració l'existència constatada d'un gradient **social en la salut** i la necessitat de monitorar i reduir les desigualtats **socials en salut** per ser injustes i evitables. I açò des d'una perspectiva que se centra a desenvolupar actuacions al llarg del cicle **vital** de les persones, però també aplicant el principi d'universalitat **proporcional**, amb intervencions d'intensitat creixent en funció del nivell de desavantatge social que es presente.

Entre els models que expliquen els factors determinants de les desigualtats en salut està el proposat per la Comissió per a reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya en 2010, en el qual s'identifiquen factors estructurals i intermedis i s'estableixen 166 recomanacions agrupades en 14 àrees diferents per a l'abordatge de les desigualtats socials en salut, amb diferent nivell de prioritització. Entre les recomanacions per al sector salut es troba la inclusió en els plans de salut d'objectius específics de disminució de les desigualtats en l'estat de salut i en l'accés, qualitat i efectivitat dels serveis sanitaris.

## Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut



Font: Comissió per a reduir les desigualtats en salut a Espanya, 2010.

### Model d'Atenció a la Cronicitat

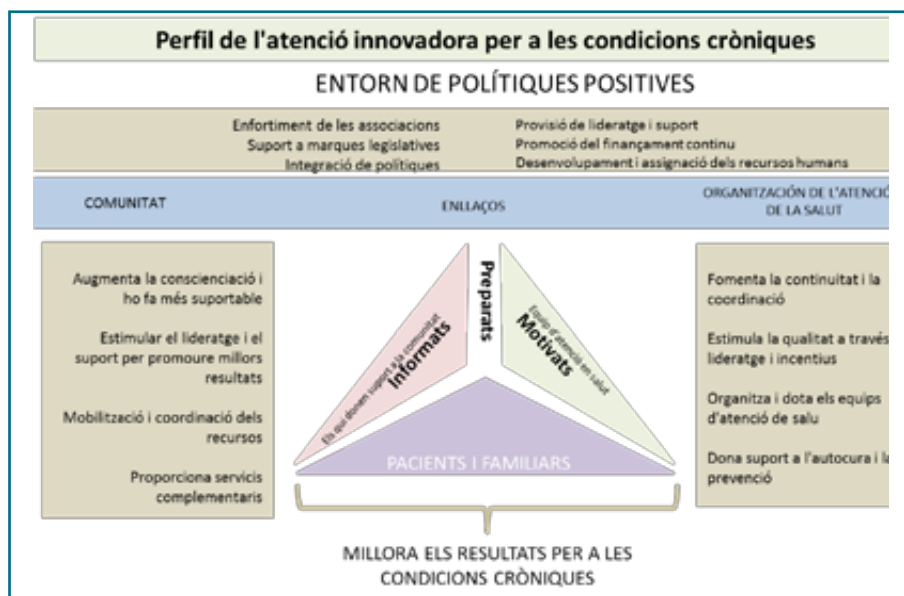
Per a abordar els principals reptes que plantegen els canvis demogràfics i epidemiològics vinculats al progressiu envelliment de la població i predomini de les malalties **cròniques**, el Pla de Salut aposta per una resposta multidimensional que implica una reorientació del sistema de salut. En l'àmbit assistencial, es dirigeix cap a la reorganització de les cures clíniques per a una atenció **integrada i continuada** que combine els diversos nivells assistencials i centre la seua atenció en el pacient i el seu entorn familiar. A més, reconeix la necessitat d'actuar en l'àmbit **poblacional** fomentant la prevenció i l'**apoderament** de la ciutadania i dels pacients per mitjà d'intervencions que faciliten la participació i la incorporació d'actius en salut comunitària.

Aquest canvi de paradigma, alineat amb el model de "Perfil de l'Atenció Innovadora per a les condicions cròniques" (AICC) proposat per l'OMS, es recolza en les següents idees-força:

#### Idees-força del model AICC:

- La presa de decisions basada en l'evidència
- Enfocament de salut poblacional
- Focus en la prevenció
- Èmfasi en la qualitat de l'atenció i en la qualitat sistèmica
- Flexibilitat/adaptabilitat
- Integració, com a nucli dur i fractal del mode

### Model de l'OMS d'atenció a la cronicitat



Font: OMS "Perfil de l'Atenció Innovadora per a les Condicions Cròniques" en l'informe de l'Atenció Innovadora per a les Condicions Cròniques: Agenda per al Canvi.

### Model de millora contínua de la qualitat: la Triple Meta

En relació amb els serveis, s'adquireix el compromís d'enfortir un **sistema sanitari públic, universal i de qualitat**, en el qual la valoració de les persones sobre l'atenció rebuda es considere un element fonamental i els professionals un valor essencial del sistema, sense deixar de reconèixer la necessitat de contemplar criteris **de sostenibilitat**.

En aquest sentit, un repte que vincula la millora de resultats en salut i els resultats econòmics és la demostració de l'efectivitat i eficiència de les actuacions implementades, per mitjà de la generació **i ús de l'evidència científica**, tant en les intervencions de caràcter clínic com en les de promoció, prevenció i protecció de la salut.

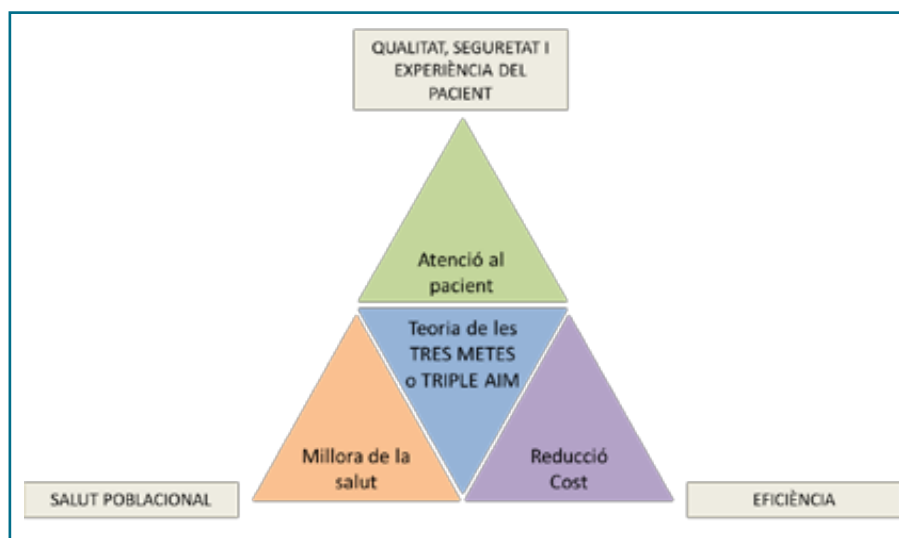
Perquè la reorientació de l'organització als **resultats en salut** es faça realitat, el Pla de Salut promou, a més de la integració dels seus objectius en els acords **de gestió dels** departaments de salut, establir un salt qualitatiu en el desenvolupament dels sistemes **d'informació i avaluació**.

La teoria de "les tres metes" té com a objectiu el foment de la cultura de la qualitat del sector salut. Promulga que la millora contínua del sistema d'atenció de la salut requereix de la cerca simultània de tres objectius o metes: ha de buscar la millor atenció de qualitat i seguretat, al menor cost per a obtenir els millors resultats en salut.

- **ATENCIÓ:** millorar l'experiència de l'atenció
- **SALUT:** millorar la salut de les poblacions
- **COST:** reduir els costos per càpita de l'atenció sanitària



### Model de la Triple Meta



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

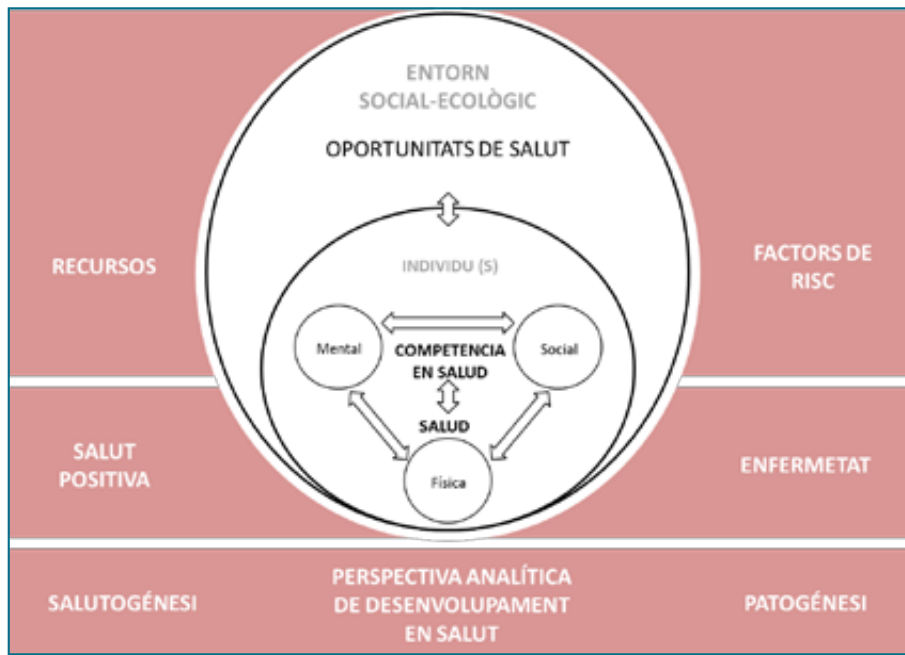
### Model de Salut Positiva i Actius en salut

El IV Pla de Salut propugna, com a element innovador, un canvi de paradigma que combina l'enfocament clàssic d'identificar els factors de risc d'emmalaltir i l'atenció a les persones quan estan malaltes, amb l'èmfasi en la salut **positiva** o el que s'ha anomenat l'enfocament dels actius **en salut**. Aquest enfocament segueix la lògica de fer fàcils i accessibles les opcions orientades al benestar, creixement i envelliment saludable. Des d'un punt de vista de la salut pública, caldria incorporar el terme "**epidemiologia de la salut**", encunyat per Morgan i Ziglio, a l'anàlisi epidemiològica de la situació amb enfocament tradicional, i començar a identificar quins són els factors protectors, o actius en salut, que resulten essencials per a assistir les persones i les comunitats en el seu desenvolupament.

Açò redundarà en una major autonomia i menor dependència dels Serveis Socials i de salut, i propiciarà que els recursos limitats disponibles puguin ser destinats als qui més els necessiten i, per tant, aquesta perspectiva ofereix un gran potencial per a ajudar a **reduir les desigualtats** en salut.

En definitiva, es tracta d'una revitalització **de la idea de promoció de la salut**, desenvolupada a l'empara de la Carta d'Ottawa en 1986, els principis fonamentals de la qual inclouen la participació, l'apoderament, l'equitat, la multidisciplinarietat i l'acció intersectorial.

### Model de Salut Positiva



Font: EUPHID Health Development model

# La població i el sistema de salut

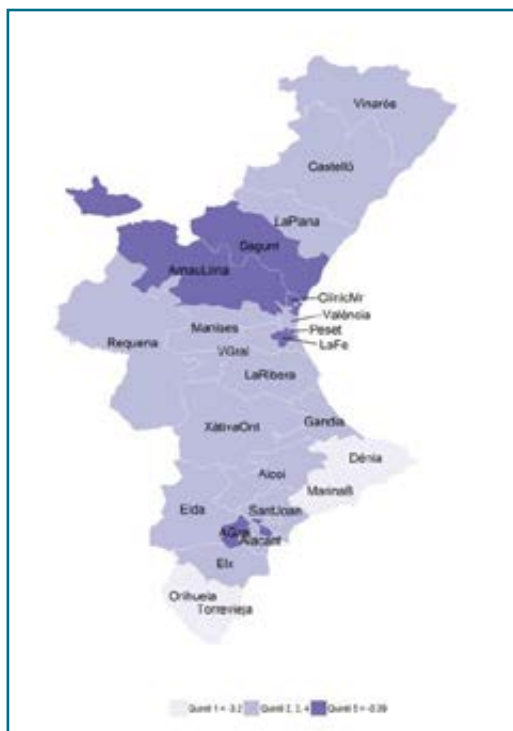
## Característiques de la població

### Descens de la població

En la primera dècada del segle XXI, el creixement constant de la població valenciana va comportar un increment global en el nombre d'habitants de 990.977 (24,1%). L'any 2010, es va iniciar un alentiment del procés, amb un descens gradual del nombre d'habitants en alguns departaments de salut. El percentatge de variació interanual per al conjunt de la Comunitat va ser per primera vegada negatiu en 2013, amb 15.451 habitants menys que l'any anterior.

El descens poblacional es va mantindre en 2014, en què la població de la CV es va situar en 5.004.844 habitants.

**Percentatge de variació interanual de la població per departaments de salut Comunitat Valenciana 2014**



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

**Evolució de la població CV**

Any	Total	Hòmens	Dones
2010	5.111.706	2.542.949	2.568.757
2011	5.117.1902	2.541.780	2.575.410
2012	5.129.266	2.546.404	2.582.862
2013	5.113.815	2.534.539	2.579.276
2014	5.004.844	2.475.081	2.529.763

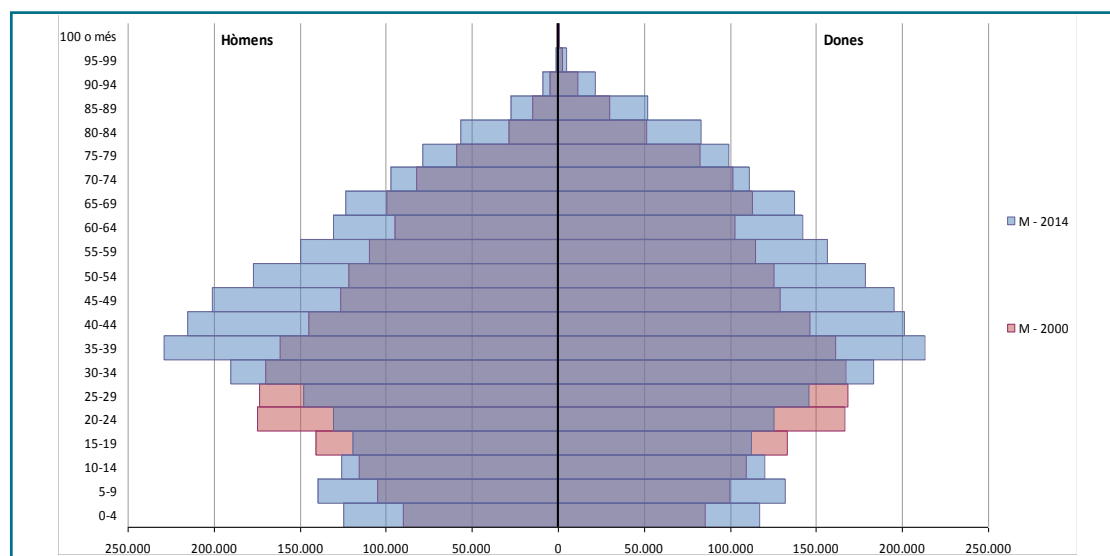
Font: Portal Estadístic de la Generalitat. Conselleria d'Economia Sostenible, Sectors Productius, Comerç i Treball

### Envelliment de la població

L'estructura de la població de la CV ha patit una evolució paral·lela a la del conjunt d'Espanya i semblant a la d'altres països de l'entorn europeu. Des de finals del segle XX, s'observa un envelliment progressiu de la població, amb un increment en el pes dels grups d'edats madures i longeves. L'any 2000, el 16,6% dels habitants tenia més de 64 anys, i d'aquests, un 21,3% tenia 80 o més anys. En 2014, aquestes xifres se situaven en un 18,0% i 28,4%, respectivament.

Aquesta situació és el resultat de la confluència de dos fenòmens, d'una banda, el manteniment de la natalitat en nivells baixos, i d'una altra, l'increment de l'esperança de vida. Entre 2000 i 2013, l'esperança de vida en nàixer a la CV va augmentar 3,9 anys, i arriba als 83 anys per al conjunt de la població (80,4 anys en hòmens, i 85,6 en dones).

## Població de la Comunitat Valenciana per edat i sexe, 2000 i 2014



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

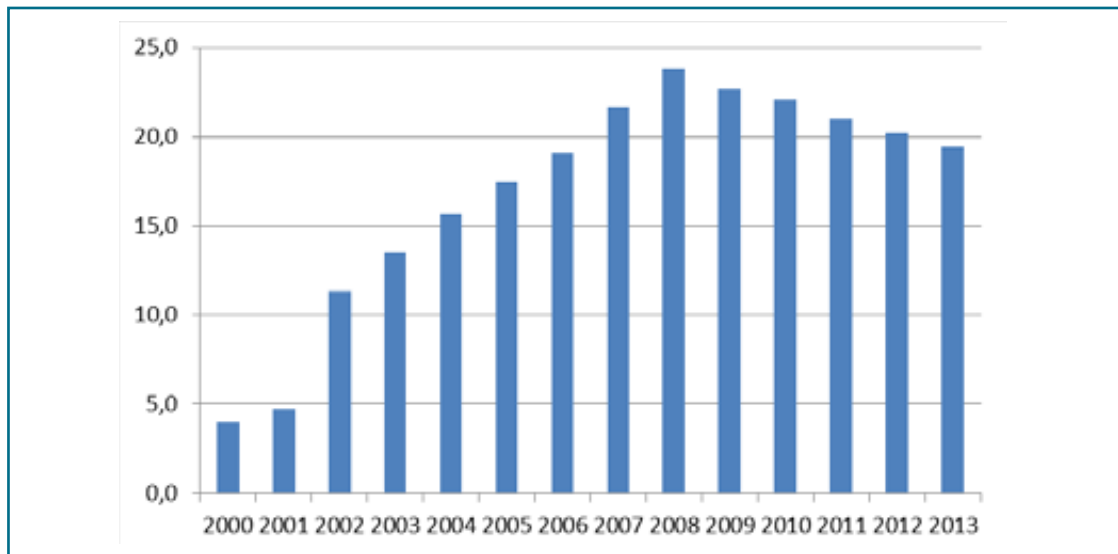
L'índex de dependència de majors de 64 anys, és a dir, el percentatge de població >64 anys en relació amb la població activa (15-64 anys), es va situar en un 27,0% en 2014, xifra semblant a la d'Espanya (27,2%) i un poc inferior al valor per a la Unió Europea (UE-16: 29,5%). La distribució de l'indicador per departaments de salut mostra l'existència de diferències territorials en l'estructura demogràfica de la Comunitat, amb valors que oscil·len des d'un 19,4 % a un 42,3%.

### Descens de la natalitat

La tendència creixent de la natalitat observada des de l'any 2000, tant a la CV com en el conjunt d'Espanya, va començar a declinar a partir de l'any 2009, i aquest descens es manté fins a l'actualitat. L'any 2013, la taxa de natalitat a la CV va ser de 8,6 nascuts vius per mil habitants, xifra lleugerament inferior a la d'Espanya i a la de la Unió Europea.

L'evolució de la natalitat ha estat clarament vinculada al creixent i intens fenomen migratori que va viure la Comunitat en la primera dècada del segle XXI. El progressiu increment en els naixements de mare estrangera, va passar de ser el 4% en 2000 al 23,8% en 2008, sobre el total de naixements, i a partir d'aqueix any s'hi aprecia un descens progressiu.

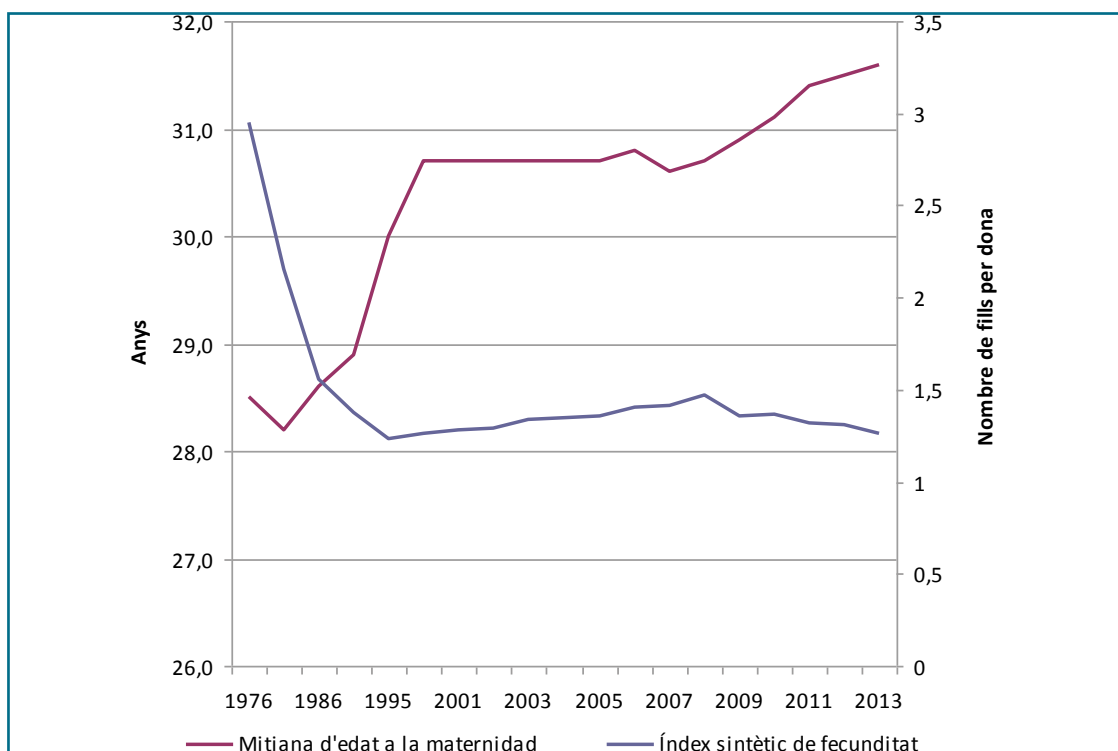
### Evolució del percentatge de naixements de mares estrangeres Comunitat Valenciana, 2000-2013



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

El patró reproductiu de les dones de la CV presenta una evolució semblant a l'observat en la resta del territori espanyol, que igual que en altres països del nostre entorn, es manifesta amb un augment en l'edat de les mares i un descens en el nombre de fills. En 2013, l'edat mitjana a la maternitat a la CV va ser de 31,6 anys (32,1 en dones espanyoles i 29,1 en dones estrangeres) i el nombre mitjà de fills per dona -Índex sintètic de fecunditat- es va situar en 1,3 (1,2 en dones espanyoles i 1,4 en dones estrangeres), molt per davall del 2,1 necessari per a garantir el reemplaçament generacional.

### Evolució de l'índex sintètic de fecunditat i de l'edat mitjana a la maternitat Comunitat Valenciana, 1976-2013

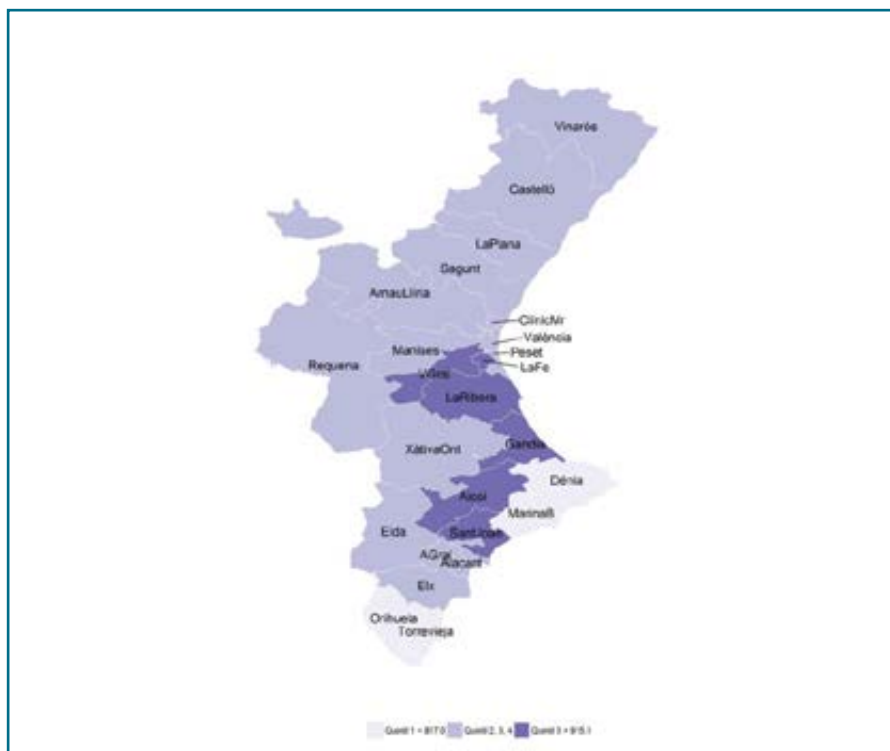


Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

## Mortalitat

La mortalitat a la CV presenta una evolució descendent, paral·lela a l'observada a nivell nacional, que afecta tots els grups d'edat, i tant hòmens com dones. L'any 2000, la taxa estandarditzada de mortalitat general a la CV va ser de 1.135,4 defuncions per 100.000 habitants (1.440,0 en hòmens i 902,1 en dones), xifra que va descendir fins a 842,8 per 100.000 habitants en 2013 (1045,4 en hòmens i 681,7 en dones). Tal com s'aprecia en la figura següent hi ha diferències territorials en la distribució de la mortalitat:

**Taxa estandarditzada de mortalitat general\* per departaments de salut Comunitat Valenciana, 2013**



\* Taxa de mortalitat per a totes les edats i totes les causes per 100.000 habitants ajustada a població estàndard europea.

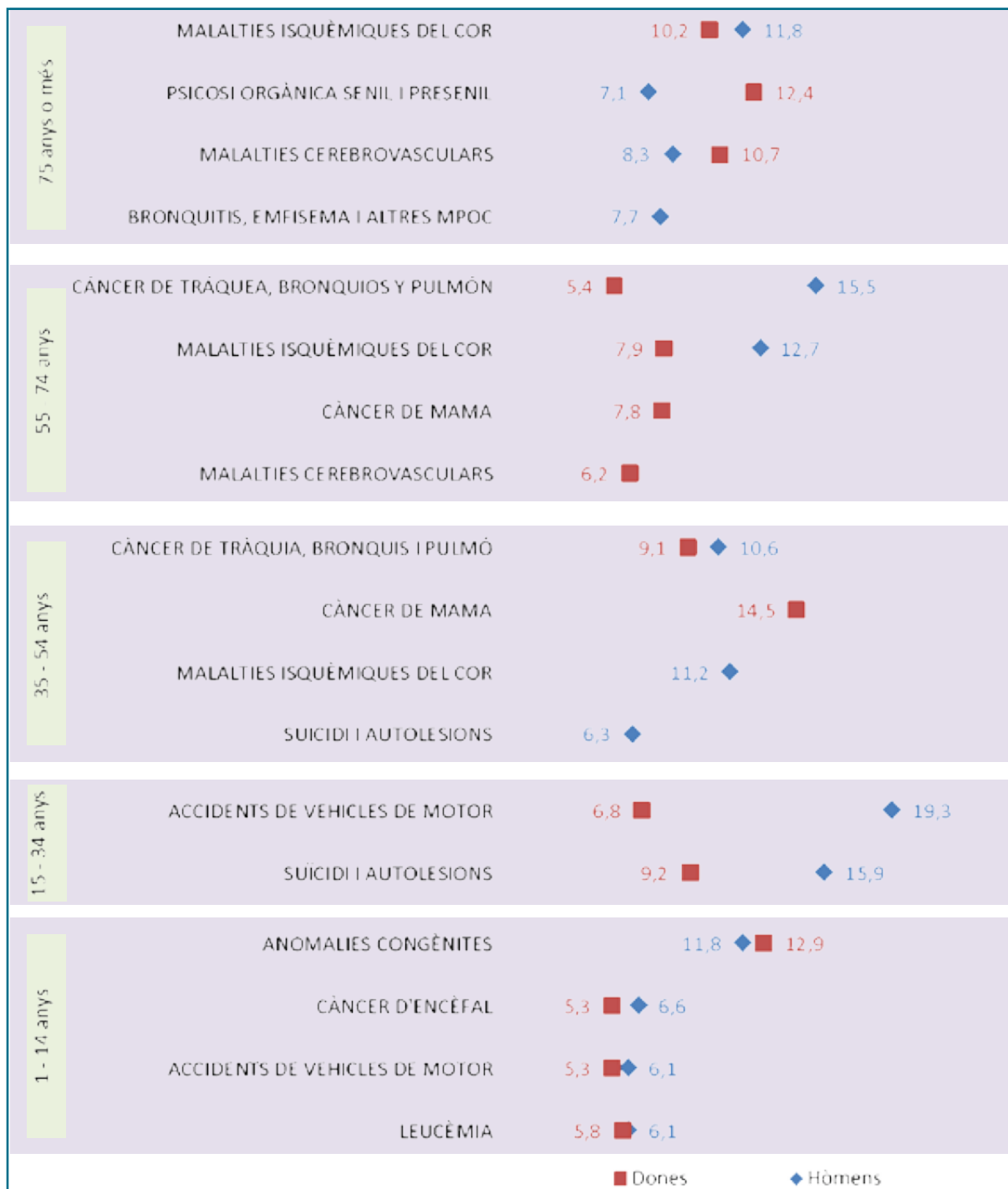
Font: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Les causes de mort presenten patrons diferents segons edat i sexe. En els menors de 15 anys la primera causa de mortalitat correspon a les anomalies congènites, i el segon lloc l'ocupen alguns tipus de tumors i les lesions per accident de trànsit. En els joves (15-34 anys), la mortalitat es deu fonamentalment a causes externes (lesions per trànsit, suïcidi i lesions autoinflingides), i són responsables d'un poc més d'un terç de les morts en el cas dels hòmens.

El càncer de tràquea, bronquis i pulmó i les malalties isquèmiques del cor ocupen els primers llocs en la mortalitat dels hòmens en l'edat adulta. En les dones de 35-54 anys, el càncer de mama juntament amb el de tràquea, bronquis i pulmons causen un 23,6% de les morts, mentre que en el grup de 55-74 anys, a més de les causes tumorals, cobren importància les malalties del sistema circulatori (malalties isquèmiques del cor i malalties cerebrovasculars).

En les edats més avançades ( $\geq 74$  anys), la primera causa de mortalitat en els hòmens són les malalties isquèmiques del cor i la psicosi orgànica senil i presenil en les dones. El segon lloc, en ambdós casos, l'ocupen les malalties cerebrovasculars.

### Mortalitat proporcional per grups d'edat i sexe. Principals causes Comunitat Valenciana 2008 - 2012



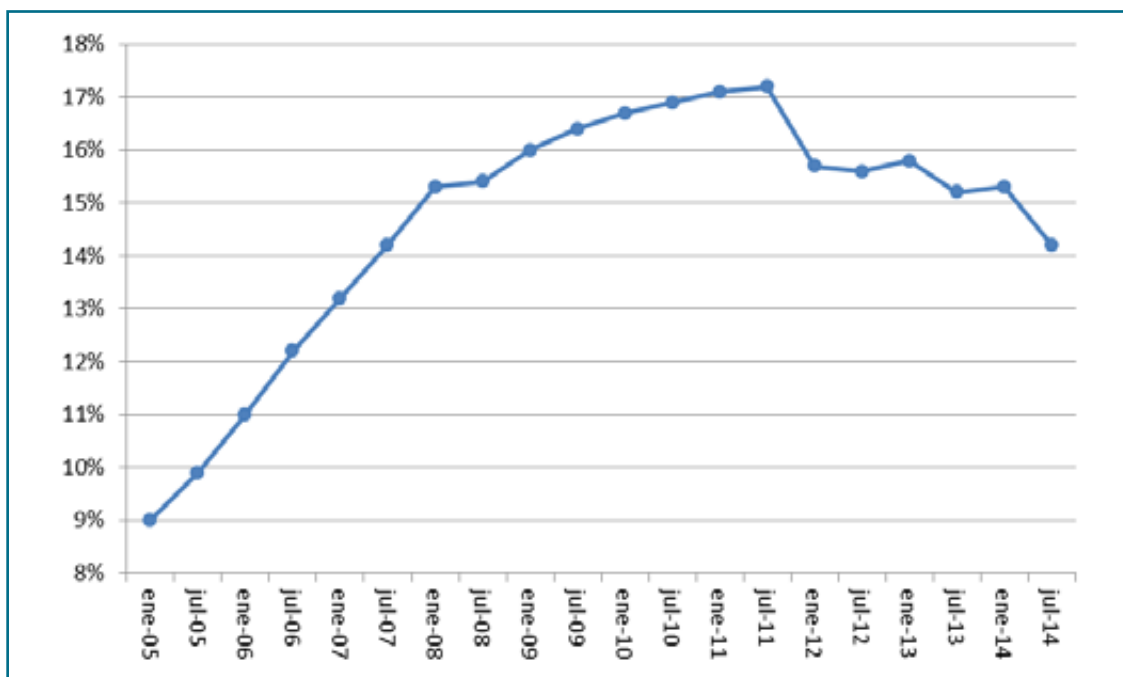
Font: Sistema d'Informació en Salut Pública. Elaboració: Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries. DGSP. Quocient entre el nombre de defuncions per una causa o grups de causes i el nombre total de defuncions ocorregudes en aqueix grup d'edat, expressat en % (>5%).

### Població estrangera i fluxos migratoris

La CV, igual que altres comunitats autònomes, va ser receptora d'un flux migratori constant al llarg de la primera dècada del segle XXI, que va conduir a un increment de la població estrangera, la màxima expressió del qual fou en 2011 amb una proporció pròxima al 17% de la població total. A partir d'aqueix moment s'aprecia un marcat descens com a conseqüència de la incidència de la crisi econòmica i el retorn al país d'origen o l'emigració cap a altres països, a més de l'adquisició de la nacionalitat espanyola en alguns grups.

En 2012, des de la CV, va emigrar un 19,4% més de persones estranger que l'any anterior. Al contrari, en el mateix any, la immigració d'estrangers cap a la CV va disminuir un 20,5%. Aquesta tendència es va mantindre en 2013, amb un saldo migratori de -29.565 persones estrangeres. Al seu torn, l'emigració de població espanyola des de la CV cap a altres països va augmentar un 23% en 2013 respecte a l'any anterior, i va donar lloc a un saldo migratori negatiu de -5.048 persones amb nacionalitat espanyola. Les dades provisionals de 2014 semblen indicar una certa estabilització del fenomen, encara que es manté un saldo migratori negatiu en ambdós casos.

**Evolució de la proporció de població estrangera resident a la Comunitat Valenciana**



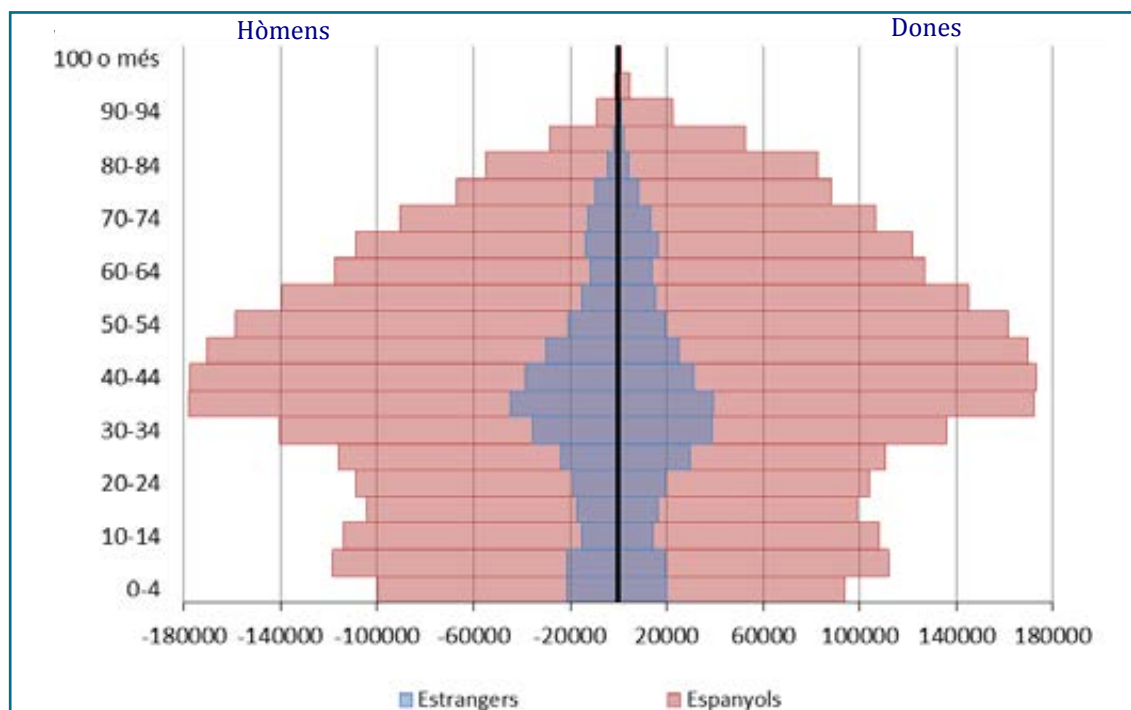
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del SIP. Empadronats i no empadronats amb estades >1m

Segons el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), al gener de 2015, la població estrangera a la CV es va situar en 706.242 habitants (14,1% de la població). S'aprecia una distribució heterogènia per departaments de salut. Les poblacions amb major proporció de ciutadans estrangers corresponen als departaments de Torrevieja (48,5%), Dénia (32,5%), la Marina Baixa (27,6%) i Vinaròs (21,9%).

En general, es tracta d'una població jove, majoritàriament en edat laboral, i sense diferències significatives per sexe. Un 15,8% té <15 anys, un 71,6% entre 15-64 anys i un 12,7% ≥65 anys. La distribució per edat no és homogènia a tota la CV, i hi ha algunes diferències territorials. Destaquen els departament de Torrevieja i Dénia, on la proporció de persones estrangeres de 65 o més anys supera el 30% del total de població estrangera, o el departament de la Marina Baixa amb un percentatge pròxim al 20%.



## Estructura de la població de la Comunitat Valenciana. Població espanyola i estrangera, 2014



Font: elaboració pròpia a partir de dades del SIP. Empadronats i no empadronats amb estades >1m

### Organització sanitària

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública és el departament del Consell encarregat de la direcció i execució de la política sanitària. Exerceix les competències en matèria de sanitat, salut pública, farmàcia, avaluació, investigació, qualitat i atenció al pacient. Territorialment s'organitza en serveis centrals i perifèrics i, funcionalment, en òrgans superiors, nivell directiu i nivell administratiu.

La Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana, defineix el Sistema Valencià de Salut com el conjunt de tots els centres, serveis i establiments, gestionats sota la responsabilitat de la Generalitat, dirigits a fer efectiu el dret a la salut, que inclou tant l'assistència sanitària com les actuacions de salut pública.

El Sistema Valencià de Salut s'ordena en 24 departaments de salut, que equivalen a les àrees de salut previstes en la Llei General de Sanitat. Cada departament de salut es divideix al seu torn en zones bàsiques de salut, que constitueixen l'àmbit territorial bàsic d'actuació de l'Atenció Primària.

### Estructura

#### Assistència sanitària

L'accés inicial al sistema sanitari es fa a través dels centres de **salut i consultoris**, on es proveeixen les prestacions assistencials pròpies de l'Atenció Primària. A la CV hi ha 244 centres de salut i 569 consultoris d'atenció primària, distribuïts en els departaments i zones de salut.

Com a unitats **de suport** als equips d'atenció primària es disposa de les unitats bàsiques de rehabilitació, unitats d'odontologia preventiva, unitats de salut mental, unitats de conductes addictives, unitats de salut sexual i reproductiva i unitats de prevenció de càncer de mama.

L'atenció **especialitzada**, amb **caràcter ambulatori**, es realitza a través dels centres sanitaris integrats, els centres d'especialitats i l'activitat ambulatoria hospitalària. Cal destacar en aquest àmbit l'extensió de noves modalitats assistencials, en favor d'una major eficiència i qualitat en l'atenció als pacients, amb l'increment en el nombre d'unitats d'hospitalització de dia i de cirurgia major ambulatoria.

Àrea d'actuació	Centres i serveis sanitaris	Quantitat
<b>Atenció ambulatoria: AP i AE</b>	Centres de salut	<b>244</b>
	Consultoris	<b>569</b>
	Unitats de suport	
	- Unitat bàsica de rehabilitació	<b>31</b>
	- Unitat de conductes addictives (UCA)	<b>41</b>
	- UCA	34
	- Centre de dispensació	1
	- Comunitats terapèutiques	5
	- Unitats de desintoxicació hospitalària	1
	- Unitat d'alcoholologia	<b>6</b>
	- Unitat d'odontologia preventiva	<b>128</b>
	- Unitat de prevenció del càncer de mama	<b>24</b>
	- Unitat de salut mental	<b>124</b>
	- Salut mental	93
	- Hospital de dia	4
- Salut mental infantil	27	
- Unitats de salut sexual i reproductiva	<b>80</b>	
	Centres sanitaris integrats	<b>42</b>
	Centres d'especialitats	<b>21</b>
<b>Atenció d'hospitalització</b>	Hospitalització d'aguts	<b>28</b>
	- Hospital departamental	25
	- Hospital complementari	3
	- Hospitalització de llarga estada	7
	- HACLE	6
	- Hospital psiquiàtric	1

AP: Atenció Primària

AE: Atenció Especialitzada

Per a la prestació de l'atenció sanitària en règim d'internat es compta amb 28 hospitals generals i 6 hospitals de mitjana i llarga estada (HACLE). A més, com a alternativa a l'hospitalització convencional, s'han desenvolupat les unitats d'hospitalització a domicili, que permeten prestar atenció especialitzada de rang hospitalari en el domicili del pacient, i les unitats mèdiques de curta estada.

### Salut Pública

La Llei 10/2014, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana, defineix com a actuacions estratègiques en matèria de salut pública: la vigilància, a través del Sistema d'Informació en Salut Pública i la Xarxa de Vigilància en Salut Pública; la promoció de la salut, amb menció especial al foment de les xarxes per a l'intercanvi de coneixement i experiències; la protecció de la salut, incloent-hi la seguretat alimentària, la salut laboral i la sanitat ambiental; i la prevenció de la malaltia.

A la CV es disposa d'una estructura descentralitzada a través de la qual s'organitzen i desenvolupen les actuacions en salut pública en els distints departaments de salut. Com a òrgan responsable a nivell central se situa la **Direcció General de Salut Pública**, mentre que, a nivell de departament, són **Centres de Salut Pública** (CSP) els responsables del desplegament de les accions i programes en matèria de salut pública. Hi ha 16 CSP que donen cobertura als 24 departaments de salut.

Enquadrades en els CSP d'Alacant, Castelló i València, s'ubiquen les tres **Unitats de Prevenció de la Sida i Infeccions de Transmissió Sexual**, estructures fonamentals en la prevenció de la infecció per VIH en la Comunitat, que han ampliat la seua activitat comunitària a les infeccions de transmissió sexual, amb activitat assistencial delimitada en els col·lectius d'especial vulnerabilitat usuaris habituals d'aquests centres.

Així mateix, es disposa de tres laboratoris de Salut Pública que proporcionen el suport analític necessari per al desenvolupament dels programes i actuacions en seguretat alimentària i control ambiental a la CV.

### **Docència, investigació i innovació**

Tal com estableix la Llei de Salut de la Comunitat Valenciana, tot *el Sistema Valencià de Salut ha d'estar en disposició de poder ser utilitzat per a la docència pregraduada, especialitzada, postgraduada i continuada dels professionals*. Per a l'exercici eficaç de la formació practicoclínica és necessària l'actuació *coordinada dels departaments amb competència en matèria de sanitat i educació*. L'Escola Valenciana d'Estudis de la Salut és la unitat administrativa de la conselleria competent en matèria sanitària per al suport científic i tècnic en l'àmbit de la formació, docència i investigació. La formació permanent del personal sanitari i no sanitari del Sistema Valencià de Salut s'estructura a través dels plans de formació, que s'elaboren tenint en compte les necessitats dels professionals i les línies estratègiques de la conselleria.

La investigació sanitària i la innovació en salut són elements bàsics del Sistema Valencià de Salut, que es desenvolupen tant en centres d'investigació com en centres assistencials. La conselleria competent en matèria de sanitat és la responsable de marcar les directrius i desplegar la política d'investigació i innovació en l'àmbit de la salut.

Com a estructures de suport a la investigació des dels centres sanitaris, es compta amb un conjunt d'entitats per a la gestió de l'activitat investigadora en els departaments de salut. L'Institut d'Investigació Sanitària INCLIVA, gestiona la investigació biomèdica de l'Hospital Clínic Universitari de València i el seu departament de salut; l'Institut d'Investigació Sanitària la Fe exerceix aquestes funcions en l'àmbit de l'Hospital Universitari i Politècnic de la Fe i el seu departament de salut; la Fundació de l'Hospital Provincial de Castelló i la Fundació de l'Hospital General Universitari de València desenvolupen aquestes activitats de suport en els seus àmbits corresponents. La Fundació per a la Investigació Sanitària i Biomèdica (FISABIO) integra en l'actualitat l'anterior Centre Superior d'Investigació en Salut Pública i les fundacions de l'Hospital Universitari Doctor Peset, Hospital General Universitari d'Alacant i l'Hospital General Universitari d'Elx, a més d'assumir la gestió de l'activitat científica d'altres 17 departaments de salut i de la Fundació Oftalmològica del Mediterrani. Finalment, cal citar el Centre d'Investigació Príncep Felip (CIPF) com a centre d'excel·lència de la investigació biomèdica a la CV.

### **Recursos humans**

El Sistema Valencià de Salut disposa d'una plantilla de més de 65.000 professionals. En l'àmbit de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública hi ha tres tipus de personal i llocs:

- Els gestionats per la Direcció General de Funció Pública de la Conselleria de Justícia, Administració Pública, Reformes Democràtiques i Llibertats Públiques, que no tenen la consideració de personal sanitari i es troben circumscrits als serveis centrals i territorials

- Els de Salut Pública, Inspecció de Serveis Sanitaris i els llocs traspassats a la conselleria amb requisit de llicenciatura/diplomatura sanitària, que són gestionats per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i tenen la consideració de personal sanitari
- Els d'institucions sanitàries, exercits fonamentalment per personal estatutari

#### Plantilla de personal gestionat per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública corresponent a Salut Pública, Atenció Primària i Especialitzada

Salut Pública					
Grup A1	Grup A2	Grup C1	Grup C2	AP	Total
790	142	89	192	29	1.242
Atenció Primària					
Personal directiu				8	
Personal facultatiu				4.344	
Personal sanitari no facultatiu				5.173	
Resta de personal				3.207	
Personal en formació				567	
<b>Total</b>				<b>13.299</b>	
Atenció Especialitzada					
Personal directiu				174	
Personal facultatiu				6.645	
Personal sanitari no facultatiu				23.947	
Resta de personal				8.878	
Personal en formació				2.075	
<b>Total</b>				<b>41.719</b>	

Font: Registre de llocs i gestió de personal, Cir (octubre 2015)

#### Plantilla de personal adscrit als serveis centrals i direccions territorials de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, segons l'òrgan de gestió

Òrgan de gestió	Serveis centrals	Direccions territorials	Total
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	119	163	282
Conselleria de Justícia, Administració Pública, Reformes Democràtiques i Llibertats Públiques	507	459	966
<b>Total</b>	<b>626</b>	<b>622</b>	<b>1.248</b>

Font: Registre de llocs i personal (octubre 2015)

#### Personal dependent de les concessions administratives i dels consorcis

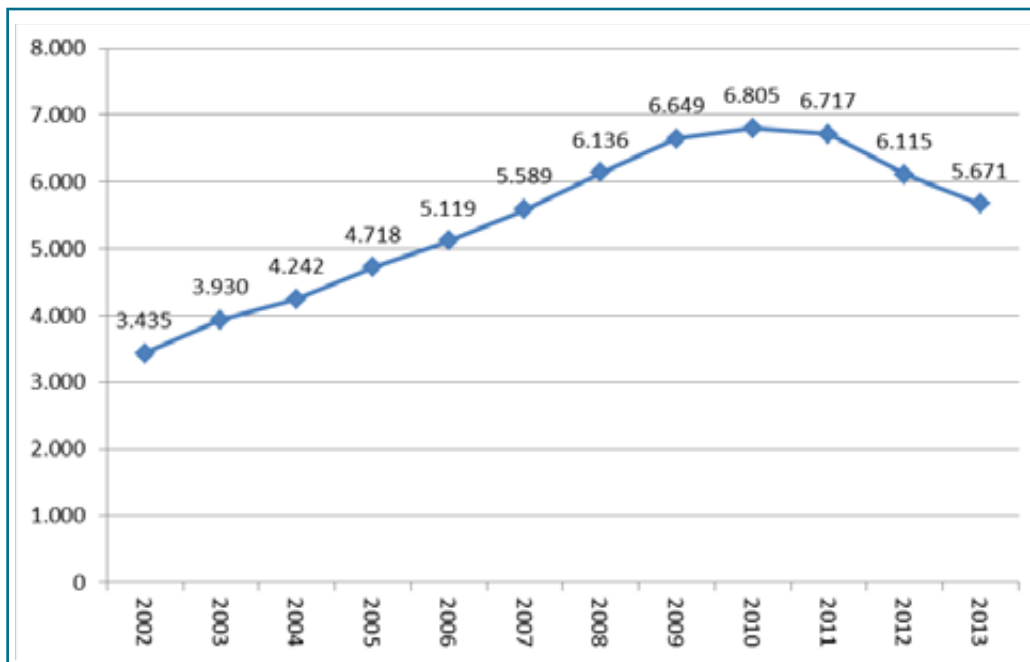
Atenció Primària i Especialitzada	
Personal directiu	41
Personal facultatiu	41
Personal sanitari no facultatiu	2.306
Resta de personal	4.656
Personal en formació	1.784
<b>Total</b>	<b>8.966</b>

Font: concessions administratives i consorcis (octubre 2015)

### Recursos econòmics

L'Estadística de Despesa Sanitària Pública, en la seua sèrie 2002-2013, incorpora el criteri de meritació (despesa real o efectiva) i presenta la informació seguint distintes classificacions: econòmica, funcional i sectorial. Segons hi consta, l'any 2013 la despesa sanitària pública a la CV va ser de 5.671 milions d'euros, la qual cosa representa el 5,8% del PIB. En relació amb la seua població, aquest volum va suposar una despesa de 1.109 euros per habitant. Atesa la classificació funcional, són els serveis hospitalaris i especialitzats els que més pes tenen, amb un 62,2% de la despesa, i el segon lloc l'ocupa la despesa en farmàcia (20,4%).

**Evolució de la despesa sanitària pública consolidada (milions d'euros). Sector de despesa per comunitats autònomes. Comunitat Valenciana, 2002-2013**



Font: elaboració pròpia a partir de l'Estadística de Despesa Sanitària Pública. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

En els pressupostos de la Generalitat per a l'any 2016, la quantitat assignada a la conselleria competent en matèria de salut ha sigut de 5.909 milions d'euros, la qual cosa representa un increment del 7,6% respecte a l'exercici anterior.





**PROCÉS D'ELABORACIÓ  
DEL IV PLA DE SALUT**





# Avaluació del III Pla de Salut

Una vegada finalitzat el període de vigència, la seua avaluació es va plantejar des de la doble perspectiva metodològica que complementara l'anàlisi **quantitativa** tradicional del grau de consecució dels objectius plantejats, amb una valoració **qualitativa**.

## Principals resultats de l'avaluació quantitativa

El mapa estratègic del Pla de Salut 2010-2013 va incorporar un total de 22 línies estratègiques, 35 objectius generals, 163 objectius específics i 361 línies d'actuació estructurades. A partir de 25 àrees d'actuació prioritzades i d'11 de caràcter transversal, es van plantejar 232 indicadors d'avaluació.

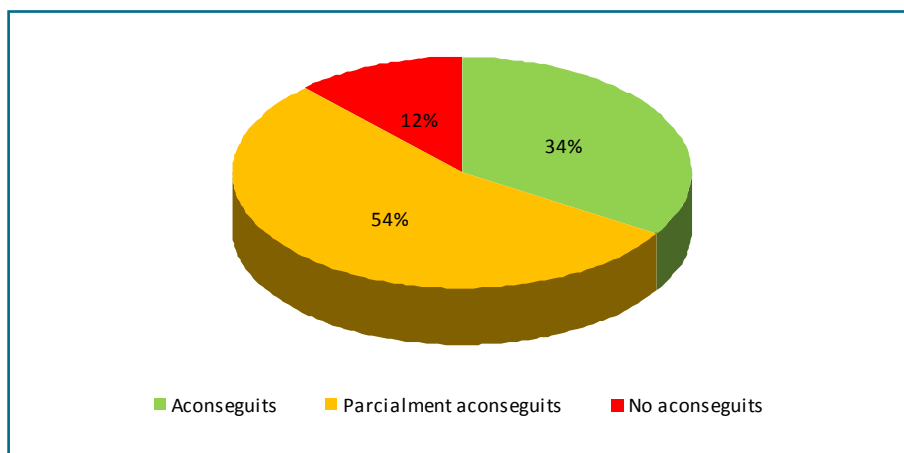
Per a dur a terme aquesta avaluació es va elaborar un qüestionari de recollida d'informació, que van omplir les persones responsables de les 25 àrees d'actuació prioritzades i de les 11 àrees de caràcter transversal. Junt amb això es va obtenir informació específica dels sistemes d'informació d'atenció primària (Abulcassis) i especialitzada (CMBD), així com de les actuacions formatives desenvolupades a través de l'Escola Valenciana d'Estudis en Salut (EVES). L'avaluació quantitativa va comptar amb la col·laboració d'un total de 54 professionals, personal tècnic de la Conselleria de Sanitat.

Per a conèixer els èxits aconseguits, en primer lloc es va valorar el grau **de consecució dels objectius específics (OE)**. Dels 163 OE, 2 es van considerar no avaluables perquè la informació disponible que se'n tenia era insuficient o incompleta. En la taula i la figura següents es resumeix el grau de consecució d'aquests objectius i en l'annex 5.2 el de les línies estratègiques:

## Descripció del grau de consecució dels objectius específics

	Grau de consecució	Nombre d'OE	% OE
Avaluats	Aconseguits	55	98,8%
	Parcialment aconseguits	87	
	No aconseguits	19	
No avaluables		2	1,2%

Grau de consecució dels objectius específics avaluats  
Pla de Salut (2010-2013)



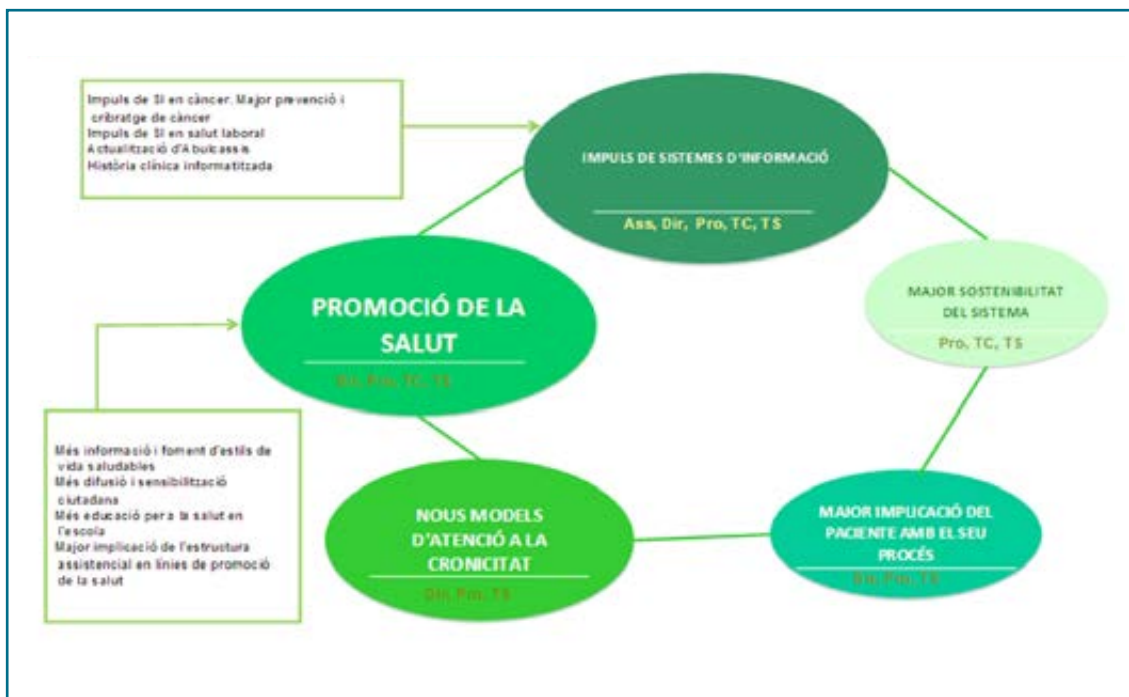
## Principals resultats de l'avaluació qualitativa

Per a aquest propòsit es va utilitzar la tècnica d'investigació qualitativa Metaplan, amb la finalitat de capturar informació d'informants clau sobre els èxits o aspectes positius aconseguits i sobre aquells aspectes que segons la seua opinió no van complir els objectius o expectatives generades pel pla. El perfil dels 109 participants va ser: equips sanitaris directius, tècnics i professionals de l'àmbit sanitari, tècnics municipals i d'altres conselleries, associacions ciutadanes i de pacients.

Els principals èxits identificats tenen a veure amb el caràcter més transversal d'aquest Pla, l'avanç en el desenvolupament dels sistemes d'informació, propiciar una major preocupació per l'eficiència i el desplegament del Pla del Càncer, així com la introducció d'objectius i actuacions en els àmbits de la salut laboral i la seguretat alimentària.

En els gràfics següents es representa la consistència global, és a dir, idees coincidents entre els diversos grups de participants, com a resum de les idees més excel·lents aportades. La grandària de cada cercle representa la importància relativa de la idea. En cada cas es presenten les sigles del grup de participants on aquesta idea sobreixia. D'aquesta manera, es pot comprovar el grau de coincidència i la intensitat amb què es van proposar determinades idees en el debat obert entre els participants.

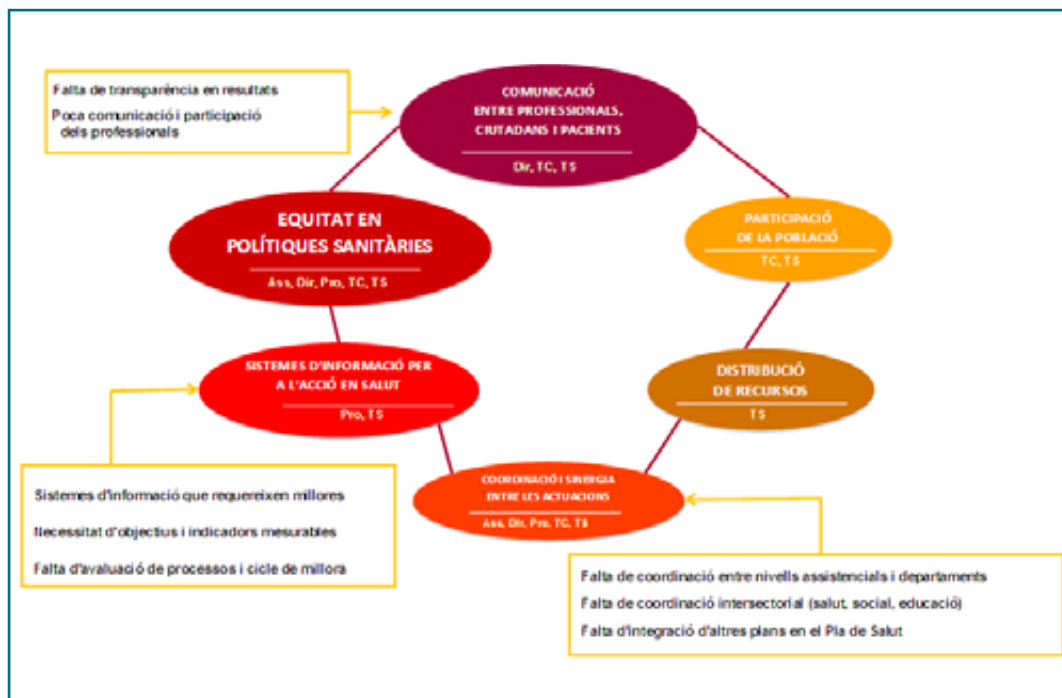
### Principals èxits del Pla de Salut 2010 - 2013



Dir, TS: tècnics i directius de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. TC: tècnics d'altres conselleries i de l'Administració local. Pro: professionals sanitaris i societats científiques. Ass: associacions ciutadanes i de pacients

Al contrari, segons l'opinió dels participants el pla no va aconseguir la difusió que s'esperava, la qual cosa ha limitat la participació d'un ampli nombre d'agents socials i dels mateixos professionals, no ha estat prou lligat als acords de gestió del sistema valencià de salut i, encara que ha sigut una referència de les estratègies i plans sectorials que s'han posat en pràctica, ha estat difícil visualitzar una coordinació de tots ells a l'entorn d'aquest Pla de Salut.

### Principals línies estratègiques, objectius específics o línies d'actuació que no han complert les expectatives 2010 - 2013



Dir, TS: tècnics i directius de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. TC: tècnics d'altres conselleries i de l'Administració local. Pro: professionals sanitaris i societats científiques. Ass: associacions ciutadanes i de pacients

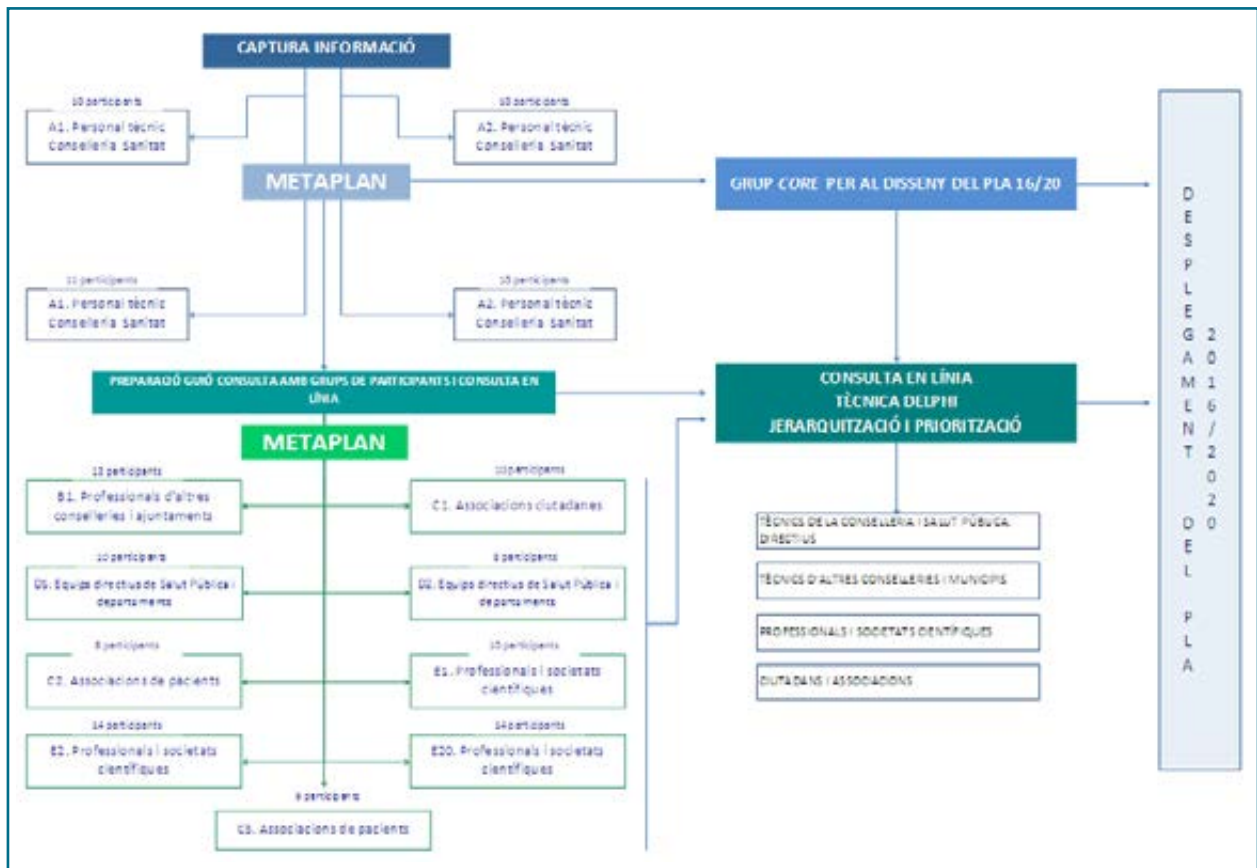
# Identificació de les prioritats per al IV Pla de Salut

Per mitjà de tècniques d'investigació **qualitativa** (Metaplan i Delphi) es va capturar informació per a identificar principis, valors i objectius per al nou Pla de Salut 2016-20.

Es van fer un total de 13 sessions per mitjà de la metodologia Metaplan, amb la participació de 137 persones entre representants d'associacions ciutadanes, professionals, tècnics i directius (inclouent personal de distintes conselleries i administracions locals), i 4 estudis Delphi amb participació de 273 persones pertanyents als mateixos col·lectius, que es van desenvolupar en paral·lel.

En la següent figura es representa en esquema el procés que resumeix la planificació, grups de treball i consultes en línia realitzades per a cobrir els objectius de l'estudi, i en la taula es resumeix la distribució de les sessions del Metaplan.

## Resum del procés de treball



## Descripció de les consultes, rondes, records i respostes del mètode Delphi

Perfil	Seu	Grups	Participants
Tècnics de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	EVES	4	41
Professionals d'altres conselleries i administracions locals	DGSP	1	13
Associacions de ciutadans	DGSP	3	27
Associacions de pacients	HGUA		
Equips directius de salut pública i departaments	DGSP	2	18
Professionals i societats científiques	DGSP HGUA	3	38

EVES: Escola Valenciana d'Estudis de la Salut. DGSP: Direcció General de Salut Pública. HGUA: Hospital General Universitari d'Alacant.

### Captura d'informació per mitjà de la tècnica Metaplan

La tècnica Metaplan es va utilitzar per a capturar la informació a partir de 3 qüestions clau que es van formular per a iniciar i mantindre activa la tècnica, juntament amb una sèrie de preguntes encadenades que incorporaven àmbits a explorar per a conèixer de forma fidedigna totes les perspectives dels diferents perfils de participants. Per a perfilar els guions de treball i el contingut de la consulta, valorar la idoneïtat del pla de treball i seleccionar els grups d'interès, es va comptar amb un grup *core*, integrat per 7 tècnics en representació de les direccions generals de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

- La primera pregunta es va centrar a destacar els principals èxits, aspectes positius i millores en salut, benestar i qualitat de vida, prevenció, promoció de la salut i assistència sanitària en els últims anys, percebuts per cada grup de participants.
- La segona, a identificar les propostes de millora en els diferents àmbits de la promoció, prevenció, problemes de salut prioritaris, col·lectius que requereixen major atenció, qualitat i seguretat del pacient, sistemes d'informació, participació...
- La tercera, a determinar les línies estratègiques i objectius que no haurien de faltar en el Pla de Salut, així com la estratègia per a la implementació en els departaments de salut.

La tècnica **Delphi** es va aplicar fent un total de 4 consultes *en línia* (4 consultes x 2 rondes). Per a això es va disposar d'un lloc *web* <http://calite-revista.umh.es/delphi> i d'una aplicació informàtica que assegurava la correcta administració dels temps i la informació necessària perquè els informadors clau respongueren, dins del termini i en la forma corresponent. En la taula següent queda resumit aquest procés:

### Descripció de les consultes, rondes, records i respostes del mètode Delphi

CONSULTA	RONDES	Records	Experts convidats	Respostes vàlides
Tècnics de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, directius	1	2	201	125
	2	2	125	110
Tècnics d'altres conselleries i municipis	1	3	136	70
	2	3	70	52
Professionals i societats científiques	1	4	145	100
	2	3	100	84
Associacions ciutadanes i de pacients	1	4	49	34
	2	4	34	27

### Guió de preguntes Delphi

El guió de les preguntes a formular en les consultes *en línia* (tècnica Delphi) va sorgir fruit de la combinació d'informació analitzada i extreta de les diferents sessions grupals, així com de les formulacions, recomanacions i suggeriments aportats pel grup Core de tècnics. A cada un dels participants se li va sol·licitar que assignara una puntuació en l'escala del 0 (mínima prioritat) al 10 (màxima prioritat) a cada una de les propostes, agrupades en 5 epígrafs:

- A – Prioritats en salut que més atenció necessiten
- B – Necessitats prioritàries del model sanitari
- C – Prioritats per a aconseguir una major participació ciutadana i dels pacients
- D – Enfocaments per a potenciar l'èxit del Pla de Salut
- E – Valors i principis que són fonamentals en el Pla de Salut 2016-2020

En resum, el procés de participació i consulta va consistir en 17 sessions en què van col·laborar 410 participants. 13 sessions grupals aplicant la tècnica Metaplan i 4 consultes en línia aplicant la tècnica Delphi.

### Total de sessions/consultes i participants en les tècniques qualitatives

Tècnica	Objectiu	Sessions/consultes	Participants
Metaplan	Captura d'informació	13	137
Delphi	Priorització de les propostes	4	273
<b>Total</b>		17	410

Els resultats de tot aquest procés participatiu han sigut fonamentals per a poder definir els valors i principis que hauran de presidir el nou Pla de Salut (2016-2020), així com les diferents línies estratègiques en què s'emmarcaran els objectius i accions que l'integraran. Així mateix, en l'anàlisi de la situació previ a la definició de cada un dels objectius, s'ha incorporat un resum dels aspectes més destacats de la prioritització duta a terme pels diferents col·lectius que van participar en les consultes Metaplan i Delphi.

# Valors, principis fonamentals i línies estratègiques del IV Pla de Salut

---

Com a resultat de les aportacions realitzades en el procés participatiu pels diferents agents socials, col·lectius professionals i personal tècnic participant, els principis i valors en què ha de basar-se el IV Pla de Salut són els següents:

## Missió

Servir a la millora de la salut i del benestar de la població valenciana d'una manera sostenible, eficient i continuada, des de la consideració de la salut com a realitat determinada per l'entorn físic i social on vivim.

## Visió

Millorar la salut de la població valenciana basant-se en els principis d'equitat, sostenibilitat, solidaritat i resposta a nous reptes.

## Valors-Principis

### Equitat com a eix transversal:

- Equitat en resultats en salut atenent les necessitats de salut per raó d'edat, sexe, lloc de residència, classe social i país d'origen
- Equitat en l'accés, ús i qualitat dels serveis sanitaris: universalitat en l'accés
- Equitat des de les perspectives de gènere i de la diversitat

### Sostenibilitat:

- Millorar l'eficiència del sector sanitari
- Incrementar la coordinació dels nivells assistencials
- Fomentar la coordinació dels serveis sanitaris amb els socials i els d'altres sectors

**Solidaritat:** assegurar i millorar l'atenció sanitària a tota la població tenint en consideració situacions d'especial vulnerabilitat

### Resposta a nous reptes:

- Fomentar enfocaments col·laboratius i de treball en equip a nivell professional i en la comunitat
- Fomentar la Investigació, desenvolupament i innovació en salut

**Horitzontalitat** de l'acció de govern, acció intersectorial perquè totes les administracions actuen de manera coordinada

**Governança i descentralització.** Ha d'assignar-se de manera clara les funcions i responsabilitats para cada un dels nivells de decisió

**Coordinació** i sinergia entre les actuacions que es definisquen

**Participació** i implicació de professionals i ciutadania en les polítiques de salut

**Proactivitat**, del sistema sanitari per a aconseguir una atenció primerenca, àgil, adequada i eficient als problemes de salut

**Qualitat**, excel·lència, innovació. Consideració de la millor evidència científica disponible.

**Responsabilitat** institucional

**Transparència**. En la gestió de recursos i en la gestió clínica, fent particip la ciutadania dels resultats en salut

En la següent figura es representen gràficament aquests valors i principis:

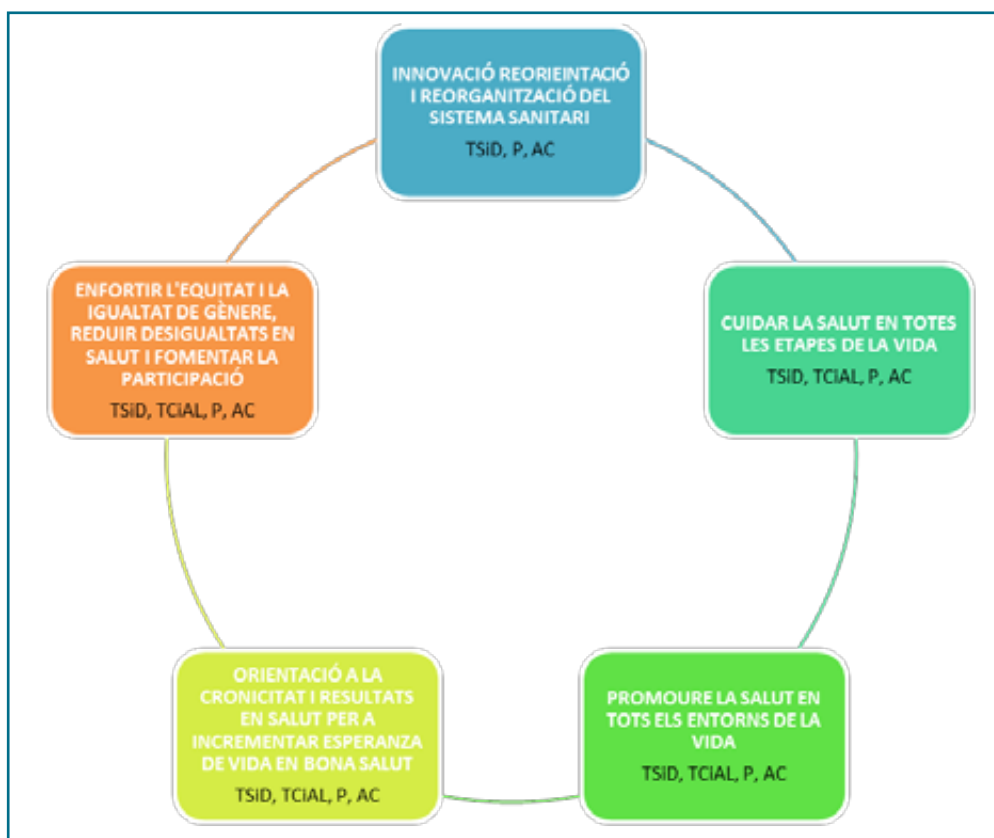
Valors i principis fonamentals en el Pla de Salut 2016 - 2020



El procés participatiu de consulta, ha sigut un element clau, junt amb les consideracions prèvies que s'han detallat a l'inici d'aquest capítol, referides al marc conceptual i a la referència en polítiques de salut en els contextos internacional, estatal i de les diferents comunitats autònomes.



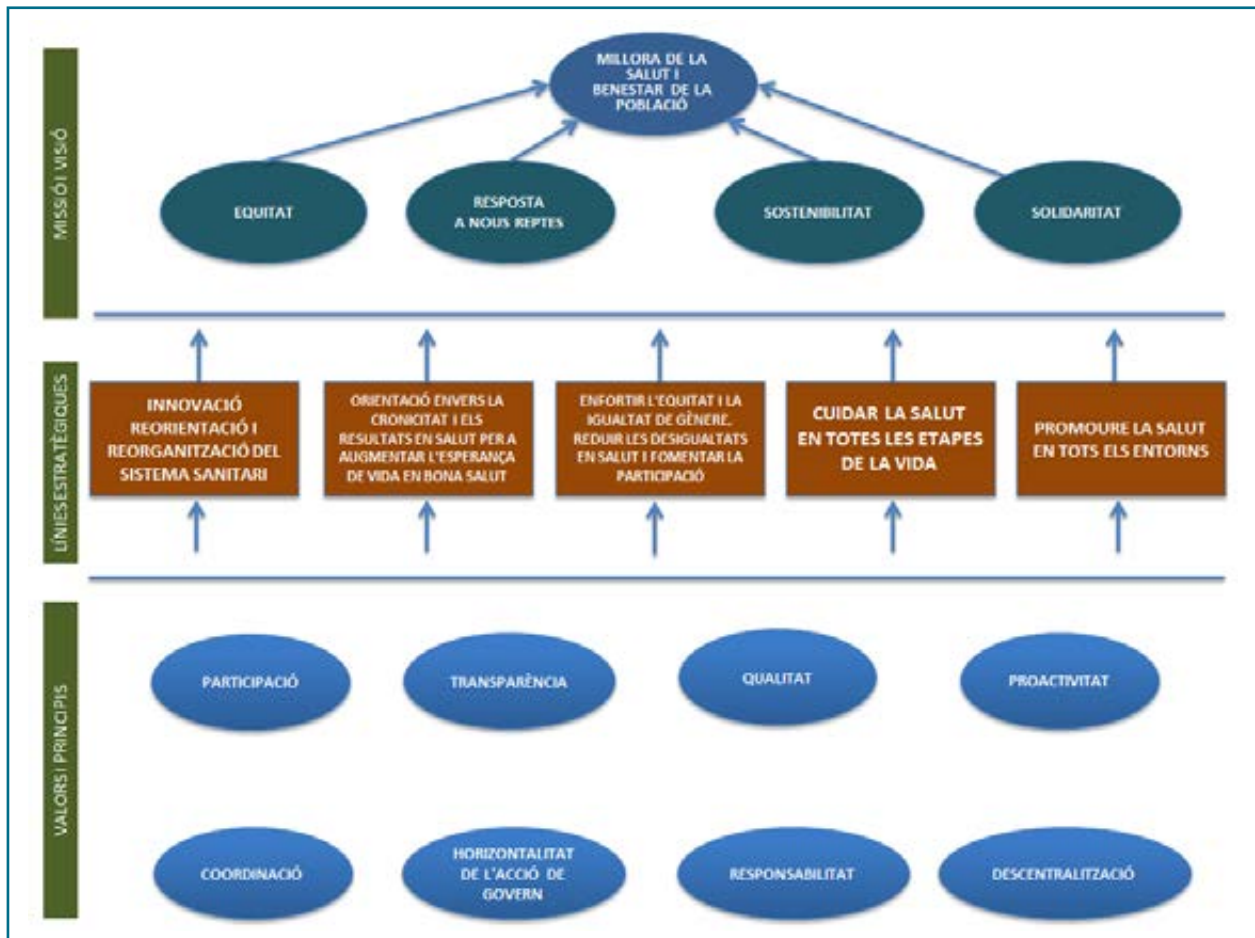
A continuació les **5 línies estratègiques identificades** en el procés de consulta, tenint en compte que la grandària dels quadres representa la intensitat o prioritització efectuada pels participants:



TSiD: tècnics i directius de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. TCiAL: tècnics d'altres conselleries i de l'administració local. P: professionals sanitaris i societats científiques. AC: associacions ciutadanes i de pacients.


En definitiva, el resultat de la integració i ordenació de tota la informació resumeix en el següent esquema el plantejament i les bases que hauran de presidir el Pla de Salut 2016-2020

## Valors, principis i línies estratègiques del pla de salut 2016-2020









**OBJECTIUS,  
ACCIONS,  
INDICADORS**



## **Línia 1. Innovació, reorientació i reorganització del sistema sanitari per a assegurar la màxima qualitat i la millor valoració percebuda per les i els pacients**

---

- 1.1. Orientar-se als resultats en salut de la població**
- 1.2. Augmentar la qualitat del sistema sanitari públic**
- 1.3. Garantir la sostenibilitat del sistema sanitari públic incrementant-ne l'efectivitat**
- 1.4. Posar la informació al servei de la millora de la salut**
- 1.5. Considerar els i les professionals com a valor essencial del sistema**





## 1.1. Orientar-se als resultats en salut de la població

### Anàlisi de la situació

S'ha dut a terme una **estratificació de la població** en funció de la seua condició de morbiditat i risc clínic o complexitat, per mitjà del sistema de classificació de pacients inclòs en la història clínica de salut i basat en els Clinical Risk Group (CRG) utilitzats prèviament per a la classificació de pacients amb objectius d'ús racional de medicaments i anàlisi de despesa farmacèutica. Gràcies a aquesta classificació s'ha constatat que en 2013, el 44% de la població presentava alguna condició crònica (40,2 % dels homes i 49,3 % de les dones), que correspon a un total de 2.097.873 habitants dels 4.743.844 analitzats. La precisió en la classificació i el seu nivell d'implementació (aproximadament 5 milions de pacients identificats a nivell individual), permet definir fàcilment els estrats poblacionals als quals dirigir les distintes iniciatives i destinar els recursos necessaris per a aconseguir un millor resultat en salut, especialment en aquella població amb un grau de complexitat i risc clínic més elevat.

En 2012 es va implantar el **Programa de revisió i seguiment de la farmacoteràpia** de la CV (Programa REFAR), a través del qual, per mitjà de la seua línia d'actuació per a la millora de l'eficiència i adherència dels tractaments (Subprograma REFAR-EA), es realitza una revisió i seguiment farmacoterapèutics continuats dels pacients amb major risc i falta d'adherència al tractament, sobretot en els **pacients majors polimedicats**. Entre 2012 i 2014 un total de 29.044 pacients de la CV estaven en seguiment continuat, i valoraven la seua capacitat cognitiva i social, la seua adherència al tractament per mitjà de tests específics i feien una revisió farmacoterapèutica per a detectar els possibles problemes relacionats amb els medicaments (PRM) i resultats negatius dels medicaments (RNM).

En el segon semestre de 2012 es va iniciar el subprograma de seguiment de l'**eficàcia i adherència dels tractaments farmacoterapèutics (REFAR-EA)**. L'objectiu inicial va ser revisar 40 historials farmacoterapèutics per quota/any. Tenint en compte la data d'inici del programa, en 2012 es van revisar el 14,1% dels historials farmacoterapèutics dels pacients crònics i polimedicats i el 13,7% en 2013.

Així mateix es va crear en l'apartat d'història socio sanitària dins de la valoració del nucli familiar, el flag de "**Cuidador**" per a la identificació de la persona cuidadora principal. A més a més, es pot identificar dins del full de seguiment REFAR en dades del cuidador. L'any 2013 es van registrar 1.032 pacients amb la condició de cuidador.

S'ha publicat una *Guia metodològica per a l'atenció de les persones cuidadores familiars en l'àmbit sanitari* dirigida a professionals.

El desenvolupament de **documents d'actuació clínica** com a suport als processos assistencials integrats en malalties cròniques es va iniciar en 2012. Es va publicar el document d'*Atenció a pacients amb fibromiàlgia* i s'ha elaborat un document d'*Atenció a pacients amb malaltia d'Alzheimer*.

## Objectiu 1.1.

### Orientar-se als resultats en salut de la població

**Reorientar les funcions dels diferents nivells i àmbits assistencials**, per a adequar els serveis sanitaris a les necessitats de salut de la població.

### Accions

**1.1.1.** Reorganització **assistencial** dels departaments per a l'atenció integrada de pacients crònics amb disseny de circuits departamentals i supradepartamentals en processos prioritzats i tenint com a eix central el pacient:

- crònic de baixa complexitat (autoatenció)
- crònic de complexitat moderada (gestió de malaltia)
- crònic d'alta complexitat o que requereix cures pal·liatives i les seues persones cuidadores (gestió de casos)

**1.1.2.** Desenvolupar les unitats **de referència** del sistema sanitari valencià.

**1.1.3.** Desenvolupar en l'àmbit de l'atenció primària, intervencions dirigides a guanyar salut i a previndre malalties, lesions i discapacitat, fomentant intervencions **en l'entorn comunitari**.

**1.1.4.** Aportar eines **d'ajuda a les decisions**, per a aproximar els resultats de les intervencions sanitàries a les diferents preferències informades dels seus destinataris.

**1.1.5.** Fomentar intervencions individuals i grupals dirigides a persones amb condicions cròniques, per a potenciar **l'autoatenció**.

**1.1.6.** Desenvolupar intervencions de suport **a les persones cuidadores** de pacients crònics, per a atendre les seues necessitats en salut i vetlar pel seu benestar.

**1.1.7.** **Reforçar** el paper de l'atenció **primària com a referent en l'atenció al pacient crònic, ancià i dependent**, promovent la presa de decisions compartides amb el professional, respectant les preferències i valors del pacient i afavorint l'atenció en el seu entorn habitual.

**1.1.8.** Incorporar la valoració multidimensional en els pacients ancians, i en els crònics d'alta complexitat i pal·liatius, per part d'un equip multidisciplinari, per a realitzar un **pla d'atenció individualitzada**.

**1.1.9.** Millorar l'eficàcia i seguretat dels tractaments en pacients **polimedicats**, per mitjà de programes de prescripció i utilització efectiva de medicaments.

**1.1.10.** Reduir el consum de **medicació innecessària** i excessiva, afavorint la utilització de diferents alternatives conduents a mitigar els riscos per a la salut associats.

**1.1.11.** Revisar i fer executiu l'acord **marc entre les conselleries competents en matèria de salut i de benestar social** per a una coordinació efectiva i eficient de la utilització de recursos en l'atenció a la cronicitat, i el desplegament de protocols assistencials per a persones institucionalitzades o en la comunitat amb greus problemes de salut crònics i dependents.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Estratègia d'Atenció Sociosanitària	Acord marc: creació grups de treball (2016)	Finalitzada i en marxa	SA
Altes ponderades per metge d'UHD	400 (2014)	↑	HACLE AG (962.1)
Pes de l'hospital a domicili en els hospitals d'aguts	9,5 (2014)	↑	DGAS
% de població de la CV amb servei de gestió de casos	15% (2013)	↑	DGAS
% de reingressos als 30 dies amb mateixa CDM en persones	4,4% (2014)	↓	CMBD / Il·lumina AG (CMBD0021.2)
d'històries de pacients crònics polimedicats revisats per a la seua adequació	13,7% (2013)	↑	Abulcassis / Il·lumina
COMPLEMENTARIS			
% de pacients crònics complexos en la història dels quals consta la persona cuidadora principal			DGFIPS
Nombre d'activitats grupals d'educació per a la salut dirigides a pacients crònics i persones cuidadores en els departaments de salut			DGSP CSP
% de pacients derivats a HACLE des d'UHD			HACLE

## 1.2. Augmentar la qualitat del sistema sanitari públic

### Anàlisi de la situació

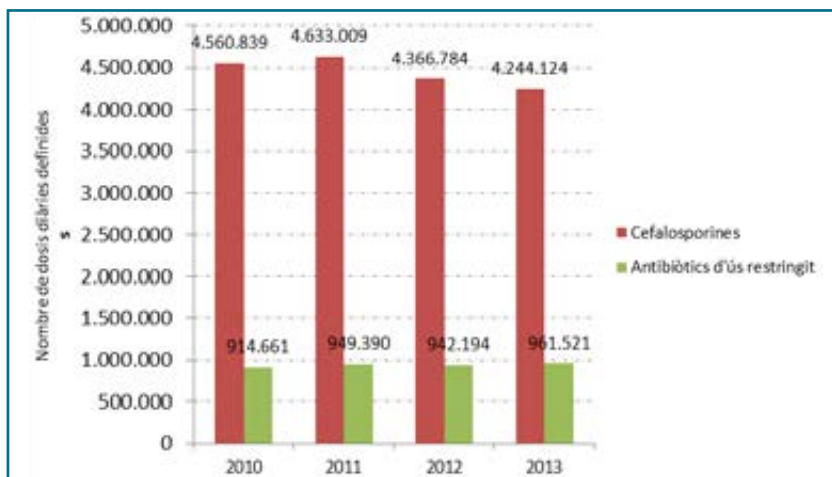
Amb la posada en marxa del Subprograma d'alertes de **productes farmacèutics** i revisió de la farmacoteràpia **REFAR-AR**, s'han revisat més de 200.000 pacients:

- Més de 85.800 pacients afectats per alertes de seguretat que afectaven fàrmacs com: calci-tonina, domperidona, ranelat d'estronci, trimetazidina, aceclofenac, etc.
- Més de 11.100 pacients majors de 65 anys afectats per criteris stopp (medicació no apropiada) a nivell del sistema cardiovascular
- Més de 42.400 en els quals s'ha detectat una medicació no adequada a les indicacions i recomanacions d'ús. Un exemple d'això és la revisió de pacients en tractament amb citicolina per al tractament de demències senils, o pèrdua de memòria que, no responien a trastorns neurològics i/o cognitius associats a traumatismes cranioencefàlics o accidents cerebrovasculars
- Més de 71.750 pacients afectats per PRM (interaccions, contraindicacions, posologies inadequades, duplicitats terapèutiques, al·lèrgies medicamentoses, esdeveniments adversos)

Gràcies a la seua aplicació s'ha produït una reducció del 26,72 % dels PRM en la població valenciana i una disminució del 10% dels pacients majors polimedicats (35.000 pacients).

Dins de l'objectiu de reduir el nombre d'infeccions **per microorganismes resistents**, s'ha aconseguit disminuir l'ús de cefalosporines a nivell comunitari, mentre que l'ús d'antibiòtic restringit a nivell hospitalari s'ha incrementat lleugerament.

Consum de cefalosporines a nivell comunitari i d'antibiòtics d'ús restringit en hospital

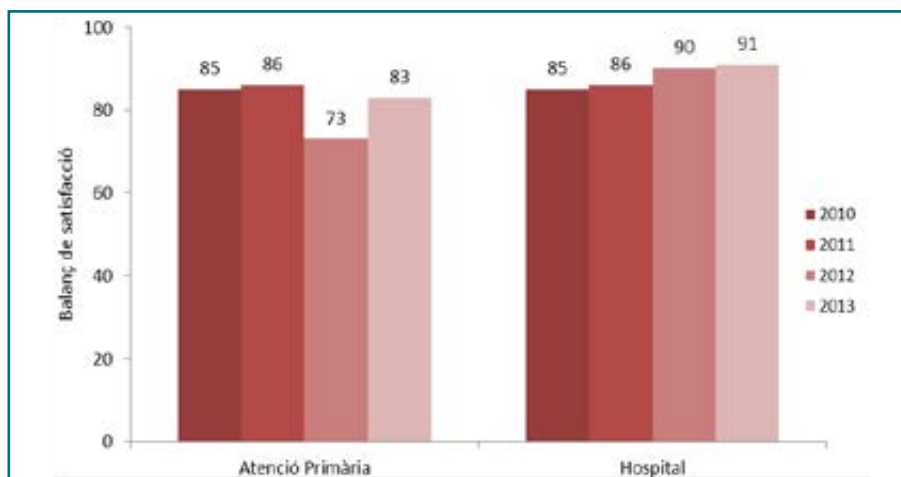


Font: GAIA, Orió Logis, Farmasyst i informe específic DGFIPS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

S'han implementat diferents programes per a la disminució de la freqüència d'infecció **hospitalària**, entre les quals es troben els programes de "Bacterièmia Zero", "Pneumònia Zero", "Resistència Zero" i les campanyes d'higiene de mans. A més, s'ha divulgat als pacients informació sobre el risc d'infeccions nosocomials associades a l'assistència, a través dels Documents de Consentiment Informat.

Al llarg de la vigència del III Pla de Salut, es va observar que la satisfacció **dels usuaris** que van rebre atenció sanitària en centres hospitalaris va ser superior a la percebuda pels atesos en un centre d'atenció primària, i va millorar al llarg del període 2010-2013 amb valors semblants en hòmens i dones. Així, en 2013, es va registrar un balanç de satisfacció en pacients atesos en un hospital del 91% en hòmens i 90% en dones.

**Balanç de satisfacció en pacients atesos en centre de salut i hospital**



Font: Enquestes d'Opinió dels Pacients. DGITQ  
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

En relació amb les llistes d'espera quirúrgica, en la taula següent es resumeixen les dades a meitat de 2015, publicades en el web oficial de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

#### Llistes d'espera quirúrgica - Juny 2015

Temps mitjà d'espera dels pacients en espera estructural (demora).	57
Nombre de pacients amb 0-90 dies d'espera.	37.837
Nombre de pacients amb 91-180 dies d'espera.	7.067
Nombre de pacients amb més de 180 dies d'espera.	1.591
Població	4.733.087
Taxa per 1.000 habitants.	9,82
Activitat quirúrgica.	333.221

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

## Objectiu 1.2.

### Augmentar la qualitat del sistema sanitari públic

Augmentar la **qualitat** del sistema sanitari en totes les seues dimensions: adequació, accessibilitat, seguretat, efectivitat, puntualitat, eficiència i equitat, amb el centre en l'experiència satisfactòria dels pacients.

### Acciones

**1.2.1.** Potenciar l'ús de guies **clíniques basades en l'evidència** i les recomanacions de les guies i protocols incorporats en la prescripció informatitzada.

**1.2.2.** Elaborar, validar i difondre recomanacions per a no fer intervencions **innecessàries**: “el que no s'ha de fer”.

**1.2.3.** Identificar i promoure l'adopció de bones **pràctiques** per a millorar l'adequació i la seguretat de l'assistència sanitària.

**1.2.4.** Promoure l'aplicació dels resultats de l'avaluació **de tecnologies sanitàries**, tant diagnòstiques com terapèutiques o organitzatives, a tots els nivells de l'organització.

**1.2.5.** Promoure l'extensió i plena integració a tots els nivells assistencials de la notificació d'efectes adversos i incidents relacionats amb la **seguretat**.

**1.2.6.** Valorar la satisfacció **percebuda per la ciutadania** en els diferents nivells de l'atenció sanitària, identificant àrees deficitàries i impulsant mesures de millora, fent públicament accessibles els resultats d'aquests estudis.

**1.2.7.** Valorar la satisfacció percebuda per les i els professionals com a actius fonamentals en la millora **contínua de la qualitat** del sistema sanitari.

**1.2.8.** Fomentar i impulsar la utilització de models **i/o eines de gestió de qualitat** en els centres sanitaris, que faciliten la detecció d'àrees de l'organització susceptibles de millora, implicant els professionals sanitaris en la millora contínua dels processos d'atenció.

**1.2.9.** Potenciar i desenvolupar els òrgans garants dels drets **dels pacients**, per a assessorar davant situacions de conflicte de manera que quede en tot moment protegida la dignitat de les persones.

## Indicadors

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

## 1.3. Garantir la sostenibilitat del sistema sanitari públic incrementant la seua efectivitat

### Anàlisi de la situació

L'impacte de la crisi econòmica recent sobre els ingressos de les administracions públiques junt amb la vigència d'un model de finançament de les comunitats autònomes que està generant importants i creixents diferències entre les capacitats de finançament regionals, són factors que estan afectant negativament i amb especial incidència la Generalitat de la Comunitat Valenciana, i tensant progressivament la situació financera del sistema sanitari públic valencià.

Amés a més, els desequilibris financers que amenacen el sistema s'estan veient agreujats per factors de diversa índole entre els quals cal citar l'envelliment de la població, l'elevada medicalització de la població, els preus dels medicaments, els costos de la tecnologia i el continu augment de la demanda de serveis sanitaris per part dels ciutadans, cada vegada més informats i exigents. Si a l'anterior s'uneix l'escassa possibilitat que es repetisquen els nivells d'ingressos autonòmics generats en l'etapa prèvia a la crisi, hi ha el risc més que probable que els desequilibris produïts deriven en un problema de sostenibilitat estructural del sistema sanitari públic.

Per això, és necessari que totes les mesures previstes en el Pla de Salut 2016-2020 tinguen present, amb especial insistència, el respecte al principi d'eficiència en la gestió i execució de la despesa sanitària pública a què obliga l'article 31.2 de la Constitució Espanyola de 1978.

A més a més, a fi de procurar i vetlar per la sostenibilitat de la sanitat pública, és necessari continuar impulsant actuacions i mesures específiques que permeten la millora de l'eficiència, vetlant per l'eficàcia i qualitat dels processos i afavorint avanços en la gestió, la qual cosa ha de contribuir a la racionalització de la despesa i a la millora d'ingressos, i derivar en una major disponibilitat de recursos destinats a la salut.

La integració de l'aplicació de suport a la **facturació intercentres Compàs amb l'aplicatiu Gaia** que s'ha dut a terme, permet la facturació automatitzada a tercers països i a través de l'INSS dels medicaments dispensats a persones titulars de targeta sanitària europea. Els departaments de salut integrats en l'aplicatiu Compàs són 29 (inclou els hospitals de mitjana i llarga estada) i arreplega els àmbits assistencials següents: hospitalització, cirurgia major ambulatoria, llarga estada, urgències hospitalàries, consultes externes d'especialitzada, consultes de primària, tècniques de radiodiagnòstic, farmàcia de recepta i farmàcia hospital a pacients externs.

Un altre aspecte a destacar és la potenciació d'**alternatives a l'hospitalització tradicional** (hospital a domicili, cirurgia sense ingrés i hospital de dia) com a estratègies de gestió de la qualitat assistencial, que incrementen els nivells de satisfacció del pacient i augmenten l'eficiència dels processos, pilar fonamental per a la sostenibilitat del sistema sanitari. Ha millorat l'adequació d'estades hospitalàries i de les taxes d'ocupació adequada. Cal destacar una disminució de l'estada mitjana entre 2010 i 2013, amb la consegüent reducció de les estades (-112.964) i es manté l'índex d'ocupació (74,7% en 2010 a 2012 i 74,9 en 2013), amb un increment de pacients ingressats (8.683) durant l'any 2013 enfront de l'any 2010 així com de l'índex de rotació de llits, que va passar de 3,5 en 2010 a 3,8 en 2013.



## Objectiu 1.3.

### Garantir la sostenibilitat del sistema sanitari públic, incrementant-ne l'efectivitat

Maximitzar la cerca de l'**efectivitat** per a garantir la **sostenibilitat** del sistema sanitari, orientant les decisions cap a l'obtenció de resultats en salut.

### Acciones

**1.3.1.** Impulsar actuacions per a la millora **del finançament, planificació i gestió dels recursos humans i materials** del sistema sanitari públic basant-se en els principis de professionalitat, participació, transparència, eficiència i bon govern.

**1.3.2.** Fomentar l'**autoconcert**, de manera que aquesta activitat extra siga assumida pels equips dels centres sanitaris que acrediten alts rendiments en la seua activitat ordinària, així com impulsant estratègies de pla de xoc intern perquè els equips dels departaments puguem assumir llistes d'espera dels seus departaments veïns.

**1.3.3.** Revertir progressivament les concessions i la seua integració en el sistema sanitari públic, augmentant-ne el control públic amb una escrupolosa fiscalització de l'activitat i del compliment dels contractes, alhora que estructurant les funcions, recursos i línies de treball dels comissionats.

**1.3.4.** Revertir progressivament l'activitat i els equips de ressonància magnètica a la xarxa sanitària pública, revisant el marc contractual per a garantir el seu estricte compliment i garantint que la reversió plena del servei a la xarxa pública es realitza en les condicions adequades.

**1.3.5.** Augmentar el grau d'**internalització de la resta d'activitats concertades** per a realitzar-les amb recursos propis, millorant en qualsevol cas la gestió de l'activitat concertada i la tramitació d'expedients de contractació i incloent controls rigorosos de tots els serveis externalitzats.

**1.3.6.** Reduir la despesa farmacèutica, potenciant eines que milloren l'**ús racional dels medicaments**, amb especial insistència en els pacients crònics i els polimedcats, la implantació de la recepta electrònica en tots els departaments i en tots els centres sociosanitaris, els preus de referència, la prescripció per principi actiu, l'ús de genèrics i la compra centralitzada de medicaments.

**1.3.7.** Fomentar la utilització de l'**avaluació de tecnologies sanitàries** per a la presa de decisions sobre prestacions.

**1.3.8.** Impulsar un pla de millora **de les inversions i infraestructures de la xarxa hospitalària**.

**1.3.9.** Consolidar la **Central de Compres** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, maximitzant-ne la cobertura sobre productes sanitaris i medicaments.

**1.3.10.** Millorar els processos d'**emmagatzematge, gestió de compres i logística dels departaments** de salut per mitjà de l'impuls d'accions destinades a la reducció d'índexs de rotació, maximització de la gestió d'inventaris i de les condicions de compra, minimització de pèrdues i caducitats, i d'altres actuacions semblants.

**1.3.11.** Millorar la **capacitat resolutiva de l'atenció primària**, incrementant l'accés a mitjans diagnòstic i terapèutic i evitant la derivació a altres recursos més complexos.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Taxa ajustada d'hospitalitzacions potencialment evitables (ACSC) per 10.000 habitants de 15 o més anys	44,65 total 12,50 MPOC 19,21 ICC 3,06 HTA 1,25 pneumònia 9,84 ITU (2013)	↓	CMBD AG
Taxa de substitució ambulatoria en hèrnies inguinals	86,41% (2014)	↑	CMBD AG
Desviació en l'import ambulatori per pacient segons morbiditat Farmaindex (FIX)	93,57% (2014)	↑	Gaia AG (971.2)
Indicador de facturació i cobrament	81,95 (2014)	↑	Compàs Cobra AG (872.2)
Grau d'externalització de l'activitat sanitària: optimitzar ús de serveis i recursos sanitaris propis	4,81% (2014)	↓	DGRHiE Orió Logis AG
Rendiment de bloc quirúrgic	70,67% (2014)	↑	HIS AG (QUI050.1)
% de la despesa sanitària en AP	12,37 (2013)	20%	INCLASNS
% del consums de material sanitari adquirit per mitjà de comandes d'inventari	44,52% (2014)	↑	DGRHiE Orió Logis AG (4005)
COMPLEMENTARIS			
Desviació de l'import de la diabetis ajustat a morbiditat i risc clínic			DGFIPS (Acords Gestió)
d'adquisicions de la Central de Compres respecte al total de despesa en productes sanitaris i medicaments			DGRHiE AG
Eficiència de l'autoconcert per a la gestió de les llistes d'espera (indicador per definir)			DGAS

## 1.4. Posar la informació al servei de la millora de la salut

### Anàlisi de la situació

S'ha posat en marxa el projecte ***Il·lumina*** com a eina per al seguiment dels principals indicadors de funcionament de l'organització que faciliten les decisions estratègiques i de planificació i gestió.

Durant 2012 es va finalitzar el desenvolupament necessari per a poder compartir la **Història de Salut Electrònica (HSE)** i s'ha continuat amb el desplegament en tota la xarxa assistencial. En 2013 es va aconseguir l'objectiu de cobrir tots els centres públics de manera que tots es poden considerar "consumidors" d'HSE i un alt percentatge "donant". Des de finals d'aqueix mateix any es **pot accedir a la Història Clínica Electrònica** a través del portal del ciutadà de la pàgina web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

S'ha optat pel **Sistema de classificació de pacients CGR** (Clinical Risk Group) utilitzat per a la classificació de pacients amb objectius d'ús racional de medicaments i anàlisi de despesa farmacèutica, com a eina més apropiada per a segmentar la població en funció del seu nivell de complexitat, en relació amb la cronicitat. Els CRG classifiquen la població en 1.076 categories mútuament excloents, que en el seu nivell més agregat es resumeixen en nou estats de salut, que van des d'una situació d'estat de salut "sa" (estat 1) al de pacients amb "necessitats sanitàries elevades" (estat 9).

S'ha implantat el **Sistema d'Informació de Noves Infeccions per VIH** i casos de sida per la Subdirecció General d'Epidemiologia i Vigilància de la Salut.

S'ha posat en marxa el **Portal en línia** per a la comunicació entre els serveis de Prevenció de Riscos Laborals i la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (tràmits administratius i intercanvi d'informació sobre les activitats sanitàries per a la prevenció **de riscos per a la salut d'origen laboral**). A final de 2011, 186 metges dels SPRL de les empreses (el 42% del total) eren usuaris del portal dels SPRL del SISVEL.

**Sistema d'Informació Oncològica (SIO):** el percentatge de centres assistencials incorporats al sistema d'informació en 2013 era del 67%, i la població coberta pel Registre de Tumors de Castelló així com la cobertura de població en Neos i en SIO era del 100%.

El **Sistema d'Informació en Salut Pública (SISP)** ha incorporat indicadors amb desagregació territorial per a cada departament de salut, en les àrees funcionals d'aspectes sociodemogràfics, estat de salut (mortalitat i morbiditat) i determinants.

Al març de 2013 es va posar en marxa el nou **web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública** a través de l'Oficina 2.0.

## Objectiu 1.4.

### Posar la informació al servei de la millora de la salut

Posar el coneixement sobre la informació **clínica**, resultats **en salut**, els seus **determinants** i l'oferta **de serveis** del sistema de salut a disposició de la ciutadania, pacients, professionals i gestors sanitaris i altres agents interessats, adequant la informació al nivell de cada usuari i seguint el principi de transparència.

### Accions

**1.4.1. Integrar en la història de salut electrònica** la informació sobre cada pacient procedent de diferents àmbits assistencials, per a promoure la continuïtat assistencial i la comunicació entre professionals.

**1.4.2. Avançar** en la integració de sistemes **d'informació** i implementar eines **d'explotació de la informació** assistencial i econòmica que permeten la presa de decisions clíniques i de gestió adequades, així com el desenvolupament d'indicadors vàlids, fiables i comparables entre centres i departaments.

**1.4.3. Avançar** en el desenvolupament de catàlegs **corporatius normalitzats de serveis sanitaris** per a disposar de major i millor informació sobre activitats, rendiments i costos.

**1.4.4. Avançar** en el desenvolupament de les ajudes **a la presa de decisions clíniques** integrades en els sistemes d'informació.

**1.4.5.** Promoure els observatoris **terapèutics** sobre l'ús de medicaments, amb la finalitat d'avaluar en el temps el consum en les patologies més prevalents de l'àmbit ambulatori, analitzar les diferències entre departaments de salut, equips clínics i facultatius, i establir propostes d'acció.

**1.4.6.** Promoure l'ús de **recursos telemàtics per a la comunicació** entre professionals i com a alternativa a la consulta tradicional entre professionals i pacients (consulta no presencial, especialista consultor, correu electrònic, telemedicina).

**1.4.7.** Facilitar l'accés de la ciutadania a la informació i la gestió sobre la seua salut (**carpeta de salut**), inclosa informació clínica, cites i recomanacions i consells de salut ajustats a les seues necessitats.

**1.4.8.** Facilitar a la ciutadania la presa de decisions **informades** sobre les diferents alternatives preventives, diagnòstiques, terapèutiques o assistencials i els seus resultats, desenvolupant instruments que permeten conèixer les alternatives i serveis que responguen millor a les preferències en cada cas, considerant la diversitat cultural i altres determinants socials en la població.

**1.4.9. Avançar** en el desenvolupament de sistemes **d'informació** que permeten elaborar i oferir periòdicament informació sobre resultats poblacionals en salut, perquè la ciutadania conega l'impacte dels diversos serveis sanitaris prestats i els professionals puguem usar la informació per a millorar el seu treball.

**1.4.10.** Dissenyar una estratègia per a millorar **la comunicació sobre i per a la salut** cap als diferents perfils de necessitats: mitjans de comunicació, ciutadania, associacions, pacients, professionals sanitaris i altres grups d'interés.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Nombre de processos integrats en Il·lumina	8 (2015)	↑	Il·lumina
Indicador sintètic de qualitat de SIP	66,6% (2014)	↑	DataMart de SIP AG
Nombre d'indicadors en el SISP en les seues quatre àrees funcionals	190 (2014)	↑	DGSP SISP
Nombre d'usuaris i consultes al SISP	3.069 (2014)	↑	DGSP SISP
Nombre d'informes anuals publicats amb resultats en salut vinculats als objectius del Pla de Salut	-	1/any	DGSP IV PSCV
Nombre d'àmbits d'explotació en Il·lumina de la marca de cronicitat en patologies prioritzades	Disponible en HSE Abulcassis	100% àmbits d'explotació d'Il·lumina	Il·lumina
COMPLEMENTARIS			
Nombre de persones que accedeixen telemàticament a consultar la seua història clínica			DGIITQ
Nombre de persones que accedeixen a la seua carpeta de salut			DGIITQ

## 1.5. Considerar els i les professionals com a valor essencial del sistema

### Anàlisi de la situació

La formació i la investigació constitueixen valors fonamentals de qualsevol organització moderna. La interacció de la formació sobre el capital humà redunda en capital intel·lectual, principal font de riquesa per als professionals i també per a les institucions que estan immerses en la societat del coneixement. **L'Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES)** té com principal activitat la formació de les persones que treballen en els serveis assistencials de la xarxa sanitària pública i dels centres de salut pública de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través dels seus diferents plans docents.

En el terreny de la investigació i innovació en salut, resulta essencial fomentar i donar suport a la internacionalització a través de la participació dels investigadors en els programes europeus. En 2014 es va produir la primera convocatòria d'ajudes a la investigació sanitària i biomèdica de la Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), dotada amb 600.000 euros. La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública també va destinar 100.000 euros a projectes d'investigació específics en l'àmbit de la salut mental.

Les activitats formatives dutes a terme per l'EVES en el període 2010-2013 per a cobrir les línies d'actuació previstes en el III Pla de Salut, van consistir en l'oferta de cursos/tallers i jornades dins del **Pla de Formació de l'Escola** (389 cursos), **de formació contínua** (91 cursos) i **de formació continuada** (73 cursos). La formació es va centrar en distints camps, entre els quals cal citar les malalties neurodegeneratives/demències, cures pal·liatives, envelliment i dependència i salut mental. En l'àmbit de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, es van realitzar distintes activitats formatives a l'entorn de l'atenció al part normals i cures neonatals centrades en el desenvolupament, lactància materna, cursos de formació per a l'abordatge i tractament del tabaquisme en col·laboració amb els departaments de salut, actualització en educació per a la salut sexual amb formació dirigida a personal sanitari i orientadors que participen en el PIES, consell alimentari en atenció primària, etc.

En aquesta mateixa línia, la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de la convocatòria d'ajudes per a la investigació en grups de pacients en situació vulnerable, tal com pacients crònics i susceptibles de cures pal·liatives, va destinar pressupost per a un total de 19 projectes, per un import de 40.000 euros en 2010, 50.000 en 2011 i 41.921 en 2013.

Des del punt de vista de l'adequació dels rols professionals a les necessitats assistencials, el nombre de professionals dedicats a la gestió de casos en el sistema assistencial s'ha anat incrementant progressivament en els últims anys, i ha passat de 13 en 2010 a 48 en 2013.

## Objectiu 1.5.

### Considerar els i les professionals com a valor essencial del sistema

Situar els **recursos humans com a principal actiu** i sustentar el seu poder de competitivitat en la formació, capacitació professional i implicació en la investigació i innovació, per a assumir els nous reptes i necessitats que requereix la societat actual.

### Accions

**1.5.1.** Potenciar el treball **en equip multidisciplinari i en xarxa** facilitant espais de comunicació entre professionals on compartir i difondre el coneixement i les bones pràctiques.

**1.5.2.** Desenvolupar i desplegar nous **perfils professionals**, competències **avançades i consultors**, per a garantir la continuïtat assistencial i la millora de l'eficiència.

**1.5.3.** **Millorar les competències professionals** per mitjà de la capacitació professional de forma adaptada als canvis i les necessitats, incloent-hi la formació pregrau i postgrau, a més d'estimular i facilitar la conciliació de les tasques assistencials i investigadores del personal sanitari.

**1.5.4.** Potenciar el protagonisme **i lideratge dels professionals** en els aspectes relacionats amb la millora de l'organització i la qualitat de l'atenció, habilitant canals de participació per a aconseguir una major coresponsabilitat de clínics i gestors.

**1.5.5.** Desenvolupar estratègies **de bon govern** de les institucions i serveis, posant en mans dels que tenen els coneixements i capacitats específics les eines organitzatives que millor permeten assolir els objectius/metes plantejats.

**1.5.6.** Revisar i adequar les competències professionals de comandaments **intermedis hospitalaris** per mitjà d'aplicació sistemàtica de la legislació vigent.

**1.5.7.** Dissenyar un sistema de revisió de competències professionals per a caps **de zona bàsica en atenció primària**.

**1.5.8.** Posar en marxa un "**Pla d'igualtat**" que facilite i millore la conciliació i coresponsabilitat de tots els treballadors en el sistema sanitari públic i contribuïska a disminuir les desigualtats de gènere en la distribució del treball de cures familiars.

**1.5.9.** **Establir** un codi **ètic amb** criteris explícits per a ordenar la forma de relació entre la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, incloent-hi serveis sanitaris i de salut pública, i altres agents amb interessos propis.

**1.5.10.** Vincular el **Pla de Formació** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública als objectius plantejats en el Pla de Salut.

**1.5.11.** Vincular els complements **de productivitat professional** (acords de gestió) als objectius plantejats en el Pla de Salut, prioritzant indicadors que mesuren millores assistencials i en salut de la població.

**1.5.12.** **Reduir** la proporció d'interinitat entre els treballadors del sistema sanitari públic, promovent les convocatòries d'oferta pública d'ocupació en els corresponents estaments i cossos professionals.

**1.5.13.** Millorar la gestió de les borses **de treball** aplicant criteris clars, transparents, àgils i eficients.

**1.5.14.** Impulsar el desenvolupament de projectes **d'investigació** en les àrees d'actuació prioritàries del Pla de Salut, amb especial atenció a l'avaluació de les intervencions en salut, promovent la constitució d'equips d'investigació multicèntrics i interdisciplinaris.

**1.5.15.** Difondre **i publicar** els resultats dels estudis d'investigació i aplicar-los a la millora dels resultats en salut.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Nombre d'infermeres gestores de casos comunitàries i hospitalàries en els departaments de salut	48 en 14 departaments (2013)	↑	DGAS
Nombre de comitès departamentals per a l'abordatge de distintes estratègies (cronicitat, cures pal·liatives, càncer, diabetis, part, etc)	-	Establits	DGAS
% de treballadors temporals contractats a través de la borsa: normalització contractacions de curta temporalitat	24,57% (2014)	↑	Cir Ulisses AG
% d'indicadors en els acords de gestió coincidents amb els inclosos en el IV PSCV	66% (2016)	↑	SA
Nombre de cursos anuals del pla de formació (contínua, continuada i pròpia EVES) vinculats als objectius del IV PSCV	40 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIS			
Nombre de persones participants en els cursos oferits			EVES
Nombre d'especialistes consultors en patologies prioritzades en els departaments de salut			DGAS
Nombre de places creades en les ofertes públiques d'ocupació per estaments professionals			Sotssecretaria
Nombre de línies d'investigació vinculades als objectius del IV PSCV			FISABIO-SP
Nombre de publicacions científiques vinculades als objectius del IV PSCV			FISABIO-SP







## **Línia 2. Orientació cap a la cronicitat i cap als resultats en salut per a incrementar l'esperança de vida en bona salut**

---

- 2.1. Actuar sobre els factors de risc comú a les principals malalties cròniques**
- 2.2. Disminuir la morbimortalitat per malalties cardiovasculars i cerebrovasculars**
- 2.3. Oferir un model integral i personalitzat d'atenció al càncer**
- 2.4. Frenar la tendència creixent de la diabetis**
- 2.5. Millorar l'abordatge de les malalties respiratòries cròniques**
- 2.6. Prestar atenció sanitària i social a les malalties neurodegeneratives i demències**
- 2.7. Desenvolupar un model integral d'atenció a la salut mental**
- 2.8. Garantir l'atenció de pacients crònics complexos i pal·liatius que incloga les persones cuidadores**
- 2.9. Realitzar programes de cribratge basats en l'evidència**
- 2.10. Disminuir la incidència de malalties transmissibles sotmeses a vigilància**
- 2.11. Millorar l'atenció de les malalties rares**

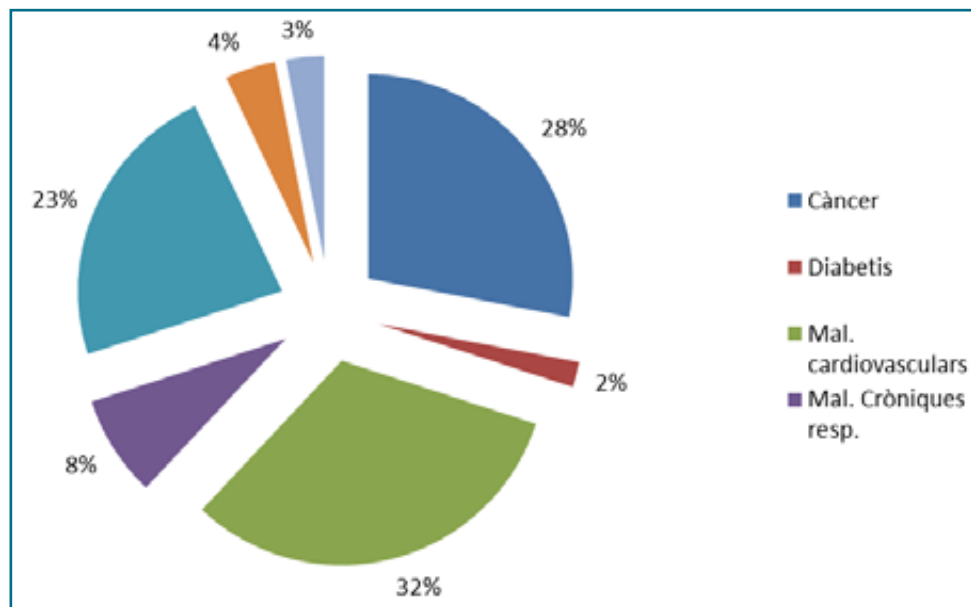


## 2.1. Actuar sobre els factors de risc comú a les principals malalties cròniques

### Anàlisi de la situació

El patró epidemiològic actual es caracteritza per un predomini de les malalties cròniques vinculades a l'envelliment progressiu de la població. El 93% de les morts a la Comunitat Valenciana es deuen a malalties no transmissibles. Entre elles, destaca l'important pes de les malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, el càncer, les malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors i la diabetis que, en conjunt, suposen un 70% de les defuncions. Aquesta situació és la que determina que un dels objectius de l'OMS en el marc del Pla d'Acció Global contra les Malalties Cròniques, siga reduir en un 25% la probabilitat **de morir a causa d'una de les principals malalties cròniques (malalties cardiovasculars, tumors, diabetis i malalties respiratòries cròniques) en la població de 30 a 70 anys, l'any 2025 respecte al 2010 (Objectiu 25x25).**

Mortalitat proporcional: percentatge de morts segons la causa en totes les edats i en ambdós sexes. Comunitat Valenciana, 2013

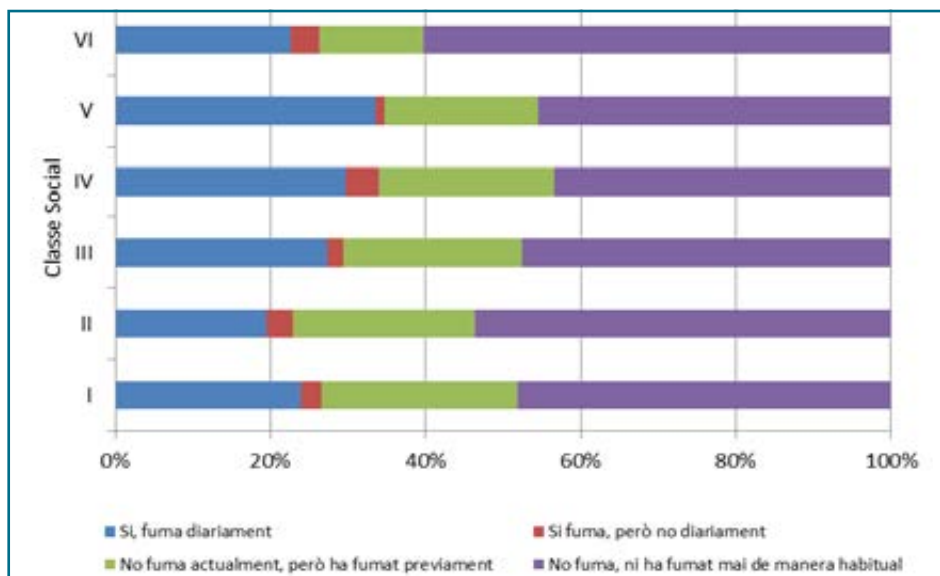


Font: Elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat . DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Totes aquestes malalties comparteixen una sèrie de factors de risc modificables com són l'obesitat, el sedentarisme i el consum d'alcohol i tabac. Basat en aquests factors de risc comú, un abordatge comú suposarà un gran avantatge, atès que moltes vegades una mateixa persona patirà més d'una d'aquestes malalties.

El 27,6% de la població de la CV de 15 o més anys fuma diàriament, i un 2,5% ho fa de forma ocasional, segons l'ENSE 2011-12. La proporció de fumadors diaris entre els hòmens és superior a la de les dones (32,5% i 22,8% respectivament), en tots els grups d'edat, excepte entre 35-44 anys, on el percentatge de dones fumadores supera lleugerament el dels hòmens, i en el grup de 45-54 anys, on s'igualen. El 20,4% de la població adulta valenciana es declara exfumadora (26,4% en hòmens i 14,6% en dones), i s'aprecia un percentatge major d'abandó de l'hàbit entre les classes socials més afavorides.

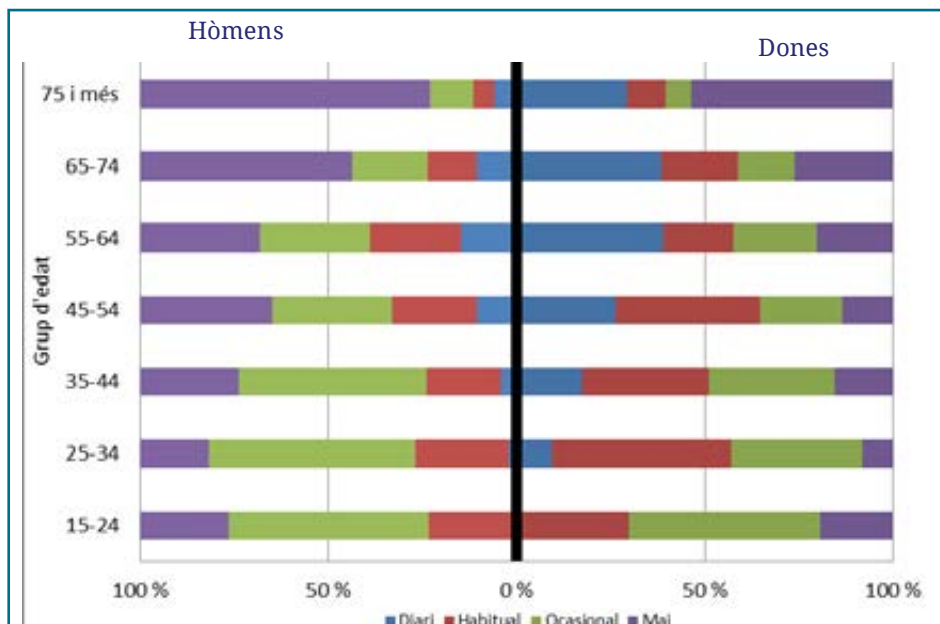
### Hàbit tabàquic i classe social. Població ≥15 anys



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

En relació amb la freqüència de consum d'alcohol, un 13,9% pren alguna beguda alcohòlica diàriament (21,2% en hòmens i 6,8% en dones), i un 4,9% ho fa de forma habitual (1-6 dies a la setmana). A mesura que augmenta l'edat s'incrementa el percentatge de població que consumeix alcohol diàriament, tant en hòmens com en dones, encara que en elles en una proporció molt menor, fins a aconseguir un màxim en el grup de 55-64 anys, que descendeix en els grups de major edat.

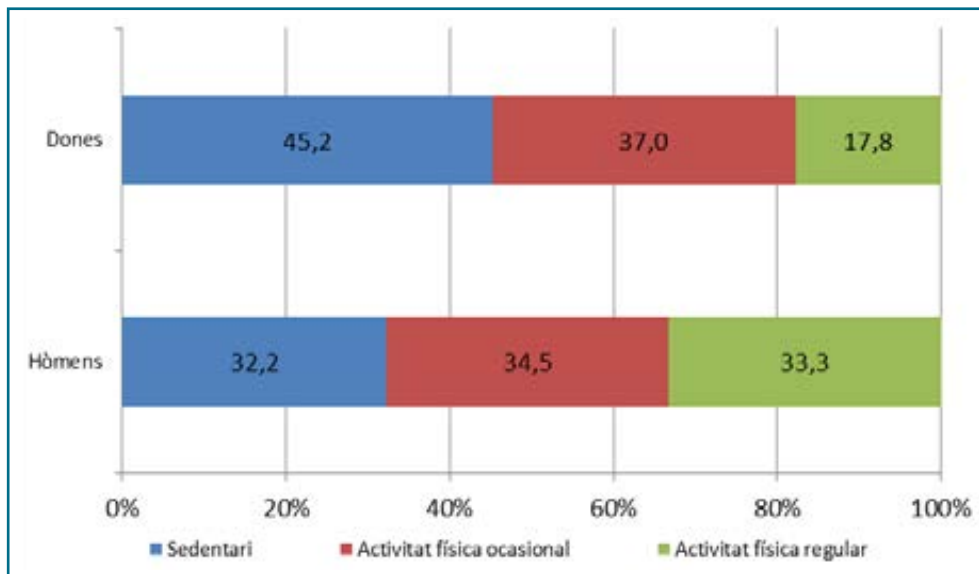
### Freqüència de consum de begudes alcohòliques en els últims 12 mesos, en població adulta (15 o més anys), segons sexe i edat



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

Respecte a l'activitat física, el 38,8% de la població valenciana adulta ( $\geq 15$  anys) declara ser sedentària, és a dir, que no realitza de forma regular ni ocasional cap activitat en el seu temps lliure. Aquesta proporció és major en les dones (45,2%) que en els hòmens (32,2%), els hòmens són més actius i, a més, de forma més regular.

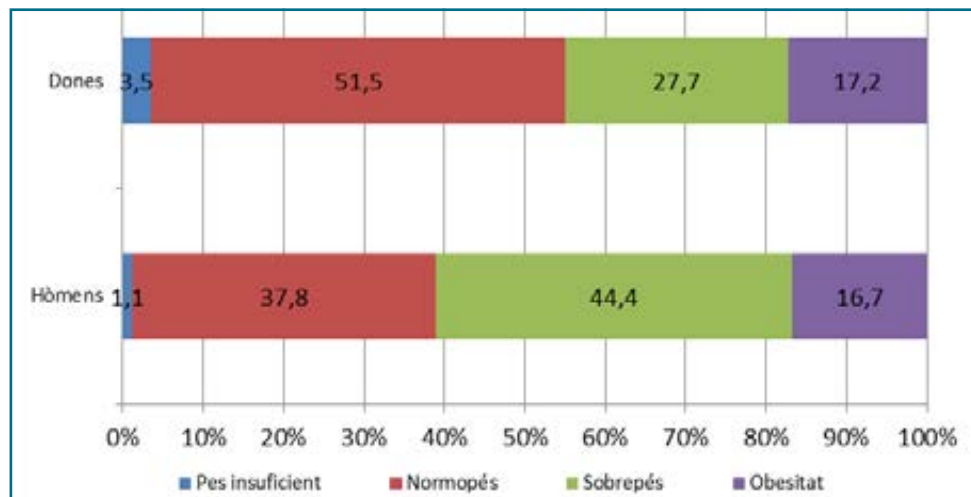
### Activitat física en el temps lliure segons sexe. Població ≥15 anys



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

El 53,0% de la població adulta valenciana (≥15 anys) presenta un excés de pes (36,1% sobrepès i 16,9% obesitat), que és més freqüent en els hòmens (61,1%) que en les dones (44,9%) i es deu fonamentalment al component de sobrepès.

### Distribució de l'IMC en població ≥15 anys, segons sexe. Comunitat Valenciana



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12.

La proporció de persones amb excés de pes s'incrementa amb l'edat, i afecta al voltant del 70% de la població de 55 anys o més. Hi ha un gradient social en la distribució de l'obesitat, de manera que la proporció de població obesa augmenta a mesura que disminueix el nivell socioeconòmic. El 25,6% dels adults del grup més desfavorit són obesos enfront del 7,7% dels de la classe I.

## Objectiu 2.1.

### Actuar sobre els factors de risc comú a les principals malalties cròniques

Actuar sobre els diferents factors **de risc que comparteixen les principals malalties cròniques**, amb la finalitat d'obtenir el màxim rendiment en els resultats en salut, des d'una visió integral del procés assistencial.

### Accions

**2.1.1.** Monitorar la mortalitat **prematura** per malalties no transmissibles: Objectiu de l'Estratègia Europea 2020.

**2.1.2. Registrar** en la Història de Salut Electrònica l'hàbit **tabàquic** en les persones > 10 anys, com a variable essencial per al càlcul del risc cardiovascular i d'altres malalties cròniques.

**2.1.3. Afavorir** l'abandó de l'hàbit **tabàquic** en les consultes d'atenció primària, incorporant el consell personalitzat, l'ajuda per a deixar de fumar i el seguiment mínim durant les primeres setmanes després de l'abandó.

**2.1.4. Registrar** en la Història de Salut Electrònica l'hàbit **de consum d'alcohol** en les persones > 10 anys.

**2.1.5.** Realitzar intervencions **breus** en atenció primària quan es detecte consum de risc d'alcohol (28 U/setmana o 4/dia en hòmens i 17 unitats/setmana o 2,5/dia per a dones).

**2.1.6. Millorar el registre** en la Història de Salut Electrònica de l'IMC de les persones > 14 anys per a identificar sobrepès i **obesitat**.

**2.1.7.** Incorporar la recomanació sobre alimentació i **activitat física** en les consultes d'atenció primària per a l'abordatge dels diferents problemes crònics de salut.

**2.1.8.** Incorporar l'atenció **grup**al en l'abordatge dels factors de risc que comparteixen les principals malalties cròniques.

**2.1.9.** Promoure estudis **de desigualtats** sobre la distribució i tendències en els factors de risc que comparteixen les principals malalties cròniques, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional.

**2.1.10.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.



## Indicadors

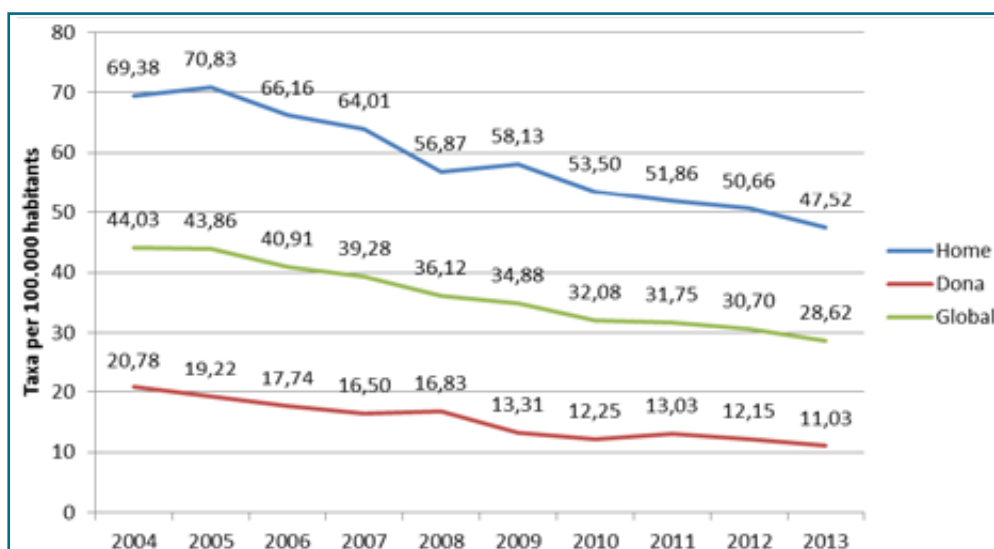
ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Mortalitat prematura global per MNT (30-70 anys (cardiovascular, càncer, MPOC i diabetis)	11,395% (2012)	↓	DGSP Registre de Mortalitat
Esperança de vida lliure de malaltia crònica	♂51 anys ♀50 anys (2010)	↑	DGSP ESCV
Prevalença de consum de tabac diari en ≥ 15 anys	♂32,5% ♀22,8% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Prevalença de consum de risc d'alcohol en ≥ 15 anys	♂2,9% ♀2,0% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Prevalença de sedentarisme en ≥ 15 anys	♂32,2% ♀45,2% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Prevalença sobrepès en ≥ 15 anys	♂44,4% ♀27,7% (2011-12)	NO ↑	DGSP ESCV
Prevalença obesitat en ≥ 15 anys	♂16,7% ♀17,2% (2011-12)	NO ↑	DGSP ESCV

## 2.2. Disminuir la morbimortalitat per malalties cardio i cerebrovasculars

### Anàlisi de la situació

Les malalties del sistema circulatori constitueixen la primera causa de mortalitat entre les dones i la segona en els hòmens, molt igualada amb els tumors. Malgrat la tendència decreixent al llarg del període 2004-2013, les malalties isquèmiques del cor es van mantindre com a primera causa de mortalitat a la Comunitat Valenciana en l'any 2013, i es van registrar 3.945 defuncions per aquest grup de malalties, de les quals 1.797 van ser degudes a infart agut de miocardi (el 61,9% en hòmens).

Taxa de mortalitat prematura per cardiopatia isquèmica  
Comunitat Valenciana 2004-2013



Taxa ajustada per edat en < 75 anys prenent com a població estàndard europea (INCLASNS-MSSI). Font: elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La mortalitat per malalties cerebrovasculars també ha anat disminuint considerablement des de 2004, i es manté en tot moment superior en el sexe masculí. L'any 2013 es van registrar 2.807 defuncions per aquest grup de malalties, i representa la tercera causa de mortalitat de l'any.

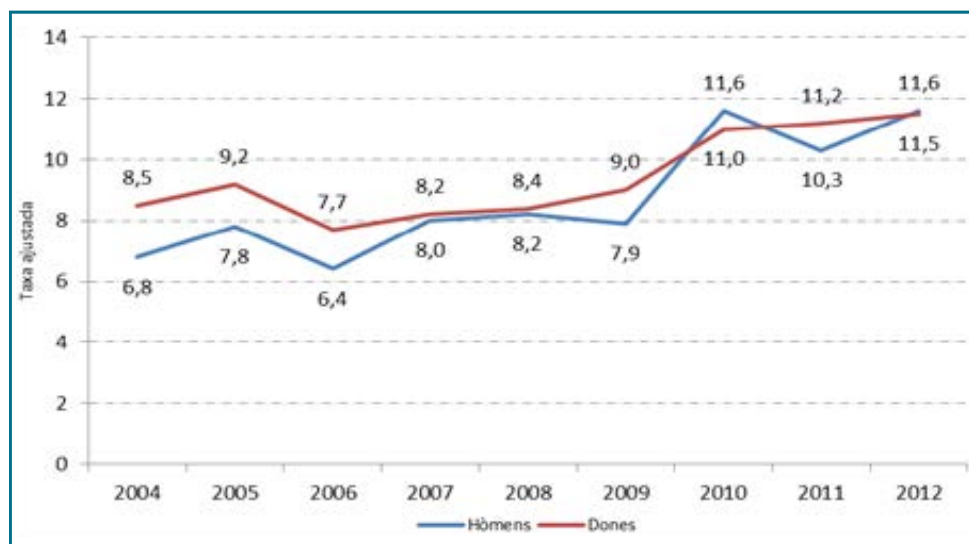
### Taxa de mortalitat prematura per malaltia vascular cerebral Comunitat Valenciana, 2004-2013



Taxa ajustada per edat en < 75 anys prenent com a població estàndard europea (INCLASNS-MSSSI). Font: elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La sexta causa de mortalitat, amb 1.434 defuncions, l'any 2013 la constitueixen les malalties hipertensives, que representen el 3,5% de les morts per totes les causes. Des de l'any 2004, les taxes de mortalitat per aquest grup de malalties, presenta una tendència clarament ascendent en ambdós sexes. En hòmens, cal ressaltar l'increment observat a partir de 2010, i s'han igualat les seues taxes a les de les dones.

### Mortalitat per malalties hipertensives



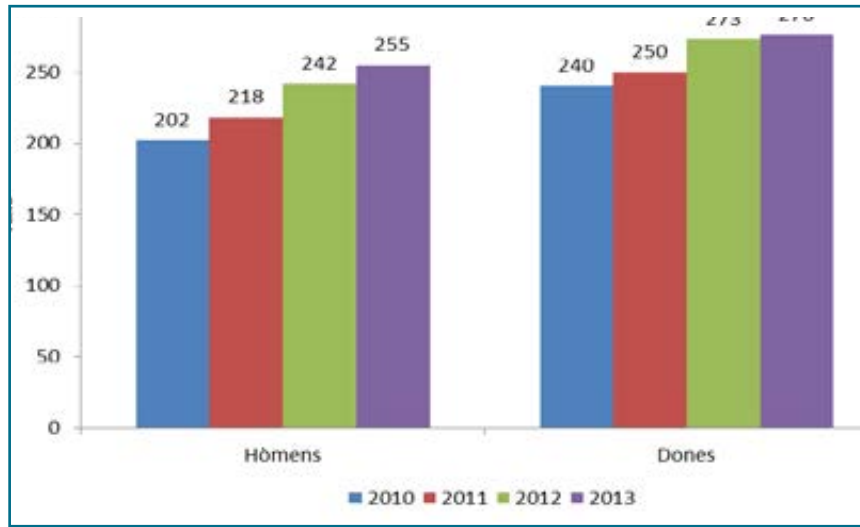
Taxa de mortalitat per 105 habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea). Font: Elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**La prevalença declarada** de problemes de salut en població adulta situa la hipercolesterolèmia (23,9% de les dones i 19,2% dels hòmens) i la hipertensió arterial (23,3% de les dones i 19,4% dels hòmens) com els dos problemes de major prevalença (dades de la CV en l'ENSE 2011-12).

L'ompliment del registre de pressió arterial en la història de salut (Abulcassis) d'atenció primària s'ha anat incrementant en els últims anys, però no arribava al 50% de les persones de 40 anys > en finalitzar 2013.

La taxa d'ingressos hospitalaris per insuficiència cardíaca ha patit un increment progressiu, més acusat en dones.

Taxa d'ingressos hospitalaris per 10<sup>5</sup> habitants per insuficiència cardíaca



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

## Objectiu 2.2.

### Disminuir la morbiditat per malalties cardiovasculars i cerebrovasculars

Disminuir la morbiditat per malaltia cardíaca i cerebrovascular, per mitjà d'una assistència **integral i multidisciplinària**, per a augmentar la supervivència i assolir la màxima autonomia i qualitat de vida de les persones.

### Accions

**2.2.1.** Realitzar cribratge **d'HTA** en persones >40 anys cada 2 anys o cada any si hi ha altres factors de risc cardiovascular. En pacients poc freqüentadors, aprofitant qualsevol motiu de consulta i en persones de 14-39 anys, cada 4 anys.

**2.2.2.** Calcular, registrar en la Història de Salut Electrònica i valorar el risc **cardiovascular** de les persones identificades amb algun FRC (tabaquisme, hipertensió arterial, dislipèmia, diabetis *mellitus* i obesitat), per a oferir-los les intervencions preventives i terapèutiques que necessiten, en funció del seu nivell de risc.

**2.2.3.** Aplicar tractaments de **reperfusió** com més prompte siga possible en pacients amb síndrome coronària aguda, d'acord amb el pla d'actuació establert en el "Codi Infart" per als diferents entorns assistencials.

**2.2.4.** Establir programes de **prevenció secundària i de rehabilitació cardíaca** en els departaments de salut, incloent-hi un programa d'exercici físic estructurat com a base seua, per a pacients donats d'alta hospitalària per síndrome coronària aguda, inclosos familiars i/o persones cuidadores.

**2.2.5.** Assegurar en l'ictus **una atenció integrada** entre atenció primària i hospitalària que incloga l'atenció i suport en el domicili.

**2.2.6.** Promoure estudis **de desigualtats** en l'atenció i l'atenció del pacient amb malaltia cardiovascular, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures adequades a les seues necessitats.

**2.2.7.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.

## Indicadors

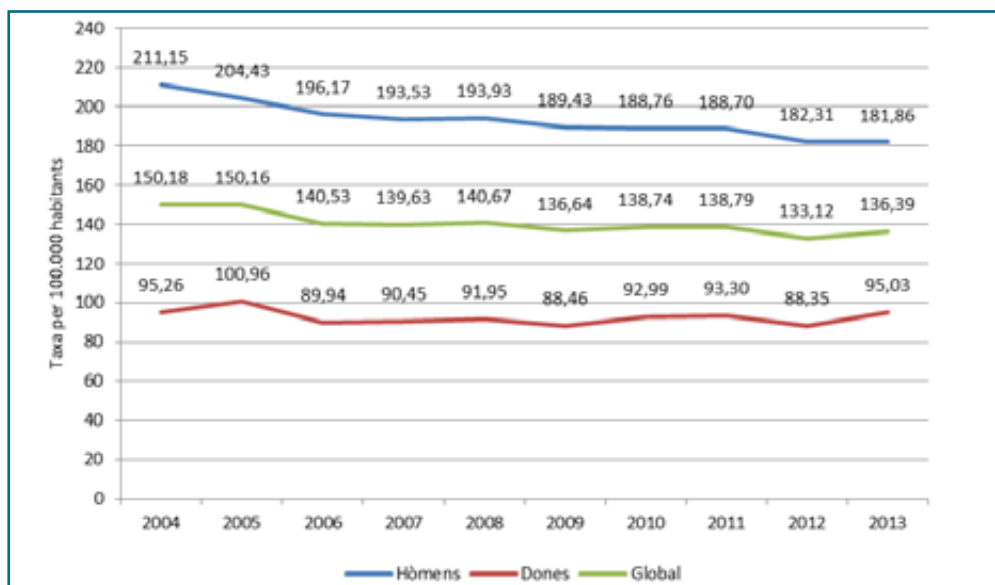
ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Taxa de mortalitat prematura estandarditzada (< 75 anys) per cardiopatia isquèmica	23,04x10 <sup>5</sup> ♂37,50 x10 <sup>5</sup> ♀8,58 x10 <sup>5</sup> (2012)	↓	DGSP Registre de Mortalitat i Pla de Salut
Taxa de mortalitat prematura estandarditzada (< 75 anys) per malaltia vascular cerebral	10,14 x10 <sup>5</sup> ♂12,99 x10 <sup>5</sup> ♀7,29 x10 <sup>5</sup> (2012)	↓	DGSP Registre Mortalitat i Pla de Salut
% persones amb algun factor de risc en la història clínica del qual s'ha registrat el càlcul del seu risc	0,102% (2014)	↑	DMSIA AG
Temps mitjà que han d'esperar els pacients per a una primera consulta de cardiologia	43 (2014)	↓	LECEX AG (LETEC501.1)
% persones amb HTA amb valors adequats en els controls	30,72 (2014)	↑	SIA-CRC AG (839.2)
% de persones en tractament continu per al colesterol amb valors adequats en els controls analítics		AG	Gaia- Prescripció
COMPLEMENTARIS			
Raó revascularització dones/ hòmens després de síndrome coronària aguda			DGAS
% pacients amb ICTUS inclosos en Programa d'Atenció Domiciliària			DGAS

## 2.3. Oferir un model integral i personalitzat d'atenció al càncer

### Anàlisi de la situació

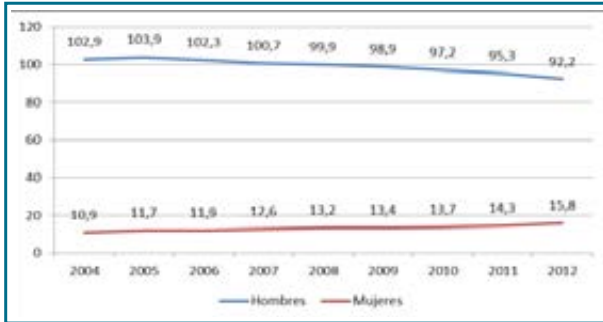
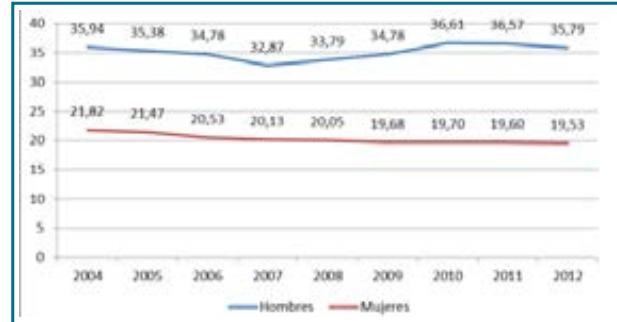
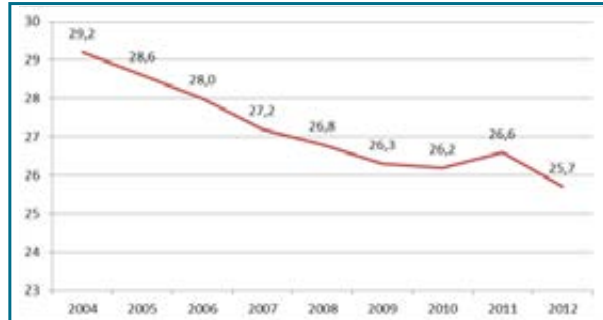
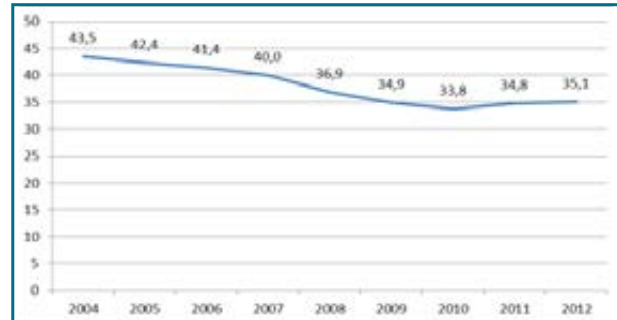
La mortalitat per càncer en persones menors de 75 anys ha presentat una evolució descendent en els últims anys, tant en els hòmens com en les dones, encara que l'impacte de la malaltia en termes de mortalitat prematura és major en hòmens en tot el període.

Taxa de mortalitat prematura per càncer. Comunitat Valenciana, 2004-2013



Taxa ajustada per edat en < 75 anys prenent com a població estàndard l'europea (INCLAS-MSSSI).  
Font: Elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Quan s'analitzen els grans grups de causes de mort a la Comunitat Valenciana, s'aprecia que els tumors representen la primera causa de mortalitat en hòmens i la segona causa en les dones. En els hòmens el tumor que més morts provoca és el de tràquea, bronquis i pulmó, seguit dels d'intestí gros i pròstata. En les dones, l'ordre de freqüència difereix, i ocupa el primer lloc els tumors de mama, seguit dels d'intestí gros i dels de tràquea, bronquis i pulmó. Respecte a aquest últim, és destacable l'increment gradual observat al llarg del període 2004-2013 en les dones, paral·lel al descens en hòmens.

**Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó****Tumor maligne d'intestí gros****Tumor maligne de la mama femenina****Tumor maligne de la pròstata**

Taxa de mortalitat per 10<sup>5</sup> habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea). Font: elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**Incidència de càncer segons localització, grup d'edat i sexe**

En una anàlisi dels grups tumorals amb major afectació per grups d'edat i sexe s'aprecia una gradació ascendent de les taxes específiques d'incidència segons avancem en edat per a ambdós sexes. Al mateix temps, es distingeix una certa homogeneïtat en els tipus tumorals més incidents i de major mortalitat en menors de 29 anys respecte als tipus tumorals en adults i majors.

En les edats de 0 a 14 anys, les leucèmies figuren amb la distribució percentual de la incidència més elevada per a ambdós sexes. En les edats de 15 a 29 anys per als hòmens figuren com més destacats per la seua major incidència el càncer de testicle seguit dels limfomes, tant no-Hodgkin com Hodgkin. Per a les dones en aquestes edats destaquen els limfomes Hodgkin seguits dels tumors d'úter i mama.

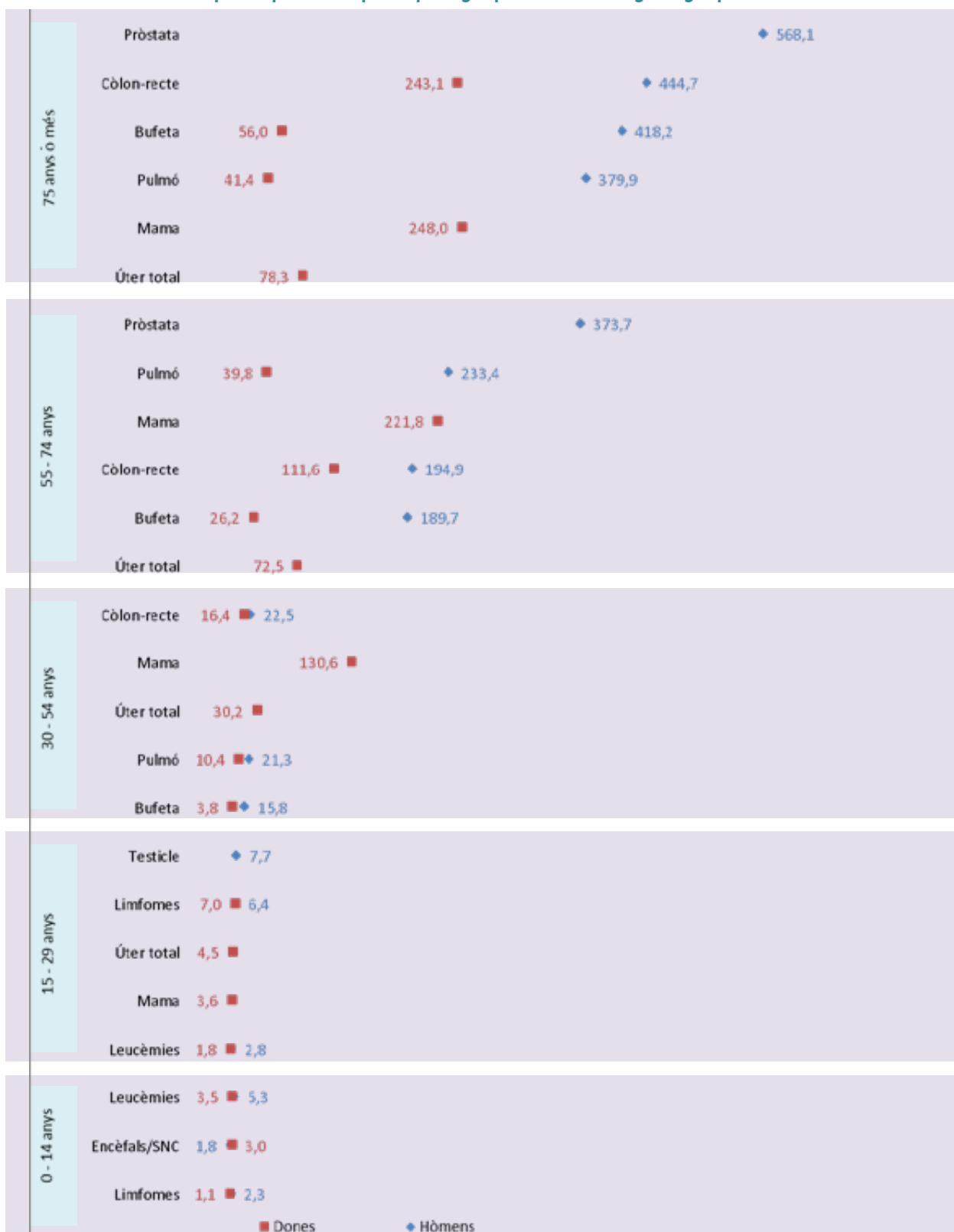
En l'etapa dels 30 a 54 anys, hi ha un augment important de casos que en els hòmens es concentra fonamentalment en el càncer de còlon-recte, pulmó i bufeta. En el cas de les dones el càncer de mama absorbeix la majoria de la incidència seguida del càncer d'úter i del còlon-recte.

En les edats de màxima incidència, entre 55 i 74 anys, el sexe marca una clara diferència sobre la incidència estimada segons la localització tumoral. Els hòmens presenten preponderància del càncer de pròstata, seguit del càncer de pulmó, còlon-recte i bufeta. Les dones, per la seua banda, mantenen el flux de nous casos de càncer de mama, juntament amb el de còlon-recte i el d'úter.

En el grup dels majors de 74 anys, els hòmens presenten major incidència en el càncer de pròstata, còlon-recte, bufeta i pulmó. Les dones concentren més la incidència en el càncer de còlon-recte i el de mama, i la distribució percentual de la resta de càncers és d'una freqüència d'aparició mitjana baixa.



## Taxa d'incidència específiques dels principals grups tumorals segons grups d'edat i sexe. CV 2010



Taxes d'incidència específiques per grups d'edat per 100.000 habitants

Font: Sistema d'Informació Oncològic. Elaboració: Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries. DGSP. (en el grup de tumors de SNC estan inclosos només els tumors invasius)

## Objectiu 2.3

### Oferir un model integral i personalitzat d'atenció al càncer

Orientar el model d'atenció a les persones amb càncer cap a una visió **integral i personalitzada**, a través del treball coordinat d'equips multidisciplinaris que garantisquen la qualitat i la continuïtat assistencial.

### Accions

**2.3.1.** Organitzar l'atenció al càncer amb caràcter multidisciplinari, a través de xarxes **funcionals i unitats de referència**, que garantisquen l'equitat, accessibilitat i qualitat en el continu de l'atenció a aquesta malaltia.

**2.3.2.** Garantir l'atenció a **xiquets i adolescents** amb càncer en unitats multidisciplinàries de referència que garantisquen els tractaments més adequats.

**2.3.3.** Reduir temps **diagnòstic** en pacients amb sospita de càncer per mitjà de vies prioritàries d'accés.

**2.3.4.** Definir una nova estratègia enfront del càncer **de cèrvix** que incorpore les innovacions en prevenció primària (vacunes) i l'estratègia de cribratge poblacional, integrant els nous tests diagnòstics, incloent-hi l'avaluació de l'impacte, acceptabilitat i efectes secundaris.

**2.3.5.** Incorporar les noves plataformes tecnològiques de diagnòstic genèticomolecular a l'atenció al risc de càncer **hereditari**.

**2.3.6.** Millorar el suport **psicològic** a persones amb càncer i a les persones cuidadores.

**2.3.7.** Desenvolupar un model d'atenció per als llargs **supervivents** de càncer.

**2.3.8.** Avançar cap a una atenció, en tot el procés del càncer, personalitzada i de qualitat. Millorant l'**eficiència**, recolzant-se en l'evidència **científica** per a la introducció en el sistema sanitari valencià de les innovacions diagnòstiques i terapèutiques.

**2.3.9.** Promoure estudis **de desigualtats** en l'atenció i l'atenció del pacient amb càncer, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures adequades a les seues necessitats.

**2.3.10.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.

## Indicadors

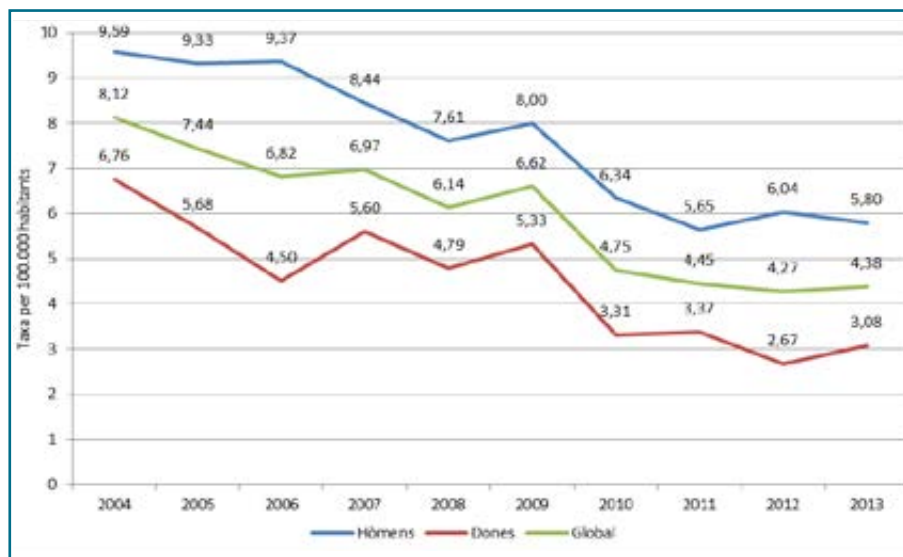
BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Taxa de mortalitat prematura estandarditzada (<75) per càncer per sexe. (Taxa estandarditzada per 10 <sup>5</sup> habitants)	Total: 138,45 ♂181,86 ♀95,03 (2013)	↓	DGSP Registre de Mortalitat
Taxa de mortalitat prematura estandarditzada (<75) pels tipus de càncer per sexe: pulmó, colorectal i mama. (Taxa estandarditzada per 10 <sup>5</sup> habitants)	Pulmó: ♂ 59,38 _ 13,43 Colorectal: ♂19,25 _ 10,73 Mama: ♂0,33 _ 18,34 (2013)	↓	DGSP Registre de Mortalitat
Cobertura vacunal del papil·loma en xiquetes de 12 anys	(cohort xiquetes nascudes en 1999) 3a dosi: 73% xiquetes de 14 anys (2013)	↑	DGSP SIV
Percentatge de cirurgia conservadora en càncer mama.	60,77% (2013)	↑	INCLASNS
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Incidència de càncer en <75 anys per sexe			DGSP SIO
Incidència de diferents tipus de càncer (pulmó, colorectal, mama) en <75 anys, total i per sexe			DGSP SIO

## 2.4. Frenar la tendència creixent de la diabetis

### Anàlisi de la situació

La mortalitat **prematura** produïda per la diabetis, aquella que es considera evitable, ha patit una evolució descendent en els últims anys, i ha passat de 8,18 (9,59 en hòmens i 6,76 en dones) casos per 100.000 habitants en 2004, a 4,44 (5,80 en hòmens i 3,08 en dones) casos en 2013.

Taxa de mortalitat prematura per diabetis  
Comunitat Valenciana, 2004-2013



Taxa ajustada per edat en < 75 anys prenent com a població estàndard europea (INCLASNS-MSSSI). Font: elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

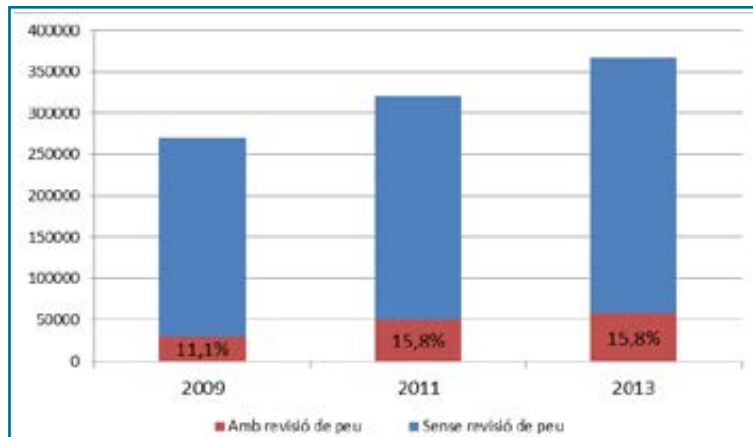
La prevalença **declarada de diabetis** en les últimes enquestes de salut mostra una tendència creixent de la malaltia en la població valenciana, igual que en el conjunt d'Espanya. Aquesta tendència coincideix amb la que ofereix el registre en la Història de Salut d'Atenció Primària (Abulcassis), amb una prevalença registrada en 2009 del 6,74% (5,87% en dones i 6,26% en hòmens), que s'ha incrementat progressivament fins el 9,26% en 2014 (8,48% en dones i 10,07% en hòmens).

S'ha estimat que l'obesitat és responsable del 80% dels casos de DM2 mediat per un perfil metabòlic alterat en el qual destaca la resistència a la insulina. El 53,0% de la població adulta valenciana ( $\geq 15$  anys) presenta un excés de pes (36,1% sobrepès i 16,9% obesitat). L'excés de pes és més freqüent en els hòmens (61,1%) que en les dones (44,9%) i es deu fonamentalment al component de sobrepès. Xifres totes semblants a les obtingudes per al conjunt de la població espanyola (ENSE 2011-12).

També cal destacar el paper dels determinants socials en l'excés de pes i, per tant, en la diabetis. Així, a més de la major prevalença en el sexe masculí, la proporció de persones amb excés de pes augmenta amb l'edat, i afecta al voltant del 70% de la població de 55 o més anys. També hi ha un gradient social en la distribució de l'obesitat, de manera que la proporció de població obesa augmenta a mesura que disminueix el nivell socioeconòmic. El 25,6% dels adults del grup més desfavorit són obesos enfront del 7,7% dels de la classe I.

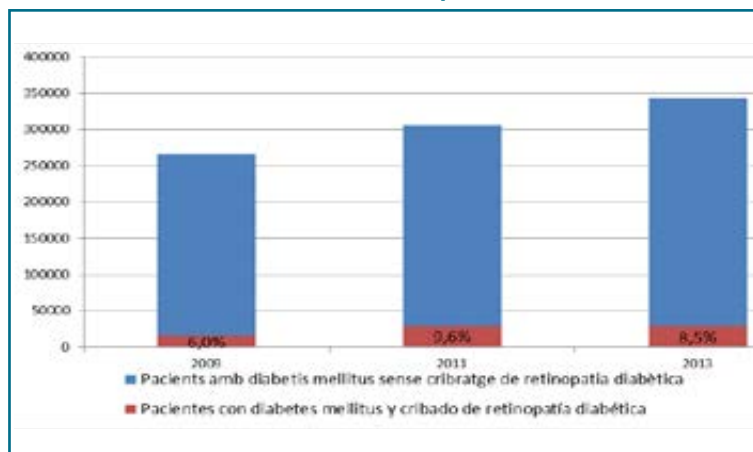
L'avaluació del III Pla de Salut va posar de manifest les possibilitats de millorar el coneixement de la malaltia, utilitzant com a font la informació que arreplega la Història de Salut d'Atenció Primària, tant pel que fa a la detecció precoç de la malaltia i de les seues complicacions, com les intervencions educatives dirigides a aquests pacients. No obstant això, és necessari millorar la qualitat i exhaustivitat del registre per a poder interpretar amb fiabilitat la informació que arreplega, donat l'infraregistre que evidencien les gràfiques següents.

### Pacients amb diagnòstic de diabetis mellitus. Revisió de peu per atenció primària



Font: Abulcassis. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

### Pacients amb diabetis mellitus i cribatge de retinopatia diabètica en atenció primària



Font: Abulcassis. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Objectiu 2.4

### Frenar la tendència creixent de la diabetis

Frenar la tendència creixent de la diabetis, facilitant una atenció **integrada de qualitat** i adaptada a les necessitats de cada pacient, per mitjà d'actuacions coordinades a càrrec d'equips multidisciplinaris d'atenció primària i hospitalària.

### Accions

**2.4.1.** Implantar i implementar el Procés **Assistencial Integrat** per a pacients amb diabetis *mellitus* en els departaments de salut.

**2.4.2.** Millorar la detecció **precoç** de la diabetis tipus 2 per mitjà del cribratge oportunista en persones adultes amb HTA, sobrepès o obesitat que acudeixen a atenció primària, adaptant el sistema d'informació d'atenció primària (Abulcassis) per a proporcionar alertes en la població susceptible de cribratge.

**2.4.3.** Desplegar en els sistemes **d'informació** eines per a facilitar el seguiment efectiu i continuat dels pacients (alertes, activitats a realitzar...).

**2.4.4.** Garantir l'oferta sistemàtica reglada d'educació **terapèutica individual i d'educació grupal** en autocures a tots els pacients des de l'inici del diagnòstic, impartida per educadors/res adequadament entrenats/des.

**2.4.5.** Millorar l'alfabetització **sanitària** de les persones que es troben en situació més desfavorida.

**2.4.6.** Afavorir la transició **reglada** de pacients amb DM1 des de **pediatria** a medicina de família d'atenció primària i endocrinologia al finalitzar l'edat pediàtrica.

**2.4.7.** Facilitar en atenció primària, la detecció **precoç de les complicacions** de la diabetis com ara la nefropatia, peu diabètic i retinopatia.

**2.4.8.** Promoure estudis **de desigualtats** en l'atenció i l'atenció del pacient amb DM, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures adequades a les seues necessitats.

**2.4.9.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Prevalença de DM	Total: 9,26% - 10,07% ♀ 8,48% (2014)	NO ↑	Abulcassis
Taxa de mortalitat prematura estandarditzada (<75 anys, per 100.000) per diabetis	4,44 - 5,80% ♀ 3,08% (2013)	↓	DGSP Registre Mortalitat
Hospitalitzacions per cetoacidosis en població diabètica de 15-18 anys	44 ♂ 19 ♀ 25 (2014)	↓	CMBD
% pacients diabètics tipus II amb valors adequats en els controls analítics	52,25% (2014)	↑	DGFIPS AG (840.3)
Prevalença de nefropatia diabètica avançada (per 1.000.000)	146 (2012)	↓	DGSP Registre Malalts Renals
COMPLEMENTARIS			
% de pacients diabètics inclosos en programes estructurats d'educació en autocures en els 12 primers mesos després del diagnòstic			Abulcassis
Taxa d'hospitalització evitable per complicacions a llarg termini de la DM			CMBD

## 2.5. Millorar l'abordatge de les malalties respiratòries cròniques

### Anàlisi de la situació

La taxa de mortalitat **prematura** (< 75 anys) ajustada per edat per a malalties respiratòries cròniques ha patit un descens més acusat entre els homes (de 19,36 a 14,97 x 10<sup>5</sup>) que entre les dones (3,59 a 3,53 x 10<sup>5</sup>).

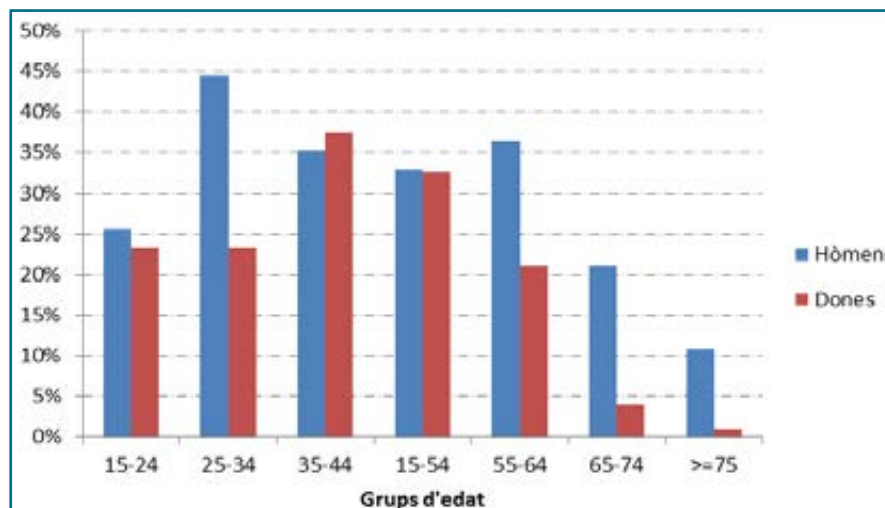
Taxa de mortalitat prematura per malalties cròniques de vies respiratòries inferiors. Comunitat Valenciana, 2004-2013



Taxa ajustada per edat en < 75 anys prenent com a població estàndard europea (INCLASNS-MSSSI). Font: elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Encara que la prevalença de fumadors diaris a la CV ha disminuït lleugerament en els últims anys, és superior a la del conjunt d'Espanya, per a ambdós sexes. El 27,6% de la població de la CV de 15 o més anys fuma diàriament i un 2,5% ho fa de forma ocasional i és superior la prevalença en homes que en dones (32,5% i 22,8% respectivament).

Proporció de fumadors diaris segons sexe i grup d'edat  
Població ≥15 anys



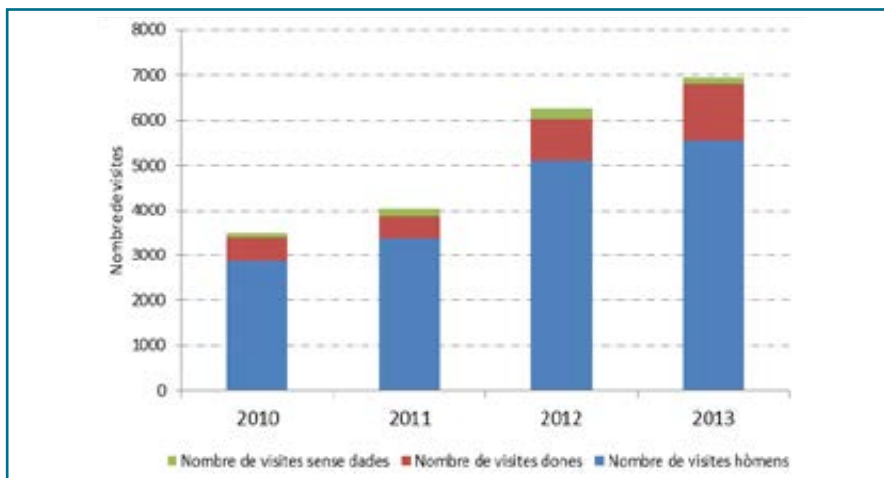
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12



L'edat mitjana d'inici del consum de tabac se situa en 17 anys entre els fumadors diaris (16,5 en hòmens i 17,7 en dones) i de 17,2 en els exfumadors. Aquest inici de l'hàbit tabàquic es produeix a edats cada vegada més primerenques. L'edat mitjana d'inici entre els fumadors de 15-24 anys va ser de 14,9, mentre que en el grup de fumadors de 55-64 anys es va situar en 19,2. A més, aquest inici precoç en l'adolescència es presenta tant en xiques com en xics.

L'avaluació del III Pla de Salut va posar de manifest una discreta tendència a la reducció en la taxa d'hospitalització per 100.000 habitants i una tendència creixent a acudir als serveis d'urgències hospitalàries.

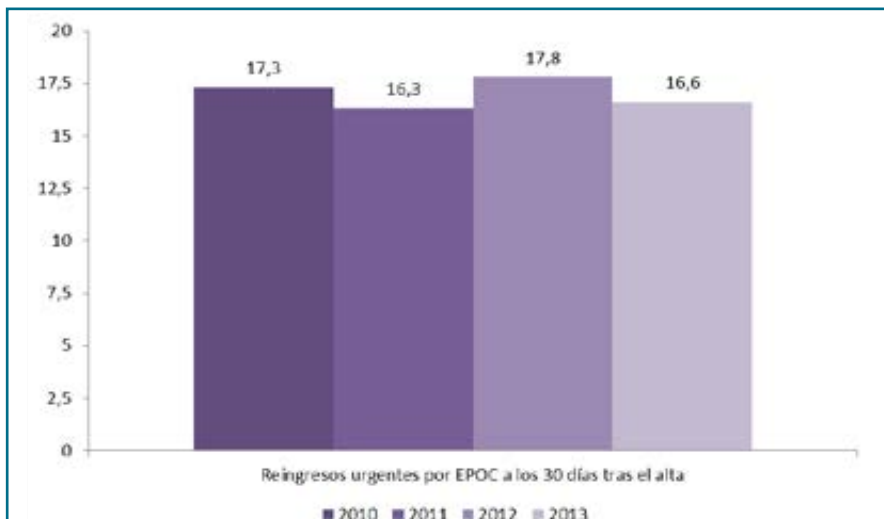
### Episodis per MPOC atesos anualment segons sexe en els serveis d'urgències hospitalàries



Font: Il·lumina urgències. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

D'altra banda, el percentatge de reingressos als 30 dies després d'un ingrés per MPOC, no s'ha modificat substancialment en els últims 4 anys, i es manté al voltant del 17%.

### Reingressos urgents per MPOC als 30 dies després d'una alta prèvia per MPOC



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

## Objectiu 2.5

### Millorar l'abordatge de les malalties respiratòries cròniques

Millorar l'atenció, **el tractament i la qualitat de vida** de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

### Accions

**2.5.1.** Afavorir el diagnòstic **de la malaltia** per mitjà d'espirometria en atenció primària, en pacients amb risc de MPOC d'acord amb l'evidència.

**2.5.2.** Posar en marxa un procés **assistencial integrat** per mitjà del desenvolupament de vies clíniques de l'exacerbació de la MPOC en urgències hospitalàries, sala d'hospitalització i urgències en atenció primària, juntament amb el seu seguiment.

**2.5.3.** Implantar la rehabilitació **respiratòria** en pacients amb MPOC en els departaments de salut.

**2.5.4.** Donar suport a la deshabituació **tabàquica** dels pacients fumadors.

**2.5.5.** Impulsar la participació dels pacients amb MPOC en activitats d'educació **grupal entre iguals**, per a millorar la seua capacitat i autonomia en el maneig de la malaltia des de l'inici del diagnòstic, impartida per persones educadores adequadament entrenades.

**2.5.6.** **Promoure** estudis **de desigualtats** en l'atenció i l'atenció del pacient amb malaltia respiratòria crònica, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures adequades a les seues necessitats .

**2.5.7.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Taxa de mortalitat prematura estandarditzada (<75 anys, per 100.000) per malalties respiratòries cròniques	Total: 9,25 ♂14,97 ♀3,53 (2013)	↓	DGSP Registre mortalitat
Nombre de centres hospitalaris amb rehabilitació respiratòria	-	24	Departaments (cartera de serveis)
Taxa d'hospitalització per MPOC (per 100.000)	132 (2013)	≤120	CMBD DGSP-SIP
Nombre d'episodis atesos en urgències hospitalàries per MPOC	6.944 (2013)	<7.000	Registre de Servei d'Urgències Hospitalàries
% de reingressos per MPOC en els 30 dies posteriors a l'alta hospitalària per MPOC.	16,55 (2013)	≤15	CMBD DGSP-SIP
Utilització inadequada d'antibiòtic en processos respiratoris no infecciosos	15,26 (2014)	↓	Gaia-Dispensació AG
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Prevalença d'MPOC en persones > 40 anys			Abulcassis Il·lumina
% de pacients amb diagnòstic d'MPOC respecte a la població estimada amb MPOC			Abulcassis DGSP-SIP

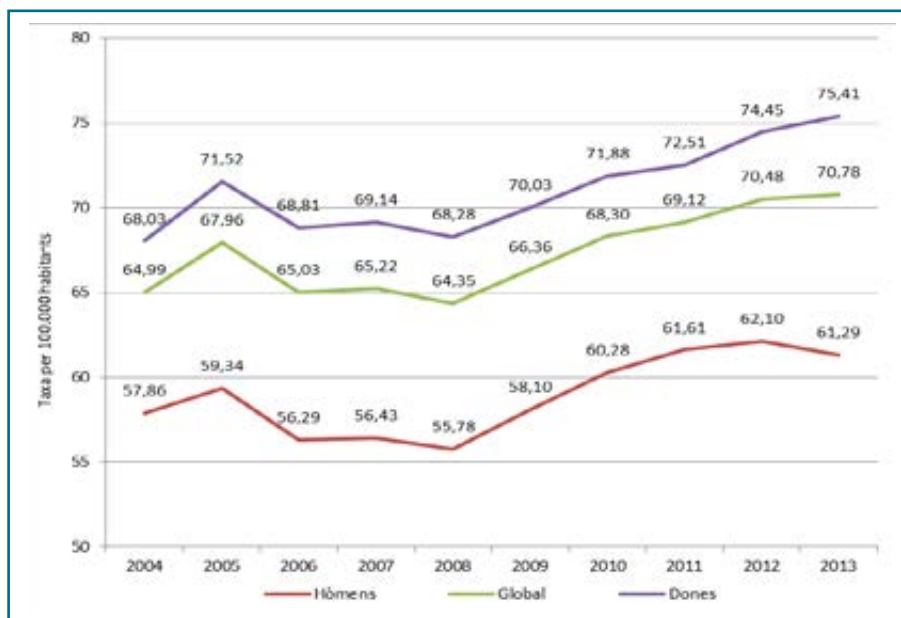
## 2.6. Prestar atenció sanitària i social a les malalties neurodegeneratives i demències

### Anàlisi de la situació

Les malalties neurodegeneratives constitueixen un problema de salut de magnitud creixent, en especial les que afecten la funció cognitiva, amb un alt impacte en la qualitat de vida de les persones malaltes, dels seus familiars i persones cuidadores. La malaltia d'Alzheimer és la més freqüent, i ocupa el segon lloc la malaltia de Parkinson.

La psicosi orgànica presentil i senil de manera global constitueixen la segona causa de mortalitat, però mostra diferències per sexe, ja que va ser la primera causa de mort entre les dones i la quinta en els homes en 2013, presenta a més una tendència creixent en ambdós. En xifres absolutes, va haver-hi 3.392 defuncions per psicosi orgànica senil i presentil, de les quals quasi el 50% van ser secundàries a malaltia d'Alzheimer (69,1% en dones).

Taxa de mortalitat per psicosi orgànica presentil i senil per sexe.  
Comunitat Valenciana, 2004-2013



Taxa de mortalitat per 10<sup>5</sup> habitants ajustada per edat pel mètode directe (població europea) CV 2004-2013. Inclou: demència vascular (F01), demència no específica (F03), deliri superposat a un quadre de demència (F05.1) i malaltia d'Alzheimer (G30). Font: elaboració pròpia a partir del Registre de Mortalitat de la CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Respecte al perfil dels pacients amb demència, les dades aportades per la Xarxa Sentinella Sanitària de la CV (2011) mostren que un poc més de la meitat són malalts d'Alzheimer i en menor proporció, es tracta de casos de demències vasculars o mixtes. El 75% disposen d'una persona cuidadora, i es tracta majoritàriament de dones, i la dependència és total en un de cada quatre malalts.

Amb la finalitat de millorar l'accessibilitat dels pacients amb malaltia d'Alzheimer i altres demències i els seus cuidadors als serveis sanitaris, s'ha creat la "Targeta Sanitària Preferent". Es tracta d'un distintiu especial en la targeta SIP identificat com a AA i que permet als portadors accedir a l'interior de les consultes mèdiques (centres de salut, especialitats, consultes externes i serveis d'urgències), acompanyats pel cuidador principal, minimitzar el temps d'espera entre

L'arribada a centre sanitari i el moment de la visita, així com incloure de forma preferent aquests pacients en el "Programa d'administració farmacèutica a domicili".

A través de la Història de Salut d'Atenció Primària (Abulcassis) en 2013 hi havia registrades 46.733 persones amb diagnòstic de **malaltia neurodegenerativa**, 77.843 amb diagnòstic de **demències** i 26.424 amb diagnòstic d'**Alzheimer**.

**El cuidador principal** és identificat amb caràcter rutinari en el cas de pacients per les UHD, i per part de les infermeres gestores de casos es realitzen valoracions dels cuidadors de pacients crònics d'alta complexitat i pal·liatius inclosos en gestió de casos, per a identificar les seues necessitats de suport per a l'atenció i cura de la salut pròpia. La cobertura d'aquesta atenció sanitària amb la incorporació de la infermera gestora de casos el desembre de 2013 assolia el 15% de la població de la Comunitat Valenciana.

La inclusió en SIA de l'opció d'identificació de la persona cuidadora es va implementar en 2012 i en 2013 aquest registre va permetre identificar 1.032 persones cuidadores, independentment de la patologia del pacient.

Dins de la formació **pròpia** de l'EVES es va oferir en els anys 2010, 2012 i 2013 el curs **Formar i cuidar el cuidador de persones amb malaltia mental** (en total 96 hores aproximadament) i s'han dut a terme tallers dirigits a la capacitació dels cuidadors. A més a més, per part de les infermeres gestores de casos, es realitzen intervencions individuals i grupals.

**Formació de professionals.** Entre 2010 i 2013 es van realitzar 12 cursos i dos jornades en l'EVES dirigides a professionals, sobre la malaltia d'Alzheimer i altres demències i sobre l'abordatge psicosociosanitari de les malalties neurodegeneratives: esclerosi lateral amiotròfica, entre altres.

## Objectiu 2.6

### Prestar atenció sanitària i social a les malalties neurodegeneratives i demències

Prestar atenció **integralsanitària i social** a les persones afectades per malalties neurodegeneratives i demències, a les persones que les cuiden i als seus familiars, d'acord amb la millor evidència disponible i la necessària continuïtat assistencial.

## Accions

**2.6.1.** Establir criteris i processos àgils de derivació a atenció especialitzada des d'Atenció Primària per a l'abordatge de malalties neurodegeneratives de manera precoç.

**2.6.2.** Desenvolupar programes de consell **genètic i anàlisi genètica**, si escau, a les persones amb predisposició hereditària a malalties neurodegeneratives en què, d'acord amb l'evidència científica, es disposa d'una prova genètica interpretable i amb repercussió clínica en el seguiment preventiu.

**2.6.3.** Establir des del moment del diagnòstic i durant tot el procés, un pla **d'atenció individualitzada** que incloga valoracions i avaluacions integrals i determine les indicacions terapèutiques, rehabilitadores, socials i de cures necessàries per a les persones amb aquestes malalties.

**2.6.4.** Identificar en el pla d'atenció individualitzat la persona **cuidadora principal** i els professionals **de referència**, almenys de medicina i infermeria, en el seguiment del pla esmentat.

**2.6.5.** Promoure la realització de plans **anticipats de cures** amb el pacient, mentre tinga encara capacitat, comptant amb el seu cuidador/a.

**2.6.6.** Desenvolupar programes d'informació i sensibilització dels professionals sanitaris, especialment en atenció primària, incloent en el **Pla de Formació** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a través de l'EVES, una oferta específica per als professionals de tots els

àmbits assistencials que intervenen en l'atenció de les persones amb malalties neurodegeneratives i demències.

**2.6.7.** Promoure estudis **de desigualtats** en l'atenció i l'atenció del pacient amb malalties neurodegeneratives i demències, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures adequades a les seues necessitats.

**2.6.8.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Prevalença de malalties neurodegeneratives i demència en persones >64 anys	*Demències: Total:10,82% ♂7,86% ♀13,07 *Neurodegeneratives: Total:1,58% ♂1,76% ♀1,44% (2013)	Millorar diagnòstic	Il·lumina
Nombre de cursos anuals del pla de formació vinculats amb l'atenció de les persones amb malalties neurodegeneratives i demències	4 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIS			
Nombre de persones participants en els cursos oferits			EVES
% persones amb Alzheimer, demència i neurodegeneratives amb identificació del cuidador/a principal en Abulcassis			Abulcassis

## 2.7. Desenvolupar un model integral d'atenció a la salut mental

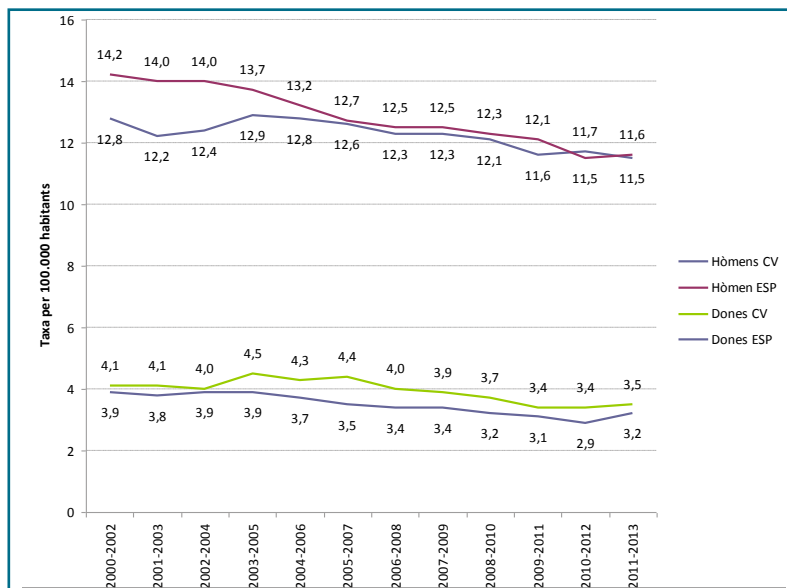
### Anàlisi de la situació

**Problemes o malalties cròniques o de llarga evolució patides en els últims 12 mesos i diagnosticades per un metge:** l'11,9% de la població valenciana adulta ( $\geq 15$  anys) manifesta haver patit depressió, ansietat o altres trastorns mentals en els últims 12 mesos, indicant que es tracta d'un problema de salut crònic que ha sigut diagnosticat per un metge (ENSE 2011-12). De nou, aquesta proporció és superior en les dones (17,1%) que en els hòmens (6,7%).

**Consum de medicaments en adults en les dos últimes setmanes:** el 18,7% de la població valenciana adulta ( $\geq 15$  anys) declara haver consumit ansiolítics o medicaments per a dormir durant les dues setmanes anteriors. Aquesta proporció és superior en les dones (22,9%) que en els hòmens (13,2%), segons l'ENSE 2011-12. D'altra banda, el 7,1% de la població refereix haver consumit antidepressius (10,4% en dones i 2,8% en hòmens).

**Suïcidi:** la taxa de mortalitat per suïcidi i autolesions, ajustada a població europea, és superior en hòmens que en dones, arriba a la CV, en el trienni 2011-2013, als valors d'11,5 i 3,5 per 100.000 habitants, respectivament, xifres semblants a les nacionals.

Taxa de mortalitat per suïcidi i autolesions per sexe  
Espanya i Comunitat Valenciana, 2000-2013



\* Taxa de mortalitat per suïcidis i autolesions (CIM-10: X60-X84, Y870), per sexe, ajustada a la població estàndard europea, per 100.000 habitants. Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

## Objectiu 2.7

### Desenvolupar un model integral d'atenció a la salut mental

Proporcionar una **atenció a la salut mental integral**, per mitjà del desplegament de programes transversals i interdisciplinaris que garantisquen la continuïtat de cures i disminuïsquen la variabilitat entre els departaments de salut.

### Accions

**2.7.1.** Desenvolupar un pla intersectorial d'actuacions i proporcionar a través de les TIC i els mitjans de comunicació una **visió** més positiva de la malaltia mental que afavorisca la inclusió i elimine l'estigma.

**2.7.2.** Desenvolupar intervencions per a la **prevenció del suïcidi** i difondre guies clíniques respecte d'això, prestant especial atenció als col·lectius en què s'haja detectat major risc.

**2.7.3.** Dissenyar i implementar programes específics, **protocols i circuits assistencials per patologies rellevants** (Programa Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorn Mental Greu, Protocol d'Atenció a Persones amb Trastorn de la Personalitat, Programa d'Atenció a Primers Episodis Psicòtics) i en entorns especials com el penitenciari (PAIMM).

**2.7.4.** Elaborar i incloure en la Història de Salut Electrònica el **Pla d'Atenció Individualitzat** de cada pacient amb trastorn mental greu i el **Contracte Terapèutic** per als Trastorns Mentals Comuns.

**2.7.5.** Proporcionar atenció integral als problemes de **salut mental en la infància i adolescència**, elaborant protocols d'actuació entre les unitats de Salut Mental Infantil, pediatria, neuropediatria, atenció primària i neurologia, així com en col·laboració amb institucions educatives i serveis socials de base.

**2.7.6.** Desenvolupar programes col·laboratius entre Atenció Primària i les unitats de Suport per a la prevenció i abordatge dels problemes de salut mental (per exemple, **intervenció grupal en autoatencions, abordatge del malestar emocional**).

**2.7.7.** Crear una **Comissió Sociosanitària** en cada Departament de Salut per a millorar l'atenció integral a les persones amb Trastorn Mental Greu i les seues famílies i garantir la continuïtat de les atencions.

**2.7.8.** Coordinar les intervencions de prevenció, atenció i rehabilitació de les persones amb **patologia dual**.

**2.7.9.** Incloure en el **Pla de Formació** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, a través de l'EVES, oferta específica per als professionals en competències i habilitats específiques en l'àmbit de la salut mental.

**2.7.10.** Promoure la participació de persones usuàries i familiars i fomentar l'associacionisme, dins del marc de la protecció dels drets humans de les persones amb malaltia mental.

**2.7.11.** Promoure **estudis de desigualtats** en l'atenció i la cura del pacient amb trastorn de la salut mental, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les atencions adequades a les seues necessitats.

**2.7.12.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.



## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Taxa de mortalitat per suïcidis	♂ 11,5 x 10 <sup>5</sup> ♀ 3,5 x 10 <sup>5</sup> (2011-2013)	↓	DGSP Registre de mortalitat
Nombre d'ingressos per episodis psicòtics en persones de 15-45 anys	Total: 2.659 ♂ 1.612 ♀ 1.047 (2014)	↓	CMBD
Nombre de departaments de salut amb Comissió Sociosanitària	-	24	DGAS
% d'interconsultes sol·licitades des d'AP que són acceptades en les USM	34,12% (2014)	↑	SIA-SIP-CRC AG (ATP044.0)
Temps mitjà que han d'esperar els pacients per a ser atesos en les USM (adults i xiquets)	19,73 (2014)	↓	SIA-SIP-CRC AG
% de pacients amb TMG amb un pla d'atenció integral completat en la seua història de salut	SD Meta 2016: 10%	↑	SIA-SIP-CRC AG
Nombre de cursos anuals del pla de formació vinculats amb la salut mental	4 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIS			
Nombre de persones participants en els cursos oferits			EVES
Consum d'ansiolítics, antidepressius i antipsicòtics (dosis diàries per 1.000 habitants)			DGAS
Nombre de programes col·laboratius amb atenció primària en cada departament			DGAS
Nombre de departaments amb protocol de coordinació per a patologia dual			DGAS
Nombre d'usuari i familiars que col·laboren en estructures de participació i assessorament			DGAS

## 2.8. Garantir l'atenció de pacients crònics complexos i pal·liatius que incloga les persones cuidadores

### Anàlisi de la situació

D'acord amb el sistema de classificació de pacients CRG proposat per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, al voltant del 2 % de la població de la Comunitat Valenciana (89.995persones) formaria part del nivell 3 de la piràmide de Kàiser, integrat per pacients amb un nivell de gravetat elevat.

En tots els departaments, s'ha impulsat la utilització del codi V de la CIM per a diagnòstics relacionats amb cures pal·liatives (V 66.7 en la CIM 9MC). Des que s'adoptà el codi V66.7 per a identificar pacients amb diagnòstic susceptible de cures pal·liatives, s'ha incrementat el registre tant en Abulcassis com a nivell hospitalari, encara que el percentatge encara és baix.

S'ha configurat l'equip de suport de cures pal·liatives de cada departament de salut, integrat i amb funcions en la comunitat i en l'hospital. En 2013, aproximadament en el 40% dels departaments s'ha nomenat un referent en cures pal·liatives en atenció primària.

El nombre de persones majors de 65 anys que durant l'any 2010 van atorgar el document de voluntats anticipades va ser de 567, i de 799 en 2011.

A través del pla de formació de l'EVES, es fan anualment cursos dirigits específicament a cuidadors d'ancians i tallers dirigits als familiars/cuidadors. En 2013, 228 cuidadors van acudir als tallers oferits per les infermeres gestores de casos dins del desenvolupament de les seues funcions.

El cuidador principal és identificat amb caràcter rutinari en el cas de pacients per les UHD i per la infermeria de gestió de casos comunitaris, i se'ls ofereix suport professional i formació individual i grupal.

En els recursos més especialitzats de cures pal·liatives (HACLE i UHD) es realitza una valoració integral prèvia a la realització del PAI a tots els pacients susceptibles de cures pal·liatives. Es realitza també una valoració integral dels pacients crònics d'alta complexitat i pal·liatius inclosos en la gestió de casos. En 2013, s'ha inclòs 3.415 pacients crònics d'alta complexitat i pal·liatius en el Programa de Gestió de Casos.

<b>Programa de Gestió de Casos</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Pal·liatius	<b>809</b>	<b>1.150</b>
No pal·liatius	<b>1.561</b>	<b>2.265</b>
<b>Pacients crònics d'alta complexitat i pal·liatius</b>	<b>2.370</b>	<b>3.415</b>

Font: DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Objectiu 2.8

### Garantir l'atenció de pacients crònics complexos i pal·liatius que incloga les persones cuidadores

Garantir una **atenció integral, coordinada, de qualitat, eficient, individualitzada i digna** als malalts crònics d'alta complexitat i pacients pal·liatius, que incloga les persones familiars cuidadores.

### Accions

- 2.8.1.** Consolidar un equip **de suport de cures pal·liatives en cada departament** de salut, integrat i amb funcions en la comunitat i en l'hospital i nomenar un referent en cures pal·liatives en atenció primària.
- 2.8.2.** Desenvolupar estratègies per a l'**atenció psicosocial** en els equips de suport de cures pal·liatives del departament.
- 2.8.3.** Desenvolupar estratègies per a proporcionar cures pal·liatives adequades en la **infància i adolescència**.
- 2.8.4.** Arreplegar en la història clínica els desitjos, **preferències i valors dels pacients** i els acords terapèutics a aconseguir entre pacients i professionals.
- 2.8.5.** Incrementar el grau de **seguretat dels pacients en els seus tractaments** reduint els problemes relacionats amb els medicaments (PRM) i el risc de resultats negatius de la medicació, principalment en els pacients amb major grau de morbiditat i risc clínic, a través de l'estratificació de la població.
- 2.8.6.** Desenvolupar intervencions de suport **a les persones cuidadores** de pacients crònics complexos i pal·liatius, en relació amb les cures, gestions sanitàries i la prevenció i abordatge del seu desgast físic, emocional i el risc d'aïllament social.
- 2.8.7.** Facilitar el **desenvolupament de les TIC** per al seguiment i atenció a distància en el domicili dels pacients.
- 2.8.8.** Promoure un debat social, professional i institucional sobre el **dret a morir amb dignitat**.
- 2.8.9.** Elaborar una **lleï integral autonòmica** que aborde l'atenció al final de la vida per a morir amb dignitat.
- 2.8.10.** Promoure la utilització per part dels pacients del Document de Voluntats Anticipades, així com la consulta dels professionals al **Registre Centralitzat de Voluntats Anticipades de la Comunitat Valenciana**, i incloure la informació que hi haja en la història clínica del pacient.
- 2.8.11.** Promoure estudis **de desigualtats** en l'atenció i l'atenció del pacient crònic complex i pal·liatiu, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures adequades a les seues necessitats.
- 2.8.12.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a **reduir les desigualtats** detectades.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Visites d'infermeria a domicili a pacients crònics complexos i pal·liatius	3,72 (2015)	↑	SIA-SIP-CRC AG
Pacients crònics d'alta complexitat i pal·liatius inclosos en el Programa de Gestió de Casos	3415 (2013)	↑	DGAS
Nombre de tallers d'intervenció sobre persones cuidadores de pacients crònics complexos i pal·liatius	17 (2013)	↑	DGAS
Nombre de persones cuidadores participants en els tallers d'intervenció	228 (2015)	↑	DGAS
Nombre de consultes al Registre de Voluntats Anticipades	-	↑ anualment	VOLANT
Taxa de pacients amb PRM no revisats per cada 1.000 pacients crònics i polimedicats	1,8% anual (2014)	↓	PRM AG (Gaia027.1)
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
% d'èxits de pacients crònics complexos i pal·liatius en domicili, hospitalització d'aguts, HACLE i residències			HACLE
Publicació d'una llei integral autonòmica que aborde l'atenció al final de la vida per a morir amb dignitat			CSUSP

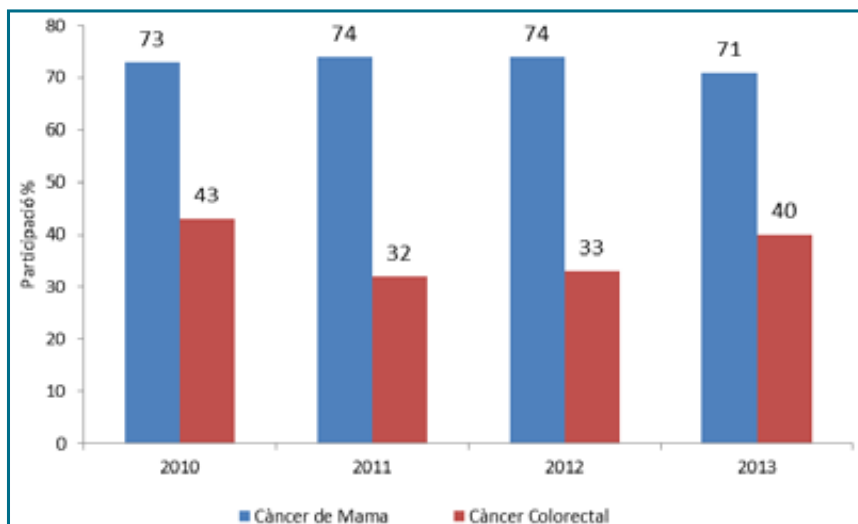
## 2.9. Desplegar programes de cribratge basats en l'evidència

### Anàlisi de la situació

El cribratge neonatal de malalties endocrinometabòliques manté una cobertura superior al 98%. En 2012, es van incorporar la fibrosi quística i l'anèmia de cèl·lules falciformes al cribratge d'hipotiroidisme congènit i fenilcetonúria. En 2014, es va ampliar la detecció incloent tres noves patologies: dèficit d'acil CoA deshidrogenasa de cadena mitjana (MCADD), dèficit de 3 hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena llarga (LCHADD) i acidèmia glutàrica de tipus I (GA-I), i es va passar a fer una única presa de mostra en la maternitat, abans de l'alta. La cobertura del cribratge neonatal de la hipoacúsia congènita està entorn del 99% dels nounats.

Respecte a la detecció precoç del càncer de coll d'úter, s'ha reunit la comissió del programa per a revisió i definició del nou protocol que arregleue l'evidència i els canvis científics que han de tindre's en compte. El programa de detecció precoç del càncer colorectal s'està implantant en tots els departaments de salut, arriba a una cobertura del 60% en 2013. La participació en el programa de detecció precoç de càncer de mama s'ha mantingut estable al llarg de la vigència del III Pla de Salut, com s'observa en la gràfica següent:

Participació del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama i Colorectal



Font: Programa de càncer de còlon - Karvis i SIGMA. DGSP. Abulcassis DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Objectiu 2.9

### Desplegar programes de cribratge basats en l'evidència

Realitzar programes de **cribratge (prevenció secundària o detecció precoç dels problemes de salut) avalats per l'evidència científica.**

### Accions

**2.9.1.** Oferir a les dones embarassades el diagnòstic **prenatal** de defectes congènits combinant paràmetres bioquímics i ecogràfics.

**2.9.2.** Assegurar la detecció precoç, en el període neonatal, de defectes **congènits** que poden produir discapacitat: hipoacúsia del nou-nat o metabolopaties, que s'han demostrat efectius i cost-oportuns.

**2.9.3.** Millorar la **participació informada** en tots els programes de cribratge.

**2.9.4.** Mantindre i optimitzar el programa de cribratge de **càncer de mama** a estàndards internacionals.

**2.9.5.** Reorientar les activitats de cribratge de **càncer de cèrvix** a les recomanacions europees.

**2.9.6.** Establir un procés d'**avaluació** en l'àmbit del sistema sanitari valencià, que permeta avaluar i determinar la indicació o no d'incorporar activitats de cribratge en el sistema.

**2.9.7.** Establir recomanacions de **no indicació** de proves de diagnòstic precoç i aplicar la legislació vigent sobre cribratges en el medi laboral relativa al fet que només es realitzaran els relacionats amb els riscos del treball.

**2.9.8.** Promoure estudis **de desigualtats** en la cobertura i seguiment de les persones participants en els cribratges, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les atencions adequades a les seues necessitats.

**2.9.9.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius menys atesos o més vulnerables per a **reduir les desigualtats** detectades i garantir que totes les persones reben l'atenció efectiva i adequada a les seues característiques i necessitats individuals.

## Indicadors

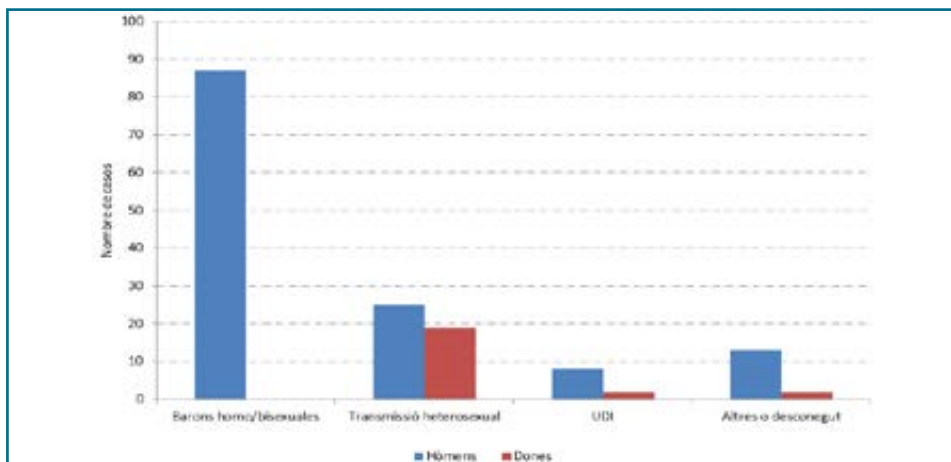
BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
% d'IVE per síndrome de Down sobre el total de gestacions diagnosticades	71,5% (2013)	Garantir prestació	DGSP Registre d'IVE i de malalties congènites
Temps mitjà transcorregut des del naixement fins el resultat de la prova en hipotiroidisme congènit	9,2 ± 3 (2014)	<15 dies	DGSP MetaB
Percentatge de nounats amb primera prova de cribratge d'hipoacúsia realitzada durant el primer mes de vida	>95% (2014, hospitals públics)	>95% (hospitals públics i privats)	DGSP
Setmanes des de la sol·licitud per a confirmació diagnòstica fins a l'inici del tractament en cribratge mamogràfic	8 (2014)	↓	DGSP SIGMA AG (489.3)
Participació en el programa de cribratge de càncer de mama	73% (2015)	>70%	DGSP SIGMA
Participació en el programa de cribratge de càncer colorectal	44% (2015)	>50%	DGSP Karvis

## 2.10. Disminuir la incidència de malalties transmissibles sotmeses a vigilància

### Anàlisi de la situació

El registre dels nous diagnòstics per VIH, que comença a funcionar a la CV en 2011, permet identificar com a col·lectiu més vulnerable a la infecció per VIH el d'hòmens que tenen sexe amb altres hòmens (HSH). La incidència en aquest grup va ser del 57,37% en 2011, i en 2012 del 65,6%. En les persones immigrants, s'ha observat una disminució de la incidència, que ha passat del 36,8% en 2011 al 30,2% en 2012. El percentatge de diagnòstics tardans de sida en 2011 va ser del 53%, i del 49,5% en 2013.

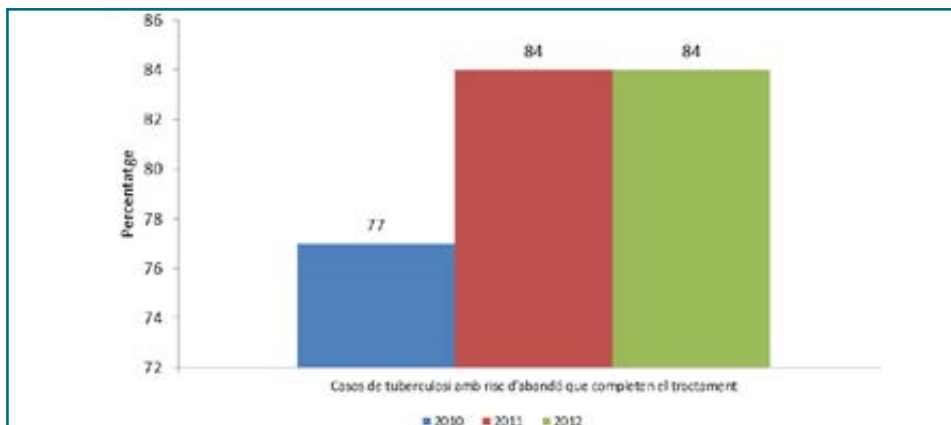
Casos d'infecció VIH segons el mecanisme de transmissió diagnosticats en 2012. Comunitat Valenciana



Font: SIVIH. UDI = usuaris de drogues intravenoses. Casos notificats fins al 31-01-2013

Amb la finalitat de disminuir la contagiositat i les recidives dels pacients amb TBC amb major risc d'abandó del tractament, la intensificació de la vigilància epidemiològica ha permès augmentar el percentatge de persones d'aquest grup que completen el tractament, com es mostra en la gràfica següent:

Casos de tuberculosi con riesgo de abandono que completan el tratamiento



Font: AVE. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública



## Objectiu 2.10

### Disminuir la incidència de malalties transmissibles sotmeses a vigilància

disminuir la incidència d'algunes malalties transmissibles amb elevat impacte social, com ara les **infeccions de transmissió sexual (ITS), la tuberculosi pulmonar i l'hepatitis C.**

### Accions

**2.10.1.** Disposar programes efectius que faciliten els mètodes de prevenció d'infeccions transmeses sexualment.

**2.10.2.** Intensificar les activitats dirigides a augmentar la percepció del risc del **VIH/sida i de les ITS**, amb èmfasi especial en els col·lectius de major vulnerabilitat (hòmens que tenen sexe amb hòmens, persones prostitutes) així com en els jóvens.

**2.10.3.** Promoure el diagnòstic **precoç de la infecció per VIH**, facilitant la realització de la prova en els diferents nivells assistencials: atenció primària, unitats de prevenció de VIH i d'altres ITS.

**2.10.4.** Intensificar l'estudi i tractament dels contactes de pacients amb **TBC pulmonar** amb estudi microbiològic positiu.

**2.10.5.** Prestar atenció especial als grups que presenten major risc d'abandó del tractament **contra la TBC.**

**2.10.6.** Millorar el coneixement epidemiològic sobre l'hepatitis **C** i el seu impacte a la Comunitat Valenciana per mitjà de la creació d'un registre de casos de VHC que permeta monitorar les càrregues virals i antígens *core* del VHC per a avaluar els tractaments.

**2.10.7.** Aplicar les recomanacions i criteris consensuats pel comitè d'experts, per a atendre les necessitats terapèutiques dels pacients amb **hepatitis C.**

**2.10.8.** Promoure estudis de **desigualtats** en la prevenció i atenció sanitària de les persones amb malalties transmissibles sotmeses a vigilància, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional.

**2.10.9.** Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir **les desigualtats** detectades.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Percentatge de nous diagnòstics de VIH en HSH	65,6% (2012)	Millorar el registre	DGSP AVE
Percentatge de nous diagnòstics de VIH en immigrants	30,2% (2012)	Millorar el registre	DGSP AVE
Percentatge anual de diagnòstics tardans en sida	49,5% (2012)	↑	DGSP AVE
% de casos de tuberculosi pulmonar amb estudi microbiològic positiu amb estudi de contactes	92,4% (2013)	↑	DGSP AVE
% de casos de TBC amb risc d'abandó que completen el tractament	84,2% (2012)	↓	DGSP AVE
Incidència de nous diagnòstics de VHC	Inici del registre en 2016*	Consolidar	DGSP RedMIVA
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
% de pacients amb VHC tractats amb resposta de càrrega viral			DGFIPS

\*A partir de gener de 2016 s'inicia la vigilància amb una classificació nova. Casos notificats: casos nous incidents i casos nous no incidents.

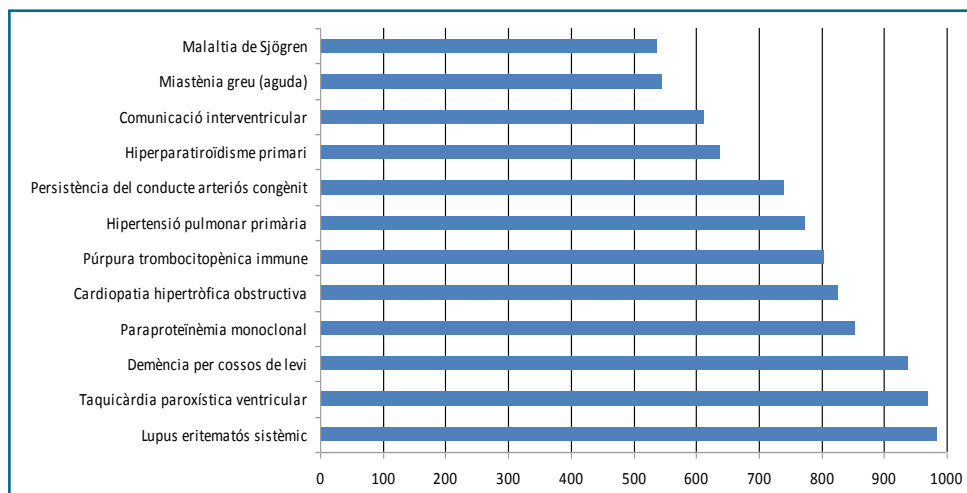
## 2.11. Millorar l'atenció de les malalties rares

### Anàlisi de la situació

Per a donar resposta les necessitats d'informació sobre malalties rares, s'ha creat el Sistema d'Informació de Malalties Rares (MR) de la Comunitat Valenciana: SIMR-CV (Ordre 4/2012, de 7 de març, de la Conselleria de Sanitat), que s'integra en la Xarxa Valenciana de Vigilància en Salut Pública. Té com a objecte cobrir les necessitats d'informació epidemiològica sobre malalties rares, incloses les anomalies congènites, en proporciona informació de validesa contrastada sobre la incidència i prevalença, afavoreix l'anàlisi dels factors associats, proveeix indicadors que possibiliten la comparació de la situació a la Comunitat Valenciana amb altres territoris i facilita la informació necessària per a orientar l'elaboració i avaluació d'activitats de prevenció.

D'acord amb les dades arreglades en aquest sistema d'informació, entre 2010 i 2012 va haver-hi 510.429 ingressos per MR en els hospitals públics de la CV, que suposen aproximadament el 6,6% dels ingressos totals, i amb una edat mitjana al diagnòstic de 55,5 anys.

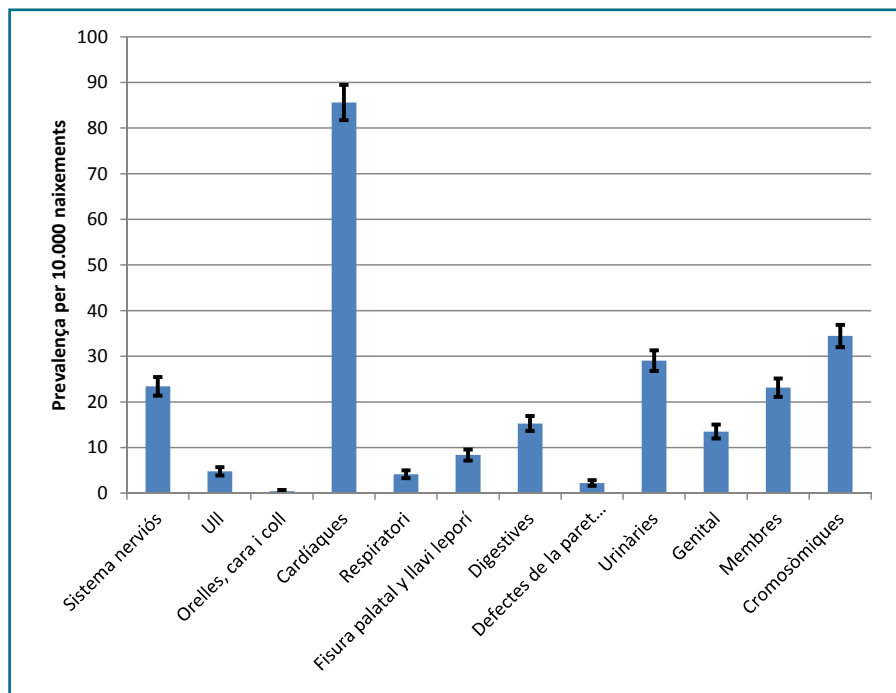
**Principals MR amb el nombre més gran de pacients afectats que requereixen ingrés hospitalari 2010-2012**



Font: SIMR-CV

Des de desembre de 2011, el Registre Poblacional d'Anomalies Congènites (AC) de la Comunitat Valenciana és membre de ple dret de la Xarxa Europea de Registres Poblacionals per a la Vigilància de les Anomalies Congènites (EUROCAT), que va començar en 1979 com una acció conjunta de la Unió Europea. Entre 2007 i 2011 s'han registrat 4.928 menors d'1 any amb AC, la qual cosa suposa una prevalença de 229,6 casos per 10.000 nascuts. Entre aquestes anomalies, les AC cardíques són les que tenen un major pes, ja que representen el 33% del total.

## Prevalença de les anomalies congènites per grans grups, 2007-2011



Font: SIMR-CV. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Objectius 2.11

### Millorar l'atenció de les malalties rares

Millorar el coneixement i l'atenció de les malalties rares per a aconseguir un abordatge **de forma més integrada** en el conjunt del sistema sanitari.

### Accions

**2.11.1.** Assegurar la sostenibilitat del Sistema d'Informació de Malalties Rares (**SIMR-CV**).

**2.11.2.** Realitzar i difondre el mapa de les **Unitats d'Experiència** de malalties rares de la Comunitat Valenciana.

**2.11.3.** Incrementar la coordinació en l'assistència de malalties rares entre atenció primària i atenció hospitalària, mitjançant la realització de protocols i guies d'actuació conjunts.

**2.11.4.** Facilitar la identificació de forma primerenca dels pacients amb malalties rares, mitjançant eines informàtiques que faciliten la seua cerca activa i garantir la continuïtat assistencial.

**2.11.5.** Designar **centres, serveis i unitats de referència** per a malalties rares d'àmbit nacional en el SNS i d'àmbit autonòmic.

**2.11.6.** Facilitar informació i formació a les persones amb malalties rares, famílies i persones cuidadores, sobre ajudes i recursos per a millorar la seua qualitat de vida, inclòs el contacte amb associacions de pacients.

**2.11.7.** Fomentar la investigació **aplicada** en malalties rares.

**2.11.8.** Detectar les necessitats **de formació** sobre malalties rares en atenció primària i elaborar propostes formatives adequades a les necessitats detectades en el Pla de Formació de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**2.11.9.** Promoure actuacions d'informació i sensibilització que contribuïsquen a millorar el coneixement i a disminuir l'estigmatització d'aquestes malalties davant la societat en general, comptant amb el paper de les associacions de pacients.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Casos validats en el SIMR-CV.	3.675 (2010-2012)	Ampliar període i validar altres malalties	DGSP SIMR-CV
Casos de MR detectats en atenció primària	190 medicina de família 121 pediatria (2015)	Ampliar període i validar casos	DGSP Xarxa Sentinella SIMR-CV
Registres de MR detectats en atenció hospitalària	157.171 (2004-2014)	Ampliar període	DGSP SIMR-CV
Nombre d'Unitats d'Experiència incloses en el mapa	51 (2015)	↑ Altres grups de malalties	DGAS
Nombre de CSUR d'àmbit nacional designats <a href="#">a la CV</a>	18 CSUR: 13 HUP la Fe, 3 CHGU València 2 HGU Alacant	↑ 7 sol·licituds de CSUR actualment en diferents fases de tramitació	DGAS
Nombre d'unitats de referència designades <a href="#">a la CV</a>	2	↑	DGAS
Nombre de projectes d'investigació aplicada concedits a grups d'investigació ubicats <a href="#">a la CV</a>	35 (2016)	↑	DGITQ
Nombre de cursos anuals del pla de formació vinculats amb malalties rares	0	↑	EVES
COMPLEMENTARIS			
Nombre de persones participants en els cursos oferits			EVES



## **Línia 3. Enfortir l'equitat i la igualtat de gènere, reduir les desigualtats en salut i fomentar la participació**

---

**3.1. Vigilar els determinants socials de la salut**

**3.2. Actuar per a reduir les desigualtats en els resultats de salut**

**3.3. Intensificar les accions en detecció precoç i l'abordatge de la violència de gènere**

**3.4. Impulsar el principi de salut en totes les polítiques**

**3.5. Garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari**

**3.6. Promoure l'acostament a la ciutadania: participació i apoderament de la població**



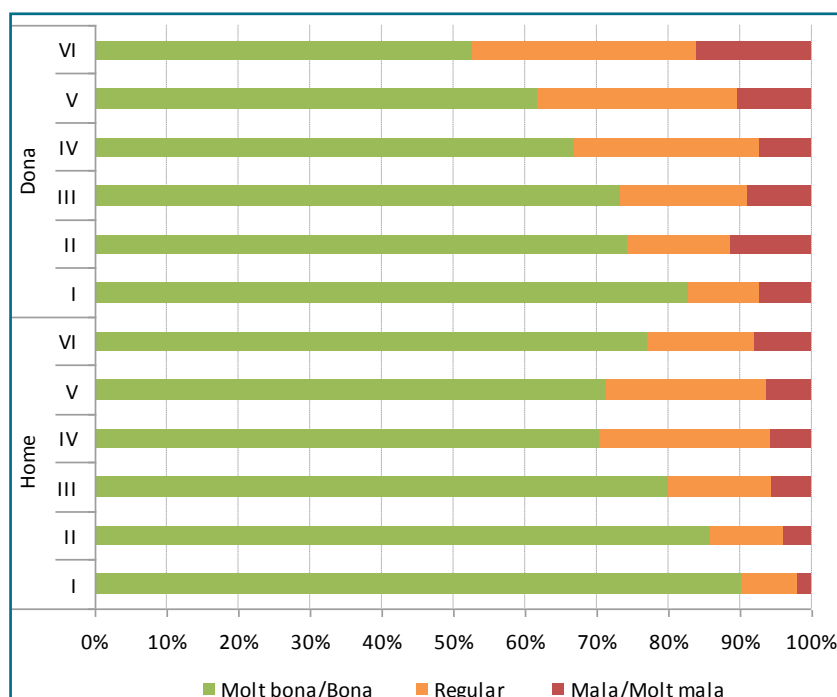


## 3.1. Vigilar els determinants socials de la salut

### Anàlisi de la situació

L'autopercepció de l'estat de salut, com a mesura general de salut, s'ha relacionat amb la prevalença de malalties cròniques, l'ús de serveis sanitaris i la mortalitat. Les dades de l'ENSE 2011-12 mostren que el 70,7% de la població adulta valenciana ( $\geq 15$  anys) considera que la seua salut és bona o molt bona. Aquesta proporció és major en hòmens (76,5%) que en dones (65%) i disminueix en ambdós sexes conforme augmenta l'edat. Existeix, a més, un gradient social en la distribució de l'estat de salut percebut, especialment manifest en les dones. A igualtat de classe social, els hòmens expressen sempre una millor salut percebuda que les dones.

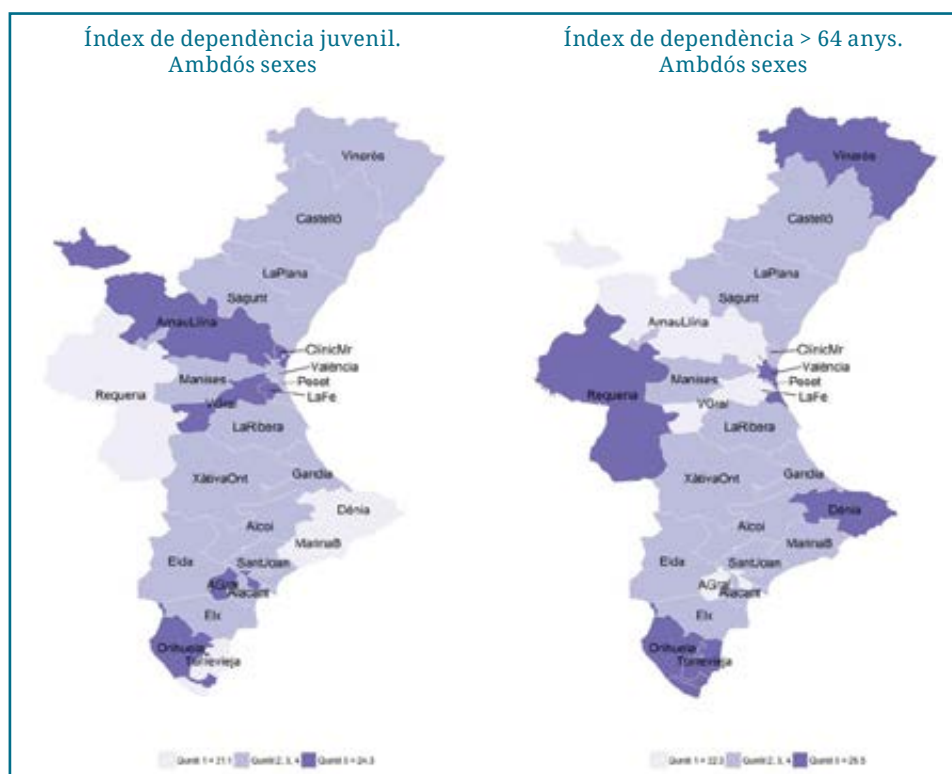
Salut percebuda segons sexe i classe social



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

Conèixer la distribució **territorial dels indicadors de salut** tenint en compte els principals determinants de la salut resulta fonamental per a posar en marxa intervencions que disminueixen les desigualtats. El Sistema d'Informació de Salut Pública (SISP) té definits indicadors socio-demogràfics, de l'estat de salut (mortalitat i morbiditat), i està incorporant indicadors en les àrees funcionals de comportaments i condicions de vida, així com del sistema de salut.

## Índex de dependència juvenil i índex de dependència de majors de 64 anys per departaments de salut. Comunitat Valenciana, 2014



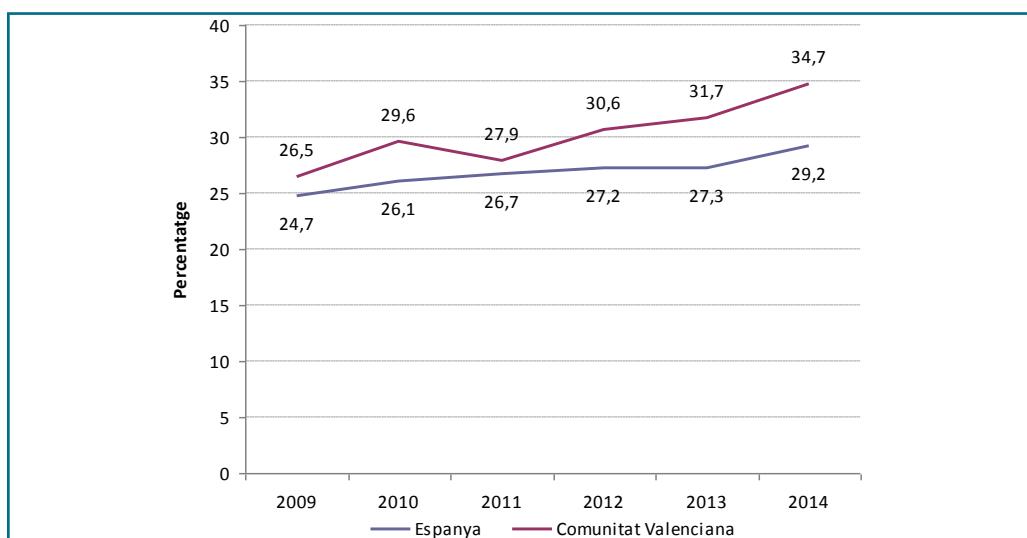
Font: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**El nivell educatiu** reflecteix la posició dels individus dins de l'escala social, condiciona l'ocupació i els ingressos, influeix en els hàbits de vida i en l'exposició a factors de risc, i en general, en l'accés als recursos en salut. D'acord amb la informació que proporciona l'Enquesta de Població Activa, en les últimes dècades s'ha anat incrementant de forma progressiva el nivell d'educació de la població valenciana, amb un augment de la població jove que completa una educació superior. En el període 2002-2014, el percentatge de població de 30 a 34 anys amb estudis superiors va créixer a la CV des d'un 26,2% fins a un 40,6%, xifra lleugerament inferior a la d'Espanya (42,3%) i superior a l'assolida en l'entorn europeu (UE-28: 37,9%). Destaca el major avanç de les dones en el terreny formatiu. En 2014, el 45,1% de les dones de 30 a 34 anys disposava d'estudis superiors enfront del 36,2% en el cas dels hòmens.

Juntament amb l'indicador anterior, l'abandó educatiu prematur, és a dir, el percentatge de població de 18 a 24 anys que no ha completat l'Educació Secundària de segona etapa (postobligatòria) i no continua estudiant, és un dels indicadors de seguiment de l'Estratègia Europa 2020. A la CV, igual que en el conjunt d'Espanya, la situació ha millorat en els últims anys, tot i que encara s'està lluny d'aconseguir l'objectiu proposat a nivell nacional de reducció de l'abandó fins al 15%. En 2014, aquest indicador a la CV va ser del 23,4% (28,3% en hòmens i 18,0% en dones), un poc superior al valor a Espanya (21,9%) i molt per damunt de l'indicador en la UE-28 (11,1%).

**La taxa de risc de pobresa o exclusió social** és un indicador inclòs en l'estratègia Europa 2020 que combina tres conceptes: el risc de pobresa, la carència material i la baixa intensitat en l'ocupació. L'any 2014, el percentatge de població en risc de pobresa o exclusió social a la CV va ser del 34,7%, xifra cinc punts i mig per damunt de l'obtinguda per al conjunt del territori nacional.

### Població en risc de pobresa (Estratègia Europa 2020). Espanya i Comunitat Valenciana, 2009-2014

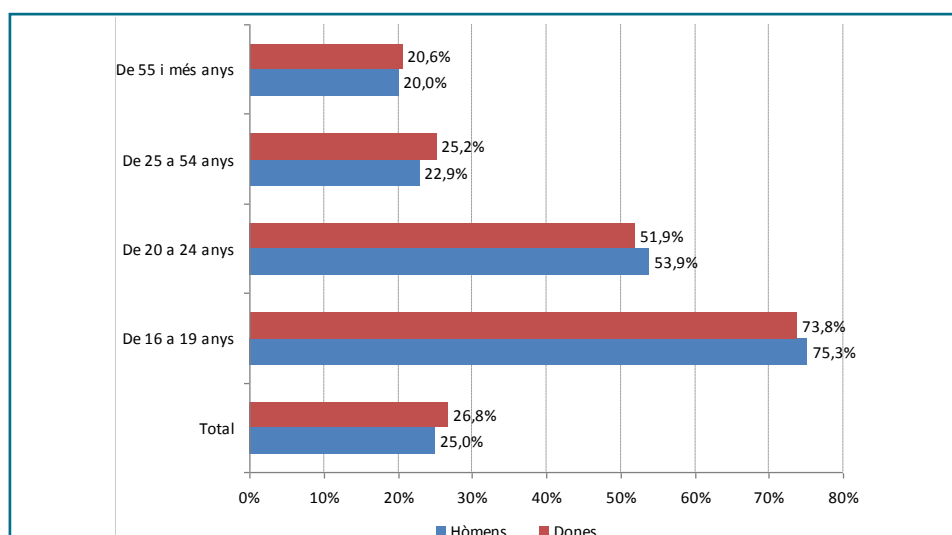


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE. Enquesta de Condicions de Vida. Base 2013

L'anàlisi per edat i sexe mostra que la proporció de població en risc de pobresa és superior entre els més joves. El grup de 16-29 anys és, en ambdós sexes, el que presenta el percentatge més elevat. Respecte al tipus de llar, l'indicador assoleix el seu valor màxim en el cas de les llars constituïdes per un adult amb un o més fills dependents a càrrec. De la mateixa manera, aquest percentatge és superior en la població estrangera.

En el període 2008-2014, la **taxa de desocupació** (percentatge de desocupats respecte a actius) va ascendir 13,7 punts: va arribar a un valor de 25,8% l'any 2014, xifra lleugerament superior a la taxa global a Espanya. Per grups d'edat, el major augment es va produir en la població jove (menors de 25 anys), tant en hòmens com en dones, amb increments de 32,2 i 28,0 punts, respectivament.

### Taxa de desocupació segons sexe i grup d'edat. Comunitat Valenciana, 2014



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE

La taxa de desocupació és superior en la població estrangera de la CV, procedent tant de països no pertanyents a la UE (41,8%) com de països de la UE (28,9%).

Aquestes xifres d'ocupació disten molt de la meta fixada a Espanya en relació amb l'estratègia Europa 2020. L'objectiu és aconseguir que el 74% de la població entre 20 i 64 anys tinga ocupació.

## Objectiu 3.1

### Vigilar els determinants socials de la salut

Aprofundir la identificació i el coneixement de la **magnitud** de les desigualtats **socials**, el seu **impacte** en la salut, la seua evolució i l'efectivitat de les intervencions i polítiques per a reduir-les.

### Accions

**3.1.1.** Monitorar l'evolució de l'impacte dels principals determinants socials i de gènere en les desigualtats en salut, per mitjà de l'elaboració i difusió d'informes **periòdics**. (Observatori de desigualtats en salut.)

**3.1.2.** Disposar en el Sistema d'Informació de Salut Pública (SISP) d'indicadors **clau** segons l'eix d'equitat per **departaments de salut i** tenint en compte el cicle vital.

**3.1.3.** Arreplegar les **variables socials** sistemàticament en els sistemes d'informació sanitària i especialment en la història clínica, comprnent almenys el màxim nivell d'estudis aconseguït, l'ocupació i la situació laboral.

**3.1.4.** Incentivar la investigació sobre l'**impacte en la salut** de les desigualtats socials i de gènere.

### Indicadors

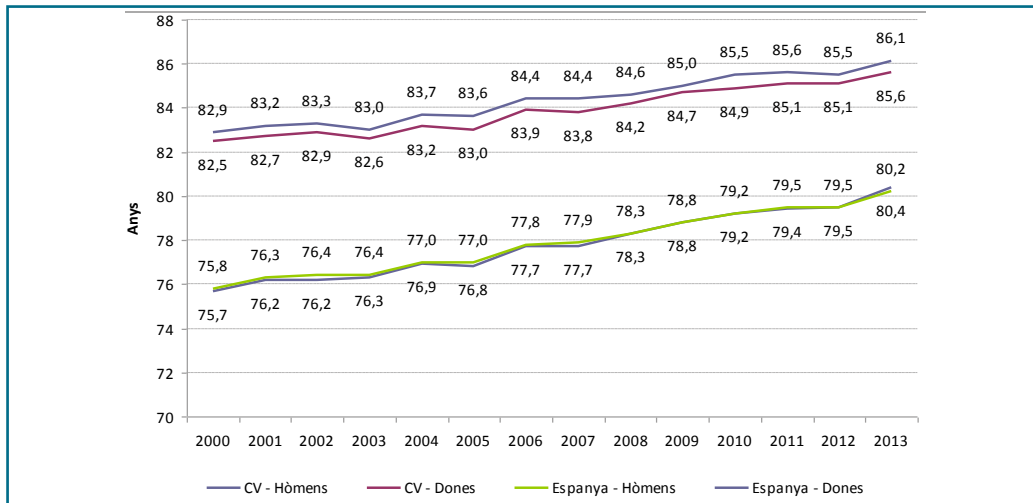
BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Bona salut percebuda per sexe i classe social	Total: 70,7% ♂76,5% ♀65,0% (2010)	↓ diferències	DGSP ESCV
Incloure l'eix de desigualtat d'immigració en el SISP	-	Inclusió en 2016	DGSP SISP
% d'històries d'AP en adults ( 25-64 anys) amb registre del nivell educatiu, especialment embarassades	36,6% (embarassades 2014)	↑	ABUCASIS-II·lumina AG (ATP104.1)
Nombre d'informes publicats sobre desigualtats en salut a la Comunitat Valenciana		≥1 anualment	DGSP
COMPLEMENTARIS			
Nombre de projectes d'investigació sobre desigualtats en salut finançats a la CV			DGIITQ

## 3.2. Actuar per a reduir les desigualtats en els resultats de salut

### Anàlisi de la situació

En 2013, l'esperança de vida en nàixer a la CV va ser de 83,0 anys (80,4 en hòmens i 85,6 en dones), el que ens situa en una posició semblant a la mitjana espanyola (83,2 anys) i lleugerament superior a l'europea (EU-16: 81,8 anys)

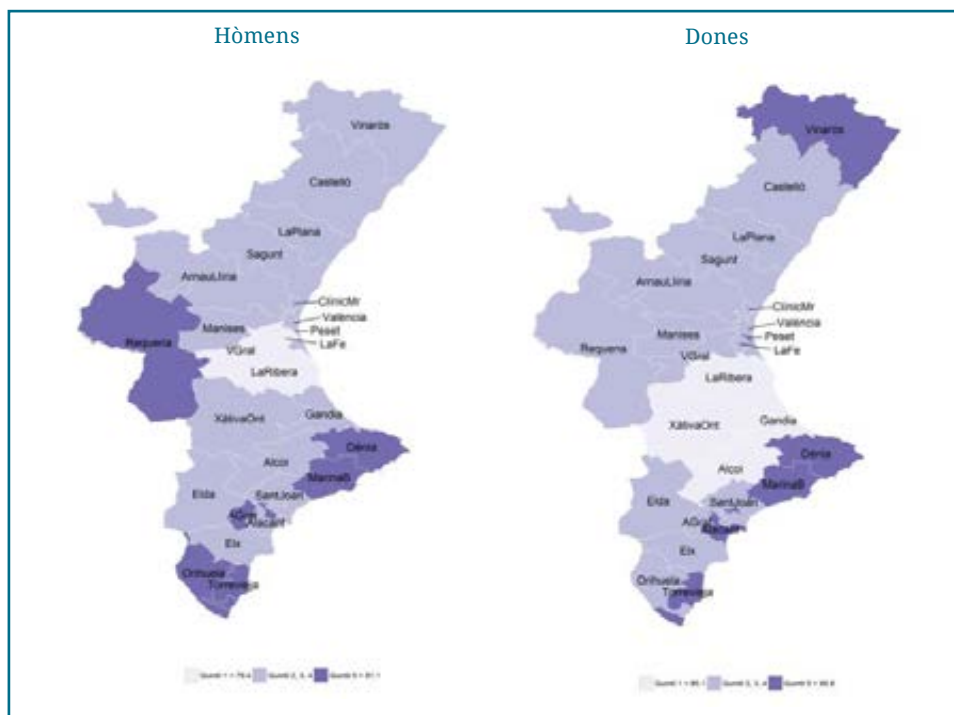
Esperança de vida en nàixer per sexe. Espanya i Comunitat Valenciana. 2000-2013



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

L'esperança de vida als 65 anys es va situar en 21,3 anys. S'hi observen diferències tant per sexe (19,4 en hòmens i 23,0 en dones), com a nivell territorial.

Esperança de vida als 65 anys per sexe. Comunitat Valenciana, 2013



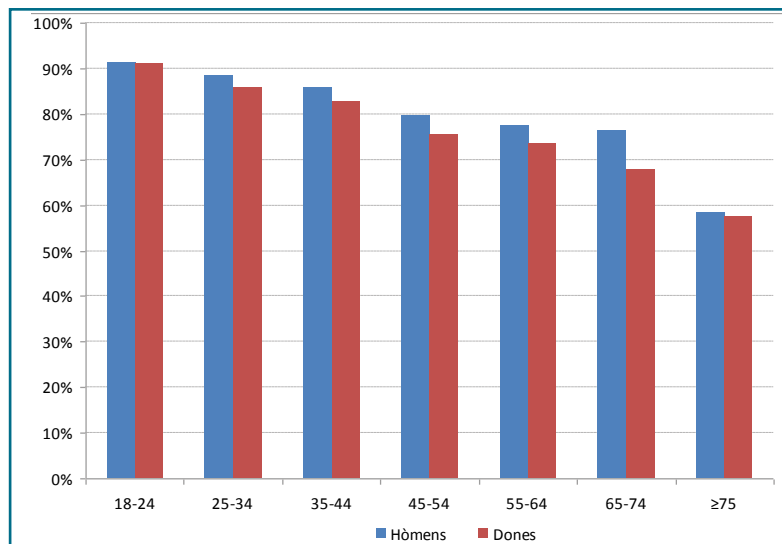
Font: SISP. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

L'augment d'anys de vida no sempre equival a una millora de la salut, ja que eixos anys poden ser viscuts amb mala salut.

### Qualitat de vida relacionada amb la salut (EQ-5D-5L)

En l'Enquesta Nacional de Salut 2011/12, es va explorar la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) per mitjà del qüestionari EQ-5D-5L. Es tracta d'un instrument genèric i estandaritzat, que consta d'un sistema descriptiu que valora 5 dimensions (mobilitat, autoatenció, activitats habituals, dolor/malestar i ansietat/depressió), amb 5 opcions resposta cada una, i una escala visual analògica (EVA) que puntua de 0 (pitjor estat de salut) a 100 (millor estat de salut). La puntuació mitjana en l'EVA per a la CV va ser de 79,52, dos punts superior a la mitjana per a Espanya. La dimensió "Dolor i malestar" és la que presenta una proporció major de població que declara tindre algun problema d'aquest tipus (22,93%), seguida de la d'"Ansietat i depressió" (15,8%) i la de "Mobilitat" (15,32%). La QVRS empitjora amb l'edat en ambdós sexes, encara que els hòmens puntuen més que les dones en tots els grups. L'anàlisi per sexe i classe social mostra valors decreixents en l'EVA a mesura que es descendeix en l'escala social, de forma més evident en les dones que en els hòmens.

Escales visual analògica de l'EQ-5D-5L per grups d'edat i sexe



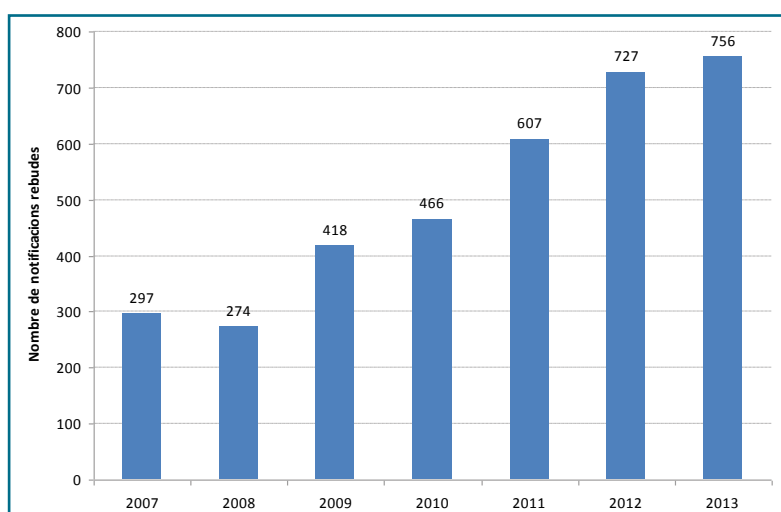
Font: Elaboració pròpia a partir de l'ENSE 2011-2012

### Atenció socio sanitària al maltractament infantil

En l'abordatge de les situacions de desprotecció infantil (risc i desemparament) té un paper fonamental l'àmbit sanitari. Les actuacions inclouen la promoció del bon tracte a la infància, la detecció precoç de riscos socio sanitàris o de problemes de maltractament infantil i l'abordatge precoç en col·laboració amb professionals d'altres àmbits (social, educatiu, etc.) en els casos necessaris. Davant de qualsevol cas de sospita o d'evidència de situacions de risc o de maltractament infantil, els professionals sanitaris tenen l'obligació de comunicar aquestes situacions per mitjà dels fulls de notificació establits, i de col·laborar amb els Serveis Socials municipals, així com el deure de col·laborar amb les entitats públiques competents en matèria de protecció de menors en l'exercici de la funció protectora d'aquests (article 7 del capítol 2 de la Llei 8/2008 i article 56.6 de la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana).

Des de l'any 2006, la notificació d'aquestes situacions en menors des de l'àmbit sanitari es fa per mitjà del document oficial establert en l'Ordre de 9 de març de 2006, el "Full de Notificació per a l'atenció socio sanitària infantil i la protecció de menors", en l'àmbit de la Comunitat Valenciana. La formació i sensibilització dels professionals sanitaris que va acompanyar la seua implantació, juntament amb l'anàlisi de l'evolució de la situació, ha contribuït a augmentar el nombre de notificacions pel personal sanitari, com mostra en la gràfica següent:

### Fulls de notificació d'atenció socio sanitària infantil i protecció de menors



Font: DGSP (fulls omplerts en SIA i en format paper)

### Drogodependències en població vulnerable

Amb l'objectiu de garantir l'assistència a les persones afectades per problemes de consum i dependència de drogues i altres trastorns addictius en condicions d'equitat amb altres malalties, la Comunitat Valenciana disposa de diferents serveis i programes integrats en la xarxa sanitària pública. Amb 41 Unitats de Conductes Addictives (UCA) en funcionament, aquests dispositius s'ordenen i distribueixen territorialment en els diferents departaments de salut, amb un volum d'atenció superior a les 12.000 notificacions per any.

S'ha donat prioritat en l'agenda d'atenció a les dones, per a reduir les barreres d'accessibilitat per qüestions de gènere, amb la creació en 2014 d'una comunitat terapèutica amb places específiques per a dones amb fills a càrrec entre 0 i 3 anys d'edat.

S'identifiquen com a població vulnerable prioritària dins del col·lectiu de malalts drogodependents els grups següents:

- **Població en tractament amb agonistes opiacis:** són atesos a través de la xarxa distribuïda territorialment per les tres províncies. En les seues tres tipologies acreditades, aquesta xarxa està composta per: centres elaboradors/dispensadors, centres prescriptors i punts d'administració. El nombre de pacients atesos anualment ha sigut superior a 4.000 des de l'any 2000.
- **Població refractària a tractament:** s'atén en Centres d'Intervenció de Baixa Exigència (CIBE). Són centres que, en règim residencial o ambulatori, realitzen intervencions sanitàries i socials a fi de disminuir els danys i riscos associats al consum de drogues. El nombre d'usuaris nous atesos anualment de 2010 a 2014 ha sigut de 519, 417, 354 i 406 respectivament. Quant al volum de persones ateses en CIBE entre 2012 i 2014, han sigut de 1.934, 2.159 i 2.459, respectivament
- **Població amb problemes juridicopenals:** s'atén en Unitats de Valoració i Suport en Drogodependències (UVSD). Són serveis que presten suport i assessorament en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius a òrgans jurisdiccionals, forces d'ordre públic i persones que han comés delictes associats al consum de drogues o com a conseqüència de la seua addicció, o que es troben detingudes per aquestes causes. El nombre d'usuaris atesos anualment de 2010 a 2014 ha sigut de 973, 736, 709, 729 i 697, respectivament.

## Prevenió de la transmissió del VIH en població en situació d'especial vulnerabilitat

Les activitats s'orienten a proporcionar informació per a la prevenió de la transmissió d'infecció per VIH en persones immigrants, en situació d'especial vulnerabilitat i exclusió, tenint en compte els condicionants de gènere. En la taula següent es mostren les activitats realitzades entre 2010 i 2013

### Activitats per a la prevenió de la transmissió d'infecció per VIH en persones immigrants

Repartiment de jocs de venopunció i preservatius i arreplegada de xeringues usades
Oferir tècniques de negociació a dones procedents d'altres països per a usar el preservatiu i tècniques de sexe segur per mitjà d'informadors clau
Suggerir i oferir l'ús de preservatius a les dones procedents d'altres països
Intervenció entre iguals, amb treballadores sexuals llatinoamericanes i de països de l'est
Campanyes de les ONG en locals d'oci d'ambient llatí
Programes enfocats a la prostitució masculina en immigrants

## Objectiu 3.2

### Actuar per a reduir les desigualtats en els resultats de salut

Fomentar el desenvolupament de polítiques amb l'objectiu de **disminuir les desigualtats en salut** en la població, impulsant estratègies dirigides als col·lectius en situació de major vulnerabilitat.

### Accions

**3.2.1.** Incorporar la perspectiva dels determinants **socials i de gènere** en l'elaboració i avaluació de totes les estratègies, programes i intervencions de salut.

**3.2.2.** Impulsar la promoció del **bon tracte a la infància**, detectar precoçment les situacions de possible desprotecció infantil (risc i desemparament), i garantir l'atenció necessària per mitjà d'actuacions coordinades amb altres àmbits de l'atenció als menors, especialment amb l'àmbit social i educatiu.

**3.2.3.** Enfortir la labor dels dispositius d'atenció socio sanitària a població **drogodependent**, amb especial incidència en aquells serveis o unitats encarregats de l'atenció a grups de malalts drogodependents en situació d'especial vulnerabilitat, com ara consumidors en actiu o amb problemes jurídics penals.

**3.2.4.** Detectar precoçment, des de l'atenció primària, les situacions de desprotecció i d'especial vulnerabilitat en les persones **majors dependents**, establint els mecanismes de coordinació necessaris, especialment amb l'àmbit social.

**3.2.5.** Avançar en la reducció de la **bretxa de gènere** lligada a la qualitat de vida i dependència, promovent una major participació de les dones en programes que n'afavorisquen l'apoderament i la conscienciació dels hòmens sobre el repartiment de les atencions familiars.

**3.2.6.** Potenciar la intervenció **comunitària** en barris i sobre col·lectius en situació d'**especial vulnerabilitat** per a promoure la salut i l'accés als serveis i programes de salut.

**3.2.7.** Adaptar la informació sanitària i l'atenció a les **necessitats en salut específiques** de les persones basades en diferències ètniques i culturals o que presenten algun tipus de diversitat funcional.



## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Esperança de vida en bona salut percebuda en hòmens i dones	Total: 62,7% ♂64,2% ♀61,4% (2010)	↑ ambdós sexes  ↓diferències entre sexes	DGSP ESCV
Anys de vida saludable als 65 anys en hòmens i dones	Total: 9,7 ♂10,1 ♀9,5 (2010)	↑ ambdós sexes  ↓diferències entre sexes	DGSP ESCV
Nombre de notificacions d'atenció socio sanitària infantil i protecció de menors	Total: 756 ♂317 ♀436 (2013)	↑ 20% des de l'àmbit sanitari	Abulcassis Registre de Fulls en Paper
Taxes de mortalitat perinatal per país d'origen de la mare	Espanya: 5,9x10 <sup>3</sup> Àfrica Subsahariana: 16,1x10 <sup>3</sup> Europa Oriental: 10,3x10 <sup>3</sup> Nord d'Àfrica: 8,8x10 <sup>3</sup> (2014)	↓ diferències entre autòctones i estrangeres	DGSP Registre Mortalitat Perinatal CV
COMPLEMENTARIS			
Nombre d'atencions dispensades a persones que han comés delictes associats al consum de drogues o com a conseqüència de l'addicció			DGAS
Qualitat de vida relacionada amb la salut per sexe i classe social			DGSP ESCV
Municipis amb programes actius d'intervenció comunitària en salut sobre barris i col·lectius en situació d'especial vulnerabilitat			DGSP
Participants en programes d'intervenció comunitària en salut sobre barris i col·lectius en situació d'especial vulnerabilitat			DGSP

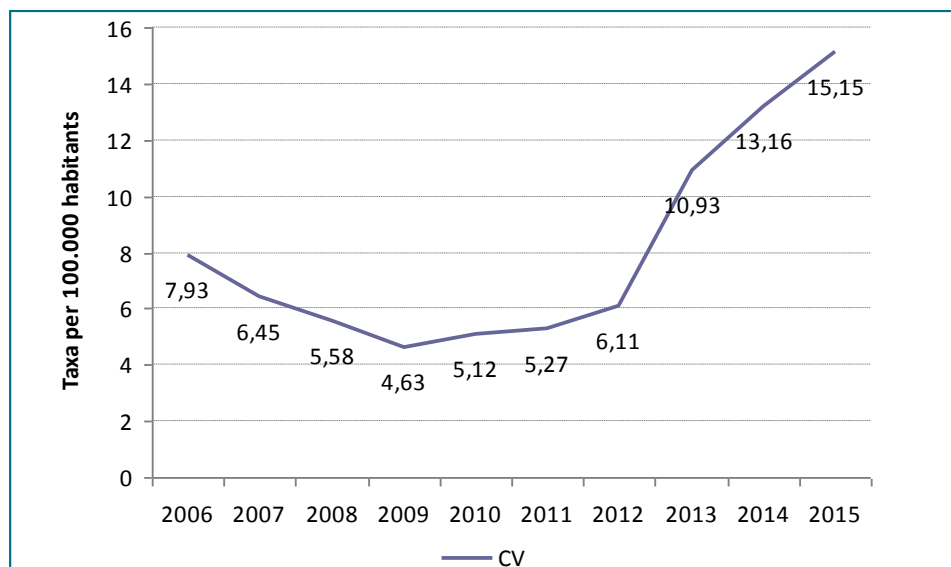
### 3.3. Intensificar les accions en detecció precoç i l'abordatge de la violència de gènere

#### Anàlisi de la situació

La Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere, defineix la violència de gènere com la que “com a manifestació de la discriminació, la situació de desigualtat i les relacions de poder dels hòmens sobre les dones, s'exerceix sobre aquestes, per part dels qui siguen o hagen sigut els seus els cònjuges o dels qui estiguen o hagen estat lligats a elles per relacions semblants d'afectivitat, inclús sense convivència”, i “comprén qualsevol acte de violència física i psicològica, incloses les agressions a la llibertat sexual, les amenaces, les coaccions o la privació arbitrària de llibertat”. Segons les dades de la Macroenquesta de Violència contra la Dona de 2015, el 12,5% de les dones de 16 o més anys residents a Espanya han patit violència física i/o sexual de les seues parelles o exparelles en algun moment de la vida. Respecte a la violència psicològica, aquesta mateixa font mostra que el 25,4% ha patit violència psicològica de control, el 21,9% violència psicològica emocional i el 10,8% violència econòmica.

A la CV, es disposa d'un model unificat per a la declaració dels casos de presumpta violència domèstica (persones adultes), que ompli el personal facultatiu que atén les víctimes de maltractament i serveix com a informe de lesions específic per a aquests casos. És el denominat “Informe mèdic per presumpta violència de gènere/domèstica a persones adultes” (IMPV), que en més del 90% dels casos s'emet en dones. De l'anàlisi de la informació que contenen aquests informes, se'n desprén que, majoritàriament, es tracta d'un maltractament de tipus físic i psicològic, el maltractament de tipus sexual és poc freqüent. En el moment de l'atenció, un poc més de la meitat de les dones presenten alguna lesió física i entorn d'un 40% manifesten una alteració de l'estat emocional. En són els símptomes més freqüents l'ansietat, labilitat emocional, por i baixa autoestima.

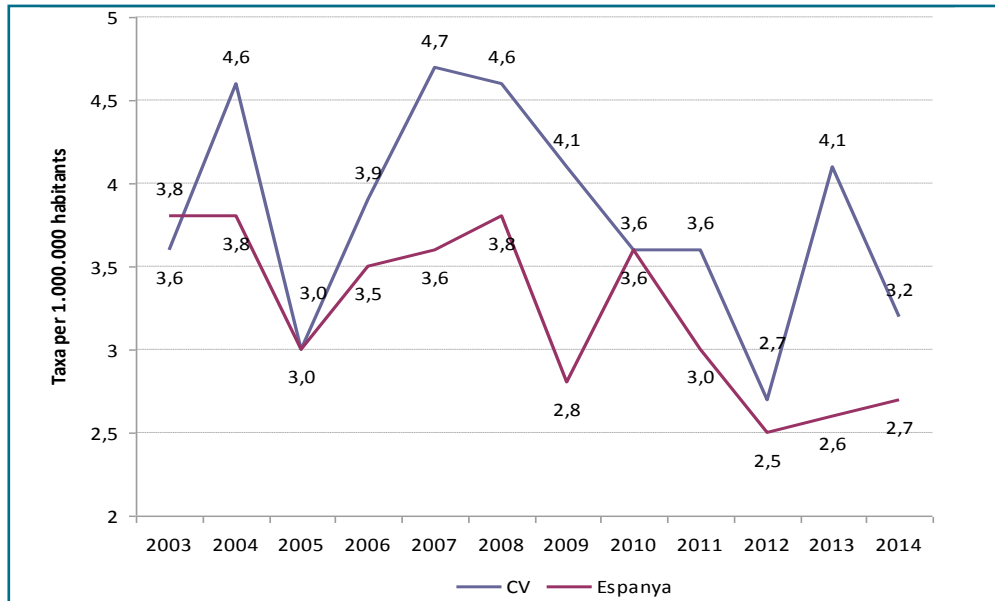
Evolució temporal de la taxa d'IMPV realitzats a dones  
Comunitat Valenciana, 2006-2011.



Font: Elaboració pròpia a partir dels informes específics de lesions. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Nota: a partir de l'abril de 2012, el sistema de declaració de l'informe específic de lesions canvia, i es fa per mitjà de l'aplicació SIVIO, per la qual cosa s'aprecien canvis en les tendències.

Múltiples estudis han mostrat la magnitud de l'impacte de la violència de gènere sobre la salut de les dones, tant a curt com a llarg termini. La mort de la dona a mans de la seua parella o exparella n'és la manifestació més extrema. L'any 2013, va haver-hi 9 víctimes mortals per violència de gènere a la CV, el que va suposar una taxa de mortalitat específica de 4,1 per milió de dones de 15 i més anys. En 2014, el nombre absolut de víctimes mortals per violència de gènere va ser de 7 (taxa de 3,2 per milió), i es va elevar fins a 10 morts en 2015. Aquests valors són superiors als obtinguts en les taxes per al conjunt del territori espanyol.

**Evolució temporal de la taxa de mortalitat per violència de gènere. Espanya i Comunitat Valenciana. Taxa per milió de dones de 15 i més anys**



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Delegació del Govern per a la Violència de Gènere.

## Objectiu 3.3

### Intensificar les accions en detecció precoç i l'abordatge de la violència de gènere

Intensificar la **detecció precoç** i l'**abordatge terapèutic** de la violència contra les dones en els serveis de salut i afavorir la coordinació amb els diversos sectors implicats.

### Accions

**3.3.1. Creació** d'una unitat administrativa destinada a impulsar i coordinar les **polítiques d'igualtat** des de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**3.3.2.** Impulsar la detecció precoç de les distintes formes de **violència de gènere** des dels serveis de salut, fonamentalment en atenció primària, urgències i unitats de salut mental, en totes les dones a partir dels 14 anys.

**3.3.3.** Prestar especial atenció a situacions de **major vulnerabilitat** a la violència de gènere, com és el cas de l'embaràs.

**3.3.4.** Establir mesures que milloren la **coordinació intersectorial** per a atendre els casos detectats.

**3.3.5.** Promoure mesures **d'informació i sensibilització** cap a la societat en general i oferir formació específica al personal sanitari sobre violència de gènere.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Creació d'Unitat Administrativa per a impulsar polítiques d'igualtat des de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	-	2016	CSUSP
Cobertura del cribratge universal de la violència de gènere (dones majors de 14 anys)	2,2% (2014)	↑	DGSP SIVIO AG
Cobertura del cribratge universal de la violència de gènere durant l'embaràs	40% (2014)	≥80%	DGSP SIVIO

## 3.4. Impulsar el principi de salut en totes les polítiques

### Anàlisi de la situació

La Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana, estableix que el Pla de Salut propiciarà que la salut i l'equitat en salut formen part de totes les polítiques públiques, afavorint l'acció intersectorial en aquesta matèria. Els diferents departaments del Consell amb competències en àrees que incidisquen sobre la salut de la població hauran de considerar i desenvolupar les seues propostes d'acord amb el pla de salut esmentat, destacant per la seua importància les àrees d'educació, benestar social, polítiques d'igualtat, medi ambient, agricultura, alimentació, consum, ocupació i habitatge.

En l'article 6 de la mateixa llei es fa referència a les entitats locals i les seues competències establides en la Llei 27/2013, de 27 de desembre, on s'atribueix als municipis competències amb repercussió sobre la salut de la població: matèries com ara urbanisme, medi ambient urbà, infraestructura viària i equipament, avaluació i informació de necessitat social i atenció immediata a persones en situació o risc d'exclusió social, mobilitat i transport col·lectiu, etc.

La Llei 33/2011, de 4 d'octubre, General de Salut Pública, estableix en l'article 16 que les actuacions de promoció de la salut prestaran atenció als àmbits educatiu, sanitari, laboral, local i d'institucions tancades.

L'Estratègia de Promoció de la Salut i Prevenció del SNS aprovada al desembre de 2013, té l'objectiu de guanyar anys a la vida en bona salut i lliures de discapacitat, considerant que la seua implementació en l'àmbit local resulta essencial. Des del marc dels determinants socials de la salut i equitat és indispensable treballar amb un enfocament d'entorns saludables, on l'àmbit local cobra especial rellevància. És el més pròxim a la població i és on les persones viuen, treballen, estudien, accedeixen als serveis, gaudeixen de l'oci, etc.

### Objectiu 3.4

#### Impulsar el principi de salut en totes les polítiques

Proposar des del sector salut **accions sinèrgiques** amb aquells altres **sectors** en què es poden alinear els objectius de cada política sectorial amb els interessos comuns de la població, a fi de contribuir a un desenvolupament sostenible i saludable de la societat.

### Accions

**3.4.1.** Desenvolupar, conjuntament amb altres conselleries, la normativa i eines necessàries per a establir i implementar el procediment per a l'**Avaluació de l'Impacte en Salut** de les polítiques, plans, programes i projectes de la Generalitat Valenciana.

**3.4.2.** Definir un marc de **coordinació interdepartamental** a través de les corresponents comissions en què participen responsables i tècnics de l'àmbit sanitari i de totes les administracions rellevants del govern valencià, incloent-hi també la participació d'experts independents de rellevància nacional i internacional en el camp de les desigualtats socials en salut i de les estratègies de salut en totes les polítiques.

**3.4.3.** Traslladar els objectius del Pla de Salut als **departaments de salut**, adaptant-los al seu context i establint estratègies de comunicació departamentals que asseguren la difusió d'aquests objectius a tots els professionals i en faciliten el compliment.

**3.4.4.** Identificar i difondre experiències de bones **pràctiques d'intersectorialitat en salut** en l'àmbit local (barris, ciutats, municipis), amb especial interès en el fet que promouen aliances entre atenció primària, salut pública, administració local, educació i el teixit associatiu.

**3.4.5.** Promoure la creació de la **Xarxa d'Escoles Promotores de la Salut a la Comunitat Valenciana**, comptant amb aquells centres que participen en activitats de promoció de la salut i prevenció

**3.4.6.** Promoure la creació de la **Xarxa d'Associacions Promotores de la Salut a la Comunitat Valenciana**, comptant amb les associacions i teixit social que treballen en promoció de la salut i prevenció amb col·lectius en situació de vulnerabilitat

**3.4.7.** Promoure **aliances** amb altres agents (col·legis professionals, associacions empresarials, associacions ciutadanes orientades a la prevenció i promoció de la salut).

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Publicació de la normativa sobre avaluació de l'impacte en salut (AIS)		Inici en 2016	CSUSP
Nombre de documents i recursos necessaris per al desplegament reglamentari i operatiu de la normativa AIS publicats		↑	CSUSP
Constitució dels comitès interns i externs per al seguiment de l'estratègia de Salut en Totes les Polítiques a la Comunitat Valenciana	-	2016-2017	CSUSP
Nombre d'escoles adherides a la Xarxa d'Escoles Promotores de la Salut a la Comunitat Valenciana	0	↑	DGSP
Nombre d'associacions adherides a la Xarxa d'Associacions Promotores de la Salut a la Comunitat Valenciana	0	↑	DGSP
COMPLEMENTARIS			
Nombre de reunions dels comitès interns i externs per al seguiment de l'estratègia de Salut en totes les polítiques a la Comunitat Valenciana			DGSP
Nombre d'informes AIS emesos			CSUSP

## 3.5. Garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari

### Anàlisi de la situació

La **Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana**, estableix com a principis rectors de l'actuació del sistema valencià de salut, entre altres, la universalització de l'atenció sanitària, el respecte a la dignitat, intimitat i autonomia personal, així com la concepció integral de la salut i del seu model assistencial. També assumeix la necessitat d'una acció intersectorial de cara a la superació de les desigualtats territorials, socials, culturals i de gènere, que serà avaluada periòdicament per a garantir la transparència, proporcionalitat, idoneïtat i seguretat de les actuacions.

El **Decret Llei 3/2015, de 24 de juliol, del Consell**, ha donat resposta a la situació de limitació de cobertura que va imposar l'aplicació del Reial Decret Llei 16/2012, de 20 d'abril, i que va afectar fonamentalment persones estrangeres en situació administrativa irregular i socialment desafavorida. La seua aplicació garanteix l'accés a les prestacions sanitàries, en igualtat de condicions d'accés i qualitat que la resta de la població assegurada, a les persones estrangeres no registrades ni autoritzades com a residents a Espanya i amb residència efectiva a la Comunitat Valenciana, que no tinguen la condició d'assegurades ni beneficiàries del SNS, i que no puguen exportar des dels seus països d'origen el dret a cobertura sanitària en el SNS, ni existisca tercer obligat al pagament.

S'està treballant per a garantir que els/les pacients que ho requerisquen puguen rebre cures pal·liatives en tots els **Departaments de Salut**, potenciant els Equips d'Atenció Primària com a responsables de les cures pal·liatives. En aquest sentit en tots els departaments, s'ha elaborat un Programa de Cures Pal·liatives departamentals. S'ha configurat l'Equip de Suport de Cures Pal·liatives del Departament integrat, amb funcions en la comunitat i en l'hospital. En 2013, aproximadament en el 40% dels departaments havia nomenat un referent en cures pal·liatives en atenció primària.

El programa **detecció precoç del càncer colorectal** s'està implantant en tots els departaments de salut, estant en 2013 en una cobertura del 60%. Les accions de sensibilització per part de Salut Pública i la integració de sistemes d'informació (Karvis-Abulcassis) i la coordinació amb atenció primària estan donant resultats positius de participació de la població en aquest programa.

En tots els departaments de salut s'ha iniciat projectes de **promoció de la salut** i realitzat una avaluació parcial. El coneixement de la informació i indicadors procedents del Sistema d'Informació en Salut Pública, permetrà avaluar els projectes, no sols amb els indicadors propis del projecte, sinó també en funció de l'estat de salut de la població i concretar propostes de millora.

### Objectiu 3.5

#### Garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari

Garantir la universalitat **de totes les prestacions** del Sistema Valencià de Salut, amb el màxim nivell de qualitat, tant en allò que s'ha relacionat amb l'atenció com amb la prevenció i la promoció de la salut.

#### Accions

**3.5.1.** Aplicar el principi d'**universalitat proporcional**, perquè les intervencions de salut arriben amb major intensitat als grups que més ho necessiten, resultant especialment necessari en moments clau de la vida com ara l'embaràs, la infància, la fragilitat de les persones majors i la susceptibilitat d'aquelles persones a risc especial pel seu origen, ètnia o qualsevol altre motiu que les faça més vulnerables.

**3.5.2. Potenciar l'atenció primària**, com a nivell assistencial més pròxim a les persones i que garanteix l'accessibilitat al sistema sanitari i disminueix les inequitats en salut.

**3.5.3. Promoure l'equitat en l'accés i ús dels serveis i prestacions**, incloent-hi les activitats preventives i de promoció de la salut, per a tots els ciutadans, independentment del seu gènere, classe social, ocupació, lloc de residència, territori, ètnia o situació de diversitat funcional.

**3.5.4. Informar les persones usuàries sobre els seus drets a l'assistència** i sobre la lliure elecció de centre i professional sanitari.

**3.5.5. Crear el Registre Autòmic de Lliure Elecció** en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada del Sistema Valencià de Salut (en desplegament del Decret 74/2015, de 15 de maig, del Consell).

**3.5.6. Oferir a la ciutadania informació** mantinguda sobre les prestacions i recursos del sistema sanitari d'atenció.

**3.5.7. Elaborar i implantar un pla de millora del temps d'espera** en atenció hospitalària, amb la participació dels professionals, amb criteris d'equitat i prioritització basats en l'evidència i amb garanties de transparència per a garantir el compliment dels compromisos.

**3.5.8. Revisar la situació i adequar l'equilibri** en la distribució de recursos humans i materials entre departaments segons grandària i necessitats en salut de la població.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Cobertura del cribratge de càncer colorectal	96% (2015)	100%	DGSP Karvis
Temps mitjà que han d'esperar els pacients amb sol·licitud en llista d'espera quirúrgica	43 (2014)	↓	LEQ AG (874.1)
% de pacients que esperen < 48 hores per a una primera visita de medicina familiar i pediatria d'AP	81,31% (2014)	↓	SIA-CRC- Il·lumina AG
% de derivació a especialitzada pels metges de família i pediatres d'AP	6,57% (2014)	↓	SIA-SIP-CRC AG (ATP040.1)
% de pacients atesos en urgències hospitalàries en el temps adequat	71,6% (2014)	↑	Il·lumina AG (URG003.1)
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Taxa (per 1.000) de pacients en espera per a intervencions quirúrgiques no urgents segons característiques sociodemogràfiques dels pacients i per àrea de salut			INCLASNS
Taxa (per 1.000) de pacients en espera per a consultes especialitzades segons característiques sociodemogràfiques dels pacients i per àrea de salut			INCLASNS



## 3.6. Promoure l'acostament a la ciutadania: participació i apoderament de la població

### Anàlisi de la situació

La **Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana**, estableix que la participació ciutadana en el Sistema Valencià de Salut s'exercirà a través del Consell de Salut com a òrgan superior col·legiat de caràcter consultiu, i en els departaments de salut a través dels consells de salut específics de cadascun. En la mateixa Llei s'estableix que, amb la finalitat de promoure la participació dels pacients en el Sistema Valencià de Salut, es crearà un Comité de Pacients com a òrgan consultiu. Alhora, contempla que com a expressió de la solidaritat, els ciutadans podran participar en tasques de suport en l'atenció als pacients, dins del marc legal regulador del voluntariat.

Algunes experiències d'intervenció comunitària que s'estan desenvolupant en la Comunitat, posen en evidència l'interés de recolzar la metodologia de l'**educació entre iguals** com a estratègia d'apoderament de les persones en l'atenció i la presa de decisions sobre la seua salut. És el cas del **Programa DIHSalut** que s'implementa en la ciutat de València, amb el suport de l'associacionisme i treballant amb diferents col·lectius de població de diferents grups culturals i ètnics. S'han format 120 agents de salut al llarg de les 7 edicions de cursos de formació duts a terme, comptant amb el suport de l'EVES.

**Participació de la societat valenciana, a través de les associacions de pacients i de voluntariat, en funcions d'acompanyament com a vincle de l'equip sanitari i la societat.**

Les activitats de voluntariat relacionades amb l'acompanyament es fomenten a través d'ajudes de finançament a les associacions des de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Aquestes associacions ofereixen a més suport psicològic a malalts i familiars (Alzheimer: grup de voluntariat, Amics de la Gent Major, etc). Des dels SAIP, la coordinadora del voluntariat dels hospitals facilita la informació i els mitjans necessaris perquè els voluntaris puguen realitzar les labors d'acompanyament, i suport psicològic i emocional als pacients i els seus familiars.

A través de l'EVES, entre 2010 i 2013 es van oferir 90 places per a formació del voluntariat i 2.268 places en cursos relacionats amb persones majors dependents en què van col·laborar associacions i ONG.

**Accés de la ciutadania a la seua informació clínica i a les recomanacions i consells de salut ajustats a les seues necessitats (carpetes personal de salut).**

A finals de desembre de 2013, es va posar a disposició del ciutadà l'accés a la seua història clínica electrònica (portal del ciutadà de la pàgina *web* de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública).

### Portal de promoció de la salut

La nova pàgina *web* de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública allotja portals de tots els àmbits, entre els quals es troba Cuídatecv, en el qual es pot trobar consells i vídeos sobre estils de vida saludables per a totes les edats i es pot buscar per les temàtiques dels principals problemes de salut. El nombre de visites a aquest portal ha sigut creixent en els tres últims anys..

## Objectiu 3.6

### Promoure l'acostament a la ciutadania: participació i apoderament de la població.

Promoure la participació **ciutadana** i fomentar la **coresponsabilitat** de les persones en l'atenció de la seua salut.

### Accions

**3.6.1.** Revisar i reformular la participació ciutadana en matèria sanitària i de salut amb el desenvolupament d'una **Llei de Participació en Salut** que articule la veu de la ciutadania en la gestió dels serveis sanitaris i dote, entre altres aspectes, del suport legislatiu necessari als consells de salut, tant en el nivell autonòmic com en el departamental i local.

**3.6.2.** Desenvolupar una **Escola de Salut** per a la ciutadania, els pacients i les persones cuidadores amb la finalitat d'afavorir la seua autonomia i autoatenció, i perquè puguen triar estils de vida beneficiosos per a la salut.

**3.6.3.** Potenciar iniciatives basades en l'**educació entre iguals**, per a afavorir l'alfabetització sanitària i l'apoderament individual i comunitari, com ara la capacitat d'agents de salut en la comunitat i el programa *Pacient Actiu* per a pacients crònics i persones cuidadores.

**3.6.4.** Promoure l'**ús responsable dels recursos** sanitaris per mitjà de la informació a les persones usuàries del sistema.

**3.6.5.** Potenciar la implicació i participació activa dels pacients en la millora de la **qualitat i seguretat** de l'atenció sanitària.

**3.6.6.** Desenvolupar **ferramentes de comunicació** innovadores amb la ciutadania i els pacients, amb especial atenció als recursos virtuals i telemàtics.

**3.6.7.** Impulsar el moviment **associatiu de pacients i de voluntariat** per mitjà del finançament de programes d'ajuda mútua i autoajuda.

**3.6.8.** Enfortir la participació de la ciutadania i els pacients en el sistema sanitari, incloent-hi la detecció de necessitats formatives, a través dels **òrgans de participació previstos en la Llei de Participació en Salut**.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Publicació de la Llei de Participació en Salut	Publicació en 2016		SA CSUSP
Formació dels òrgans de participació previstos en la Llei de Participació en Salut	-	2016-2017	SA CSUSP
Reunions dels òrgans de participació previstos en la Llei de Participació en Salut	-	Les establides en la llei	DGSP DGAS
Cobertura de la informació sobre l'assistència prestada en la nota informativa a l'alta hospitalària.	65% (2013)	100%	DGRHiE
Nombre de departaments participants en el programa <i>Pacient Actiu</i>	10 (2015)	100%	DGSP DGAS Programa Pacient Actiu
Cursos oferits per a no professionals en l'oferta formativa en promoció de la salut i prevenció de l'EVES	9 (2015)	↑	EVES
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Nombre de participants en l'oferta formativa en promoció de la salut i prevenció de l'EVES			EVES
Nombre d'associacions que participen en programes d'educació entre iguals			DGSP
Nombre de participants en programes d'educació entre iguals			DGSP



## **Línia 4. Cuidar la salut en totes les etapes de la vida**

---

**4.1. Prestar atenció especial a la salut infantil**

**4.2. Promoure la salut en l'adolescència i joventut**

**4.3. Atendre la salut sexual i reproductiva**

**4.4. Promoure un envelliment actiu**



## 4.1. Prestar especial atenció a la salut infantil

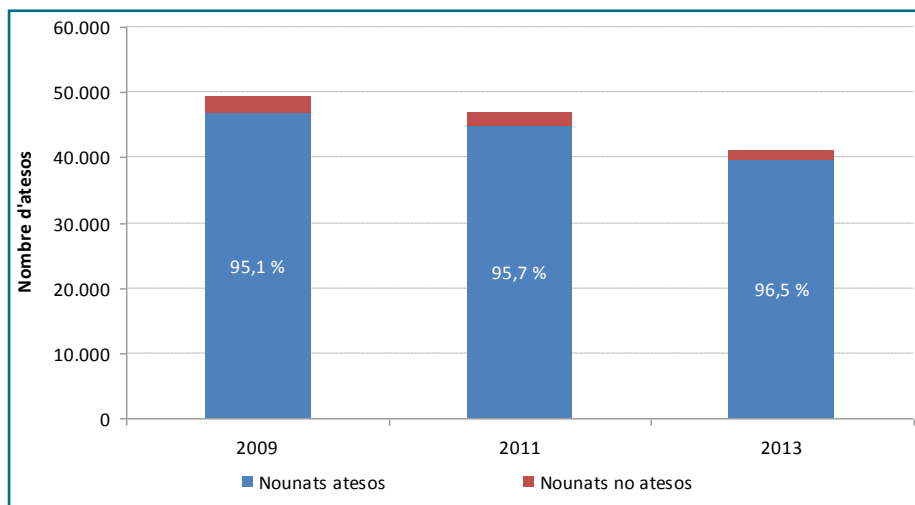
### Anàlisi de la situació

Els avanços en l'atenció sanitària i la millora de les condicions de vida en els països desenvolupats han propiciat la reducció dràstica de la mortalitat infantil i l'increment en els nivells de salut i benestar de la població infantil. No ha d'oblidar-se que és en la primera infància i l'etapa prenatal on s'estableixen les bases fonamentals de la salut adulta, per la qual cosa qualsevol situació de desavantatge en aquest període de desenvolupament tindrà un impacte en la salut al llarg de tota la vida.

La taxa de **mortalitat infantil** a la Comunitat Valenciana, és a dir, el nombre de defuncions de menors d'un any per cada 1.000 nascuts vius, va ser de 3,01 per mil l'any 2012, semblant a l'observada a Espanya i lleugerament inferior a l'europea (UE-27). En els menors d'1 any, les principals causes de mortalitat estan lligades fonamentalment a alteracions congènites i afeccions originades en el període perinatal. A partir de l'any d'edat, la mortalitat es deu sobretot a causes externes i tumors.

Per a garantir l'**atenció continuada al nounat després de l'alta**, s'està potenciant que des de les maternitats mateix donen a les famílies la primera citació del nounat en atenció primària. Amb això es facilita que siga atès en consulta per l'equip pediàtric en el centre de salut. En la gràfica següent, es mostren els resultats aconseguits en finalitzar el període de vigència del III Pla de Salut.

Nounats atesos en atenció primària en la primera setmana de vida



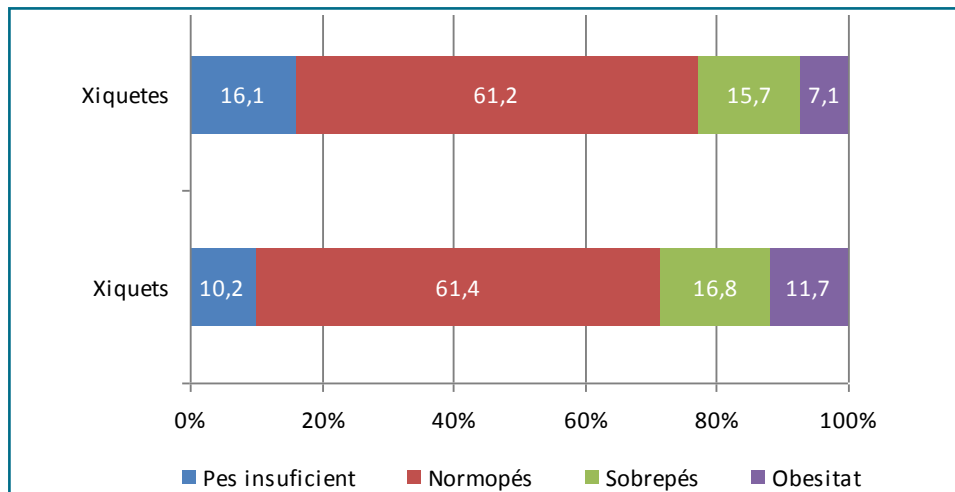
Font: Abulcassis. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Encara que la prevalença d'inici de la **lactància materna exclusiva** es troba entorn del 80%, aquesta xifra baixa considerablement entre els 3 i 5 mesos (49,6%), i només un 22,5% manté aquesta alimentació durant 6 mesos, seguint la recomanació de l'OMS, segons les dades que aporta l'ENSE 2011-12. La Xarxa Sentinella Sanitària de la CV, en el seu informe de 2013, va mostrar com a principals causes d'abandó de la lactància materna abans dels 6 mesos de vida del lactant la hipogalàctia (30%), la incorporació al treball (23,5%) i l'escàs guany ponderal (14%).

La situació de **pobresa infantil** en què viu un sector important de la població menor de 18 anys constitueix un problema emergent en el nostre entorn, amb conseqüències tant a curt com a llarg termini. Les famílies amb fills són més pobres que altres tipus de família i la desigualtat econòmica entre els xiquets dels nivells més alt i més baix ha augmentat. L'indicador AROPE, resultat de la combinació de tres dimensions (pobresa relativa, privació material severa i molt baixa intensitat en el treball), arriba a la CV al 36,6% dels xiquets, davant del 32,6% a nivell nacional.

Entre la població infantil/juvenil (2-17 anys) de la CV, el 25,6% presenta un **excés de pes**. Aquesta proporció és superior en el sexe masculí que en el femení. Un 16,8% dels xics té sobrepès i un 11,7% és obés. En el cas de les xiques, aquestes xifres se situen en un 15,7% i 7,1%, respectivament, d'acord amb la informació que proporciona l'ENSE 2011-12 per a la CV.

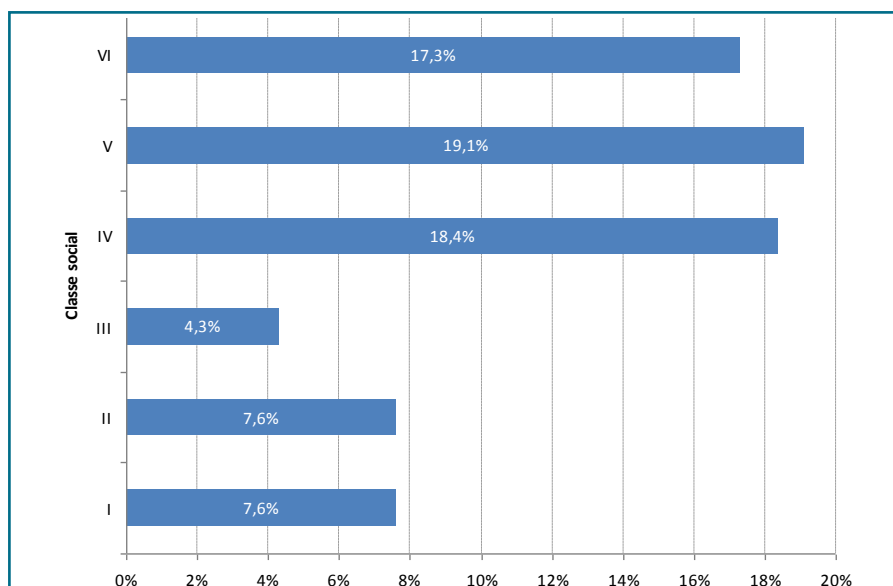
#### Distribució de l'IMC en població 2-17 anys, segons sexe. Comunitat Valenciana



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

Respecte al **tabaquisme passiu**, el 14,9% dels menors valencians està exposat al fum del tabac en la llar. Aquesta proporció augmenta en les classes socials més desfavorides. A més, cal considerar que cada vegada més l'**inici del consum** de tabac es dona en edats més primerenques (13,7 anys, segons ESTUDES).

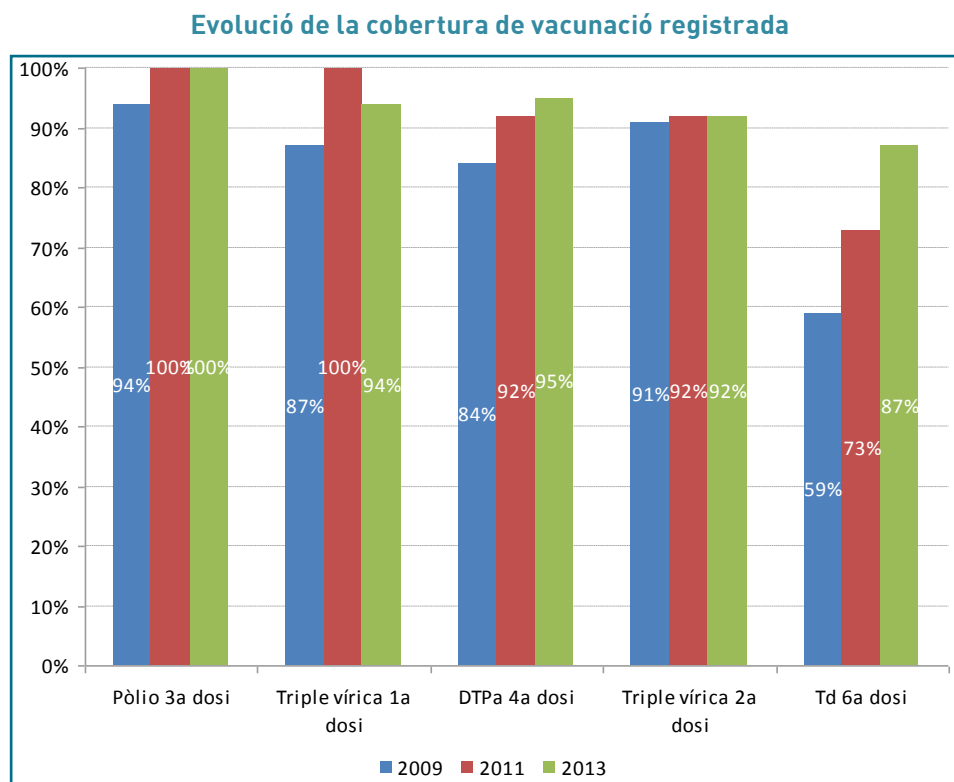
#### Població <15 anys exposada al fum de tabac en la llar i nivell socioeconòmic



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12.



En la taula següent, s'observa l'increment de les **cobertures vacunals** aconseguides en finalitzar la vigència del III Pla de Salut. Les dades de la cobertura de la triple vírica 2a dosi (5-6 anys) són de cobertura estimada que infravalora la cobertura real, ja que una part dels xiquets d'aquesta edat van ser vacunats prèviament com a part de les intervencions per al control dels brots de pallola.



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

És rellevant remarcar en que els **accidents en la infància** són evitables. Constitueixen una de les principals causes de mortalitat en els menors de 15 anys, amb major impacte en el sexe masculí. Els accidents de trànsit són el principal mecanisme de lesions.

Segons l'última Enquesta Nacional de Salut (2011-2012), l'11,7% dels menors valencians (0-14 anys) havien patit un accident en els últims 12 mesos, i han rebut atenció en un centre d'urgències el 72,4% dels xiquets/es. En el cas dels accidents ocorreguts en la llar, el grup més afectat va ser el de menors de 5 anys, mentre que en els més majors les lesions es van produir principalment en l'entorn escolar o en instal·lacions esportives o d'oci.

## Objectiu 4.1

### Prestar atenció especial a la salut infantil

promoure **intervencions integrals** per a aconseguir el màxim nivell de salut en la infància, prestant especial atenció a les poblacions en situació més vulnerable.

### Accions

4.1.1. Proporcionar atenció **neonatal continuada** entre la maternitat i l'atenció primària, cuidant especialment els casos d'alta precoços.

4.1.2. Reforçar l'inici i manteniment de la **lactància materna** des dels serveis sanitaris i donar suport a iniciatives que en faciliten la pràctica en els llocs públics i els centres de treball.

4.1.3. Normalitzar l'**Atenció Primerenca** i la continuïtat assistencial en els nounats prematurs i en la població infantil amb risc o problemes de desenvolupament, de manera coordinada amb les conselleries amb competències en matèria de benestar social i d'educació.

4.1.4. Impulsar la **visita domiciliària** per a conèixer l'entorn familiar i afavorir una intervenció adaptada a la situació i necessitats particulars de cada cas.

4.1.5. Fomentar, en les consultes de comares i de pediatria, el consell sobre **salut bucodental** apropiat en cada cas i la detecció precoç de riscos i problemes de salut oral, fent insistència en la preservació de la salut oral en el primer any de vida.

4.1.6. Oferir consell en les consultes de pediatria d'atenció primària sobre prevenció de lesions no intencionals per **trànsit, d'oci i domèstiques**.

4.1.7. Promoure l'aplicació i el seguiment del calendari de **vacunació infantil**.

4.1.8. Vigilar **el pes i la talla** en els controls de supervisió de la salut infantil, registrant en la Història de Salut l'IMC i, si és el cas, el diagnòstic CIM corresponent per a sobrepès o obesitat.

4.1.9. Vigilar els riscos de **malnutrició infantil** i desenvolupar mecanismes de prevenció i abordatge de manera coordinada amb els Serveis Socials i educatius.

4.1.10. Promoure actuacions en l'**entorn comunitari** dirigides al foment d'una alimentació saludable, com ara tallers de cuina, disseny de menús equilibrats, menjars en família, horts urbans o comerç de proximitat.

4.1.11. Impulsar programes i actuacions que promocionen l'**activitat física en l'entorn comunitari**, com ara **camins** escolars segurs, oci actiu en família o recuperació d'espais públics per al joc infantil.

4.1.12. Afavorir la utilització de les **noves tecnologies** per a sensibilitzar i informar les famílies i educadors sobre la importància d'adquirir hàbits de vida saludables des de la primera infància.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Taxa de mortalitat (per 100.000) per causes externes en <15 anys	♂1,99 ♀1,31 (2012)	↓	DGSP Registre de Mortalitat
% de nounats atesos en atenció primària en la primera setmana de vida	96,5% (2013)	↑	Abulcassis
% de nounats prematurs de baix pes atesos en centres d'atenció primerenca	85,6% (2013)	↑	DGSP Registre MetaB Conselleria d'Igualtat
% de població 1-2 anys vacunada amb la primera dosi de vacuna triple vírica	94,36% (2013)	↑	DGSP SIV
% de nadons que inicien la lactància materna	81,3% (2013)	≥	DGSP Registre MetaB
Prevalença de lactància materna exclusiva o mixta als 3 i 6 mesos d'edat	3m:59% 6m: 42,3% (2010)	↑	DGSP ESCV
Prevalença de sobrepès en població de 2-17 anys	♂16,8% ♀15,7% (2011-2012)	↓	DGSP ESCV
Prevalença d'obesitat en població de 2-17 anys	- 11,7% ♀7,1% (2011-2012)	↓	DGSP ESCV
% de població < 15 anys exposada al fum del tabac en el llar	14,9% (2011-2012)	↓	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIS			
% d'històries pediàtriques (<1 any) amb estat de salut oral arreglat	-	↑	Abulcassis

## 4.2. Promoure la salut en l'adolescència i joventut

### Anàlisi de la situació

#### Mortalitat

En el període de 2008-2012, els **accidents de trànsit** van ser la primera causa de mortalitat entre les persones de 15 a 34 anys, causen el 19,3% de la mortalitat en els homes i el 10% les dones. Un dels principals factors de risc associat a l'accidentabilitat del col·lectiu de joves és el consum de begudes alcohòliques i drogues que s'ha incrementat amb la popularitat del botellot i cada vegada es detecta més el policonsum de substàncies tòxiques.

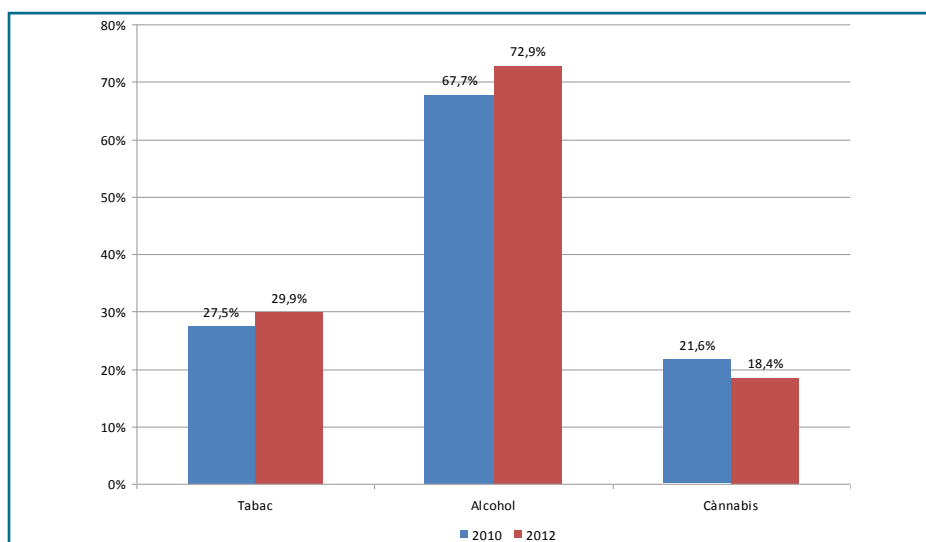
#### El consum de substàncies psicoactives

Adolescència i joventut són etapes en què hi ha una alta vulnerabilitat per al contacte amb les drogues, sent un sector poblacional en què els hàbits de consum estan sotmesos a constants canvis per la influència de múltiples factors.

Enfront de la variabilitat que comporten aquests factors, els estudis epidemiològics valencians ens acosten a la prevalença i tendència del consum de drogues, en població escolar amb edat entre els 14 i 18 anys, oferint una perspectiva i percepció de risc com a variable que mediarà en l'aparició, manteniment o l'extinció d'una conducta de consum.

Les substàncies més consumides pels estudiants d'entre 14 i 18 anys d'ensenyances secundàries continuen sent l'alcohol, el tabac i el cànnabis. Així, en 2012 el 86,5% dels alumnes consultats va afirmar haver consumit alcohol en alguna ocasió en la seua vida, el 43,2% tabac i el 38,4% cànnabis. Si atenem al consum més recent, en els últims 30 dies, els percentatges de consumidors se situen en 72,9% en el cas de l'alcohol, el 29,9% en el del tabac i en 18,4% per a cànnabis. La mitjana en l'edat d'inici en el consum és molt semblant per a l'alcohol i el tabac (13,6 i 13,7, respectivament) i un poc superior per al cànnabis, 14,8.

Prevalença de consum de tabac, alcohol i cànnabis en els últims 30 dies  
Comunitat Valenciana 2010-2012



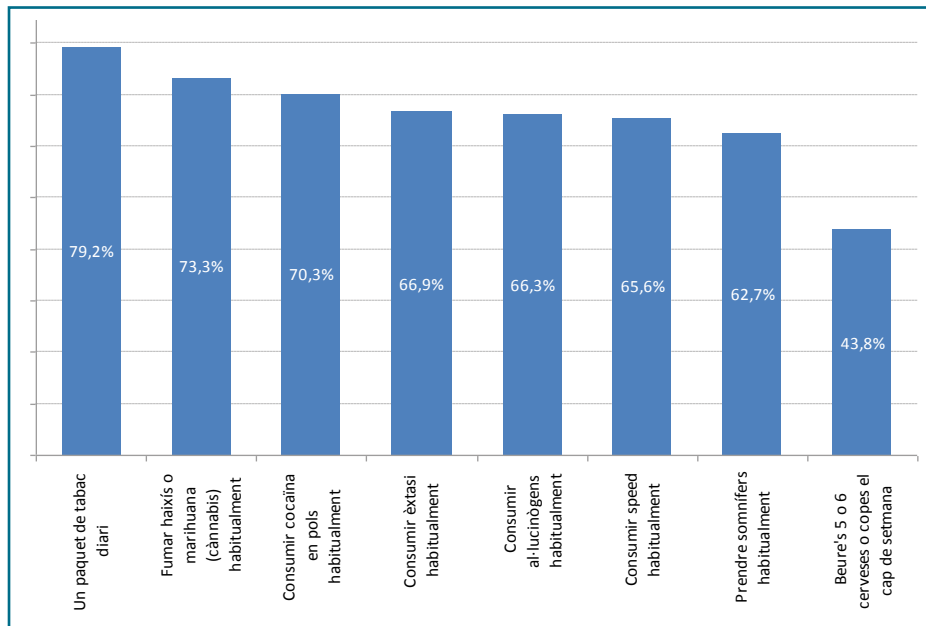
Font: ESTUDES. Mostra de la Comunitat Valenciana, 2010 i 2012

Entre les tres substàncies comparades, el consum de begudes etíliques continua sent, amb diferència, la droga més utilitzada per adolescents i joves en els seus moments d'oci i, tot i haver-se incrementat el nombre total de consumidors, s'aprecia un descens considerable de patrons de risc associats com són les borratxeres i sobretot les fartades o *"binge drinking"*, que passen del 66,7% en 2010 a 47,3 en 2012.

La **percepció de risc sobre les diferents drogues** pot arribar a exercir una gran influència, perquè una persona es plantege provar una nova substància. En termes probabilístics, una baixa percepció de risc generarà una creença de menor perill enfront de l'ús d'una determinada droga, que pot traduir-se en una major probabilitat d'iniciar-s'hi en el consum.

Com mostra el gràfic següent, els escolars valencians presenten una baixa percepció de risc respecte al consum habitual d'alcohol durant els caps de setmana. De fet, tan sols un 43,8% dels escolars afirmen que aquesta conducta pot ocasionar-los "bastants o molts" problemes, risc que es percep major en el cas del consum diari de tabac. En el cas del cànnabis, encara que un 73,3% afirma que consumir aquesta droga habitualment pot ocasionar-los problemes, aquesta freqüència també resulta inferior en comparació amb el consum de tabac.

**Percepció del risc de consum habitual (%). La conducta ocasiona "bastants o molts" problemes**

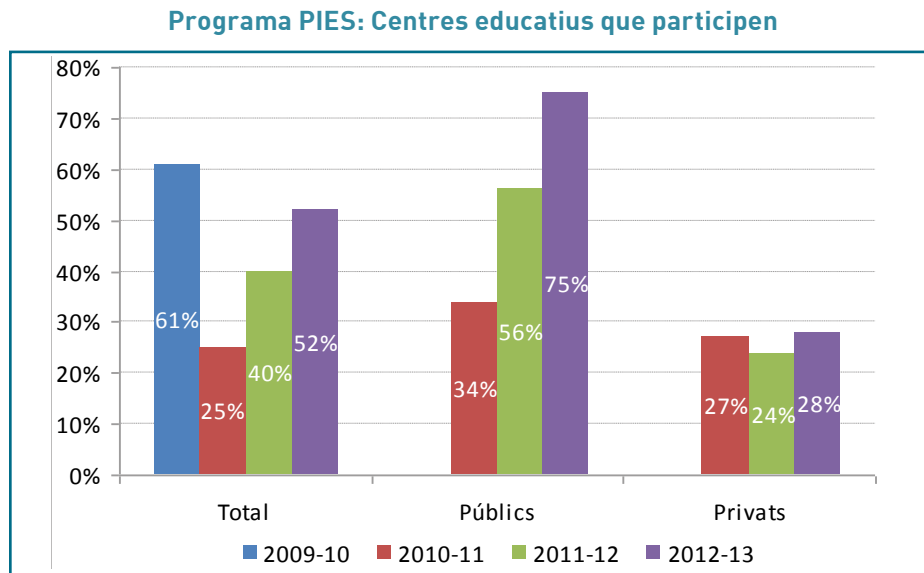


Font: ESTUDES. Mostra de la Comunitat Valenciana, 2012

Els professionals de la xarxa local d'Unitats de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA) desenvolupen accions conjuntes d'informació i formació en l'àmbit educatiu, familiar i comunitari (prevenció universal). Aquestes accions es realitzen de forma coordinada amb els centres educatius per a la implantació de programes de prevenció del consum de drogues, escoles per a pares a través de les AMPA i cursos de formació amb base en les noves tecnologies (programes en línia) o per mitjà de campanyes, a través de mitjans de comunicació tradicionals i xarxes socials, la qual cosa ha redundat a accedir a nombre més gran de població.

En 2014, 922 centres escolars valencians van participar en accions preventives, 3.143 assistents a escoles per a pares, 4.129 participants en accions desenvolupades per les UPCCA i 1.175 progenitors formats a través dels dos cursos virtuals dirigits a pares i mares. En l'àmbit pròpiament comunitari es desenvolupen accions de sensibilització en dies significatius per a la prevenció de l'ús de substàncies, com ara el Dia Mundial sense Alcohol o el Dia Mundial del tabac, així com programes d'oci alternatiu dirigits a fomentar les pràctiques d'oci saludable entre la població juvenil.

El Programa d'Intervenció en Educació Sexual (PIES), per mitjà de la coordinació entre les Conselleries competents en salut i educació, ha aconseguit una implantació creixent en els últims anys. La intervenció educativa en l'aula la realitza el personal sanitari assignat al programa, prèvia formació pels sexòlegs del departament de salut. S'han actualitzat els materials educatius dirigits tant a professionals com als adolescents, amb especial atenció a col·lectius vulnerables.



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

## Objectiu 4.2.

### Promoure la salut en l'adolescència i joventut

promoure una **vivència positiva i saludable** de l'adolescència i joventut, afavorint l'adopció d'estils de vida saludables, evitant conductes de risc i incorporant una atenció efectiva de la salut sexual en aquest grup d'edat.

### Accions

4.2.1. Potenciar i enfortir el **Programa d'Intervenció en Educació Sexual (PIES)**, especialment dirigit a població adolescent i que es desenvolupa de manera coordinada entre els àmbits sanitari i educatiu.

4.2.2. Millorar l'**accessibilitat** dels xics i xiques <20 anys als Centres de Salut Sexual i Reproductiva oferint horaris específics per a atendre les seues necessitats sobre sexualitat, anticoncepció, prevenció d'ITS i d'embarassos no desitjats.

4.2.3. Prevenir, detectar i atendre els **Trastorns de la Conducta Alimentària** en la població adolescent, de manera coordinada amb el sistema educatiu.

4.2.4. Fomentar la **participació dels joves** en activitats d'oci saludable de tipus cultural, educatiu, esportiu i de voluntariat de manera conjunta amb altres sectors.

4.2.5. Mantindre vigilància contínua sobre les tendències en el **consum de drogues** entre la població adolescent i juvenil per a definir en conseqüència les accions a emprendre.

4.2.6. Fomentar la **formació de pares i mares** en habilitats educatives que servisquen com a factor de protecció en la prevenció del consum de drogues.

4.2.7. Potenciar intervencions que fomenten en els joves el desenvolupament de comportaments segurs relacionats amb la **conducció** de vehicles de motor i la prevenció d'**accidents de trànsit**.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
% de centres educatius participants en el PIES	Públics: 75% Privats: 28% (curs 2012-2013)	↑	DGSP PIES
Taxa d'IVE (per 1000) en dones 15-19 anys	8,5 (2014)	↓	DGSP Registre d'IVE
Taxa d'embarassos (per 1000) en dones 15-19 anys	17,1 (2014)	↓	DGSP
% primeres consultes de < 20 anys ateses en els CSSR	Infermeria CSSR ♂11,85% ♀9,36% Medicina CSSR ♂4,14% ♀8,63% Sexologia CSSR ♂6,13% ♀8,44% (2015)	↑	Abulcassis Il·lumina
Prevalença de consum en afartament de begudes alcohòliques ( <i>binge drinking</i> ) en els últims 30 dies en joves de 15 a 34 anys	Total: 16,3% ♂21,6% ♀10,9%	↓	MSSSI EDADES
Prevalença de consum en els últims 30 dies de distintes substàncies psicoactives entre els estudiants de 14 a 18 anys	Tabac: 30% ♂26,1% ♀33,3% Alcohol: 74,7% ♂73,0% ♀76,1% Cànnabis: 18,4% ♂21,4% ♀15,8% (2013-14)	↓	MSSSI ESTUDES
COMPLEMENTARIS			
Nombre d'escolars participants en el PIES			DGSP PIES
Edat mitjana (anys) d'inici en el consum de substàncies psicoactives entre els estudiants de 14 a 18 anys			MSSSI ESTUDES
Mortalitat per accidents de vehicles de motor en joves de 15 a 24 anys			DGSP SISP

## 4.3. Atendre la salut sexual i reproductiva

### Anàlisi de la situació

#### Salut sexual i reproductiva

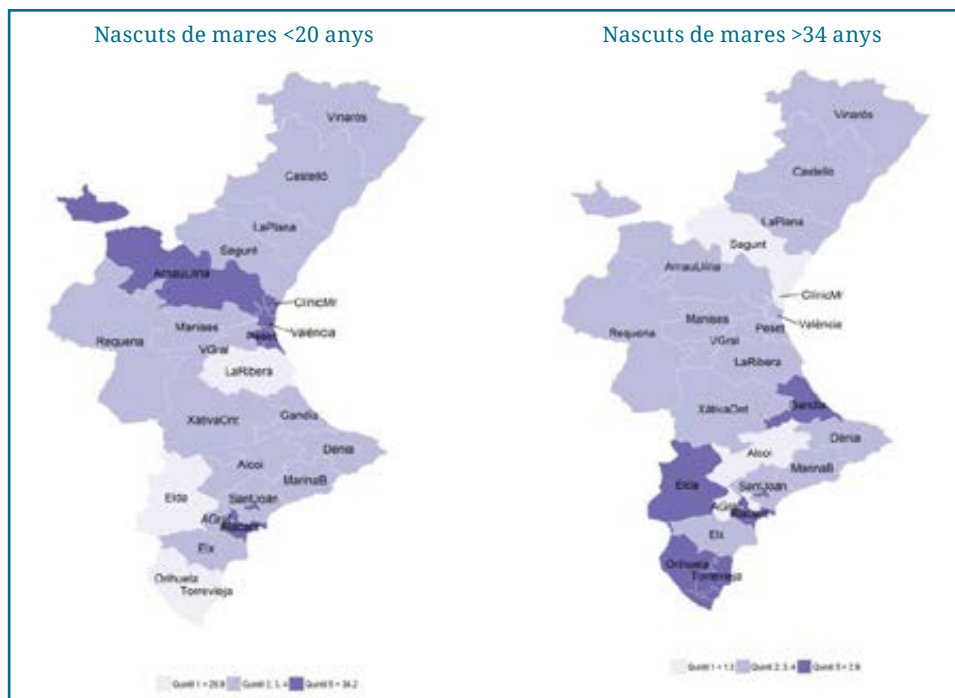
La Xarxa Sentinella Sanitària de la CV va analitzar en 2011 les pautes de salut sexual i reproductiva en dones amb vulnerabilitat psicosocial (deguda majoritàriament a condicions socioeconòmiques desfavorables, baixa autoestima, tristesa i apatia). La meitat d'aquestes dones no utilitzava una anticoncepció correcta, i un poc més d'un terç referia l'oposició de la parella a l'ús del preservatiu. En un 24% de casos l'ús de mètodes ineficaços es devia a una informació errònia sobre l'anticoncepció.

De la mateixa manera, s'ha realitzat recentment la valoració de la salut sexual i reproductiva en les dones joves (< 21 anys) que acudeixen als centres de Salut Sexual i Reproductiva. El principal motiu de consulta va ser la instauració (49%) i el control dels mètodes anticonceptius (32%). El 19% d'aquests joves no utilitzaven cap mètode anticonceptiu eficaç de forma habitual: destaquen com a principals motius la falta de percepció de risc i la idea que el preservatiu redueix la sensibilitat i interromp la relació.

#### Natalitat

L'any 2013 la taxa de natalitat a la CV va ser de 8,6 nascuts vius per mil habitants. Per departaments de salut, va oscil·lar entre un mínim de 5,9 i un màxim de 10,8 nascuts vius per mil habitants. En la figura següent es presenta la distribució, per departaments de salut, de la proporció de naixements de mares en edats extremes (<20 anys i >34 anys), grups considerats de risc en la vigilància de la salut perinatal.

**Distribució de la proporció de nascuts de mares <20 anys i nascuts de mares >34 anys per departaments de salut. Comunitat Valenciana, 2013**



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



## Atenció a l'embaràs, part i puerperi

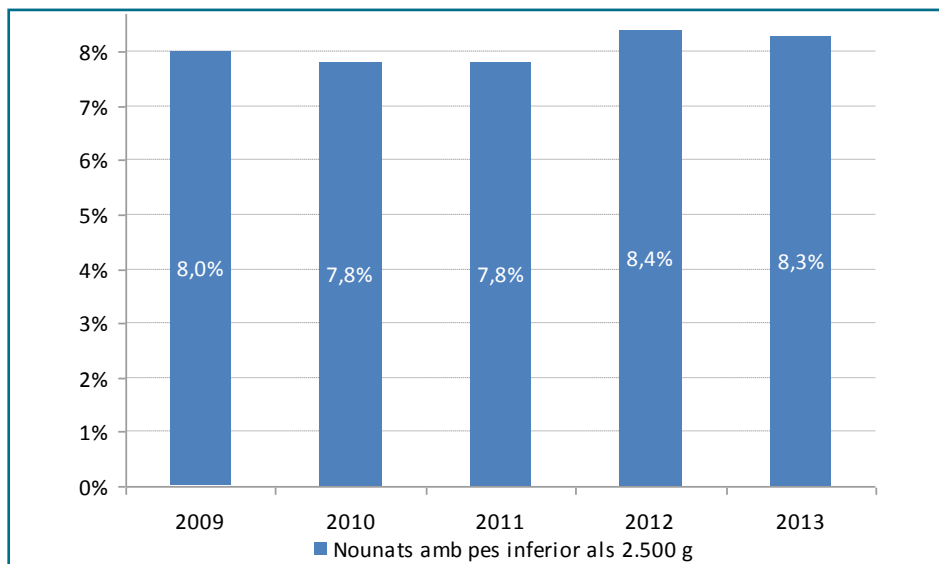
La **consulta preconcepcional** constitueix un aspecte important dins de l'assistència prenatal, permet identificar factors de risc, instaurar mesures preventives i accions promotores de salut. L'any 2011 va començar a registrar-se aquesta activitat en la història obstètrica d'atenció primària, mostrant les primeres anàlisis que la proporció de dones que havien rebut un control abans que es produïra l'embaràs no arribava a un terç de les gestants. Posteriorment, la seua incorporació com un dels temes desenvolupats des de la Xarxa Sentinella Sanitària de la CV, va oferir una aproximació al perfil de les dones que acudien als centres de salut sexual i reproductiva sol·licitant una consulta preconcepcional. Entre els factors de risc registrats cal mencionar l'hàbit **tabàquic**, amb una proporció de fumadores del 30% entre les dones espanyoles i del 14,3% en les estrangeres.

A més, s'ha constatat un ús inadequat d'algunes mesures preventives per a les que hi ha unes recomanacions clares, com és el cas de l'àcid fòlic. El seu consum preconcepcional és baix i un percentatge considerable de gestants comença a prendre-ho de forma tardana i en dosis superiors a les recomanades. Una situació semblant ocorre amb la suplementació amb **iode** durant l'embaràs i la lactància, que només estaria recomanada quan no estiga assegurada una ingesta suficient a través del consum de sal iodada i de llet i derivats lactis, i no amb caràcter universal en totes les gestants i mares lactants.

## Prevalença de baix pes al nàixer

La prevalença de nounats amb pes inferior als 2.500 g es manté entorn del 8%. Aspectes clarament vinculats són el retard progressiu de l'edat de la maternitat, les bessonades i la utilització de tècniques de reproducció assistida, a més de l'hàbit tabàquic.

Nounats amb pes inferior als 2.500 grams. Comunitat Valenciana



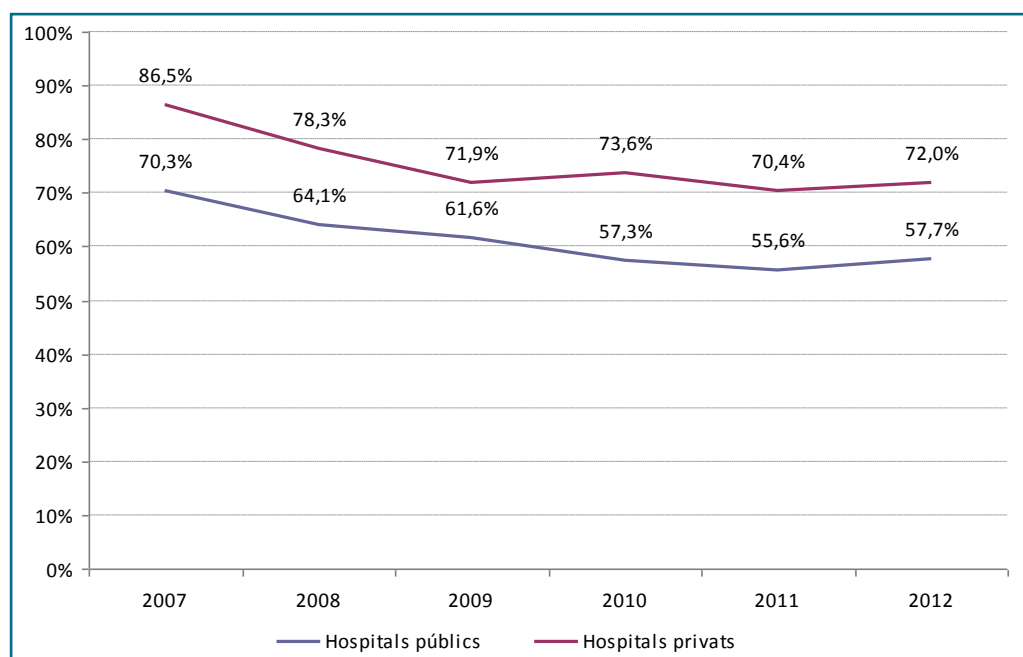
Font: Registre MetaB. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Part

L'Estratègia per a l'atenció del Part Normal a la Comunitat Valenciana promou una major autonomia i participació de les dones en el part, així com la disminució d'intervencions innecessàries i qüestionades per l'evidència científica. Entre aquestes, cal destacar la realització sistemàtica

d'episiotomies en parts vaginals eutòcics, tendència que es mostra descendent, tot i que encara hi ha molt marge de millora.

Episiotomies en parts vaginals segons àmbit d'atenció



Font: Observatori de Salut Infantil i Perinatal. DGSP.  
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Objectiu 4.3.

### Atendre la salut sexual i reproductiva

oferir una **atenció de qualitat** a la salut sexual i reproductiva en el sistema valencià de salut.

### Accions

4.3.1. Promoure una **atenció a la salut sexual** en els diferents àmbits assistencials, basada en la qualitat, equitat i enfocament de gènere, dins del marc dels drets sexuals i reproductius, tenint en compte els diferents contextos de vulnerabilitat, diversitat i capacitats.

4.3.2. Millorar l'**accessibilitat a l'anticoncepció** de la població que es troba en situació de major vulnerabilitat.

4.3.3. Potenciar les estratègies d'**atenció al part i salut reproductiva**, concedint el màxim protagonisme a les dones i les seues parelles en la vivència fisiològica de l'embaràs, part i criança, insistint en els aspectes de qualitat i calidesa.

4.3.4. Potenciar la **consulta preconcepcional** en atenció primària i en els CSSR, amb intervencions preventives que contribuïsquen de millorar els resultats en salut perinatal: prescripció d'àcid fòlic, sal iodada, estat vacunal, hàbit tabàquic i alcohol, malalties cròniques i consum de medicaments.

4.3.5. Proporcionar consell integral sobre hàbits **saludables durant l'embaràs i la lactància** amb especial atenció a la promoció d'alimentació equilibrada, activitat física i al consum de tabac i alcohol, oferint intervenció breu si fóra necessari.

4.3.6. Promoure el desenvolupament dels recursos i estratègies necessàries per a protegir **la salut i benestar de les dones durant embaràs i lactància** en els diferents entorns de la vida (familiar, comunitari, laboral, ambiental).

4.3.7. Fomentar la **coresponsabilitat** en l'àmbit domèstic per a l'atenció i la criança dels fills i filles.

## Indicadors

BÀSICS/ESSENCIALS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Taxa d'IVE per mil en dones estrangeres i autòctones	Taxa IVE dones 15-49 anys Estrangeres: 11,9 Espanyoles: 5,8 (2014)↓	↓ diferencias	DGSP Registro IVEs
% de dones embarassades fumadores	19,5% (2011)	↓	ABUCASIS
Taxa de cesàries en grups de baix risc	7% (2014)	↓	ALUMBRA AG (CMBD0014.2)
% de recent nascuts a termini amb baix pes al naixer (<2.500g)	3,9% (2013)	↓	DGSP Registro MetaB
% de parts pretermini (<37 setmanes de gestació)	7,9% (2013)	↓	DGSP Registro MetaB
Prevalença de contacte pell amb pell en parts vaginals	84,8% (2012)	↑	ABUCASIS
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Perfil de les persones usuàries de les consultes de sexualitat en els CSSR			ABUCASIS/Red Centinela
Nombre de centres de salut amb oferta d'horari de vesprada per a educació prenatal			DGAS
Nombre d'empreses acollides a programes de bones pràctiques per a la promoció de la salut durant l'embaràs de les treballadores a la CV			DGSP

## 4.4. Promoure l'envelliment actiu

### Anàlisi de la situació

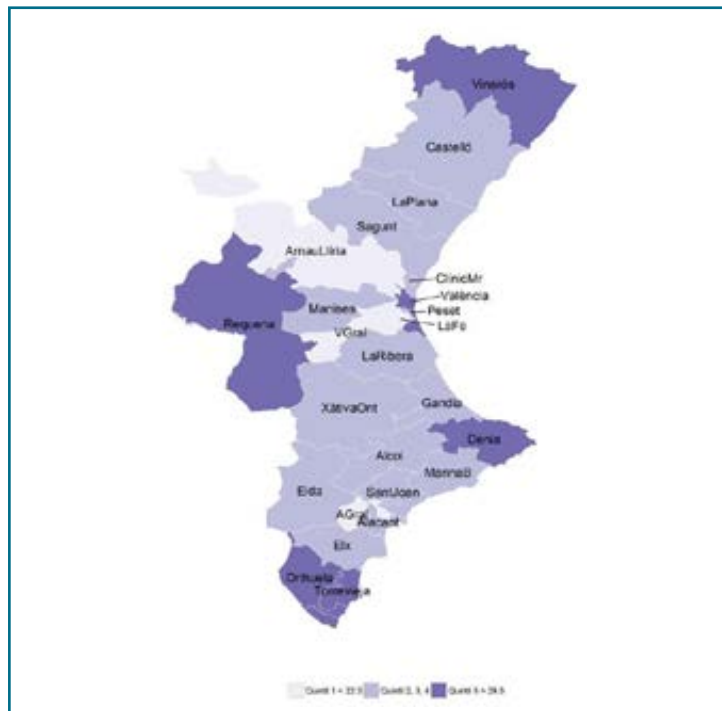
#### Evolució de l'estructura de la població

El procés d'envelliment progressiu de la població de la CV iniciat fa ja un poc més de dos dècades es manté en l'actualitat. L'any 2014, el 18,0% dels habitants tenia més de 64 anys, i d'aquests, un 28,4% en tenia 80 o més. Aquestes xifres són especialment significatives en el cas de les dones (un 20,1% de dones de la CV tenia  $\geq 65$  anys, i en superava els 79 anys un 31,8%).

#### Índex de dependència de les persones majors

L'envelliment de la població no es manifesta de forma homogènia en tot el territori de la comunitat. Els departaments de salut de Vinaròs, Requena, Dénia, Oriola i Torrevieja són els que presenten un major pes de la població  $> 64$  anys sobre el conjunt de població activa de 15-64 anys.

Índex de dependència de  $> 64$  anys per departaments de salut, ambdós sexes. Comunitat Valenciana, 2014



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

#### Qualitat de vida: restricció crònica de l'activitat, desagregada pel motiu de restricció

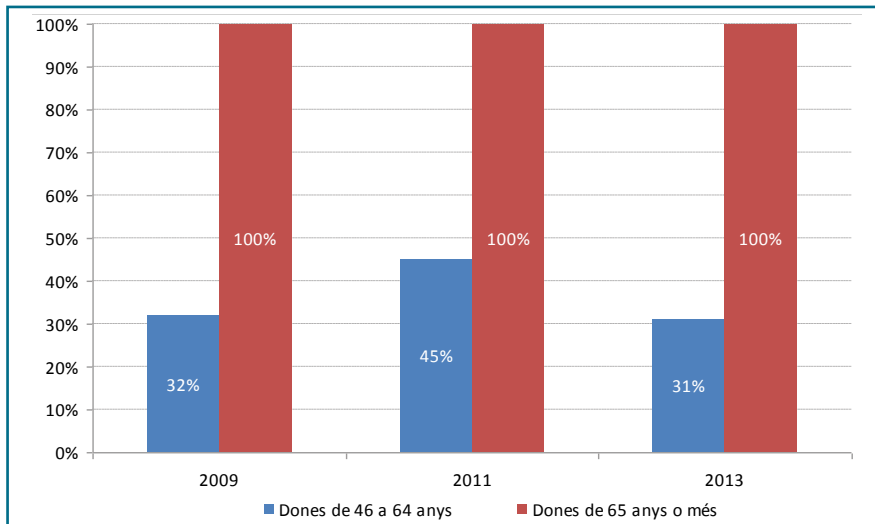
Un 33,2% de la població valenciana de 65 i més anys no institucionalitzada presenta limitacions per a les activitats de la vida diària, majoritàriament conseqüència d'un problema físic. Conforme augmenta l'edat s'agregen aquestes dificultats aconseguint al 63,5% dels majors de 84 anys, la meitat d'ells greument limitats (ENSE 2011-12).

En 2013, la Xarxa Sentinella Sanitària de la CV va abordar el tema del risc de caigudes en les persones majors. Un 73% dels pacients  $>64$  anys atesos pel personal d'infermeria, independentment del motiu de la consulta, presentava un alt risc de caigudes. Aquest risc va ser major en les dones que en els hòmens (taxes per mil: 40,2 en dones i 22,2 en hòmens) i augmenta en els grups d'edat més avançada. De la mateixa manera, en 2014, es va aprofundir la valoració nutricional de les persones majors, i se'n va detectar un 18% amb risc de malnutrició i un 5% amb malnutrició. De

nou es va constatar l'existència de diferències per sexe, amb una taxa per mil de 22,2 en dones i de 15,1 en hòmens.

L'antecedent de fractura osteoporòtica suposa un criteri de tractament, la prescripció del qual en les dones de 65 anys o més es va mantindre constant al llarg del període de vigència del Pla de Salut, mentre que en el grup d'edat de 46 a 64 va disminuir al final, a pesar d'incrementar-se les dones registrades amb antecedent de fractura osteoporòtica (345 en 2011 davant de 439 en 2013).

### Dones amb antecedent de fractura osteoporòtica en tractament d'osteoporosi



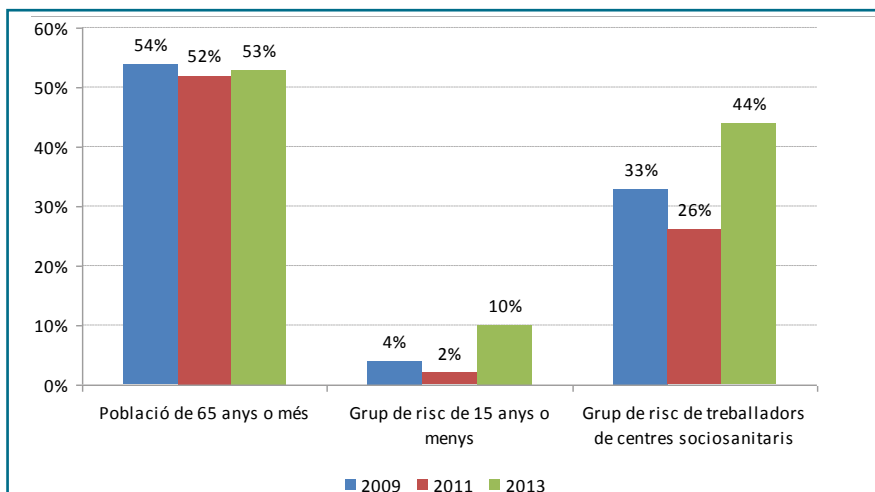
Font: Abulcassis. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

### Cobertura de vacunació enfront de la grip

Són diverses les accions dutes a terme per a millorar la vacunació de sanitaris i de grups de risc, així com de persones majors de 65 anys, com ara la recaptació activa a través del Sistema d'Informació Vacunal (SIV) utilitzant les TIC. També la identificació de pacients amb diagnòstic registrat codificat en la història de salut d'atenció primària abans de l'inici de la campanya de vacunació anual, presentació de la campanya en mitjans de comunicació per les autoritats sanitàries, realització de jornades per a professionals i reunions a nivell central, departamental i zonal amb informació a professionals sanitaris en atenció primària, hospitals, etc.

En la gràfica següent, cal destacar la millora en les cobertures vacunals entre 2009 i 2013, tant en els grups de risc, treballadors socio-sanitaris com en el de menors de 15 anys.

### Cobertura de vacunació de grip registrada



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

## Objectiu 4.4

### Promoure l'envelliment actiu

Millorar la qualitat **de vida de les persones majors**, impulsant mesures de prevenció i promoció de la salut i prenent en consideració els diferents recursos comunitaris, que contribuïsquen a un envelliment actiu i saludable.

### Accions

4.4.1. Millorar la **visió social de les persones majors** i la imatge positiva del procés d'envelliment, amb iniciatives que fomenten la seua participació en projectes basats en les relacions intergeneracionals i la visibilitat d'aquest col·lectiu en els mitjans de comunicació.

4.4.2. **Previndre problemes de salut gerontològics** per mitjà d'intervencions específiques en població major fràgil o amb major risc de caigudes.

4.4.3. Realitzar activitats de promoció d'una **alimentació saludable i hidratació** adequada en persones majors, des dels centres de salut, oficines de farmàcia i altres entitats, en col·laboració amb els centres de Salut Pública.

4.4.4. Facilitar **pautes nutricionals** per a la confecció de menús saludables, especialment dirigides a centres de majors i residències.

4.4.5. Desenvolupar actuacions informatives i de sensibilització de les persones majors sobre els problemes de la **polimedicació** i les alternatives al tractament farmacològic, comptant amb el suport de tots els professionals que participen en el procés farmacoterapèutic.

4.4.6. Desenvolupar intervencions dirigides al foment de l'**activitat** física de les persones majors en l'entorn comunitari, amb la finalitat de mantindre la seua capacitat funcional i potenciar el seu benestar i les relacions socials.

4.4.7. Impulsar actuacions per a la prevenció d'**accidents de trànsit** en les persones majors, tant en el seu paper de vianants com en el de conductors de vehicles.

4.4.8. Assegurar **cobertures vacunals** adequades de malalties transmissibles prevalents en les persones majors i en les que exerceixen la tasca de cuidadores.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Hospitalitzacions per fractura de maluc en >70 anys.	Total: 5.087 ♂1.332 ♀3.755 (2014)	↓	CMBD
Prevalença de risc de caigudes en població >70 anys x 10 <sup>3</sup>	♂>64: 22,2 ♀>64: 40,2 (2013)	↓	DGSP Xarxa Sentinella
% de dones 46-64 anys amb antecedents de fractura osteoporòtica en tractament d'osteoporosi	31,4% (2013)	↑	Abulcassis
Cobertura vacunal registrada contra la grip en població major de 64	52,83% (2013)	↑	DGSP SIV AG (844.2)
Prevalença de risc de malnutrició en població > 70 anys	♂15,1% ♀22,2% (2013)	↓	DGSP Xarxa Sentinella
Nombre d'ingressos hospitalaris per atropellaments en població > 70 anys	Total: 100 ♂38 ♀62 (2014)	↓	CMBD





## **Línia 5. Promoure la salut en tots els entorns de la vida**

---

**5.1. Afavorir el benestar emocional**

**5.2. Fomentar l'activitat física**

**5.3. Garantir i promoure una alimentació saludable**

**5.4. Afavorir un entorn educatiu saludable**

**5.5. Apostar per un entorn mediambiental afavoridor de la salut**

**5.6. Aconseguir un entorn laboral saludable**

**5.7. Impulsar els actius per a la salut propis de la Comunitat Valenciana**



## 5.1. Afavorir el benestar emocional

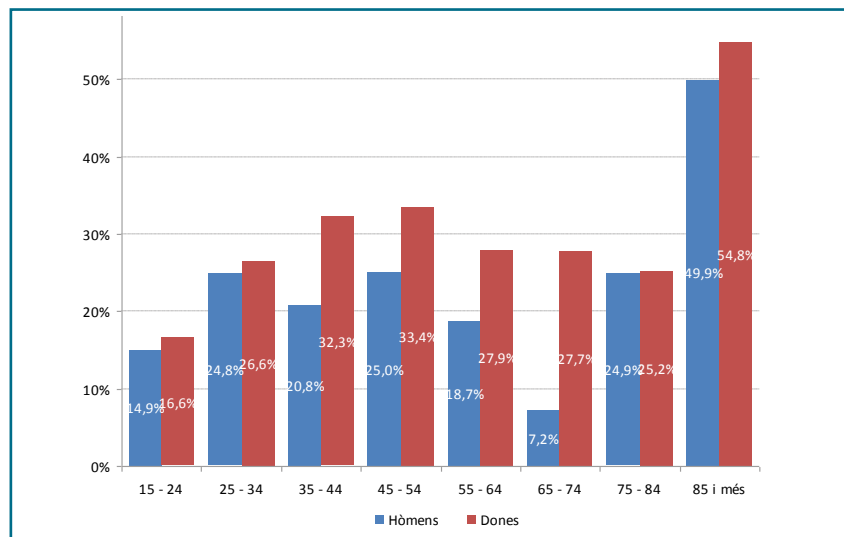
### Anàlisi de la situació

#### Salut mental en adults

Un 24,6% de la població valenciana adulta ( $\geq 15$  anys) presenta risc de mala salut mental, d'acord amb l'enquesta nacional de salut (ENSE 2011-12), amb una proporció major en les dones (28,7%) que en els hòmens (20,4%) i aquesta diferència es manté en tots els grups d'edat. A més, aquest risc és superior entre les dones de classes socials més desafavorides. Un 36,8% de les dones treballadores no qualificades presenten risc de mala salut mental.

A nivell estatal, les xifres són un poc inferiors. El risc de mala salut mental abasta un 20,4% de la població espanyola (16,8% en hòmens i 23,9% en dones).

Risc de mala salut mental en la població valenciana adulta segons grups d'edat i sexe



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Enquesta Nacional de Salut 2011-12

Un dels problemes analitzats a través de la Xarxa Sentinella Sanitària en 2013, va ser el trastorn ansios depressiu. Segons les dades proporcionades pels metges de família, els factors de vulnerabilitat més freqüents en aquests pacients són els antecedents personals d'episodis depressius i en segon lloc, els antecedents de depressió en familiars de primer grau. Juntament amb això, com a factors socials relacionats, destaquen la insatisfacció o conflicte laboral en els hòmens i les relacions familiars conflictives en les dones.

#### Salut mental en xiquets

Segons l'ENSE 2011-12, el 3,8 % dels menors, de 4 a 14 anys, de la Comunitat Valenciana té risc de presentar mala salut mental (4,1% en xiquets i 3,8% en xiquetes). El component d'hiperactivitat és el que mostra pitjors resultats.

Les dades obtingudes per la Xarxa Sentinella Sanitària en 2011 mostren que els problemes emocionals més freqüents en els xiquets i adolescents que acudeixen a la consulta de pediatria en atenció primària són els símptomes ansiosos, la tristesa i la baixa autoestima. Les xiquetes presenten més tristesa i somatitzacions que els xiquets, mentre que els tics i les estereotípies són més freqüents en els xiquets. Com a factors de risc en aquests menors destaquen, en primer lloc, els relacionats amb l'àmbit familiar (disfunció familiar, criança sobreprotectora i depressió materna) i, en segon lloc, el baix nivell socioeconòmic.

## Suport social

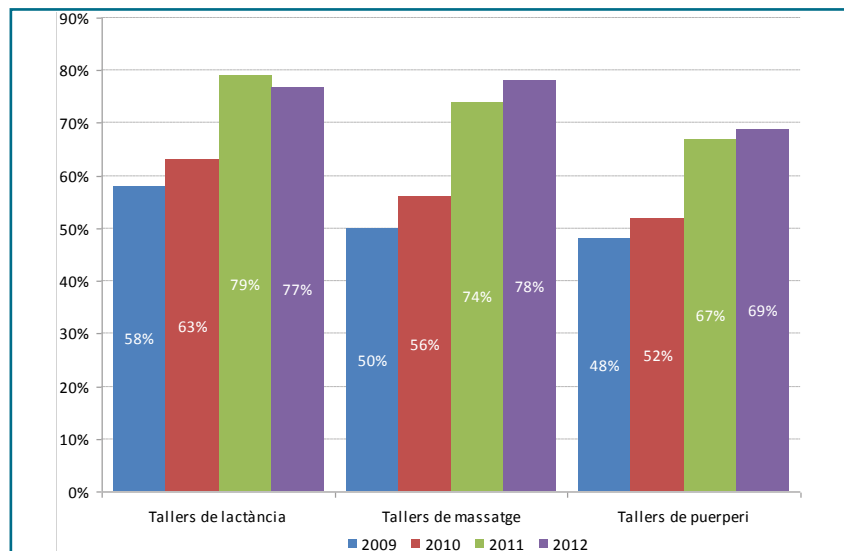
El suport social té un paper significatiu en la salut i el benestar de les persones. Un estudi realitzat a partir de les dades arrellegades en les enquestes de salut de la Comunitat Valenciana de 2005 i 2010, va mostrar una associació positiva entre el suport social i la salut mental.

## Competència parental en l'atenció de la salut infantil

Des de la Comissió Mixta de Coordinació de les Conselleries amb competència en sanitat i educació, s'ha treballat sobre la importància d'incrementar el nombre de centres docents que participen en projectes d'educació per a la salut en la Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa.

Una altra experiència en aquest camp és la implantació de tallers de suport a la lactància i la criança en els centres de salut. Es tracta d'actuacions grupals que s'ofereixen de forma reglada amb el suport professional de les comares, i la col·laboració voluntària d'associacions de mares. El percentatge de parteres que assisteixen a tallers de criança s'ha anat incrementant progressivament en els últims anys.

Assistència de parteres a tallers de criança



Nota: dones ateses en el Programa de Seguiment de l'Embaràs. Dades del primer semestre de 2010. Anàlisi d'una mostra representativa d'embarassos atesos en Atenció Primària. Font: SIA i informes específics de la DGSP, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

## Objectiu 5.1

### Afavorir el benestar emocional

Promoure el benestar emocional en els diversos **entorns de la vida**.

### Accions

**5.1.1.** Desenvolupar programes per a capacitar a pares i mares, des de l'embaràs fins als 14 anys, en el foment de models **parentals positius i promoció del bon tracte** que contribuïssin a garantir un bon començament en la vida i el desenvolupament del màxim potencial de salut de tots els xiquets i xiquetes.

**5.1.2.** Promoure intervencions que fomenten l'educació emocional i valors per a la vida, així com **l'autoestima i l'acceptació de la imatge corporal**, especialment en la població infantil i adolescent, a fi de facilitar la transició a la vida adulta.

**5.1.3.** Impulsar accions per a la promoció de la **salut i el benestar en el treball**, orientades a la millora de l'organització i condicions de treball, el foment del desenvolupament personal i la participació activa dels treballadors.

**5.1.4.** Promoure la **participació activa de les persones majors** en la vida de la comunitat i fomentar intervencions que faciliten la utilització de les noves tecnologies de la informació i comunicació.

**5.1.5.** Realitzar intervencions comunitàries en **col·lectius en situació d'especial vulnerabilitat emocional**, incloent-hi la desocupació de llarga durada i altres situacions derivades de relacions d'ocupació injustes.

### Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
% de mares i pares que participen en tallers de criança	Lactància: 77,2% Massatge: 78,1% Puerperi: 69,4% (2012)	↑	Abulcassis
Participació en tallers d'autoestima i imatge corporal en centres docents	Centres docents: 196 Docents: 419 Alumnes: 7850 (2014)	↑	DGSP DITCA
% de persones 65-74 anys que han utilitzat Internet en els últims 3 mesos	Total: 20,2% ♂25,5% ♀15,5% (2014)	↑	INE EEUTL
Suport social funcional global (Qüestionari Duke-UNC-11) en persones ≥ 65 anys (normal ≥ 33)	45,9 ± 8,3 (2010)	≥33	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIS			
Nombre d'empreses amb programes participatius actius per a la millora del benestar laboral i les condicions de treball			DGSP
Puntuacions d'autoestima en els participants dels tallers d'autoestima i imatge corporal en centres docents			DGSP DITCA
Nombre de programes d'intervenció comunitària en col·lectius vulnerables			DGSP

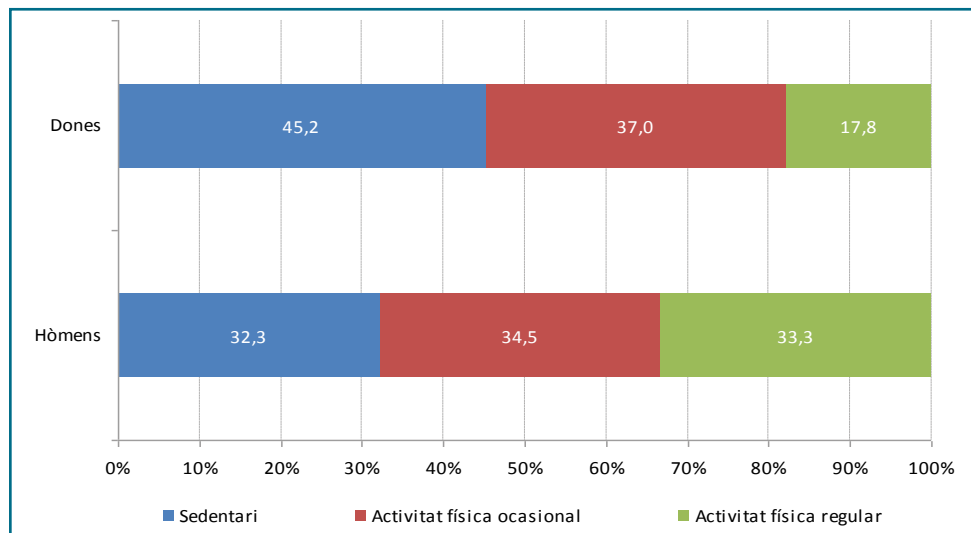
## 5.2. Fomentar l'activitat física

### Anàlisi de la situació

Un 61,2% de la població valenciana adulta ( $\geq 15$  anys) fa algun tipus d'**activitat** física en el temps lliure, ja siga de forma ocasional o regular, d'acord amb les dades arreplegades en l'ENSE 2011-12. Aquesta proporció és major en els hòmens (67,8%) que en les dones (54,8%): ells són més actius i, a més, de manera més regular. Les diferències per sexe es mantenen en tots els grups d'edat excepte en la franja compresa entre 45 i 64 anys, en què el percentatge de població activa entre les dones s'equipara al dels hòmens.

Segons el nivell socioeconòmic, el 86,6% dels hòmens i el 59,4% de les dones del grup social més afavorit (grup I) practiquen alguna activitat física en el temps lliure, proporció que descendeix fins al 62,4% i 38,3% respectivament, en el grup de menor nivell socioeconòmic (grup VI).

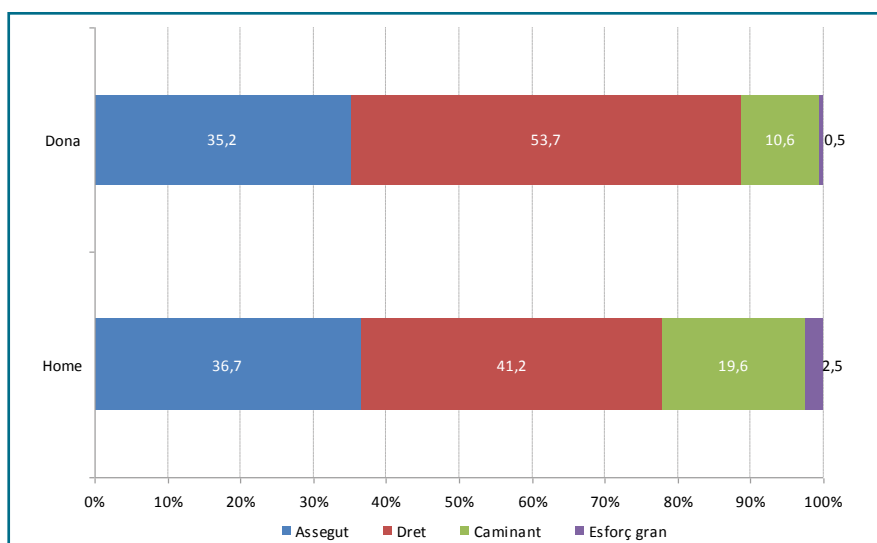
Activitat física en el temps lliure segons sexe. Població  $\geq 15$  anys



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

Respecte a l'**activitat** física en el treball o activitat principal, els requeriments són mínims per a la gran majoria de la població valenciana adulta ( $\geq 15$  anys). Un 47,6% roman dret la major part de la jornada, i un 35,9% la fa assegut. Els hòmens fan tasques que necessiten un major esforç físic més sovint que les dones, mentre que elles passen la jornada laboral dretes en major grau.

### Activitat física en el treball o activitat principal segons sexe Població ≥15 anys

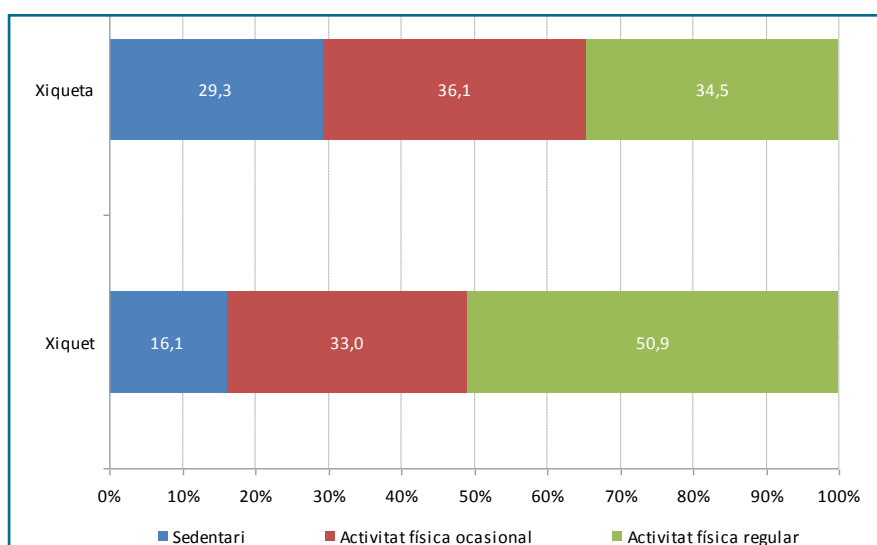


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

Combinant ambdós entorns, aproximadament un de cada quatre valencians és sedentari tant en el temps dedicat a la seua activitat principal o laboral com en el d'oci.

En el cas de població infantil (<15 anys), el 43,0% dels menors practica alguna **activitat física** en el seu temps lliure de forma regular i un 34,5% ho fa ocasionalment. Al contrari, un 22,5% són sedentaris, sent aquesta proporció superior en les xiquetes que en els xiquets. Aquesta diferència per sexe s'aprecia en tots els grups d'edat i és especialment manifesta en el grup de 10-14 anys.

### Activitat física en el temps lliure segons sexe. Població <15 anys



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

Quan s'indaga sobre el temps dedicat a la pràctica d'**activitats sedentàries en la llar**, destaca que el 69,6% dels menors empra més d'una hora diària entre setmana a veure la televisió i un 18,9% ocupa un temps semblant en l'ús d'altres dispositius electrònics (ordinador, consola de videojocs, mòbil, etc.). Els caps de setmana aquests percentatges ascendeixen fins al 78,0% i 36,0%, respectivament. Per edat, prop del 70% dels menors de 2-4 anys es passa assegut més d'una hora diària davant del televisor, tant entre setmana com els caps de setmana. En el grup de 5-14 anys. Aquestes

activitats s'intensifiquen els caps de setmana, en què dediquen un 38,7% (més de dos hores diàries) a veure la televisió, i un 20,6%, un temps semblant, en l'ús d'altres dispositius amb pantalles.

Entre les accions dirigides a reduir la prevalença del sedentarisme que s'estan duent a terme destaquen l'oferta de cursos de formació per l'EVES a professionals sanitaris, a proposta dels centres de salut, l'edició de la *Guia d'activitat física* (dirigida a professionals farmacèutics) i material dirigit a població general difós en diferents suports i mitjans de comunicació.

## Objectiu 5.2

### Fomentar l'activitat física

Promoure que les **persones** es mantinguem **actives en totes les etapes del cicle vital**.

### Accions

**5.2.1.** Elaborar i difondre recomanacions **sobre l'activitat física** en els diferents entorns i etapes de la vida de les persones, aprofitant diferents formats (escrit, audiovisual, aplis) i mitjans (*web*, premsa, ràdio).

**5.2.2.** Elaborar i difondre **catàlegs de recursos comunitaris** destinats a l'activitat física com a instal·lacions esportives, zones verdes, carrils bici o rutes a peu en barris, en l'àmbit municipal i en les zones bàsiques de salut.

**5.2.3.** Incorporar el consell i la **prescripció d'activitat física en atenció primària**, adaptant les recomanacions als diferents grups d'edat.

**5.2.4.** Fomentar el **transport actiu** (a peu o amb bicicleta) com a mitjà de desplaçament preferent en distàncies de proximitat.

**5.2.5.** Fomentar l'**ús de les escales** en els espais públics i de treball.

**5.2.7.** Incloure la **formació** relacionada amb l'activitat física i la salut en els plans de formació continuada dels **professionals de sanitat i d'educació**.



## Indicadors

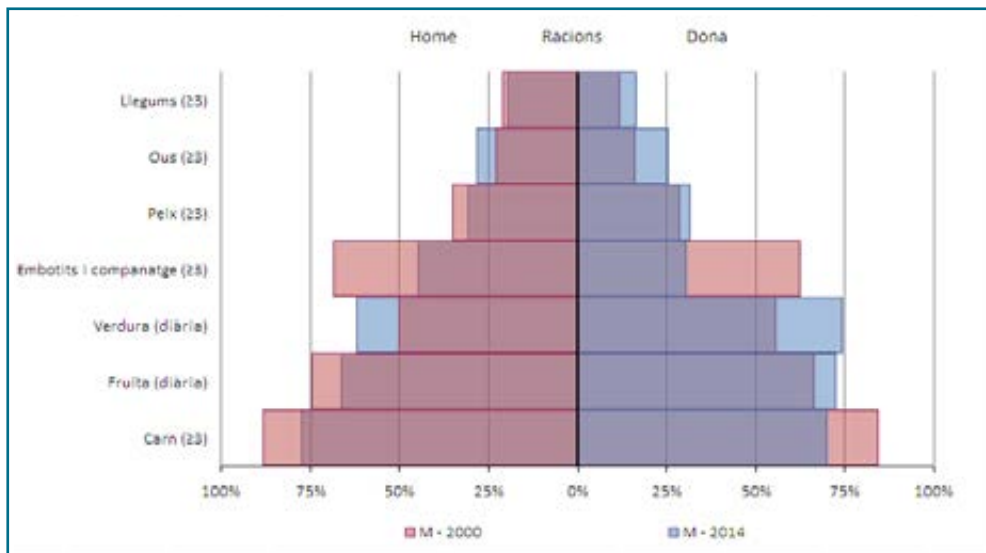
ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
% de població > 14 anys no sedentària en el temps lliure	Total: 61,2% ♂67,8% ♀54,8% (2010)	↑	DGSP ESCV
% població 5-14 anys que usen videojocs, ordinador, Internet amb fins recreatius un màxim de 2 hores/dia	Total: 37,5% ♂33,6% ♀42,1% (2010)	↑	DGSP ESCV
% població 18-69 anys que realitza almenys 150 minuts d'activitat física moderada a la setmana	Total: 18,4% ♂23,7% ♀13,0% (2010)	↑	DGSP ESCV
Departaments que han elaborat catàlegs de recursos comunitaris per a l'activitat física	-	100%	DGSP
Nombre de cursos anuals del pla de formació relacionats amb activitat física i salut	1 (2015)	↑	EVES
COMPLEMENTARIS			
Nombre de persones participants en els cursos oferits			EVES

## 5.3. Garantir i promoure una alimentació saludable

### Anàlisi de la situació

L'anàlisi de les característiques de la dieta en la població de la Comunitat Valenciana, mostra un excés en el **consum de proteïnes**, tant en adults com en xiquets, amb un clar predomini de la proteïna d'origen animal davant de la d'origen vegetal (ENSE 2011-12).

Consum setmanal de determinats aliments segons sexe.  
Població ≥15 anys i població <15 anys



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ENSE 2011-12

També cal assenyalar que, d'acord amb la informació de l'Enquesta de Nutrició de 2010-11 de la CV, el consum mitjà de sodi diari es va situar en 9,6g de sal, xifra que pràcticament duplica les recomanacions establides per l'OMS (5 g).

L'objectiu de la seguretat alimentària és garantir la salut i seguretat dels consumidors en matèria alimentària, per mitjà del manteniment d'un elevat nivell de protecció de la salut. Els operadors econòmics han de garantir la innocuïtat dels productes alimentaris al llarg de la **cadena alimentària** per mitjà d'un enfocament preventiu, implantant en les empreses sistemes d'autocontrol basats en l'anàlisi del risc. L'avaluació dels sistemes esmentats en les empreses de la Comunitat Valenciana ha posat de manifest que, si bé ha millorat en els últims anys, és necessari reduir els incompliments que puguen comprometre'n l'eficàcia.

La falta de mecanismes de **traçabilitat** eficaç va dificultar en el passat la gestió de crisis alimentàries. L'experiència demostra que la impossibilitat de localitzar l'origen dels aliments o els pinsos pot posar en perill la salut dels consumidors i el funcionament del mercat interior d'aliments o pinsos. Per tant, és necessari establir un sistema exhaustiu de traçabilitat en les empreses alimentàries i de pinsos per a poder procedir a retirades específiques i precises de productes, o bé informar els consumidors o als funcionaris encarregats del control, i evitar així una major pertorbació innecessària en cas de problemes de seguretat alimentària. Des de l'entrada en vigor del Reglament CE núm. 178/2002, el control oficial ha permès avaluar l'eficàcia dels sistemes de traçabilitat aplicats per l'operador econòmic, derivant en una millora en l'últim període avaluat (2012-2014).

La presència de **contaminants químics** en els aliments, ja siga procedents del medi ambient o generats durant el processament, ha obligat a controlar que la seua presència en els aliments no supere els límits establits per a protegir la salut dels consumidors. Molts d'aquests contaminants són capaços d'acumular-se en l'organisme donant lloc a llarg termini a l'aparició de patologies. Per això, la forma més correcta d'avaluar l'impacte que la seua presència en els aliments pot ocasionar,

és per mitjà de del càlcul de l'exposició de la població a aquestes substàncies, a través de la dieta. En el període 2010-2013 la Subdirecció General de Seguretat Alimentària va dur a terme un estudi de la valoració de l'exposició de la població valenciana a determinats contaminants químics (metalls, dioxines i PCB i micotoxines) utilitzant la metodologia de dieta total. Això ha permès avaluar la ingesta diària de dites contaminants pels diferents grups de població (xiquets, adults) i determinar quins aliments suposen una major aportació de cada contaminant. Per a completar l'estudi falta determinar els nivells d'exposició a altres contaminants com: acrilàmida, nitrats, retardants de flama corcats (BFR), hidrocarburs aromàtic policíclics (HAP), 3-monocloropropà-1,2-diòl (3-MCPD) i melanina, entre altres.

### Valors mitjans d'ingesta de contaminants

	Ingesta mitjana (adults)	Ingesta mitjana (xiquets 6-16 anys)	Límit de referència toxicològic
<b>Metalls</b>			
<b>Cadmi</b>	0.77 µg/kg pc i setmana	1.26 µg/kg i setmana	IST: 2.5 µg/kg i setmana
<b>Metil mercuri</b>	0.54 µg/kg i setmana	0.96 µg/kg i setmana	IST: 1.3 µg/kg i setmana
<b>Plom</b>	0,21µg/kg i dia	0,45µg/kg i dia	Adults BMD01: 1.50µg/kg i dia BMD10: 0.63µg/kg i dia
			Xiquets BMD01: 0.50µg/kg i dia
<b>Arsènic inorgànic</b>	0.08 µg/kg i dia	0.16 µg/kg i dia	BMD01 0.3µg/kg i dia BMD01 8µg/kg i dia
<b>Dioxines i PCB</b>			
<b>Dioxines i PCB</b>	1.13 pg WHO_TEQ/kg i dia	2.04 pg WHO_TEQ /kg i dia	TDI: 1-4 pg WHO_TEQ/kg i dia
<b>Micotoxines</b>			
<b>Deoxinivalenol</b>	0.22 µg/kg i dia	0.45 µg/kg i dia	1 µg/kg i dia
<b>Zearalenona</b>	0.00019 µg/kg i dia	0.00033 µg/kg i dia	0.25 µg/kg i dia
<b>Ocratoxina A</b>	0.77 ng/ kg i setmana	1.33 ng/ kg i setmana	120 ng/ kg i setmana
<b>Fumonisina B1</b>	0.0037 µg/kg i dia	0 µg/kg i dia	2 µg/kg i dia

IST: Ingesta Setmanal Tolerable. Adults BMD01 (Benchmark dose): 1.50 mg/Kg i dia (efectes cardiovasculars). BMD10: 0,63mg/kg i dia (neurotoxicitat en el desenvolupament). Xiquets BMD01: 0.50 mg/kg i dia (efectes sobre el neurodesenvolupament). BMD01 0,3mg/kg i dia (càncer de llengua). BMD01 8mg/kg i dia (càncer de bufeta). kg pc: quilograms de pes corporal.

L'avaluació de l'exposició externa als contaminants ha de complementar-se amb estudis de *bio-monitoring* que estimen l'exposició interna de la població general, i de sectors més vulnerables als contaminants prioritaris i emergents en seguretat alimentària.

Junt amb la presència de contaminants amb un origen mediambiental, poden arribar a la cadena alimentària altres substàncies nocives com els **plaguicides**, la presència dels quals és resultat del seu ocupació en agricultura per a la protecció dels cultius vegetals. L'avaluació de la presència dels mateixos en els aliments és una de les activitats rellevants en el camp de La salut pública. Els resultats obtinguts en anys anteriors (2010-2012) indiquen que la possibilitat que els consumidors hagen pogut patir conseqüències perjudicials en la seua salut degut a aquest risc químic és baixa. En la majoria dels casos la ingesta estimada va ser inferior a l'1% d'Ingesta Diària Admissible (IDA) per als diferents plaguicides avaluats. No obstant això, atès que molts d'aquests plaguicides presenten propietats toxicològiques semblants en un òrgan o sistema específic, és necessari abordar la valoració de l'**exposició acumulada** de la població a diferents grups

de residus plaguicides que comparteixen efectes semblants sobre l'organisme humà. L'avaluació de l'exposició acumulada es va a realitzar per als plaguicides dels grups: organofosforats, carbamats i piretrines/piretroides.

L'**etiquetatge i publicitat** que acompanyen els aliments tenen una gran rellevància en la protecció de la salut de consumidors. Així ho ha reconegut el Parlament Europeu i el Consell de la Unió, elaborant el marc legal sobre informació destinada al consumidor al llarg de la cadena alimentària (Reglament 1.169/2011), que incorpora aspectes com ara l'**etiquetatge nutricional** i la indicació de la **presència d'al·lèrgens en aliments no envasats**. Un aspecte clau és l'obligatorietat d'esmentar, en la informació subministrada als consumidors, tots els ingredients o coadjuvants tecnològics arreglats en l'annex II de la norma, i els seus derivats, que causen al·lèrgies o intoleràncies i estiguen presents en el producte acabat. Es considera que un 1-3% de la població adulta i un 4-6% dels xiquets presenta aquesta característica, i poden patir trastorns de distinta gravetat com a conseqüència de la ingesta d'aliments que són perfectament tolerats per la majoria de les persones.

Els consumidors que pateixen al·lèrgies alimentàries han d'evitar el consum dels aliments que desencadenen el seu procés al·lèrgic, ja que inclús xicotetes quantitats poden provocar trastorns greus. Per a això és imprescindible que els al·lèrgens i els seus derivats estiguen clarament identificats en la informació que arriba al consumidor. Com a novetat, la norma preveu que la informació esmentada pugui donar-se per mitjans diferents a l'etiquetatge. Un àmbit especialment complicat en aquest aspecte és el de la restauració col·lectiva on s'elaboren aliments amb una alta diversitat d'ingredients i es presenten el consumidor habitualment sense envasar ni etiquetar.

El Reial Decret 126/2015 regula, entre altres aspectes, la forma en què s'ha d'informar el consumidor sobre la presència en els aliments de determinades substàncies capaces de causar al·lèrgies i intoleràncies en aquest tipus d'establiments. Donat l'elevat nombre d'establiments de restauració a la Comunitat Valenciana i la gravetat dels danys que poden derivar-se per a la població al·lèrgica o que pateix intolerància a determinades substàncies, la vigilància de la correcta implantació de la norma pel sector revist una gran importància per a protegir la salut d'aquest col·lectiu i millorar les seues condicions de vida. D'altra banda, a la Comunitat Valenciana es realitza un Programa de presa de mostres i anàlisi per a la detecció, en aliments posats a la venda al consumidor, d'al·lèrgens i substàncies capaces de produir intoleràncies i que no s'hagen declarat en l'etiquetatge. Si bé els resultats evidencien una evolució favorable, amb un percentatge de mostres amb incompliments en informació sobre al·lèrgens que ha passat del 4,9% en 2012 al 1,7% en 2014, resulta convenient mantindre la vigilància sobre diferents productes i sectors a fi de corregir les desviacions que s'hi detecten.

Un altre aspecte a considerar en relació amb la informació que se subministra al consumidor i la salut és, el cada vegada més freqüent, ocupació d'al·legacions nutricionals o de propietats saludables atribuïdes a determinats productes alimentaris. És necessari garantir que les substàncies sobre les quals s'efectua la declaració hagen demostrat posseir un efecte nutricional o fisiològic beneficiós, estan en l'aliment en quantitat adequada per a produir l'efecte, són assimilables per l'organisme i han de ser coherents amb els principis nutricionals i de salut generalment acceptats per la comunitat científica. El reglament 1.924/2006, estableix les condicions que s'han de complir per a permetre'n l'ocupació segura, a fi de garantir un elevat nivell de protecció dels consumidors i de facilitar que aquests trien entre els diferents aliments. En la Comunitat Valenciana s'inicia en 2014 un programa l'objectiu del qual és avaluar la informació nutricional i de propietats saludables en productes elaborats en la comunitat de qualsevol sector. Es constata que el 16,8% dels productes avaluats presenten incompliments en la informació sobre declaracions nutricionals i/o de salut.

## Objectiu 5.3.

### Garantir i promoure una alimentació saludable

Fomentar una alimentació **saludable** i millorar la qualitat de les actuacions dirigides a la **protecció de la salut del consumidor** enfront dels perills associats al consum d'aliments.

### Accions

**5.3.1.** Millorar l'**eficàcia dels controls oficials**, basats en els riscos, a fi d'impulsar i avaluar la correcta implantació dels sistemes d'autocontrol de l'empresa alimentària, que garantisquen la reducció i eliminació dels perills i els corresponents riscos.

**5.3.2.** Assegurar que els operadors econòmics de la cadena alimentària disposen de **sistemes de traçabilitat** que permeten, en cas necessari, la retirada eficaç d'aliments la innocuïtat de la qual resulte compromesa.

**5.3.3.** **Avaluar** l'exposició de la població als **contaminants químics presents en els aliments**, incloent-hi metalls, contaminants ambientals persistents i contaminants de processos.

**5.3.4.** **Avaluar** l'exposició de la població a residus de **plaguicides** i de **medicaments veterinaris** presents en aliments.

**5.3.5.** Reduir l'exposició de la població als **perills microbiològics** derivats del consum d'aliments, amb especial atenció a la incidència de la Campylobacteriosi i Salmonel·losi.

**5.3.6.** Minimitzar l'exposició de les persones sensibles a components dels aliments que puguen ser causa d'**al·lèrgies o intoleràncies** per mitjà de la informació que els permeta una elecció adequada a les seues necessitats.

**5.3.7.** Protegir la salut i els interessos dels consumidors vetlant pel compliment de la normativa quant a la informació facilitada per l'**etiquetatge d'aliments** sobre declaracions nutricionals i de propietats saludables.

**5.3.8.** Establir acords i directrius per a adequar l'oferta alimentària de les **màquines expenedores d'aliments i begudes** (MEAB) dels centres docents, sanitaris i els dependents de l'Administració, als criteris nutricionals de l'estratègia NAOS.

**5.3.9.** Impulsar actuacions intersectorials per a augmentar **el consum de fruites i verdures** en tots els grups de població, especialment de producció local i ecològica.

**5.3.10.** Fomentar l'oferta d'alimentació saludable i el comerç de proximitat en els **menjadors col·lectius** (escolars, hospitals, residències, empreses i altres centres).

**5.3.11.** Fomentar la col·laboració multisectorial per a **reduir el consum de sal, sucres i greixos "trans"** en la població, actuant en diferents nivells: la producció d'aliments, la restauració i serveis de càtering i la sensibilització del consumidor.

**5.3.12.** Millorar la informació i habilitats de la població en **seguretat alimentària** i comprensió de l'etiquetatge dels aliments.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
% d'establiments amb sistemes d'autocontrol implantats	20% (2014)	100%	DGSP ISSA
% d'establiments amb incompliments relacionats amb l'autocontrol ( <i>plans de prerequisits i Pla APPCC</i> )	7% (2014)	6%	DGSP ISSA
% d'establiments amb incompliments relacionats amb la traçabilitat	2% (2014)	1.5 %	DGSP ISSA
Incidència de campilobacteriosi i salmonel·losi	Campilobacteriosi: 50,9 x 10 <sup>5</sup> Salmonel·losi: 68,4 x 10 <sup>5</sup> (2015)	↓	DGSP RedMIVA
% d'establiments de restauració col·lectiva avaluats per a informació relacionada amb al·lèrgies i intoleràncies	-	50%	DGSP ISSA
% de mostres d'aliments analitzades amb incompliments per a al·lèrgens	2% (2014)	2%	DGSP ISSA
% de productes alimentaris avaluats amb incompliments en etiquetatge per a declaracions nutricionals i/o de propietats saludables	16% (2014)	8%	DGSP VISA
% de centres avaluats que compleixen la recomanació dels seus MEAB	-	↑	DGSP
Nombre de centres docents amb menjador escolar amb avaluació i assessorament de menú	374 (2014-2015)	↑	DGSP
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Valor de l'exposició a contaminants prioritaris: dioxines i PCB; PAH, metalls (Hg, As, Cd, Pb); acrilamida			DGSP VISA/EDT
Valor de l'exposició acumulada a residus de plaguicides i medicaments veterinaris			DGSP VISA/EDT
Despesa/consum mitjà per càpita en fruites i hortalisses fresques			INE EPF
Nombre de residències amb menjador comú amb avaluació i assessorament de menú			DGSP
Nombre d'empreses amb menjador comú amb avaluació i assessorament de menú			DGSP

## 5.4. Afavorir un entorn educatiu saludable

### Anàlisi de la situació

La **Comissió Mixta de Salut Escolar**, constituïda per mitjà del Decret 164/2002, s'encarrega de planificar les accions d'educació per a la salut en l'escola i d'aprovar la cartera bàsica de serveis a desenvolupar en els centres escolars. Des d'aquesta comissió, s'ha treballat sobre la importància d'incrementar el nombre de centres docents que participen en projectes d'educació per a la salut en la Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa.

Amb la finalitat d'incrementar la proporció de població consumidora de dos o més fruites i/o dos o més verdures al dia, en els centres escolars s'ha promocionat l'oferta diària de fruites i verdures de temporada en els menús escolars i centres educatius per mitjà de la distribució del protocol de seguiment de Menjadors Escolars contingut en la *Guia dels Menús en els menjadors escolars*. També s'ha dut a terme la revisió i assessorament de l'oferta alimentària en centres escolars de titularitat pública, així com l'estudi en una mostra dels indicadors proposats en l'Estratègia NAOS sobre oferta alimentària de fruites i verdures.

S'ha realitzat formació del professorat en gestió de menjadors escolars, per a fomentar el menjador com a espai educatiu, l'elecció de menús saludables, l'adequada informació a les famílies dels menús escolars, i impulsar la utilització de la *Guia dels menús en els menjadors escolars* de la Comunitat Valenciana.

Cal destacar també altres iniciatives impulsades des de l'àmbit educatiu, com és el foment dels centres escolars promotors de l'activitat física i l'esport a través de la convocatòria d'ajudes destinades a la realització de projectes esportius específics en els centres docents.

En la taula següent es mostren les activitats d'alimentació saludable i activitat física en els centres educatius:

<b>Activitats d'alimentació saludable i activitat física en centres educatius</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Alimentació saludable	1.127	1.457	1.247
Menjadors escolars	179	233	217
Desdejunis saludables	341	276	272
General	195	155	210
Activitat física	135	266	210
Altres	59	56	37
<b>TOTAL</b>	<b>2.036</b>	<b>2.443</b>	<b>2.193</b>

Font: Sistema d'Informació i Registre d'Educació per a la Salut (EpS) Servei de Promoció i Protecció de la Salut Subdirecció General de Promoció i Prevenció Direcció General de Salut Pública Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

En l'àmbit de la cooperació intersectorial: suport al *Pla de consum de fruites i verdures en les escoles*, promogut des de la Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural, per a escolars de 6 a 12 anys, programa de caràcter europeu arrel·legat en la reglamentació comunitària el fi del qual és la distribució de fruita en centres escolars i contribuir que els xiquets puguin apreciar la fruita i augmentar-ne el consum.

## Objectiu 5.4

### Afavorir un entorn educatiu saludable

Integrar en els projectes educatius dels centres docents actuacions per a fomentar **hàbits de vida saludables en la comunitat educativa**, comptant amb les vies de relació existents i els acords que s'establisquen amb la Conselleria responsable en educació.

### Accions

**5.4.1.** Mantindre una oferta d'activitats d'educació per a la salut en l'escola d'acord amb les necessitats identificades en cada departament, impulsant el treball en xarxa per a compartir i estendre bones pràctiques.

**5.4.2.** Fomentar l'aprenentatge d'ús de les **noves tecnologies** amb criteris de promoció i protecció de la salut (programa de pantalles saludables).

**5.4.3.** Promoure actuacions educatives que fomenten la **igualtat de gènere** i les relacions **no violentes** com a estratègia de prevenció de comportaments i conductes de risc.

**5.4.4.** Potenciar les actuacions en el mig escolar dirigides al foment del **consum de fruites i hortalisses, desdejunis saludables**, i adequació dels menús dels **menjadors escolars**. Estendre aquestes intervencions a altres entorns educatius (com els centres de formació professional, universitats o escoles d'adults).

**5.4.5.** Impulsar programes i actuacions de manera integrada i fora de l'horari lectiu, que promocionen l'**activitat** física en àmbit educatiu .

**5.4.6.** Impulsar la participació dels centres docents en programes de **prevenció del consum de drogues** (tabac, alcohol i altres) adaptats a les necessitats i riscos presents en la població adolescent i juvenil.

**5.4.7.** Elaborar i difondre **materials didàctics** de suport a l'educació per a la salut en l'entorn escolar.

**5.4.8.** Establir les mesures necessàries per atendre als xiquets i xiquetes escolaritzats amb **necessitats especials de salut**, de manera coordinada amb la conselleria amb competències en educació.

### Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Nombre de centres docents en la Xarxa d'Escoles Promotores de Salut de la Comunitat Valenciana	0	↑	DGSP
Prevalença del consum de dos o més peces de fruita/dia en població d'1-14 anys	44% (2010)	↑	DGSP ESCV
Prevalença del consum de dos o més verdures/dia en població d'1-14 anys	14% (2010)	↑	DGSP ESCV
COMPLEMENTARIS			
Nombre centres docents amb intervencions educatives per a la prevenció/disminució del consum de tabac			DGSP



## 5.5. Apostar per un entorn mediambiental afavoridor de la salut

### Anàlisi de la situació

Segons l'Organització Mundial de la Salut, al voltant d'una quarta part del conjunt de les malalties per a la població general (la tercera part en el cas dels xiquets) i el 23% de la mortalitat prematura a escala mundial es pot atribuir a factors ambientals.

El primer cicle de l'**Estratègia de Medi Ambient i Salut de la Unió Europea** (Iniciativa SCALE), orientada cap a la infància, s'ha desenvolupat a través del Pla d'acció de medi ambient i salut (2004-2010), que selecciona com a prioritaris les malalties respiratòries, els trastorns neurològics del desenvolupament, el càncer i els alteradors endocrins.

La cinquena i última de Conferència Ministerial de medi ambient i Salut de l'OMS, celebrada en 2010, ha derivat en la **Declaració de Parma**. Cada país participant s'ha compromès de dur a terme programes nacionals que garantisquen que, en 2020, cada xiquet tindrà accés a unes condicions de vida saludables, lluitant contra les conseqüències perjudicials per a la salut del canvi climàtic.

El setè **Programa Ambiental de la Unió Europea** (2013-2020): «Viure bé, respectant els límits del nostre planeta» estableix nou objectius prioritaris per a protegir als ciutadans de la UE de les pressions i riscos mediambientals per a la salut i el benestar. Per a assolir aquest objectiu s'estableix que, per a 2020, ha de garantir-se que:

- La contaminació acústica disminuisca considerablement als nivells recomanats per l'OMS
- Els ciutadans gaudeixen de normes elevades de qualitat de l'aigua potable i de bany
- Es controlen els efectes combinats dels productes químics i els problemes de seguretat que plantegen els alteradors endocrins, i s'avaluen i minimitzen els regs per al medi ambient i la salut associats a l'ús de substàncies perilloses, incloses les substàncies químiques presents en productes. L'ús de plaguicides no cause efectes perjudicials per a la salut de les persones o influisca de forma inacceptable per al medi ambient i s'utilitzen aquests productes de forma sostenible
- Es controlen adequadament els problemes de seguretat relacionats amb els nanomaterials, aplicant un plantejament coherent entre distints àmbits legislatius
- S'hagen realitzat avanços decisius en matèria d'adaptació als impactes del canvi climàtic

D'altra banda, entre els objectius del **III Programa d'acció comunitària en l'àmbit de la salut** s'estableix la necessitat de protegir la ciutadania de les amenaces transfrontereres greus per a la salut. En aquest sentit, entre les prioritats temàtiques es fa referència als àmbits de les malalties transmissibles i altres amenaces per a la salut, incloses les produïdes per agents biològics i químics, així com pel canvi climàtic i el medi ambient.

### Canvi climàtic

L'augment de la morbiditat i la mortalitat relacionades amb les temperatures extremes és un dels efectes directes del canvi climàtic constatats i que presenta un major impacte en determinats grups de població biològicament més vulnerables, com les dones embarassades, xiquets i ancians. Sent la costa mediterrània una zona vulnerable als efectes del canvi climàtic, a la Comunitat Valenciana s'est duent a terme el *Programa de Prevenció i Atenció als Problemes de Salut derivats de les Temperatures Extremes (Onada de Calor)* que funciona de juny a octubre. El seu objectiu principal és previndre, minimitzar i atendre els problemes de salut que poden causar les temperatures extremes en la població.

Respecte a la protecció de la pell enfront dels rajos solars, el 41,6% de la població (31,2% en hòmens i 51,6% en dones), es protegeix sempre en realitzar activitats d'oci o treballs a l'aire lliure. Aquesta mesura preventiva disminueix amb l'edat (el 42,9% els joves de 16 a 24 anys mentre que la població de 65 a 74 anys és el 29,5% i el 18,5% en el grup de 75 a 84 anys), augmenta amb el nivell d'estudis (la utilitzen sempre el 19,8% de la població sense estudis i el 57,9% de la població universitària) i amb la classe social (el 50,2% de la població de classe I i el 36,6% en la classe V) segons dades de l'enquesta de salut de la Comunitat Valenciana de 2010.

A més del desenvolupament d'actuacions d'adaptació, des de l'estructura sanitària enfront dels efectes esperats en la salut del canvi climàtic, el sector salut pot contribuir a la reducció de la petjada de carboni derivada de la seua activitat. En aquest sentit, destaca la iniciativa "Xarxa Global d'Hospitals Verds i saludables" que proposa transformar el sector d'atenció de la salut perquè siga ecològicament sostenible. L'hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva s'ha adherit a aquesta xarxa internacional, tot potenciant i millorant l'ús del transport públic compartit, que inclou tant pacients com professionals, amb l'objectiu fonamental de reduir l'ús del transport privat. Persegueix com a meta evitar inversions en ampliacions d'aparcament que deteriorenen l'entorn mediambiental, reduir les emissions de diòxid de carboni i contaminació ambiental, disminuir les despeses personals, evitar esperes a l'hora d'accedir al centre sanitari i millorar de forma col·lectiva, la salut ambiental.

### **Aire interior**

De manera general les persones romanen al voltant del 85% del seu temps diari en recintes interiors. És conegut que els contaminants atmosfèrics siguen d'origen físic, químic o biològic, presents en l'aire d'interiors produeixen efectes sobre la salut dels seus ocupants, inclús per a alguns d'aquests contaminants, les concentracions són habitualment superiors a les presents en aire exterior. Mentre hi ha una complexa i extensa legislació per a vigilar la qualitat de l'aire ambient, no hi ha una legislació paral·lela per a la protecció de la salut dels ocupants dels ambients interiors (malgrat que la Llei 34/2007, de 15 de novembre, de qualitat de l'aire i protecció de l'atmosfera, no exclou del seu àmbit d'aplicació a l'aire d'interiors). L'OMS en 2010 va publicar les Guies per a qualitat de l'aire interior: contaminants seleccionats, que presenta directrius per a la protecció de la salut pública de riscos derivats de contaminants presents en l'aire d'interiors, entre els quals s'inclouen cancerígens com el radó i el benzè.

### **Químics**

La població infantil resulta especialment vulnerable a les agressions externes, atès que el seu organisme es troba en ple desenvolupament. La susceptibilitat als productes tòxics és important durant certs períodes de desenvolupament i l'impacte de l'exposició precoç pot conduir a dèficit funcional, malalties cròniques i el desenvolupament de malalties a llarg termini. Per tant, convé protegir als xiquets i a les dones embarassades o en edat de procrear dels riscos derivats de l'exposició a productes químics i dur a terme una millor gestió dels riscos derivats dels alteradors endocrins.

### **Avaluació d'impacte en salut**

La Llei 10/2014, de Salut, de la Comunitat Valenciana, estableix que la Generalitat sotmetrà a avaluació de l'impacte en salut les normes, plans, programes i projectes, que s'establisquen reglamentàriament, que afecten significativament la salut.

En el moment actual, des de la Secció de Sanitat Ambiental, s'elaboren avaluacions d'impacte en salut per a instal·lacions de crematoris, per a donar resposta a l'informe de salut pública, amb especial referència a la sanitat ambiental, previst en l'actual Reglament de policia sanitària mortuòria de la Comunitat Valenciana.

## Urbanisme

Prop del 73% de la població europea viu en ciutats, i s'espera que aquest percentatge abaste el 82% en 2050. La relació entre la salut i l'entorn en què viuen les persones és reconeguda en l'àmbit internacional i presenta impactes directes i altres molt menys obvis. Així, molts entorns urbans fomenten estils de vida sedentaris i contribueixen a problemes importants de salut com l'obesitat o les malalties cardiovasculars. Aquests mateixos entorns promouen la dependència dels vehicles, amb impacte mediambiental, com la contaminació atmosfèrica, el canvi climàtic i l'increment del soroll ambiental. L'impacte també pot ser menys obvi, com la influència del transport urbà sobre l'aïllament i la cohesió social.

## Objectiu 5.5

### Apostar per un entorn mediambiental afavoridor de la salut

Vigilar i contribuir al control dels problemes per a la salut derivats del **canvi climàtic**, la **globalització** i les **condicions ambientals**.

### Accions

**5.5.1.** Disposar de protocols d'actuació en **esdeveniments extrems**: onada de calor, fred intens, inundacions, incendis forestals i contaminació atmosfèrica.

**5.5.2.** Comprometre el sistema de salut de la Comunitat Valenciana amb el **desenvolupament sostenible**, promovent que els seus centres i serveis siguen models d'eficiència ambiental, i de consum de productes de proximitat i de promoció d'hàbits respectuosos amb el medi ambient entre els treballadors.

**5.5.3.** Contribuir a l'avaluació de l'impacte en la salut de la població de la **contaminació atmosfèrica** i a la promoció de les mesures necessàries per a la reducció i control del problema.

**5.5.4.** Avaluar l'exposició a **radó** i la magnitud del problema a la Comunitat Valenciana, identificant les zones amb major risc.

**5.5.5.** Controlar la qualitat sanitària de les **aigües de consum públic** i contribuir a la millora contínua dels controls i estàndards sanitaris.

**5.5.6.** Evitar l'ús de **biocides o fitosanitaris de síntesi en espais públics**, especialment en els freqüentats per població infantil, promovent la utilització de mètodes naturals de lluita contra plagues i de control d'herbes que no utilitzen substàncies químiques tòxiques, com els proposats en el Reglament (CE) del Consell, de 28 de juny de 2007, sobre producció i etiquetatge dels productes ecològics.

**5.5.7.** Disminuir l'ús de fitosanitaris de síntesi i de fertilitzants en les zones vulnerables d'aqüífers contaminats per nitrats i herbicides, sobretot en aquelles comarques en què les aigües de consum humà sobrepassen els límits legals d'aquests substàncies. Potenciar l'ús de tècniques de producció més respectuoses amb la salut de les persones i el medi natural.

**5.5.8.** Incorporar en els informes de vigilància de salut pública la informació científica disponible sobre **contaminació interna de la població** de la Comunitat Valenciana i les seues tendències.

**5.5.9.** Avançar en el coneixement de la distribució de les diferents espècies i **serogrupos del bacteri legionel·la** a la Comunitat Valenciana.

**5.5.10.** Fomentar l'ús de **protecció contra la radiació solar** en tota la població i, particularment, en la de pell, cabells i ulls clars.

**5.5.11.** Promoure la **mobilitat sostenible**, fomentant i facilitant el transport col·lectiu i l'ús de la bicicleta o caminar en els desplaçaments curts.

**5.5.12.** Desenvolupar activitats d'informació, formació i assessorament sobre les qüestions relacionades amb la salut i el medi ambient als agents d'interés (ciutadans i col·lectius socials, responsables municipals, empreses i tècnics de sanitat ambiental).

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Nombre de protocols d'actuació sobre esdeveniments meteorològics extrems aprovats i actualitzats	2*	5**	DGSP
Nombre d'hospitals adherits a la Xarxa Global d'Hospitals Verds i Saludables	1	↑	DGSP
Elaboració de l'informe sobre nivells d'exposició a radó i zones de major risc	-	Elaborat	DGSP
Nombre d'ajuntaments que compleixen les recomanacions de bones pràctiques de tractament amb plaguicides en parcs i jardins públics	-	↑	DGSP
% de població ≥16 anys que utilitza protecció contra la radiació solar al fer activitats d'oci o treball a l'aire lliure	Total: 41,6% Hòmens: 31,2% Dones: 51,6% (2010)	↑	DGSP ESCV
<b>COMPLEMENTARIS</b>			
Quilòmetres de carril bici per 10.000 habitants			Cens Nacional d'Instal·lacions Esportives

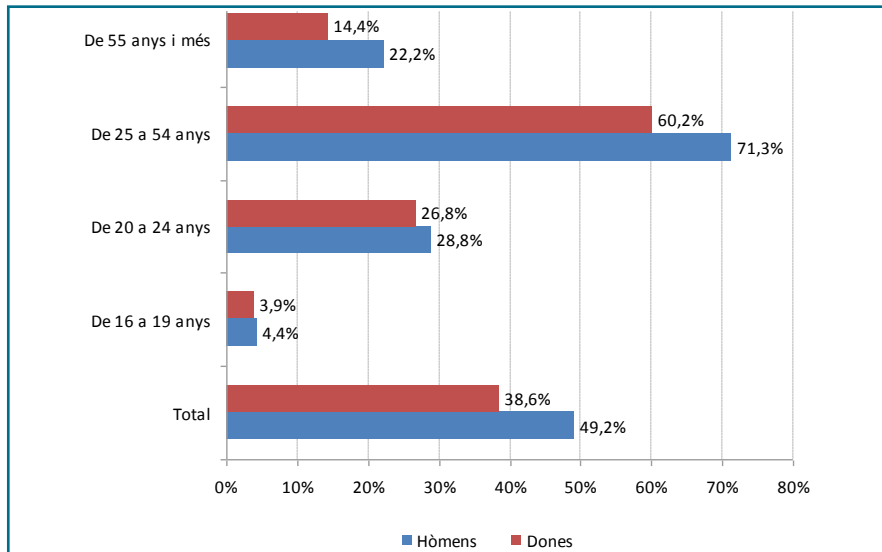
\* Temperatures extremes: onada de calor i fred intens. \*\*Inundacions, incendis forestals i contaminació atmosfèrica

## 5.6. Impulsar un entorn laboral saludable

### Anàlisi de la situació

Segons les dades de l'Enquesta de Població Activa, en 2014, la taxa global d'activitat a la CV es va situar en un 59,0%, sent superior en els homes (65,6%) que en les dones (52,7%), xifres semblants a les del conjunt d'Espanya. En el període 2008-2014, el percentatge de persones amb ocupació respecte a la població total (taxa d'ocupació) va disminuir 9,8 punts: es va situar en un 49,2% en el cas dels homes i un 38,6% en les dones.

Taxa d'ocupació segons sexe i grup d'edat. Comunitat Valenciana, 2014



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística

A la CV, es van produir un total de 35.089 accidents amb baixa en jornada de treball al llarg de l'any 2014. D'aquests, 265 van ser greus i 39 mortals. La incidència total va ser de 2.672,0 casos per 100.000 treballadors exposats, xifra lleugerament inferior a l'obtinguda en 2013. L'agricultura i la construcció van ser els sectors econòmics amb major incidència d'accidents en jornada de treball. En el mateix període, es van registrar 5.446 accidents amb baixa *in itinere* (12 de mortals i 69 de greus), el que va suposar una incidència de 414,7 casos per 100.000 treballadors exposats.

Respecte a les malalties professionals, es van comunicar un total de 2.297 parts. La majoria d'elles causades per agents físics, destacant les provocades per postures forçades i moviments repetitius en el treball. La incidència de malalties professionals va aconseguir els 174,9 casos per 100.000 treballadors exposats, un 39,3% superior a la de l'any anterior. Per sectors econòmics, s'observa una major incidència en la Indústria.

L'estrès laboral constitueix un risc per a la salut dels treballadors. L'ENSE 2011-12 incorpora una pregunta sobre el nivell d'estrès en el treball, que és mesurat a través d'una escala de valoració d'1 (gens estressant) a 7 (molt estressant). Els resultats per a la CV mostren una puntuació mitjana de 3,9, tant per a homes com per a dones. El 22,7% dels enquestats puntuen amb els valors més alts de l'escala (6 o 7), percebent el seu treball com molt estressant.

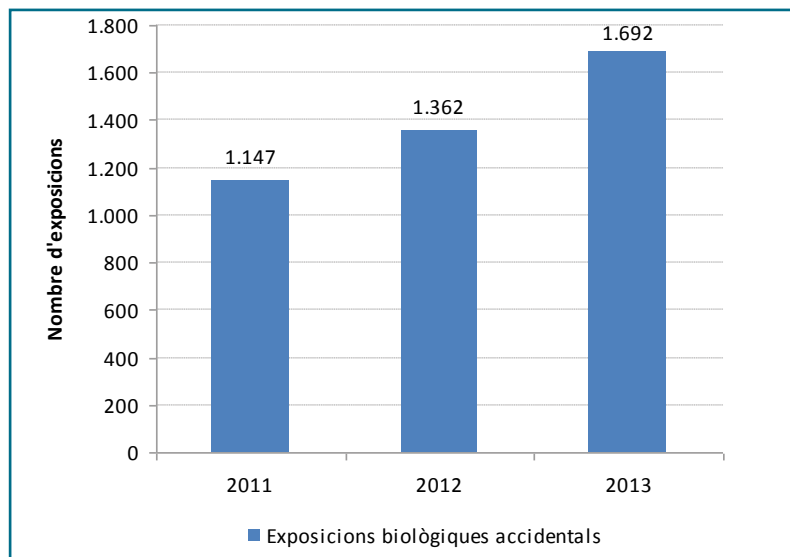
Amb la finalitat de millorar la prevenció dels problemes de salut de tipus psíquic per mitjà de la seua detecció precoç en els treballadors que ocupen llocs de treball amb risc psicosocial, es va elaborar una *Guia de recomanacions per a la vigilància específica de la salut per a treballadors i*

treballadores exposats a factors de risc psicosocial: Protocol PSICOVS.2012, encara que no es tenen dades dels exàmens realitzats aplicant els criteris d'aquesta guia.

També s'han elaborat les **guies per a la vigilància de la salut dels treballadors** (VST) específiques **d'administració** (guanyadora del 2n premi de la XIII Edició dels Premis d'Investigació i Estudis en Prevenció de Riscos Laborals (CSIF 2011) i **d'agricultura** (elaborada junt amb els Ministeris de Sanitat i d'Ocupació, organitzacions empresarials i sindicals). Contenen un document d'intercanvi d'informació sanitària sobre la VST, en el qual s'arreplega informació relativa als exàmens de salut que li han fet al treballador els serveis de Prevenció de Riscos Laborals (SPRL) de les empreses on ha treballat. A través d'aquest document es pretén que a un mateix treballador no se li repetisquen exàmens de salut que se li hagen fet recentment, si el SPRL responsable del nou examen de salut no ho considera necessari, en tot o en part, perquè disposa de prou informació provinent del SPRL anterior.

També s'ha impulsat la **prevenció dels accidents biològics en treballadors sanitaris** i implantat el Registre d'Exposicions Biològiques Accidentals (REBA), per a la notificació de les exposicions

Exposicions biològiques accidentals de treballadors

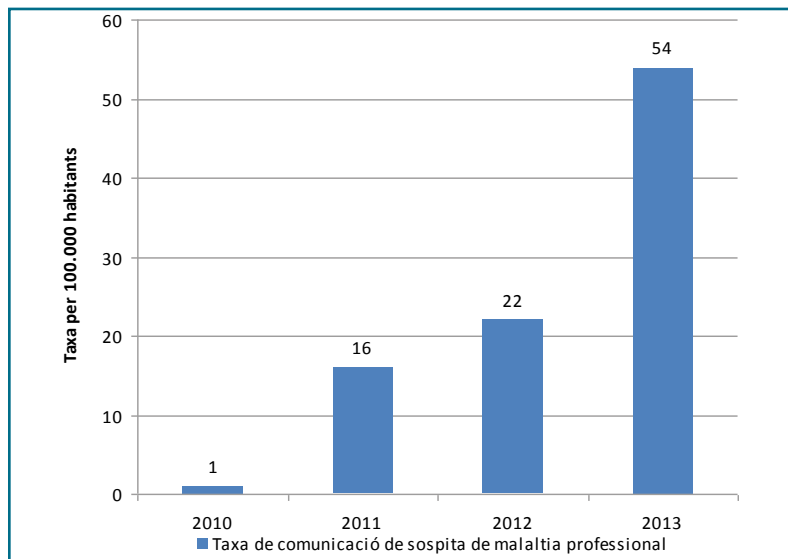


Font: REBA. DGSP Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

laborals accidentals a risc biològic. En la gràfica següent es mostra les exposicions biològiques accidentals de treballadors per al tractament i seguiment de les quals es va utilitzar l'aplicació REBA.

S'han elaborat **protocols per a la identificació de l'origen laboral de les malalties musculoesquelètiques**. Aquests protocols s'han inclòs en el document *Criteris consensuats per a la comunicació de sospites i determinació de malalties professionals en el marc del SISVEL*. La comunicació de sospites de malalties professionals a través del SISVEL (Sistema d'Informació Sanitària i Vigilància Epidemiològica Laboral) es va implantar en juliol de 2010 com a experiència pilot en 19 centres de salut. Al febrer de 2011, es va ampliar a tota la xarxa d'atenció primària. En la gràfica següent, es mostra la taxa de comunicació de sospita de malaltia professional per 10<sup>5</sup> habitants.

### Taxa de comunicació de sospita de malaltia professional (malalties osteomusculars)



Font: SISVEL DGSP Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## Objectiu 5.6

### Impulsar un entorn laboral saludable

Protegir i promoure la salut de les **persones treballadores** i millorar la prevenció de les malalties i accidents d'origen laboral.

### Accions

**5.6.1.** Promoure els programes de benestar en el treball i les bones pràctiques en matèria de **prevenció i promoció** de la salut dels treballadors.

**5.6.2.** Dur a terme la vigilància i el control sanitari dels **productes químics** fabricats, manipulats, utilitzats i/o comercialitzats en les empreses de la Comunitat Valenciana

**5.6.3.** Promoure la prevenció i detecció precoç dels problemes de salut derivats dels riscos **laborals** i les actuacions sobre **col·lectius específics** vulnerables (dones treballadores, treballadors autònoms, joves, treballadors especialment sensibles, immigrants persones amb diversitat funcional, desocupats de llarga durada).

**5.6.4.** Consolidar i potenciar el **sistema d'informació** sanitària i **vigilància epidemiològica laboral** SISVEL en tots els nivells assistencials, amb especial atenció a millorar la detecció precoç de malalties respiratòries i càncer professional.

**5.6.5.** Millorar els **sistemes i circuits de comunicació** entre el sistema sanitari, els serveis de prevenció de riscos laborals, les mútues col·laboradores de la Seguretat Social i l'Administració laboral i de la Seguretat Social per a la prevenció, diagnòstic, atenció i reconeixement del dany laboral.

**5.6.6.** Promoure la **formació i capacitació** del personal sanitari per a la identificació del dany d'origen laboral.

**5.6.7.** Potenciar els **suports per a persones cuidadores** amb menors o persones dependents a càrrec seu, en matèria de permisos que permeten la conciliació de la vida personal, familiar i laboral.

**5.6.8.** Promoure accions dirigides a la preparació per a la **jubilació i l'envelliment actiu** de les persones treballadores.

## Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Nombre d'empres adherides a la Xarxa d'Empres Generadores de Salut	259 (2014)	↑	DGSP SISVEL
Incidència de malalties professionals	174,9 x 10 <sup>5</sup> (2014)	Millorar declaració	INVASSAT CEPROSS
Prevalença de treballadors que perceben de l'activitat laboral com un risc per a la salut	♂31,5% ♀20,9% (2011-12)	↓	DGSP ESCV
Incidència d'accidents de treball	414,7 x 10 <sup>5</sup> (2014)	↓	INVASSAT Delta
Taxa de casos de sospita de malalties musculoesquelètiques d'origen laboral comunicats x 10 <sup>5</sup>	72,24 x 10 <sup>5</sup> (2014)	↑	DGSP SISVEL
Taxa de casos de sospita de malalties respiratòries d'origen laboral comunicats x 10 <sup>5</sup>	3,31 x 10 <sup>5</sup> (2014)	↑	DGSP SISVEL
Taxa de casos de sospita de càncer d'origen laboral comunicats x 10 <sup>5</sup>	0,91 x 10 <sup>5</sup> (2014)	↑	DGSP SISVEL
COMPLEMENTARIS			
% d'històries d'AP en adults (25-64 anys) amb registre de la situació laboral i l'ocupació			Abulcassis
Incidència de malalties no traumàtiques causades o agreujades pel treball			DGSP PANOTRATSS
Nombre d'alertes investigades per deficiències en relació amb el risc derivat de la presència de productes químics			DGSP



## 5.7. Impulsar els actius per a la salut propis de la Comunitat Valenciana

### Anàlisi de la situació

L'enfocament de la salut positiva centra l'atenció en l'origen de la salut, és a dir, en allò que fa que les persones i les comunitats milloren el seu nivell de salut, i no en les causes de la malaltia. Des d'aquest punt de vista, el concepte d'**actius per a la salut** comprén qualsevol factor o recurs que potencie la capacitat dels individus, de les comunitats i poblacions per a mantindre la salut i benestar.

A la Comunitat Valenciana, hi ha algunes iniciatives d'intervenció comunitària que incorporen aquest enfocament de salut positiva. El **Projecte RIU del Departament de Salut de la Ribera**, en marxa des de 2008, està dirigit a la promoció de la salut i l'accés als serveis sanitaris i programes preventius en poblacions en situació de vulnerabilitat social. Una de les accions que fa és elaborar un mapa d'actius en salut amb l'objectiu de connectar i dinamitzar els actius identificats per a donar resposta a les necessitats del barri, dissenyant intervencions amb la participació conjunta de la població i professionals.

A la ciutat de València, des de **DIHSalut**, també s'ha realitzat un mapa d'actius per a la salut i la convivència, tres concursos de fotografies i una exposició itinerant d'una selecció de fotos sobre actius, dirigida al fet que les associacions incorporen aquesta perspectiva. L'exposició ha circulat per 12 associacions de la ciutat.

La Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana, en el capítol III, estableix la creació i foment de **xarxes de promoció de la salut** com un instrument d'intercanvi de coneixements i experiències realitzades en distints àmbits.

La **Xarxa Espanyola de Ciutats Saludables (XECS)**, naix en 1988, en la Federació Espanyola de Municipis i Províncies, dins del projecte europeu de Ciutats Saludables, l'objectiu de la qual és la salut i el desenvolupament sostenible, en el nivell local, segons l'estratègia Salut per a Tots. En l'actualitat, en formen 17 municipis de la Comunitat Valenciana.

La **Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa** (Xarxa SHE, per les inicials en anglés), té una llarga història com a Xarxa Europea d'Escoles Promotores de Salut, i ha demostrat el seu progrés en l'establiment de la promoció per a la salut, com a part del treball en les escoles, en un gran nombre de països, basant-se en la contribució de l'evidència.

La **Xarxa Espanyola d'Universitats Saludables (XEUS)** es va crear en 2008 amb l'objecte d'enfortir el paper de les Universitats com a entitats promotores de la salut de la comunitat universitària en particular i la societat en general. En 2014, totes les universitats públiques, així com l'estructura de salut pública de la Comunitat Valenciana estan adherides a aquesta xarxa estatal.

## Objectiu 5.7

### Impulsar els actius per a la salut propis de la comunitat valenciana

Incorporar l'enfocament de la **salut positiva** i els **actius per a la salut**, com a mirada complementària a la identificació de riscos d'emmalaltir, reforçant les fortaleses individuals i utilitzant les oportunitats de l'entorn per a aconseguir resultats positius en salut.

### Accions

**5.7.1.** Potenciar la realització de **mapes d'actius** en el diagnòstic de salut per a identificar els factors o recursos que potencien la capacitat de les persones i comunitats per a mantindre la salut i el benestar.

**5.7.2.** Impulsar la realització d'**intervencions** basades en la connexió i potenciació d'actius per a la salut amb la **participació de la comunitat**.

**5.7.3.** Proporcionar **formació** a professionals i ciutadania sobre l'enfocament de salut positiva i actius per a la salut.

**5.7.4.** Posar en valor les **característiques** geogràfiques, culturals i climatològiques **de la Comunitat Valenciana** i els beneficis del seu gaudi i aprofitament sobre la salut i benestar de la ciutadania, com a dieta mediterrània, horts urbans, passejos, esport i activitats a l'aire lliure o espais i parcs naturals.

**5.7.5.** Reconèixer i col·laborar amb el **voluntariat** i les iniciatives de **grups de suport informal** en l'àmbit de la promoció de la salut, com per exemple mares que recolzen a altres mares en la criança i la lactància, veïnes i veïns que es recolzen els uns als altres, pacients actius que recolzen a altres pacients o associacions que ofereixen ajuda i suport.

**5.7.6.** Desenvolupar un programa d'**espais públics amics de la salut** (PepaS) des de l'Administració, que siguen generadors i model d'activitats de promoció de salut en el seu entorn.

**5.7.7.** Recolzar les iniciatives de **xarxes de promoció de la salut** existents en els diferents entorns de la comunitat: empreses, municipis, associacions, escoles, universitats, hospitals.

**5.7.8.** Difondre les **bones pràctiques** en promoció de la salut.

### Indicadors

ESSENCIALS/BÀSICS	SITUACIÓ ACTUAL	OBJECTIU 2020	FONT
Nombre de projectes de promoció de la salut que incorporen el mapatge d'actius a l'anàlisi de situació	-	↑	DGSP CSP
Nombre d'intervencions de promoció de la salut que incorporen la connexió i dinamització d'actius en les accions que es duen a terme	-	↑	DGSP CSP
Nombre de centres públics adherits a PepaS	-	↑	DGSP
Departaments amb catàlegs publicats i difosos de recursos d'actius per a la salut	-	↑	DGSP CSP







**IMPLANTACIÓ,  
SEGUIMENT I  
AVALUACIÓ**



# Implantació

---

El procés d'implantació pivotarà sobre dos estratègies clau:

**Descentralització i adaptació dels objectius del pla als departaments de salut**, comptant amb els diversos agents socials, entitats locals i òrgans de participació com són els consells de salut departamentals i locals.

**Alineament dels acords de gestió, prioritzant** indicadors que mesuren millores assistencials i en salut de la població, **adaptant** els indicadors anuals utilitzats per a avaluar la consecució dels objectius lligats a incentius dels professionals, als indicadors d'avaluació del Pla de Salut.

## Seguiment i avaluació

---

El Pla de Salut 2016-2020 arreplega en el seu plantejament els **compromisos adquirits** per l'actual Govern de la comunitat davant la societat valenciana, d'aplicar el principi de **Salut en Totes les Polítiques (STP)**, a través de la implicació dels diferents departaments que conformen el Govern Valencià. Per això el seu seguiment i avaluació s'estableix comptant amb:

### 1. Coordinació interdepartamental

Utilització de **vies de coordinació interdepartamental** en el desenvolupament conjunt de polítiques d'abast transversal, que afecten la globalitat de l'organització de la Generalitat i que resulten necessàries per a aplicar el principi de Salut en Totes les Polítiques.

El Pla de Salut serà considerat en el marc de la **Comissió Delegada del Consell d'Inclusió i Drets Socials**, constituïda reglamentàriament pel Decret 238/2015, de 29 de desembre, del Consell. Aquesta comissió té la missió de coordinar l'activitat dels diferents departaments per a la prioritització i el desenvolupament conjunt de polítiques d'inclusió social d'abast transversal, que afecten la globalitat de l'organització de la Generalitat.

També resulta especialment innovador l'impuls des del Pla de Salut del procés de treball conjunt per a definir i regular el procediment d'**Avaluació de l'Impacte en Salut (AIS)** de les diferents polítiques i iniciatives de sectors diferents al de la salut. Això comporta la creació de la Comissió d'AIS, les funcions de la qual quedaran regulades en un decret del Consell.

Amb caràcter bianual, s'elaborarà un **informe d'avaluació** de resultats del Pla de Salut que serà elevat al Consell, després d'informar-ne el Consell de Salut de la CV, i es posarà també a disposició de la ciutadania.

### 2. Òrgans de participació

El **Consell de Salut** de la Comunitat Valenciana, així com els departamentals i locals constitueixen òrgans de participació ciutadana fonamentals en la revisió, validació i adaptació de les propostes del Pla de Salut en cada àmbit territorial. La seua composició i funcions s'establiran reglamentàriament en una normativa específica.

**Comissió Assessora del Pla de Salut.** Per al seguiment i avaluació del Pla de Salut, es comptarà amb el suport i assessorament mantingut d'un **grup multidisciplinari d'experts** prestigiosos i independents. El nomenament de les persones que formen part de la comissió l'efectuarà la persona titular de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. La seua funció se centrarà a aportar coneixement sobre experiències, estudis específics, projectes d'investigació i publicacions en el seu àmbit, que puguen vincular-se als objectius i accions del Pla de Salut i que aporten informació complementària per a facilitar-ne el seguiment i l'avaluació.

### 3 Comitè de seguiment

presidit per la persona titular de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i amb representació dels organismes que la integren. Tindrà el suport d'un equip tècnic presidit per la persona titular de la Direcció General de Salut Pública. Les seues funcions seran:

- Coordinar la difusió i implantació del Pla de Salut
- Col·laborar en el desenvolupament d'estratègies, projectes i programes que es desprenguen del Pla de Salut
- Concretar la situació basal i la meta a aconseguir dels diferents indicadors proposats per a avaluar els objectius del pla
- Procurar l'alineació dels seus objectius amb els plantejats en els acords de gestió del Servei Valencià de Salut, així com amb els distints programes i estratègies de salut
- Avaluar el grau de consecució dels objectius des de la doble perspectiva de l'anàlisi quantitativa que proporciona el mesurament dels indicadors previstos, així com de la valoració a través de l'aplicació de metodologia qualitativa. L'objectiu és implicar en el procés d'avaluació els diferents agents socials
- Elaborar informes periòdics de seguiment del Pla, que es compartiran i completaran amb les aportacions dels òrgans de participació i de coordinació interdepartamental, posant-se finalment a disposició de la ciutadania



# Recursos financers

---

El Pla de Salut de la Comunitat Valenciana és un pla estratègic de la Generalitat Valenciana les propostes del qual es dirigeixen a la millora de la salut i el benestar de la població que resideix a la nostra comunitat. L'abast dels seus objectius transcendeix **l'organització i àmbit d'intervenció dels serveis sanitaris**, la qual cosa fa necessària la implicació i responsabilització del conjunt de les administracions públiques, entitats i organitzacions socials que operen sobre el nostre territori. En aquest sentit, el compromís i participació de totes resulten essencials per al desenvolupament d'aquelles línies estratègiques que persegueixen promoure la salut en les diferents etapes i entorns de la vida, i enfortir l'equitat i reduir les desigualtats en salut.

En el marc temporal 2016-2020, les línies estratègiques i les accions previstes en el Pla de Salut de la Comunitat Valenciana seran efectuades amb els recursos financers disponibles en els diferents **pressupostos de les administracions i organismes públics** vinculats de la **Generalitat Valenciana**, d'acord amb el que estableix la Llei orgànica 2/2012, de 27 d'abril, d'estabilitat pressupostària i sostenibilitat financera.

No obstant això, es creu convenient que una primera anàlisi del grau de consistència entre les prioritats exposades en el Pla de Salut i l'acció de govern de la Generalitat ha de partir de l'estudi comparat entre aquelles i els **objectius i actuacions de despesa previstos en els diferents pressupostos anuals** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Per a això, s'inclou en l'annex 5.4, una taula en què pot observar-se la correspondència entre les línies estratègiques i objectius del Pla de Salut 2016-2020 i els objectius previstos per programes pressupostaris en el Pressupost de l'exercici 2016 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. De la informació exposada, s'infereix un elevat grau de correspondència entre els objectius definits en els dos documents programàtics, si bé s'han detectat diferents propostes relatives a les línies estratègiques 1 i 2 del Pla de Salut, el grau de concreció de les quals en els objectius pressupostaris hauria de ser major al llarg dels exercicis següents, fonamentalment quant a les patologies més prevalents i a l'impuls de la investigació lligada als objectius del Pla de Salut.





## **ANNEXOS**



# 1. Principals referències bibliogràfiques

---

Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MT, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets-the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 26: doi: 10.1136/jech-2014-205096.

Aldarz Herce P, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Grup d'Experts del PAPPS. Prevenció de las enfermedades infecciosas. *Atenció Primària*. 2014; 46 (Supl 4):42-58.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996;11:11-18.

Bauer G, Davies JK, Pelikan J and on behalf of the Euhipid Theory Working Group and the Euhipid Consortium. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int*. 2006;21:153-9.

Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut. OMS, Ginebra, 1986.

Centre Nacional de Sanitat Ambiental. Institut de Salut Carles III. Informe base para la elaboración del Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente. Madrid: Institut de Salut Carles III; 2007.

Comissió per a Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministeri de Sanitat i Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>.

Commission staff working document. Implementation report on the Commission Communication on a European initiative Alzheimer's disease and other dementias. SWD (2014) 321 final..

Comunicació de la Comissió al Parlament Europeu, al Consell, al Comité Econòmic i Social Europeu i al Comité de les Regions relativa a un marc estratègic de la UE en matèria de salut i seguretat en el treball 2014-2020. COM (2014) 332 final.

Conselleria d'Infraestructures, Territori i Medi Ambient. Estratègia Valenciana davant del Canvi Climàtic, 2013-2020. Mitigació i Adaptació. València: Generalitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. Control Bàsic de l'Embaràs a la Comunitat Valenciana. Manual per a Professionals Sanitaris. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2002.

Conselleria de Sanitat. Pla de Diabetis de la Comunitat Valenciana 2006-2010. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2006.

Conselleria de Sanitat. Guia bàsica per a la Prevenció de Riscos Laborals durant l'embaràs i la lactància. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2006.

Conselleria de Sanitat. Estratègia per a l'Atenció del Part Normal a la Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2009.

Conselleria de Sanitat. Pla Integral de Cures Pal·liatives a la Comunitat Valenciana 2010-2013. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2010. Sèrie PE núm. 23.

Conselleria de Sanitat. Pla de Salut en MPOC de la Comunitat Valenciana, 2010-2014. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2010. Sèrie PE núm. 24.

Conselleria de Sanitat. Pla d'Atenció de l'Ictus a la Comunitat Valenciana (2011-2015). València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2011.

Conselleria de Sanitat. Pla Oncològic de la Comunitat Valenciana 2011-2014. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2011. Sèrie PE núm. 26.

Conselleria de Sanitat. Pla d'actuació per a la Reperfusió en l'Infart Agut de Miocardi amb elevació del segment ST "Codi Infart". València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. diagnòstic Prenatal a la Comunitat Valenciana. Manual per a professionals. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. Estratègia d'Envelliment Actiu de la Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2013.

Conselleria de Sanitat. III Pla Estratègic de Drogodependències i altres trastorns addictius de la Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014.

Conselleria de Sanitat. Estratègia per a l'atenció a Pacients Crònics a la Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014. Sèrie PE núm. 27.

Conselleria de Sanitat. Criteris per a la Comunicació de Sospites i determinació de possibles Malalties Professionals. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Decisió núm. 1386/2013/UE del Parlament Europeu i del Consell de 20 de novembre de 2013, relativa al Programa General d'Acció de la Unió en matèria de medi ambient fins a 2020 «Viure bé, respectant els límits del nostre planeta». (Diari Oficial de la Unió Europea, 28-12-2013).

Declaració d'Adelaida sobre la Salut en Totes les Polítiques: cap a una governança compartida en pro de la salut i el benestar. Adelaida: Organització Mundial de la Salut; 2010.

Declaració Europea de Salut Mental del Pla d'Acció d'Hèlsinki 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>.

Dementia in Europe. Yearbook 2014. National care pathways for people with dementia living at home. Disponible en: <http://www.alzheimer-europe.org/>.

Escribà Agüir V, Royo Marqués M, Mas Pons R, Fullana Montoro A, Moreno Alonso MP. Protocol per a l'Atenció Sanitària de la Violència de Gènere (PDA). 3a ed. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2009. 84p.

Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). J Epidemiol Community Health. 2013;67:1068-72.

González Bueno G i Bello A. La Infància a Espanya 2014. El valor social dels xiquets: cap a un pacte d'Estat per la infància. Madrid: UNICEF Comitè Espanyol; 2014.

Grup Previnfad: Julia Colomer, Olga Cortés, Juan J. Delgado. Manual d'activitats preventives en la infància i l'adolescència. Recomanacions PREVINFAD. Segona edició. Madrid: Exlibris Edicions, SL; 2011.

Grup de treball de la Guia de Pràctica Clínica d'Atenció en l'Embaràs i Puerperi. Guia de pràctica clínica d'atenció en l'embaràs i puerperi. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Agència

d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries d'Andalusia; 2014. Guies de Pràctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.

Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendències dels principals factors de risc de malalties cròniques. Espanya, 2001-2011/12. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2014.

Hernández-Aguado I, Santaolaya Cistellers M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit. 2012; 26 (S):6-13.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.

Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare; 1974.

Lazdane G, Avery L. SRH and rights, well-being and equity for all. European Magazine for Sexual and Reproductive Health Entre Nous 2015;85:8-11.

LeFevre ML, Siu AL, Bibbins-Domingo K and on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Risk Factors: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2014; 161:587-593. Disponible en: <http://www.uspreventiveservices-taskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd>

Llei 33/2011, de 4 d'octubre, General de Salut Pública (*Boletín Oficial del Estado* número 240, de 05-10-2011).

Llei 10/2014 de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana (*Boletín Oficial del Estado* número 35, de 10-02-2015).

Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012; 380:1011-29.

Ministeri de Sanitat i Consum. Estratègia per a la Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat. Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum; 2005.

Ministeri d'Agricultura, Alimentació i Medi Ambient. Pla Nacional d'Adaptació al Canvi Climàtic. Madrid: Ministeri d'Agricultura, Alimentació i Medi ambient; 2006.

Ministeri de Sanitat i Consum. Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum; 2008.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Pla de Qualitat per al Sistema Nacional de Salut. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat; 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>

Ministeri de Sanitat Política Social i igualtat. Estratègia en càncer del Sistema Nacional de Salut. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat; 2010.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut 2009-2013. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat; 2011.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat; 2011.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Estratègia en Diabetis del Sistema Nacional de Salut. Actualització. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2012.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat en el Sistema Nacional de Salut. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2012.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. II Pla Estratègic Nacional d'Infància i Adolescència 2013-2016. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2013.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Impactes del Canvi Climàtic en la salut. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2013.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Estratègia de Promoció de la Salut i Prevenció del SNS. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2013.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Enquesta Nacional de Salut. Espanya 2011/2012. Activitat física, descans i oci. Sèrie Informes monogràfics núm. 4. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2014.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Pla Nacional sobre la Sida. Guia de recomanacions per al diagnòstic precoç del VIH en l'àmbit sanitari. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2014.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Estratègia de Seguretat del Pacient del Sistema Nacional de Salut. Període 2015-2020. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2015.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Estratègia d'Atenció a les Malalties Neurodegeneratives/ Demències del SNS. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (*en procés d'elaboració*).

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Consell Integral en estil de vida en Atenció Primària vinculat amb recursos comunitaris en població adulta. Estratègia de Promoció de la Salut i Prevenció en el SNS. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2015.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Activitat Física per a la Salut i Reducció del Sedarisme. Recomanacions per a la població. Estratègia de Promoció de la Salut i Prevenció en el SNS. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2015.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Guia per a la implementació local de l'Estratègia de Promoció de la Salut i Prevenció del SNS. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2015.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Consum. Document de consens sobre prevenció de fragilitat i caigudes en la persona major. Estratègia de Promoció de la Salut i Prevenció en el SNS. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Consum; 2015.

Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ* 2007;Suppl 2:17-22.

Morgan A. Revisiting the Asset Model: a clarification of idees and terms. *Glob Health Promot* 2014; 21:3-6.

National Health Service England. Action for Diabetes (2014). NHS; 2014. Disponible en: <http://www.england.nhs.uk/>.

Organisation for Economic Cooperation and Development. Health Statistic 2014. Eurostat Statistic Database. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.



Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance: Europe 2014. OCDE Publishing; 2014. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en).

Organització de les Nacions Unides. Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans (ACNUDH). Convenció sobre els Drets de les Persones amb discapacitat. Disponible en: <http://www.un.org/>

Organització Mundial de la Salut. Glossari de promoció de la salut. Ginebra:WHO;1998.

Organització Mundial de la Salut. Perfil de l'Atenció Innovadora per a les Condicions Cròniques en l'informe Atenció Innovadora per a les Condicions Cròniques: Agenda per al Canvi. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 2003.

Organització Mundial de la Salut. Declaració política de Rio sobre determinants socials de la salut. Rio de Janeiro (Brasil): OMS; 2011.

Organització Mundial de la Salut. Pla d'Acció sobre Salut Mental (2013-2020). Ginebra: OMS; 2013.

Organització Mundial de la Salut. Informe mundial sobre l'envelliment i la salut. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int).

Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa. Pacte Europeu per a la Salut Mental i el Benestar. Brussel·les; 2008. Disponible en: <http://ec.europa.eu/>.

Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. Guia europea de prevenció de la malaltia cardiovascular en la pràctica clínica (versió 2012). Rev Esp Cardiol. 2012; 65: 937.e1-e.66.

Red Española de Universidades Saludables (REUS). [consultat el 18/12/2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/reus.htm>

Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2010. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2013.

Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman D and on behalf of the US Preventive Services Task Force. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes *Mellitus*: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015; 163:861-868. Disponible en:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes>

Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman D and on behalf of the US Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015; 163:622-634. Disponible en:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions1>

Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària. Actualització 2014 PAPPs. Atenció Primària. 2014; 46 (Supl 4):1-117.

Special Eurobarometer 412. "Sport and physical activity". Disponible en: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/index.en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/index.en.htm)

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.

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

Subdirecció General d'Informació Sanitària i Innovació. Sistema d'Informació Sanitària del Sistema Nacional de Salut. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2014. Disponible en: [ww.mssi.gov.es](http://ww.mssi.gov.es).

Subdirecció General d'Epidemiologia. Sistema d'Informació en Salut Pública. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Disponible en: <http://dgsp.san.gva.es/>.

Suplementación con yodo y ácido fólico durante el embarazo y la lactancia. Resumen y recomendaciones del taller llevado a cabo en Bilbao el 30 de octubre de 2012. Disponible en: <http://dgsp.san.gva.es/>.

The Government Office for Science. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report – Executive summary. London: The Government Office for Science. 2008. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.summary.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.summary.pdf).

UCL Institute of Health Equity. Department of Epidemiology & Public Health. Working for Health Equity: The Role of Health Professionals. London: University College of London; 2013.

United Health Foundation. America's Health Rankings 2014. Disponible en: [www.americashealthrankings.org](http://www.americashealthrankings.org).

US Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2014. Recommendations of the US Preventive Services Task Force. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/tools-and-resources-for-better-preventive-care>

World Health Organization Regional Office for Europe. Parma Declaration on Environment and Health. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health "Protecting children's health in a changing environment". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

World Health Organization. WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases (2013-2020). Ginebra: WHO; 2013.

World Health Organization. Global status report on Noncommunicable Diseases 2014. Ginebra: WHO; 2014.

World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. Ginebra: WHO; 2014.

World Health Organization. Health in all Policies: training manual. Ginebra: WHO; 2015.

World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Ginebra: WHO; 2016.

World Health Organization Regional Office for Europe. The European Health Report 2012. Charting the way to well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

World Health Organization Regional Office for Europe. Who European Healthy Cities Network Phase VI (2014-2018). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020 targets, indicators and monitoring framework. WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int>.

World Health Organization Regional Office for Europe. European Food and Nutrition Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

World Health Organization Regional Office for Europe. The case for investing in public health. Dinamarca: WHO;2014.

World Health Organization Regional Office for Europe. The European Health Report 2015. Targets and beyond-reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

## 2. III Pla de Salut: grau de consecució de les línies estratègiques

LÍNIES ESTRATÈGIQUES		NOMBRE D'OBJECTIUS ESPECÍFICS					Grau de consecució de la línia
		Total	Avaluats	Conseguido	Parcialment aconseguit	No Aconseguit	
D	Responsabilitzar-se cada pacient de la seua salut	8	8	6	2	0	A
E	Aconseguir els millors nivells de capacitació	7	7	2	5	0	B
F	Aconseguir millors oportunitats de vida sana	29	28	7	20	1	B
G	Construir compromisos per la salut	4	4	1	3	0	B
H	Contribuir a un entorn més saludable	2	2	1	1	0	A
I	Millorar la sostenibilitat	4	4	1	1	2	D
J	Gestionar adequadament els processos dels pacients	22	21	7	11	3	D
K	Prioritzar els grups vulnerables	8	8	2	5	1	B
L	Realitzar processos excel·lents en educació en salut	5	5	3	1	1	B
M	Incorporar el professional en l'estratègia de salut	13	13	4	8	1	B
N	Vigilar la salut i l'equitat	11	11	6	4	1	B
O	Incorporar a la societat en l'estratègia de salut	8	8	2	6	0	B
P	Conèixer i gestionar els costos amb eficiència	3	3	0	2	1	C
Q	Adaptar els rols professionals a l'estratègia de salut	2	2	1	1	0	A
R	Desenvolupar formes en salut més eficients	4	4	2	1	1	C
S	Formar els professionals	6	6	3	3	0	A
T	Desenvolupar les TIC i l'e-salut com a element estratègic	18	18	4	8	6	C
U	Construir els canals d'intersectorialitat	2	2	0	2	0	B
V	Dissenyar serveis eficients	5	5	2	2	1	B
A	Satisfacció	1	1		1		B
C	Sostenibilitat	1	1	1			B
B	<b>SALUT</b>	<b>163</b>	<b>161</b>	<b>55</b>	<b>87</b>	<b>19</b>	<b>B</b>

### 3. Resum de la prioritització realitzada en la consulta Metaplan i Delphi

#### LÍNIA 1. INNOVACIÓ, REORIENTACIÓ I REORGANITZACIÓ DEL SISTEMA SANITARI PER A ASSEGU- RAR LA MÀXIMA QUALITAT I LA MILLOR VALORACIÓ PERCEBUDA PELS PACIENTS

<b>Objectiu 1.1.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Reorientar recursos a l'atenció primària	TCS	OCA	DS	PSC	CP
Major coordinació especialitzada-primària	TCS		DS	PSC	CP
Fomentar el treball comunitari col·laborant AP i salut pública	TCS		DS		
Major coordinació sociosanitària	TCS		DS	PSC	CP
Establir processos assistencials integrats	TCS		DS	PSC	
Potenciar l'ús de guies clíniques basades en l'evidència	TCS		DS	PSC	
Sectorització unitats de referència en hospitals	TCS		DS	PSC	
Promoure l'hospitalització a domicili	TCS		DS	PSC	CP
Promoure la cirurgia ambulatoria	TCS		DS	PSC	CP
Fomentar assistència per equips multidisciplinaris					CP
<b>Objectiu 1.2.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
La sostenibilitat del sistema sanitari públic com a principi fonamental del Pla de Salut	TCS	OC AL	DS	PSC	CP
Ús racional dels medicaments: eines de suport	TCS		DS		CP
Promoure la prescripció raonada de medicaments en funció de la seua utilitat	TCS		DS		
Maximitzar la cerca d'eficiència en les decisions: compra de tecnologies, programes, actuacions	TCS		DS	PSC	
Analitzar el cost-efectivitat de les prestacions sanitàries	TCS		DS	PSC	
Incloure en els acords de gestió compliment d'objectius i resultats en salut previstos en el Pla de Salut	TCS		DS		
Promoure un ús responsable dels recursos sanitaris	TCS			PSC	
<b>Objectiu 1.3.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Potenciar l'ús de guies clíniques basades en l'evidència	TCS		DS	PSC	
Garantir temps màxims de demora en llista d'espera	TCS		DS	PSC	CP
Seguretat del pacient com a valor fonamental del Pla de Salut	TCS	OC AL	DS	PSC	CP
Qualitat de l'atenció com a valor fonamental del Pla de Salut	TCS	OC AL	DS	PSC	CP
<b>Objectiu 1.4.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Assegurar qualitat de bases de dades i sistemes d'informació (SI)	TCS		DS	PSC	
Integrar els actuals SI entre nivells i models organitzatius: història clínica única	TCS		DS	PSC	
Indicadors assistencials de les malalties més prevalents per centre assistencial i departament	TCS		DS	PSC	
Potenciar la comunicació entre professionals i/o pacients a través de les TIC				PSC	
Difondre resultats de l'activitat sanitària dels departaments a la ciutadania	TCS		DS	PSC	
Analitzar i difondre resultats sobre determinants socials de salut	TCS		DS	PSC	
Definir objectius i actuacions en els departaments de salut, vinculats			DS	PSC	CP

als que estableix el Pla de Salut					
Oferir periòdicament informació de resultats del Pla de Salut a professionals i ciutadania		DS	PSC	CP	
Pla estratègic de comunicació en salut: web institucional, mitjans, missatges de salut usant TIC, xarxes socials	TCS	DS	PSC	CP	
<b>Objectiu 1.5.</b>			<b>Col·lectiu</b>		
Participació i implicació dels professionals en les polítiques de salut	TCS	DS	PSC		
Potenciar nous perfils professionals	TCS	DS	PSC		
Acostar la visió dels clínics i dels gestors			PSC		
Pla de formació vinculat als objectius de l'organització i el desenvolupament de competències	TCS	DS	PSC	CP	
Fomentar la investigació aplicada dirigida a l'acció	TCS	DS	PSC		
Millorar els sistemes d'incentius a professionals	TCS		PSC		
Investigació coordinada i en xarxa per a avaluar intervencions sanitàries en les patologies més prevalents	TCS				
Fomentar la investigació en malalties neurodegeneratives: (Alzheimer, Parkinson...)					CP

TCS: tècnics Conselleria Sanitat; OC-AL: tècnics d'altres conselleries i administració local; DS: directius Conselleria Sanitat; PSC: professionals i societats científiques; CP: ciutadania i pacients

## LÍNIA 2. ORIENTACIÓ CAP A LA CRONICITAT I CAP ALS RESULTATS EN SALUT PER A INCREMENTAR L'ESPERANÇA DE VIDA EN BONA SALUT

<b>Objectiu 2.1</b>		<b>Col·lectiu</b>				
Major atenció a les malalties cròniques	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Promoure alimentació saludable en totes les etapes de la vida	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Afavorir l'abandonament del tabac	TCS		DS			
Actuar per a reduir el sobrepès i l'obesitat en adults	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Augmentar l'activitat física en totes les etapes de la vida	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
<b>Objectiu 2.2</b>		<b>Col·lectiu</b>				
Atenció integral en malalties cardiometabòliques				PSC		
Actuar per a reduir el tabaquisme	TCS	OC-AL	DS	PSC		
Actuar per a reduir el sobrepès i l'obesitat en adults	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Facilitar la rehabilitació cardíaca					CP	
<b>Objectiu 2.3</b>		<b>Col·lectiu</b>				
Consell genètic en càncer	TCS		DS			
Diagnòstic precoç/cribratge càncer de còlon	TCS	OC-AL	DS	PSC		
Atenció al càncer infantil	TCS	OC-AL	DS	PSC	D-P	
Accions coordinades per a una millor atenció als supervivents de càncer	TCS		DS		D-P	
Integrar en el Pla de Salut els objectius i línies del pla específic del càncer	TCS		DS			

<b>Objectiu 2.4</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Millorar l'educació terapèutica en pacients diabètic			DS	PSC		
Atenció integral en malalties cardiometabòlicas				PSC		
Augmentar l'activitat física en totes les etapes de la vida	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
<b>Objectiu 2.5</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Major atenció a les malalties cròniques	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Promoure processos assistencials integrals, per mitjà d'eines i recursos integrats	TCS			PSC		
Afavorir l'abandonament del tabac	TCS		DS			
Actuar per a reduir el tabaquisme	TCS	OC-AL	DS	PSC		
<b>Objectiu 2.6</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Major atenció a les malalties cròniques	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Emfatitzar en la problemàtica social dels malalts mentals amb processos més incapacitants	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Foment de la investigació en la malaltia d'Alzheimer						CP
Suport a les persones cuidadores				PSC	CP	
<b>Objectiu 2.7</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Atenció a la salut mental i patologies duals				OC-AL		
Delimitació de competències i responsabilitats						
Emfatitzar la problemàtica social dels malalts mentals amb processos més incapacitants	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP	
Prevenir l'increment de la taxa de suïcidis en població jove	TCS	OC-AL		PSC	CP	
Atenció integral no sols en aspectes sanitaris sinó també en els socials	TCS		DS	PSC	CP	
Contractes de salut. Visió integral i integrada				PSC		
Suport a les persones cuidadores				PSC	CP	
<b>Objectiu 2.8</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Pla de cures pal·liatives i de domicili per a pacients terminals	TCS		DS	PSC		
Respecte a la mort digna, fomentar el testament vital	TCS		DS	PSC	CP	
<b>Objectiu 2.9</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Realitzar programes de cribatge basats en l'evidència en patologies prevalents	TCS			DS		
Diagnòstic precoç/cribatge càncer de còlon	TCS	OC-AL	DS	PSC		
<b>Objectiu 2.10</b>	<b>Col·lectiu</b>					
Actuació coordinada per a atendre les necessitats de salut dels immigrants				PSC	CP	
Atendre les necessitats dels grups més vulnerables per a aconseguir millors resultats		OC-AL		PSC	CP	

<b>Objectiu 2.11</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Abordar les malalties rares d'una forma més integrada en el conjunt del sistema					CP
Major atenció a les malalties cròniques	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP

TCS: tècnics Conselleria Sanitat; OC-AL: tècnics d'altres conselleries i administració local; DS: directius Conselleria Sanitat; PSC: professionals i societats científiques; CP: ciutadania i pacients

### LÍNIA 3. ENFORTIR L'EQUITAT I LA IGUALTAT DE GÈNERE, REDUIR LES DESIGUALTATS EN SALUT I FOMENTAR LA PARTICIPACIÓ

<b>Objectiu 3.1.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Analitzar i difondre resultats sobre els determinants socials de la salut	TCS		DS	PSC	
Considerar per a eliminar les desigualtats en salut entre territoris i departaments de salut	TCS		DS	PSC	CP
Valorar les desigualtats que la desocupació ha provocat en la salut de la població	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
<b>Objectiu 3.2.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Equitat com a eix transversal	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Solidaritat per a atendre les necessitats dels més vulnerables	TCS	OC-AL	DS	PS-SC	CP
Actuació coordinada per a l'atenció a les necessitats de salut dels immigrants	TCS		DS	PS-SC	CP
Identificar i treballar amb els grups més vulnerables per a obtenir millors resultats	TCS	OC-AL	DS		
Atenció especial a les persones amb alguna discapacitat	TCS	OC-AL	DS		CP
Atenció coordinada davant de la violència de gènere	TCS	OC-AL	DS	PS-SC	CP
Atenció coordinada davant del maltractament infantil	TCS	OC-AL	DS	PS-SC	CP
<b>Objectiu 3.3.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Pla de Salut com a estratègia de la Generalitat implicant a totes les administracions	TCS	OC-AL	DS		
Assegurar la difusió del Pla de Salut entre professionals i ciutadania	TCS	OC-AL	DS		
Major coordinació entre recursos socials, comunitaris municipals i sanitaris	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Major coordinació entre sistema sanitari i centres docents per a promoció de salut infantil i juvenil	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Desenvolupar línies en el Pla de Salut per a promoure l'urbanisme com a element de salut	TCS	OC-AL	DS	PSC	
Avaluació de l'impacte en salut de programes, estratègies o polítiques no sanitàries		OC-AL			
<b>Objectiu 3.4.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Eliminar les desigualtats en salut entre territoris i departaments de salut	TCS		DS	PSC	CP
Reduir les diferències en recursos i mitjans humans i tècnics entre departaments	TCS		DS	PSC	
Sectorització d'unitats de referència assistencials en els hospitals	TCS				



Fomentar donacions d'òrgans i trasplantaments	TCS		DS		
Assegurar a la ciutadania punts d'informació de 24 hores d'atenció sobre el sistema sanitari i salut	TCS		DS		CP
Garantir el dret a la lliure elecció de professional i centre sanitari	TCS		DS		CP
<b>Objectiu 3.5.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Capacitació d'agents de salut en la comunitat per a desenvolupar activitats de salut entre iguals	TCS		DS		CP
Actuacions per a empoderar a la ciutadania en promoció de la salut i prevenció de la malaltia	TCS	OC-AL	DS		CP
Promoure l'autoatenció: pacient actiu	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Capacitació i promoció de la figura del cuidador en el marc de la cronicitat	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Fomentar la comunicació i participació en temes de salut a través de les xarxes socials	TCS	OC-AL	DS		CP
Promoure l'elaboració de guies de recursos sanitaris i posar-les a disposició de la ciutadania					CP
Difondre resultats de l'activitat sanitària dels departaments de salut a la ciutadania	TCS	OC-AL	DS		
Incorporar de forma real els pacients en el procés d'elaboració i desenvolupament de programes i estratègies de salut	TCS		DS		CP

TCS: tècnics Conselleria Sanitat; OC-AL: tècnics d'altres conselleries i administració local; DS: directius Conselleria Sanitat; PSC: professionals i societats científiques; CP: ciutadania i pacients

#### LÍNIA 4. CUIDAR LA SALUT EN TOTES LES ETAPES DE LA VIDA

<b>Objectiu 4.1.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Promoure hàbits saludables per a evitar sobrepès i obesitat	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Suport a la lactància materna	TCS		DS	PSC	CP
Facilitar la salut bucodental infantil	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Prevenició d'accidents domèstic	TCS	OC-AL	DS		CP
Fomentar activitats esportives extraescolars		OC-AL			
Atenció neonatal: continuïtat assistencial entre hospital i primària				PSC	
Vacunacions	TCS				
<b>Objectiu 4.2.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Promoure hàbits saludables per a evitar sobrepès i obesitat	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Actuar per a reduir el sobrepès i l'obesitat en la infància	TCS	OC-AL	DS	PSC	
Promoció i suport a la lactància materna	TCS		DS	PSC	CP
Fomentar consum de fruites i hortalisses en les escoles		OC-AL			
Fomentar activitats esportives extraescolars		OC-AL			

<b>Objectiu 4.3.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Promoció de la salut entre joves i adolescents	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Evitar l'inici de consum de tabac	TCS	OC-AL	DS		CP
Impulsar accions per a reduir l'abús de tòxics	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Prevenir addiccions a les noves tecnologies i les seues conseqüències	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Atenció a la salut afectivosexual	TCS		DS	PSC	CP
<b>Objectiu 4.4.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Programa d'atenció integral a la dona	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Suport a la lactància materna	TCS		DS	PSC	CP
Atenció a la sexualitat en les persones majors	TCS		DS		
Potenciar l'atenció del part normal	TCS		DS	PSC	CP
Atenció a l'anticoncepció en població vulnerable					CP
<b>Objectiu 4.5.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Atenció a les persones majors. Envel·liment actiu	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Actuació coordinada per a atendre les necessitats de salut de les persones majors que viuen soles en sa casa	TCS		DS		CP
Capacitació en seguretat viària dels majors com a vianants i com a conductors	TCS	OC-AL	DS		CP
Actuació especial en residències per a majors		OC-AL			
Educació sanitària dirigida a evitar la polifarmàcia		OC-AL			

TCS: tècnics Conselleria Sanitat; OC-AL: tècnics d'altres conselleries i administració local; DS: directius Conselleria Sanitat; PSC: professionals i societats científiques; CP: ciutadania i pacients.

## LÍNIA 5. PROMOURE LA SALUT EN TOTS ELS ENTORNS DE LA VIDA

<b>Objectiu 5.1.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Actuacions en promoció de la salut mental en tot el cicle vital	TCS		DS	PSC	CP
<b>Objectiu 5.2.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Augmentar l'activitat física al llarg de totes les etapes de la vida. Destacar el paper de l'Atenció Primària	TCS	OC-AL	DS	PSC	
Promoció del transport públic i la bicicleta. Menor ús del cotxe privat		OC-AL			
Fomentar activitats esportives extraescolars		OC-AL			
Potenciar la formació en activitat física i esport de professionals d'educació i de sanitat		OC-AL			

Conservació d'espais naturals i habilitació de rutes per a caminar	OC-AL				
<b>Objectiu 5.3.</b>	<b>Col·lectius</b>				
Promoure una alimentació saludable al llarg de totes les etapes de la vida. Destacar el paper de l'Atenció Primària	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Reducció dels nivells de contaminants ambientals en els aliments	TCS	OC-AL	DS		CP
<b>Objectiu 5.4.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Potenciar la incorporació de centres en la xarxa d'escoles per a la salut	OC-AL				
Promoure entorns saludables en escoles, empreses, barris i ciutats	TCS	OC-AL	DS		CP
<b>Objectiu 5.5.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Reduir els riscos per a la salut de la contaminació ambiental: actuació coordinada entre administracions	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Promoure l'urbanisme com a element de salut	TCS	OC-AL	DS	PSC	
Promoure entorns saludables en barris i ciutats	TCS		DS		
Avaluació de l'impacte en salut de programes, estratègies o polítiques no sanitàries	OC-AL				
Promoció del transport públic i la bicicleta. Menor ús del cotxe privat	OC-AL				
<b>Objectiu 5.6.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Empreses generadores de salut: implicar les empreses per a la promoció de la salut i la prevenció de riscos	TCS	OC-AL	DS		
Promoure entorns saludables en escoles, empreses, barris i ciutats	TCS	OC-AL	DS		CP
Salut laboral: fomentar les actuacions per a la prevenció d'accidents i danys laborals	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
<b>Objectiu 5.7.</b>	<b>Col·lectiu</b>				
Promoure enfocaments actius en salut, especialment entre joves	TCS	OC-AL	DS		
Fomentar el paper de les ciutats saludables	OC-AL				
Desmedicalització de la població promovent estils de vida saludables	TCS	OC-AL	DS	PSC	CP
Promoure entorns saludables en escoles, empreses, barris i ciutats	TCS		DS		CP

TCS: tècnics Conselleria Sanitat; OC-AL: tècnics de otras consellerias y administración local; DS: directivos Conselleria Sanitat; P-SC: profesionales y sociedades científicas; C-P: ciudadanía y pacientes.

# 4. Objectius del pla de salut en el pressupost de sanitat universal i salut pública de la generalitat: 2016

(Programes 312.22, 313.20, 411.10, 411.20, 411.30, 411.40, 411.60, 412.10, 412.23, 412.25, 412.28, 412.2)

## LÍNIA 1. INNOVACIÓ, REORIENTACIÓ I REORGANITZACIÓ DEL SISTEMA SANITARI PER A ASSEGURAR LA MÀXIMA QUALITAT I LA MILLOR VALORACIÓ PERCEBUDA PELS PACIENTS

Objectiu Pla de Salut	Objectiu Pressupost 2016
1.1. Orientar-se als resultats en salut de la població	1.1. Reordenar el sistema sanitari valencià per a la seua adaptació a l'atenció a cronicitat envelliment 2.3. Fomentar alternatives a l'hospitalització convencional 2.2. Elaborar un acord marc entre conselleries competents en salut i benestar social 10.2. Millora i ampliació de l'atenció domiciliària 25.1. Indicadors de salut com a instrument d'avaluació: reingressos als 30 dies amb la mateixa CDM
1.2. Augmentar la qualitat del sistema sanitari públic	2.4. Desenvolupar protocols i guies d'actuació conjunta entre tots els nivells assistencials 5.1. Adequació dels programes de rendiments hospitalaris 12.4. Facilitar i estimular estudis epidemiològics relacionats amb la seguretat de l'assistència sanitària: EPIDEA 12.5. Estimular l'adopció de bones pràctiques relacionades amb la seguretat del pacient 12.6. Estimular la notificació d'incidents i efectes adversos
1.3. Garantir la sostenibilitat del sistema sanitari públic incrementant la seua efectivitat	1.1. Millorar l'eficiència en l'ús dels recursos econòmics que es destinen a la prestació de serveis sanitaris 1.2. Optimitzar la gestió dels recursos econòmics dels departaments de salut 3.1. Estudi dels concerts vigents per a revisió i adaptació a les noves polítiques sanitàries, reduint el recurs a proveïdors externs
1.4. Posar la informació al servei de la millora de la salut	2.6. Dotar els centres assistencials de noves tecnologies per a integració sistemes informació 2.7. Potenciar l'eina Il-lumina d'explotació de la informació 6.5. Suport a sistemes web 9.1. Implantació d'Abulcassis i Orió a nivell de tota la comunitat 14.3. Difondre a professionals i població general resultats de l'enquesta d'opinió a pacients 16.3. Desenvolupar mòduls del Sist. Inf. Assistencial relacionat amb l'estratègia de cronicitat 26.1. Desenvolupament i implantació d'indicadors amb l'objectiu d'estandarditzar l'ús de sistemes d'informació
1.5. Considerar els i les professionals com a valor essencial del sistema	1.2. Formar els professionals relacionats amb el Sector Salut a la Comunitat Valenciana a través de l'EVES 1.3. Impulsar les noves tecnologies de la comunicació com a vehicle de suport per a la formació des de l'EVES 1.3. Incorporar al Pla d'ordenació la incidència del pla Concilia, Pla d'igualtat i els canvis normatius relacionats amb permisos i llicències del Personal sanitari 2.1. Reduir la temporalitat de la plantilla de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de manera progressiva 2.2. Millorar l'ús dels sistemes de contractació temporal, equilibrant transparència i eficàcia 3.2. Elaborar proposta d'implementació del complement de productivitat basada en indicadors d'exercici objectius 3.4. Promoure formació per a atendre persones majors, malaltes cròniques i pal·liatius 5.1. Coordinar i facilitar el desenvolupament de programes i activitats de R+D+I sanitària 22.1. Potenciar línies estables d'investigació en salut mental 23.1. Pla de formació específic de salut mental

## LÍNIA 2. ORIENTACIÓ CAP A LA CRONICITAT I CAP ALS RESULTATS EN SALUT PER A INCREMENTAR L'ESPERANÇA DE VIDA EN BONA SALUT

Objectiu Pla de Salut	Objectiu Pressupost 2016
2.1. Actuar sobre els factors de risc comú a les principals malalties cròniques	1.1. Implementar l'Estratègia d'Atenció a Crònics 2.1. Expedients referits a la Llei del Tabac
2.2. Disminuir la morbimortalitat per malalties cardíoc i cerebrovasculars	1.1. Implementar l'Estratègia d'Atenció a Crònics
2.3. Oferir un model integral i personalitzat d'atenció al càncer	3.1. Participació en el programa de càncer hereditari 7.3. Vigilància del càncer: tumors malignes nous registrats
2.4. Frenar la tendència creixent de la diabetis	1.1. Implementar l'Estratègia d'Atenció a Crònics
2.5. Millorar l'abordatge de les malalties respiratòries cròniques	1.1. Implementar l'Estratègia d'Atenció a Crònics 25.1. Indicador de reingressos per MPOC com a instrument d'avaluació dels processos assistencials
2.6. Prestar atenció sanitària i social a les malalties neurodegeneratives i demències	23.1. Elaborar un pla d'acció de formació continuada en matèria de salut mental
2.7. Desenvolupar un model integral d'atenció a la salut mental	9.1. Millorar l'organització i estructura de la xarxa de salut mental 10.1. Elaborar una estratègia en salut mental 11.1. Avaluar la xarxa de salut mental de forma sistemàtica 12.1. Actualitzar el mapa de recursos i la cartera de serveis 13.1. Dissenyar programes i protocols específics: TMG, PEP 13.2. Implementar PAI 16.1. Millorar el seguiment sociosanitari de les persones amb TMG 18.2. Previure el suïcidi
2.8. Garantir l'atenció de pacients crònics complexos i pal·liatius que incloga les persones cuidadores	3.4. Promoure formació en l'atenció a majors, malalts crònics i pal·liatius. 2.1. Millorar l'atenció hospitalària de mitjana i llarga estada de les cures pal·liatives 3.1. desenvolupar mecanismes de coordinació entre HACLE i centres sociosanitaris
2.9. Realitzar programes de cribatge basats en l'evidència	3.1. Planificació, desenvolupament i gestió dels programes de prevenció de la malaltia adequats als diferents entorns i etapes de la vida: cribatge neonatal, càncer de mama, colòrectal, cèrvix
2.10. Disminuir la incidència de malalties transmissibles sotmeses a vigilància	7.1. Vigilància de les malalties de notificació obligatòria 7.2. Vigilància de les malalties sotmeses a vigilància especial
2.11. Millorar l'atenció de les malalties rares	7.3. Vigilància de malalties rares: casos d'anomalies congènites noves registrades

## LÍNIA 3. ENFORTIR L'EQUITAT I LA IGUALTAT DE GÈNERE, REDUIR LES DESIGUALTATS EN SALUT I FOMENTAR LA PARTICIPACIÓ

Objectiu Pla de Salut	Objectiu Pressupost 2016
3.1. Vigilar els determinants socials de la salut	1.2. Implementació, anàlisi i difusió dels resultats de l'Enquesta de Salut 1.3. 1.3. Vigilància de les desigualtats en salut
3.2. Actuar per a reduir les desigualtats en els resultats de salut	1.1. Enfortir la xarxa de prevenció comunitària de conductes addictives i fomentar la innovació en les intervencions preventives 2.1. Canalitzar l'atenció dirigida als grups vulnerables de menors consumidors de drogues 14.2. Incloure l'enfocament de gènere en la planificació i organització dels serveis

<p>3.3. Intensificar les accions per a l'abordatge de la violència de gènere</p> <p>3.4. Impulsar el principi de salut en totes les polítiques</p> <p>3.5. Garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari</p> <p>3.6. Promoure l'acostament a la ciutadania: participació i apoderament de la població</p>	<p>3.1. Crear i potenciar els recursos de tractament i reinserció social amb perspectiva de gènere</p> <p>3.1.14 Cobertura del cribatge de violència de gènere</p> <p>3.1.15 Activitats formatives sobre violència en la infància</p> <p>2.1. Desplegar i difondre en tota l'organització el Pla de Salut com a eina estratègica per al desenvolupament de polítiques de salut</p> <p>2.2. Adaptar el Pla de salut als departaments</p> <p>3.1. Desenvolupar mecanismes de coordinació entre HACLE i centres socio-sanitaris.</p> <p>4.4. Promoure la participació del sector empresarial en el desenvolupament d'eines per a la gestió de la seguretat alimentària</p> <p>17.1. Millorar la coordinació en salut mental, amb les conselleries competents en educació, justícia i ocupació</p> <p>1.3. Oferir una cartera de serveis sanitaris equitativa en tots els departaments sanitaris</p> <p>3.1. Reduir i eliminar les llistes d'espera quirúrgiques</p> <p>6.1. Garantir una adequada assistència sanitària a tota la població</p> <p>18.2. Millorar la coordinació sanitària i social dins dels departaments de salut</p> <p>3.1. Promoure la participació de la ciutadania valenciana en les estructures sanitàries</p> <p>8.1. Facilitar l'activitat de les associacions per a realitzar programes d'ajuda mútua, autoajuda i voluntariat</p> <p>14.1. Realitzar anualment l'enquesta d'opinió als/les pacients i familiars atesos en el SVS</p> <p>21.1. Crear mecanismes per a la participació d'usuaris i famílies en la planificació i avaluació dels serveis de salut mental</p>
---	---

#### LÍNEA 4. CUIDAR LA SALUT EN TOTES LES ETAPES DE LA VIDA

<b>Objectiu Pla de Salut</b>	<b>Objectiu Pressupost 2016</b>
4.1. Prestar especial atenció a la Salut Infantil	<p>2.1. Planificació, desenvolupament i gestió dels programes de Promoció de la salut adequats als diferents entorns i etapes de la vida: salut bucodental, hipoacúsia, vacunacions infantils, violència en la infància</p> <p>3.1.16 Publicació d'informes sobre salut infantil</p>
4.2. Promoure la salut en l'adolescència i joventut	<p>2.1. Planificació, desenvolupament i gestió dels programes de Promoció de la salut adequats als diferents entorns i etapes de la vida: estratègia comunitària per a la Promoció de la salut sexual</p> <p>4.1. Impulsar els programes de formació dirigits als/les professionals en l'àmbit de les drogodependències</p> <p>3.1.13 Prevenció de trastorns de la conducta alimentària</p>
4.3. Atendre la salut sexual i reproductiva	<p>2.1.2. Programa de Promoció de la salut en l'embaràs, part i puerperi</p> <p>4.1. Millorar l'accés a la píndola post-coital i l'educació sexual de la dona</p> <p>25.1. Indicadors de salut com a instrument d'avaluació dels processos assistencials: cesàries en grups de baix risc</p>
4.4. Promoure l'envelliment actiu	<p>25.1. Indicadors de salut com a instrument d'avaluació dels processos assistencials: fractures de maluc intervingudes</p> <p>3.1.9. Cobertura de vacunació antigripal en &gt; 64 anys</p>

## LÍNIA 5 PROMOURE LA SALUT EN TOTS ELS ENTORNS DE LA VIDA

Objectiu Pla de Salut	Objectiu Pressupost 2016
5.1. Afavorir el benestar emocional	14.1. Promoure espais i mecanismes per a capacitar, donar suport i apoderar els i les joves com a actors importants d'estils de vida mentalment saludables 18.1. Promoure intervencions de promoció de la salut mental en col·lectius vulnerables
5.3. Garantir i promoure una alimentació saludable	4.1. Protecció de la salut dels consumidors en relació amb el consum d'aliments per mitjà d'un abordatge integrat i global sobre la cadena alimentària 4.2. Garantir l'adequada organització dels controls oficials en els establiments alimentaris 4.3. Control dels perills en els aliments
5.4. Afavorir un entorn educatiu saludable	2.1. Promoció de la salut bucodental en l'escola 5.1. Fomentar la transversalitat i coordinació entre les administracions públiques per a l'abordatge de les drogodependències
5.5. Apostar per un entorn mediambiental afavoridor de la salut	2.1.5 Creació d'una xarxa de centres sanitaris sense fum 5.1. Vigilància i control de factors ambientals de risc per a la salut
5.6. Impulsar un entorn laboral saludable	1.3. Incorporar al Pla d'ordenació incidència del pla Concilia, Pla d'igualtat i canvis normatius de permisos i llicències del Personal sanitari 6.1. Vigilància dels danys per a la salut d'origen laboral 6.2. Desenvolupament i gestió de programes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia en els treballadors i treballadores
5.7. Donar suport als actius per a la salut propis de la Comunitat Valenciana	2.1. 6. Jornades Viure en Salut

## 5. Glosari terminològic

---

### Acció comunitària per a la salut

L'acció comunitària per a la salut es refereix als esforços col·lectius de les comunitats per a incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i en conseqüència per a millorar la salut.

### Acció intersectorial

Relació reconeguda entre part o parts de distints sectors de la societat que s'ha establert per a emprendre accions en un tema a fi d'aconseguir resultats de salut o resultats intermedis de salut, de manera més eficaç, eficient o sostenible que aquella que el sector sanitari puga aconseguir actuant en solitari.

### Actius per a la salut

Qualsevol factor o recurs que potencie la capacitat dels individus, de les comunitats i poblacions per a mantindre la salut i el benestar, i ajudar a reduir les desigualtats en salut.

### Alfabetització per a la salut

L'alfabetització per a la salut està constituïda per les habilitats cognitives i socials que determinen la motivació i la capacitat dels individus per a accedir a la informació, comprendre-la i utilitzar-la, per a promoure i mantindre una bona salut.

### Ciutats saludables

Una ciutat saludable és aquella que crea i millora contínuament els seus entorns físics i socials i amplia aquells recursos de la comunitat que permeten el suport mutu de les persones per a realitzar totes les funcions vitals i aconseguir el desenvolupament màxim de les seues potencialitats.

### Desigualtats en salut

Són aquelles diferències en matèria de salut que són innecessàries, evitables i injustes, i que estan condicionades per les diferències d'oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seua classe social, sexe, territori o ètnia.

### Determinants socials de la salut

Són les condicions en què la gent naix, viu, treballa i envellaix, inclòs el sistema de salut. Aquestes circumstàncies estan modelades per la distribució dels diners, el poder i els recursos en els nivells local, nacional i mundial, sobre els quals influeixen les decisions polítiques. Els determinants socials de la salut són, majoritàriament, responsables de les inequitats en salut.

### Apoderament per a la salut

En Promoció de la salut, l'apoderament per a la salut és un procés per mitjà del qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten la seua salut. S'estableix una distinció entre l'apoderament per a la salut de l'individu i el de la comunitat. L'apoderament per a la salut individual es refereix principalment a la capacitat de l'individu per a prendre decisions i exercir control sobre la seua vida personal. L'apoderament per a la salut de la comunitat suposa que els individus actuen col·lectivament a fi d'aconseguir una major influència i control sobre els determinants de la salut i la qualitat de vida de la seua comunitat, i aquest és un important objectiu de l'acció comunitària per a la salut.

### Envel·liment actiu

Procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat que té com a fi millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envellaixen.



## Equitat en salut

L'equitat en salut significa que les necessitats de les persones guien la distribució de les oportunitats per al benestar. L'estratègia global de l'OMS per aconseguir la Salut per a Tots està dirigida fonamentalment a la consecució d'una major equitat en salut entre i dins de les poblacions i entre els països. Açò comporta que totes les persones gaudeixen d'igualtat d'oportunitats per a desenvolupar i mantindre la seua salut, a través d'un accés just als recursos.

## Escoles promotores de salut

Una escola promotora de salut es defineix com una escola que reforça constantment la seua capacitat com un lloc saludable per a viure, aprendre i treballar.

## Avaluació de l'impacte en salut

És una combinació de procediments, mètodes i eines amb què pot ser jutjada una política, un programa o un projecte, en relació amb els seus efectes potencials en la salut de la població, i sobre la distribució d'eixos efectes dins de la població.

## Gènere

El terme gènere s'utilitza per a descriure les característiques d'hòmens i dones que estan basades en factors socials, mentre que el sexe es refereix a les característiques que estan determinades biològicament. L'anàlisi de gènere defineix, analitza i informa les mesures encaminades a fer front a les desigualtats que es deriven dels distints papers de la dona i l'home, o de les desiguals relacions de poder entre ells, i les conseqüències d'aqueixes desigualtats en la seua vida, la seua salut i el seu benestar. La forma en què es distribueix el poder en la majoria de les societats fa que les dones tinguen menys accés i control sobre els recursos necessaris per a protegir la seua salut i menys probabilitats d'intervindre en l'adopció de decisions.

## Governança

És el procés a través del qual els governs (inclosos els seus diferents sectors constitutius) i altres organitzacions socials interactuen, es relacionen amb els ciutadans i prenen decisions en un món complex i globalitzat. En aquest procés, les societats o les organitzacions prenen decisions, determinen a qui impliquen en això i identifiquen la manera de garantir la responsabilitat de les mesures preses.

## Hospitals promotors de salut

Un hospital promotor de salut no sols ofereix serveis integrals mèdics i d'infermeria d'alta qualitat, sinó que també desenvolupa una identitat corporativa que comprén els objectius de la promoció de la salut, desenvolupa una estructura i una cultura organitzatives de Promoció de la salut, inclosa la participació activa dels pacients i de tots els membres de la plantilla, es converteix a si mateix en un entorn físic que promou la salut i coopera activament amb la seua comunitat

## Impacte/s en salut

Els impactes en la salut són els efectes globals, directes o indirectes, d'una política, estratègia, programa o projecte, en la salut de la població. Inclou tant els efectes directes en la salut dels individus com els efectes indirectes a través de factors intermedis que influeixen en els determinants de la salut de la població. Al seu torn, aquests poden ser immediats, o a mitjà o llarg termini.

## Política pública saludable

Una política pública saludable es caracteritza per una preocupació explícita per la salut i l'equitat en totes les àrees de la política, i per una responsabilitat sobre el seu impacte en la salut. La seua finalitat principal consisteix a crear un entorn de suport que permeta a les persones fer una

vida saludable. La política esmentada possibilita o facilita als ciutadans fer eleccions saludables i convertix els entorns socials i físics en potenciadors de la salut.

### **Prevenió de la malaltia**

La prevenió de la malaltia comprén les mesures destinades no sols a previndre l'aparició de la malaltia, com ara la reducció dels factors de risc, sinó també a detindre el seu avanç i atenuar les seues conseqüències una vegada establida.

### **Promoció de la salut**

La Promoció de la salut és el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seua salut per a millorar-la. Constitueix un procés polític i social global que comprén no sols les accions dirigides directament a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, sinó també les dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, a fi de mitigar el seu impacte en la salut pública i individual. La participació és essencial per a sostindre l'acció en matèria de Promoció de la salut.

### **Xarxes socials**

Relacions i vincles socials entre les persones que poden facilitar l'accés o mobilització del suport social a favor de la salut.

### **Xarxa de Promoció de la salut**

Agrupació d'individus i organitzacions que col·laboren i treballen per a aconseguir una sèrie d'objectius de Promoció de la salut decidits conjuntament, sobre la base del compromís i la confiança.

### **Reorientació dels serveis sanitaris**

La reorientació dels serveis sanitaris es caracteritza per una preocupació més explícita a aconseguir resultats de salut per a la població, reflectits en les formes d'organització i finançament del Sistema Sanitari. Açò ha de portar a un canvi d'actitud i d'organització dels serveis sanitaris que se centre en les necessitats de l'individu com una persona completa, en equilibri amb les necessitats de grups de la població.

### **Resultats de salut**

Un canvi en l'estat de salut d'un individu, grup o població atribuïble a una intervenció o sèrie d'intervencions planificades, independentment que la intervenció tinga o no per objectiu modificar l'estat de salut.

### **Salut en totes les polítiques**

La incorporació de la salut a totes les polítiques consisteix a adoptar un enfocament intersectorial de les polítiques públiques en què es tinguen en compte sistemàticament les repercussions sanitàries de les decisions, es promoguen les sinergies i s'eviten els efectes perjudicials per a la salut a fi de millorar la salut de la població i l'equitat sanitària.

### **Salut positiva/Salutogènesi**

L'enfocament de la salutogènesi posa l'èmfasi en tot allò que genera salut i no en el que produeix malaltia. La salut positiva és una forma de veure les accions en salut, focalitzant la mirada cap al que fa que les persones, les famílies i les comunitats augmenten el control sobre la seua salut i la milloren.

## 6. Persones participants

### PARTICIPANTS EN LES CONSULTES METAPLAN I DELPHI

PERSONES CONSULTADES	PERFIL DEL GRUP DE PARTICIPACIÓ
Abad Pérez, M. José	<i>Professionals i societats científiques</i>
Adsuara Pitarch, Clara	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Aguado Gimenez, Carmen	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Agulló Gulló, Diego	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Alberich Marti, Carmen	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Albertos Bernabeu, Francisco	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Albiol Roca, M. Jesús	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Albiol Soto, Marta	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. ACCEM</i>
Alcover Gimenez, Sonia	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Alepuz Vidal, Laura	<i>Professionals i societats científiques</i>
Aliaga Valero, Amparo	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Alom Poveda, Jordi	<i>Professionals i societats científiques</i>
Alonso Echabe, Eduardo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Amaya Rubio, Almudena	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. FEDER</i>
Año Sais, José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Arbaizar Martinez, Ana María	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Argudo Ferrer, Pepa	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Arcis Martínez, Amparo	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Arias Sánchez, Antonio	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Arocas Estellés, Amparo	<i>Professionals i societats científiques</i>
Arrufat Gallén, Vita	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Aura Revert, Patricia	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Avilés Martínez, M. José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Báguena Montesinos, Rosario	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Bahamontes Mulio, Amparo	<i>Professionals i societats científiques.</i>
Ballart Castells, José	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Associació de majors</i>
Ballester Díez, Ferran	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Barberá Centelles, José	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Barceló Iranzo, Manuel	<i>Professionals i societats científiques</i>
Barrios Marta, Cristina	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Baydal Cardona, Charo	<i>Professionals i societats científiques</i>
Bayarri Gomis, Carmen	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Belda Ferrer, Pilar	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Belda Garcia, Ana María	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Belda Ibañez, Josefina	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Bellés Calvo, Amadeo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Beneyto Castelló, Francisco	<i>Professionals i societats científiques</i>
Bernabeu Ortolá, Ana	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Bernal Celdrán, Joaquín	<i>Professionals i societats científiques</i>
Beviá Ferrer, M. Isabel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Bolufer Gilabert, Pascual	<i>Professionals i societats científiques</i>
Botella i Quijal, Francesc	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cabedo Ferriols, Raquel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Calabuig Pérez, Julia	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Calvo Català, Javier	<i>Professionals i societats científiques</i>
Cámara Marín, María	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Cámara Mogente, Arantxa	<i>Professionals i societats científiques</i>
Canelles Gamir, José María	<i>Professionals i societats científiques Soc Esp de Farmacia de Atención Primaria</i>
Cano Montoro, José G.	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cantero Llorca, Juana	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Carbonell Clari, M.	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Caro Moreno, Hipólito	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Carpio Gesta, Marisa	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Carratalá Beguer, Ascensió	<i>Professionals i societats científiques</i>
Carrión Talavera, J Aurelio	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Castro Rojas, Lilian	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Agente de salud, Programa MIHSALUD</i>
Cava Ros, Ana	<i>Professionals i societats científiques</i>
Cerdá Capuz, Vicente	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cervera Herrero, Arantxa	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Diabetes</i>
Cervera Pérez, Inmaculada	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cervera Soria, José Javier	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Checa Valero, Julia	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Valencia Acoge</i>
Chelet Ordines, Vicente	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Codoñer Franch, Pilar	<i>Professionals i societats científiques. Soc. Val. Pediatria</i>
Colomer Revuelta, Julia	<i>Professionals i societats científiques</i>
Conesa Burguet, Llanos	<i>Professionals i societats científiques Soc. Psiquiatria Comunitat Valenciana</i>
Córcoles Ferrándiz, Edelmira	<i>Professionals i societats científiques</i>
Correcher Palau, Marisa	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Cosín Sales, Juan	<i>Professionals i societats científiques</i>
Cuevas Cuerda, Dolores	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
De Encarnación Armengol,	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Federació Dones Progressistes de la CV</i>
De La Fuente Crespo, Pedro	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Diéguez Ramírez, Amalia	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Fund. Dany Cerebral Adquirit (Ateneu Castelló)</i>
Doménech Pascual, Juan Ramón	<i>Professionals i societats científiques. Soc. Val. Geriatria i Gerontologia</i>
Duque Valencia, Aurelio	<i>Professionals i societats científiques</i>
Durá Belinchón, Rafael	<i>Professionals i societats científiques</i>
Escoms Trullenque, Vicente	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Escrig Gil, Magdalena	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Escribá Agüir, Vicenta	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Esteban Buedo, Valentín	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Esteller Manrique, Inmaculada	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>

Fabado Agustí, José Luis	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Feliu García, M. Dolores	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Fenollar Belda, José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Fernández Díaz, M. Concepción	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Fernández Rodríguez, Lola	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Fundació Secretariat Gitano</i>
Ferrer Gómez, Amparo	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Ferris Malonda, Gloria	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Fluixá Carrascosa, Carlos	<i>Professionals i societats científiques</i>
Francés Camarena, Asunción	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Tyrius València</i>
Fullana Montoro, Ana	<i>Professionals i societats científiques</i>
Furió Martínez, Ana María	<i>Professionals i societats científiques</i>
Fuster Ribera, Raquel	<i>Professionals i societats científiques</i>
Gallach Solano, Elisa	<i>Professionals i societats científiques</i>
Gallart i González, Josep	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gallud Romero, Juan Ignacio	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
García Albero, Pilar	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Fundación Espina Bífida de la CV</i>
García Baquero, Gracia	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
García Blanquer, José Bernardo	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Aspanion</i>
García Ibeas, Roberto	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
García León, Caridad	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
García Martínez, Remedios	<i>Professionals i societats científiques</i>
García Palero, Jesús	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Associació Club Coronario</i>
García Tobarra, Eduardo	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
García Vicente, Sergio	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Garijo García, Vicente	<i>Professionals i societats científiques</i>
Garrido Navarro, Rosana	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. FEVAFA</i>
Gasull Molinera, Vicente	<i>Professionals i societats científiques. SEMERGEN</i>
Gil Raga, Fernando	<i>Professionals i societats científiques. Ginecologia</i>
Gimeno Huerta, M. Luisa	<i>Associacions ciutadanes i de pacients Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats de</i>

Giner Jordá, Carlos	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Associació pro-discapacitats psíquics Alacant</i>
Giner Ruíz, Vicente	<i>Professionals i societats científiques Grup de Reumatologia (Semfic)</i>
Girbés Borrás, Juan	<i>Professionals i societats científiques. Soc. Val. Diabetes</i>
Gironés Soriano, Roberto	<i>Professionals i societats científiques. Ginecologia</i>
Goicoechea Sáez, Mercedes	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gómez Carazo, Eduardo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gómez Gálvez, Cayetano	<i>Professionals i societats científiques</i>
Gómez Gutiérrez, Esther	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Gómez Martín, Rosario	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Gómez Royo, Juan	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Gómez-Taylor Corominas, Belén	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. ACOVA</i>
González Gon, José Ramón	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
González Marín, Jesús María	<i>Professionals i societats científiques</i>
González Morán, Francisco	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
González Navarro, José Ramón	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Hermenegildo Caudevilla, Marta	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Hernández Aguado, Ildelfonso	<i>Professionals i societats científiques. SESPAS</i>
Hernández Jimenez, Ángel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Herrero Davó, Mercedes	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Hervás García, Vicente	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Ibañez Cabanell, Josefa	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ivorra Vilaplana, Lorena M.	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Jérez González, Ángeles	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Jiménez Doménech, César	<i>Associacions ciutadanes i de pacients.</i>
Juan Corrons, Amparo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Juan Vera, María José	<i>Associacions ciutadanes i de pacients.</i>
Jorro Llagaria, Ana	<i>Professionals i societats científiques</i>
Laredo Ortíz, Salomé	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Amamanta</i>
Latorre García, David	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Consell de la Joventut</i>

Legaz Sánchez, Eva	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
López Company, Laura	Professionals i societats científiques
López Maside, Aurora	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Lorente Calvo, Rosario Isabel	Professionals i societats científiques
Lurbe Ferrer, Empar	Professionals i societats científiques
Llopis Plata, Domingo	Associacions ciutadanes i de pacients. Creu Roja de la Joventut
Lluch Rodrigo, José Antonio	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Málaga López, Araceli	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Manzanares de Diego, Jaime	Associacions ciutadanes i de pacients. Associació Club Coronario
Maraver Lora, Consuelo	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Marcos López, Elisabeth	Personal tècnic d'altres conselleries i municipis
Marí Herrero, M. Teresa	Profesional y sociedades científicas
Marín Villuendas, Silvia	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Marmaneu Moliner, Emilio	Associacions ciutadanes i de pacients. Fed. Val. Assoc. Familiars Persones amb
Marmol López, Maribel	Professionals i societats científiques. Infermeria comunitària
Martí Miralles, Pascual	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Martí Moreno, Luis Fernando	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Martín Molina, Francisco Javier	Personal tècnic d'altres conselleries i municipis
Martínez Bonet, Rosa	Personal tècnic d'altres conselleries i municipis
Martínez Gil, M. Pilar	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Martínez Mayordomo, Teresa	Professionals i societats científiques
Martínez Riera, José Ramón	Professionals i societats científiques
Marzal Sorolla, Patricia	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Mascarós Balaguer, Enrique	Professionals i societats científiques
Masip Sanchis, M. José	Professionals i societats científiques
Massa Dominguez, Beatriz	Professionals i societats científiques
Mateu Aranda, M. Jesús	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Matoses Climent, M. Ángeles	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Medina Mesa, M. Ángeles	Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública



Megia Sanz, M. Jesús	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Melchor Alos, Inmaculada	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Mena Llopis, Carmen	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Mendez Valero, Pablo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Micó Pérez, Rafael	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Millán Vidal, Magdalena	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Mamantial</i>
Miralles Espí, Maite	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Mitjans Lafont, Luis	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Moner Romero, Fernando	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. AVACU</i>
Monteagudo López, Ana	<i>Professionals i societats científiques. Associació Valenciana d'Educadors de Diabetes</i>
Morales Gisbert, Bienvenida	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Ames de Casa i Consumidors Lucentum</i>
Morales Olivas, Francisco	<i>Professionals i societats científiques. Institut Mèdic Valencià</i>
Morales Rodríguez, Minerva	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. AVAFI</i>
Moreno Muñoz, Rosario	<i>Professionals i societats científiques</i>
Moreno Murcia, Juan José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Moreno Pérez, Oscar	<i>Professionals i societats científiques</i>
Morera Guitart, Jaume	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Moriel Bueno, Virginia	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Creu Roja de la Joventut</i>
Moya Garcia, Carmen	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Muñoz Muñoz, Palmira	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Natek Pradas, Ana M.	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Navarro Alcantara, Raquel	<i>Associacions ciutadanes i de pacients</i>
Navarro Molina, Pepa	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Fundación Secretariado Gitano</i>
Navarro Penela, Concha	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Navarro Pérez, Jorge	<i>Professionals i societats científiques. SVMFiC</i>
Navarro Sanz, Ramón	<i>Professionals i societats científiques.</i>
Nebot Marzal, Cristina	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Núñez Martín, Miguel Ángel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Oltra Ponzoda, Araceli	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Ors Zarzoso, Pilar	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ortega González, Enrique	<i>Professionals i societats científiques</i>
Ortí Lucas, Rafael Manuel	<i>Professionals i societats científiques</i>
Ortiz Furió, Emi	<i>Associacions ciutadanes i de pacients CONHOSTUR</i>
Orts Rios, Enrique José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pablo Comeche, Daniel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pajín Echeverría, Pablo	<i>Associacions ciutadanes i de pacients Unió Consumidors CV (Uce)</i>
Palop Larrea, Vicente	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Palau Pérez, Vicente Javier	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pallarés Carratalá, Vicente	<i>Professionals i societats científiques</i>
Pardo Franco, José Luis	<i>Professionals i societats científiques</i>
Paredes i Carbonell, Joan	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pastor Oliver, José Francisco	<i>Professionals i societats científiques</i>
Pastor Villalba, Eliseo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Payá Molina, Emilia	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Payá Molina, Jorge Antonio	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Payá Soto, Jorge	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Peiró Gómez, Salvador	<i>Professionals i societats científiques. Soc. Esp. Economia de la Salut</i>
Peiró Pérez, Rosana	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pérez Cándel, Francisco Javier	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Pérez Gozalvo, Máximo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Pérez Pallarés, M. José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Peris Piqueras, Consuelo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Plá Ernest, Eduardo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Polache Vengud, Pepa	<i>Professionals i societats científiques</i>
Pomares Ramón, Víctor	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Precioso Juan, Juan	<i>Professionals i societats científiques</i>
Puchades Company,	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Puzo Ardanuy, Fernando	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

Quereda Seguí, Francisco	<i>Professionals i societats científiques . Sociedad Valenciana d'Obstetrícia i Ginecologia</i>
Quesada Ballester, Mar	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Parkinson Alacant</i>
Quesada Moreno, Macarena	<i>Professionals i societats científiques</i>
Quiles Izquierdo, Joan	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Quiles Muñoz, Francisco	<i>Professionals i societats científiques</i>
Quintana Cerezal, Juan Vicente	<i>Professionals i societats científiques.</i>
Raimundo Andreu, Concepción	<i>Associacions ciutadanes i de pacients</i>
Rallo Guinot, Francisco	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Associació Espanyola contra el Càncer Castellón</i>
Ramirez Sanpedro, Consuelo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Redondo Gallego, M Jesús	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Regaña Valero, Manuel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ribera Osca, Joan Antoni	<i>Professionals i societats científiques</i>
Rodriguez Martinez, Pablo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Román Sánchez, Pilar	<i>Professionals i societats científiques. SEMI</i>
Romero Vilaplana, Chelo	<i>Professionals i societats científiques.</i>
Roselló Vila, Andrea	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Rubio Quereda, David	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Consell de la Joventut de la CV</i>
Rufino Valor, Amparo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Ruiz Jareño, Lourdes	<i>Professionals i societats científiques.</i>
Ruiz Nodar, Juan Vicente	<i>Professionals i societats científiques</i>
Ruiz Palomar, Jose Manuel	<i>Professionals i societats científiques</i>
Ruiz Rojo, Elias	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Saá Carrasco, Antonio F.	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Sabater Gregori, Rosanna	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sáez Cifre, Javier	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis.</i>
Sáez Ferrer, Inma	<i>Professionals i societats científiques</i>
Salado López, Manuel	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Salas Trejo, Dolores	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Salvador Sanz, Antonio	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. INSVACOR</i>

Salvador Segarra, Olga	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Sánchez Benito, Mercedes	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Federación de Diabetes (Fedicova)</i>
Sánchez Juan, Carlos	<i>Professionals i societats científiques</i>
Sánchez Menaya, José Enrique	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Sanchis Forés, Juan	<i>Professionals i societats científiques</i>
Sanchis Molina, José	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Federació Democràtica de Jubilats de València</i>
Sánchez Benito, Mercedes	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. FEDICOVA</i>
Sánchez Montahud, Teresa	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Santaballa Bertran, Ana	<i>Professionals i societats científiques.</i>
Santamaría Castañar, Josefa	<i>Professionals i societats científiques Associació de Comares de la C V</i>
Santamaría Garnes, Manuel	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Santolaria Bartolome, Encarna	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sanz Bou, Rosendo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Segura Sobrino, Vicente	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sempere Canals, M. Mercedes	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. ALCER</i>
Sicluna Lletget, Javier	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Signes Costa, Jaime	<i>Professionals i societats científiques</i>
Silvestre García, Assumpta	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Sipán Sarrión, Yolanda	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Soler Cataluña, Juan José	<i>Professionals i societats científiques</i>
Soler Leyva, Pepa	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Soria Vicente, Carmen M.	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Soriano del Castillo, J Miguel	<i>Professionals i societats científiques</i>
Soriano Faura, Javier	<i>Professionals i societats científiques</i>
Sotoca Covalada, Rafael	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Médicos del Mundo, ODUSALUD</i>
Suárez Vicent, Eva	<i>Professionals i societats científiques. AVALPAP</i>
Talavera Serra, Julia	<i>Associacions ciutadanes i de pacients</i>
Tamarit García, Juan José	<i>Professionals i societats científiques</i>
Tarazona Santabalbina,	<i>Professionals i societats científiques</i>

Tárrega Rico, Mar	Professionals i societats científiques
Taylor Corominas, Belén	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Ayuda Personas con Enf. Mental. ACOVA</i>
Tirado Barber, Juan José	Professionals i societats científiques
Tomás Dols, Sofía	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Tormo Guillén, Eva	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Torner Giner, M. José	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Torrella Ramos, Ana	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Torres García, Ángela	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Torrús Tendero, Diego	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Médicos Mundi Alacant</i>
Trigueros Molina, Francisco	<i>Associacions ciutadanes i de pacients ASSOCIACIÓ DE SORDS-CECS D'ESPANYA A</i>
Trullen Gas, Josep	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Usó Talamantes, Ruth	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Vanaclocha Luna, Hermelinda	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Van Der Hofstddat, María	<i>Associacions ciutadanes i de pacients Associació Celíacs de la C V (Acecova)</i>
Vaño Gisbert, Luis	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Hemofília</i>
Varo García, Joaquín	<i>Associacions ciutadanes i de pacients (Cave-Cova)</i>
Vázquez Sánchez, Mariola	<i>Associacions ciutadanes i de pacients AMACMEC</i>
Vela Casasempere, Paloma	Professionals i societats científiques
Velasco Medina, Jose Antonio	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Vilagrasa Ros, Adela	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Vicente Pallardó, Ana I.	<i>Associacions ciutadanes i de pacients. Amamanta</i>
Viosca Herrero, Enrique	Professionals i societats científiques
Zafra Espinosa, Trinidad	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Zafra Galan, Eduardo	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Zafrilla Martínez, José David	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>
Zaragoza Chazarra, Esther	<i>Personal tècnic d'altres conselleries i municipis</i>
Zurriaga Llorens, Oscar	<i>Personal tècnic i directiu de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</i>

## REVISORS EXTERNS EXPERTS EN POLÍTIQUES DE SALUT

PERSONES CONSULTADES	PERFIL PROFESSIONAL
Ildefonso Hernández -Aguado	Catedràtic de Medicina Preventiva i Salut Pública. Universitat Miguel Hernández
Soledad Márquez Calderón	Servei de Qualitat i Processos, Conselleria de Salut de la Junta d'Andalusia

## PARTICIPANTS EN LA COMISSIÓ INTERDEPARTAMENTAL

PERSONES CONSULTADES	DEPENDÈNCIA
Amparo Calpe	Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives
Jorge Cervera Boada	Institut Valencià de Seguretat i Salut en el Treball
Joan Carles Cuenca	Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport
Roberto García Ibeas	Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport
Alfons Domínguez	Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural
Carmen Jofre Garrigues	Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives
José Moltó Orduña	Conselleria d'Habitatge, Obres Públiques i Vertebració del Territori
Xavi Montagud Mayor	Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives
Juan José Nicasio	Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural
Isabel Olcina Cuesta	Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives
José Miguel Sánchez	Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport
M. Carmen Soriano Mira	Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives
Teresa Velázquez Henar	Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient, Canvi Climàtic i Desenvolupament Rural

## PARTICIPANTS EN LA COMISSIÓ DEPARTAMENTAL

PERSONES PARTICIPANTS	DEPENDÈNCIA
Carmen Alberich Martí	Servei d'Estudis Epidemiològics i Estadístiques Sanitàries. DGSP
M. José Avilés Martínez	Servei d'Avaluació de la Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient. DGIITQ
Carmen Barona Vilar	Servei del Pla de Salut. DGSP

Julia Calabuig Pérez	<i>Servei d'Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària. DGAS</i>
M. Dolores Cuevas Cuerda	<i>Direcció de Gestió Sanitària. Secretaria Autònoma</i>
Carlos Fluixà Carrascosa	<i>Subdirecció General de Planificació i Organització Assistencial. DGAS</i>
Ana M. García García	<i>Direcció General de Salut Pública</i>
J. Antonio Manrique Martorell	<i>Subdirecció General de l'EVES</i>
Pablo Méndez Valera	<i>Oficina de Formació d'Ús Racional del Medicament. DGFIPS</i>
Ricard Meneu de Guillerna	<i>Servei d'Inspecció Sanitària de Serveis Públics en Règim de Concert. DGAIS</i>
Joan Paredes i Carbonell	<i>Subdirecció General de Promoció de la Salut i Prevenció. DGSP</i>
Elena Pérez Sanz	<i>Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l'Entorn Sanitari. DGSP</i>
Juan Bta. Sanchis Álvarez	<i>Formació. EVES</i>
José Manuel Ventura Cerdá	<i>Subdirecció General d'Optimització i Integració. DGFIPS</i>
Vicent Yusá Pelechá	<i>Subdirecció General de Seguretat Alimentària i Laboratoris de Salut Pública. DGSP</i>
Eduardo Zafra Galán	<i>Direcció de Gestió Sanitària. Secretaria Autònoma</i>

## COMITÉ DE DIRECCIÓ DE LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

COMPONENTS	CÀRREC
Carmen Montón Giménez	<i>Consellera</i>
Dolores Salas Trejo	<i>Secretària autonòmica</i>
Ricardo Campos Fernández	<i>Sotssecretari</i>
Ana M García García	<i>Directora general de Salut Pública</i>
Rafael Sotoca Covalada	<i>Director general d'Assistència Sanitària</i>
Óscar Zurriaga Llorens	<i>Director general d'Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat</i>
Patricia Lacruz Gimeno	<i>Directora general de Farmàcia i Productes Sanitaris</i>
Justo Herrera Gómez	<i>Director general de Recursos Humans i Econòmics</i>

## 7. Noms i abreviatures

---

Abulcassis	Sistema d'informació per a la gestió clínica del pacient ambulatori
AC	Anomalies congènites
ACSC	Ambulatory care sensitive conditions (indicador d'hospitalitzacions potencialment evitables)
AE	Atenció especialitzada
AG	Acords de gestió
AICC	Atenció innovadora per a les condicions cròniques
AIS	Avaluació de l'impacte en salut
AMPA	Associació de mares i pares d'alumnes
AP	Atenció primària
APPCC	Anàlisi de perills i punts de control crític
AVE	Anàlisi de la vigilància epidemiològica
BS	Baròmetre sanitari
CDM	Categoria diagnòstica major
CEPROSS	Sistema de comunicació de malalties professionals a la Seguretat Social
CIBE	Centres d'intervenció de baixa exigència
CIM	Classificació internacional de malalties
CIPF	Centre d'investigació Príncep Felip
Cir	Registre de llocs i de gestió de personal
CISNS	Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
Cobra	Aplicació per a la gestió de facturació a tercers
Compàs	Aplicació per a la gestió de compensacions econòmiques intercentres
CRC	Catàleg de recursos corporatiu
CRG	Clinical Risk Group
CSP	Centres de salut pública
CSSR	Centres de salut sexual i reproductiva



CSUR	Centres, serveis i unitats de referència
CSUSP	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
CV	Comunitat Valenciana
Delta	Sistema de declaració electrònica de treballadors accidentats
DGAS	Direcció General d'Assistència Sanitària
DGFIPS	Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris
DGIITQ	Direcció General d'Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat
DGRHiE	Direcció General de Recursos Humans i Econòmics
DGSP	Direcció General de Salut Pública
DIHSalut	Dones, infància i hòmens. Construïnt salut
DITCA	Diagnòstic i intervenció en trastorns de la conducta alimentària
DM	Diabetis mellitus
EDADES	Enquesta sobre alcohol i drogues a Espanya
EEUTL	Enquesta sobre equipament i ús de TIC en les llars
ENSE	Enquesta nacional de salut d'Espanya
EOP	Enquesta d'opinió del pacient
EPF	Enquesta de pressupostos familiars
EPIDEA	Estudi de prevalença d'efectes adversos lligats a l'hospitalització
EPINE	Estudi de prevalença d'infeccions nosocomials a Espanya
ESCV	Enquesta de salut de la Comunitat Valenciana
ESTUDES	Enquesta estatal sobre ús de drogues en ensenyances secundàries a Espanya
EUROCAT	Xarxa europea de registres poblacionals per a la vigilància de les anomalies congènites
EVA	Escala visual analògica
EVES	Escola Valenciana d'Estudis en Salut
FISABIO Valenciana	Fundació per al foment de la investigació sanitària i biomèdica de la Comunitat Valenciana
FRC	Factor de risc cardiovascular
Gaia	Sistema d'informació farmacèutica
HACLE	Hospitals d'atenció a crònics i llarga estada

HIS	Sistema d'informació hospitalària
HSE	Història de salut electrònica
HSB	Hòmens que tenen sexe amb hòmens
HTA	Hipertensió arterial
IAM	Infart agut de miocardi
ICC	Insuficiència cardíaca congestiva
Il·lumina	Eina d'explotació de la informació sanitària
IMC	Índex de massa corporal
IMPV	Informe mèdic per presumpta violència de gènere/domèstica a persones adultes
INCLASNS	Indicadors clau del sistema nacional de salut
INE	Institut Nacional d'Estadística
INSS	Institut Nacional de la Seguretat Social
INVASSAT	Institut valencià de seguretat i salut en el treball
ISSA	Integració de sistemes de seguretat alimentària
ITS	Infeccions de transmissió sexual
ITU	Infecció del tracte urinari
IVE	Interrupció voluntària de l'embaràs
Karvis	Sistema d'informació per a la gestió del programa de càncer colorectal
LECEX	Llista d'espera en consultes externes
LEQ	Llista d'espera quirúrgica
MEAB	Màquines expenedores d'aliments i begudes
MetaB	Registre de Metabolopaties
MNT	Malalties no transmissibles
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
MR	Malalties rares
MSSSI	Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat
NAOS	Estratègia per a la nutrició, activitat física i prevenció de l'obesitat
Neos	Sistema d'informació en càncer
OMS	Organització Mundial de la Salut

ONG	Organització no governamental
ONU	Organització de les Nacions Unides
Orió	Sistema d'informació per a la gestió integral hospitalària
PAI	Pla d'atenció integral
PAIMM	Programa d'atenció integral al malalt mental en centres penitenciaris
PANOTRATSS	Sistema de comunicació de patologies no traumàtiques causades pel treball
PepaS	Programa d'espais públics amics de la salut
PIB	Producte interior brut
PIES	Programa d'intervenció en educació sexual
PRM	Problemes relacionats amb els medicaments
PSCV	Pla de Salut de la Comunitat Valenciana
QVRS	Qualitat de vida relacionada amb la salut
REBA	Registre d'exposicions biològiques accidentals
RedMIVA	Xarxa de vigilància microbiològica
REFAR	Programa de revisió i seguiment de la farmacoteràpia
RIU	Projecte RIU (Replica, Innova, Uneix)
RNM	Resultats negatius dels medicaments
SA	Secretaria Autonòmica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic
SERVEF	Servei Valencià d'Ocupació i Formació
SHE	Schools for Health in Europe (Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa)
SIA	Sistema d'informació ambulatoria
SIMR-CV	Sistema d'informació de malalties rares de la Comunitat Valenciana
SIGMA	Sistema d'informació per a la gestió del programa de càncer de mama
SIREPS	Sistema d'informació i registre educació per a la salut
SIO	Sistema d'informació oncològic
SIP	Sistema d'informació poblacional
SISP	Sistema d'informació en salut pública
SISVEL	Sistema d'informació sanitària i vigilància epidemiològica laboral
SIV	Sistema d'informació vacunal

SIVIH	Sistema d'informació de noves infeccions per VIH i casos de sida
SIVIO	Sistema d'informació per a la detecció i actuació contra la violència de gènere o domèstica en persones adultes
SNS	Sistema Nacional de Salut
SPRL	Servei de prevenció de riscos laborals
STP	Salut en totes les polítiques
TBC	Tuberculosi
TIC	Tecnologies de la informació i la comunicació
TMG	Trastorn mental greu
UCA	Unitat de conductes addictives
UCI	Unitat de vigilància intensiva
UDI	Usuaris de drogues intravenoses
UE	Unió Europea
UHD	Unitat d'hospitalització a domicili
Ulisses	Aplicació per a la gestió de la borsa de treball
UPCCA	Unitat de prevenció comunitària en conductes addictives
USM	Unitat de salut mental
UVAD	Unitats de valoració i suport a drogodependents
VHC	Virus de l'hepatitis C
VIH	Virus de la immunodeficiència humana
VISA	Vigilància sanitària d'aliments
VOLANT	Registre de Voluntats Anticipades
VST	Vigilància de la salut dels treballadors
XECS	Xarxa espanyola de ciutats saludables
XEUS	Xarxa espanyola d'universitats saludables



