

PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2005-2009

DOCUMENTO PARA EL DEBATE PÚBLICO

Nota: Los Objetivos del Plan de Salud del presente documento se han ordenado teniendo en cuenta las áreas de intervención, por tanto, en algún caso esta numeración no coincide con la que aparece en el documento entregado en la Jornada de presentación del Plan de Salud del día 20 de octubre, aunque el contenido es el mismo.

**GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANIDAD**

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

El presente documento es un borrador del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009, y va a estar disponible en el portal web de la Conselleria de Sanidad durante veinte días (www.san.gva.es) junto a un buzón de sugerencias, dónde

las personas que lo deseen pueden expresar sus opiniones sobre dicho borrador. Por tanto, el documento electrónico que se muestra es susceptible de ser modificado una vez valoradas las sugerencias vertidas por los ciudadanos. Después de este proceso se redactará el documento definitivo para, a propuesta del conseller de Sanitat, ser remitido a les Corts Valencianes para su conocimiento, y posterior publicación, cumpliendo el cronograma establecido.

2. MARCO NORMATIVO

1. LEY 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

TÍTULO II

Competencias sanitarias de la administración de la Generalitat Valenciana y de las entidades locales de la Comunidad Valenciana

CAPÍTULO I

Competencias de la Generalitat Valenciana

Artículo 4. Competencias de la Conselleria de Sanidad

Corresponden a la Conselleria de Sanidad, en el marco de la ordenación sanitaria establecida en la presente ley, las siguientes competencias:

La elevación al Consell de la Generalitat, para su aprobación si procede, de la propuesta del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.

La vigilancia, supervisión y evaluación de las actividades del sistema sanitario valenciano y su adecuación al Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.

TÍTULO III

El sistema sanitario de la Comunidad Valenciana

CAPÍTULO II

Planificación, calidad y garantía de no demora

Artículo 11. La coordinación general sanitaria: El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana

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

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

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

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

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

Artículo 12. Contenido

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana deberá determinar:

La evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, así como de los diferentes recursos existentes.

Evaluación de los resultados de los Planes de Salud anteriores.

Los objetivos y niveles de salud a alcanzar, especificando indicadores de salud y enfermedad.

Programas y actuaciones a desarrollar.

La estimación y la propuesta de los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto respecto a la organización y desarrollo de las actividades, servicios, planes sectoriales y programas como a los medios materiales y personales que se precisen.

Prioridades de intervención con respecto a los diferentes grupos sociales y modalidades de atención sanitaria.

Cartera de prestaciones sanitarias del sistema con relación a los objetivos marcados.

Previsiones económicas y de financiación.

Calendario general de actuación.

Los mecanismos e indicadores de evaluación de la aplicación y desarrollo del Plan.

Artículo 13. Procedimiento de elaboración del Plan de Salud

Corresponderá a la Conselleria de Sanidad la determinación del procedimiento, metodología y plazos de elaboración del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.

En la elaboración de los contenidos del Plan se tendrá en cuenta la ordenación territorial de la Comunidad Valenciana.

TÍTULO IV

CAPÍTULO I

Artículo 31. El Consejo de Dirección del departamento de salud

Corresponden al Consejo de Dirección del departamento de salud las siguientes funciones:

Formular el anteproyecto del Plan de Salud del departamento.

Artículo 33. Consejo de Salud del departamento de salud

El Consejo de Salud del departamento de Salud, como órgano de asesoramiento de la Agencia Valenciana de Salud en el departamento de salud, tiene entre sus funciones:

Velar por que las actuaciones sanitarias se adecuen a las normas y directrices de política sanitaria y al Plan de Salud.

Conocer los anteproyectos de presupuesto y de Plan de Salud del departamento de salud.

2. LEY 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Exposición de motivos

Uno

En asistencia sanitaria se regulan los Planes Integrales de Salud, para que las Administraciones sanitarias adopten un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes.

CAPÍTULO VII

De los Planes Integrales

Artículo 64. Planes Integrales de Salud.

Uno:

Sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán Planes Integrales de Salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Dos:

Los Planes Integrales de Salud.

- a) Establecerán criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.*
- b) Determinarán los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.*
- c) Especificarán actuaciones de efectividad reconocida, identificarán modelos de atención de estas intervenciones, desarrollarán herramientas de evaluación e indicadores de actividad, indicarán metas y objetivos para evaluar el progreso e identificarán insuficiencias en el conocimiento para orientar las prioridades de investigación.*

Tres:

Las comunidades autónomas, una vez establecidos los estándares generales, bases y criterios, organizarán sus servicios de acuerdo con el modelo que más se adapte a sus peculiaridades y necesidades.

CAPÍTULO IX

De la participación social

Artículo 67. Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud.

Uno:

La participación social en el Sistema Nacional de Salud, se ejercerá a través de:

a) El Comité Consultivo.

El Comité Consultivo es el órgano dependiente del Consejo Ínter territorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectivo, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el Sistema Nacional de Salud.

Sus funciones serán la de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso sobre:

2) Los Planes Integrales de Salud, cuando sean sometidos a su consulta.

CAPÍTULO X

Del Consejo Ínter territorial

Artículo 69. Objeto.

Uno:

El Consejo Ínter territorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

Artículo 71. Funciones.

Dos:

En relación con funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud.

- a) La evolución de los Planes autonómicos de Salud y la formulación de los Planes conjuntos y del Plan Integral de Salud a que se refieren los artículos 71 y 74 siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*
- b) Los Planes y programas sanitarios, especialmente los que se refieren a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que impliquen a todas o a una parte de las Comunidades Autónomas.*

- 3. DECRETO 26/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.**

TÍTULO II

De la estructura y funciones de los órganos centrales de la conselleria

CAPÍTULO IV

De la Subsecretaría

Sección segunda. De la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria.

Artículo 10.

El Director General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria, dependiente del subsecretario, ejercerá las funciones en materia de autorización, apertura y registro de centros sanitarios, inspección de centros, servicios y unidades y establecimientos sanitarios, públicos y privados; investigación, información y evaluación externa de la actividad sanitaria. Igualmente ejercerá el seguimiento y evaluación del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, así como dinamizar, potenciar y coordinar la actividad investigadora en el ámbito de la Conselleria.

- 4. ORDEN de 27 de mayo de 2005, del Conseller de Sanidad, por la que se desarrolla el Decreto 26/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.**

Artículo 5. De la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria.

La Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria se estructura en las siguientes unidades:

Oficina de Investigación Sanitaria

Oficina del Plan de Salud

Área de Inspección, Evaluación y Ordenación

Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios

Servicio de Evaluación, Auditoría y Ordenación Sanitaria

Servicio de Recursos Sanitarios

Servicio de Aseguramiento Sanitario

5.2. Directamente dependiente del Director o Directora General existirá la Oficina del Plan de Salud, con rango de servicio, que tendrá como función el seguimiento y evaluación del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana y además, en desarrollo del vigente Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad, ejercerá las siguientes funciones:

Monitorizar y coordinar el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.

Generar y mantener un sistema de información sobre los planes estratégicos de la Conselleria de Sanidad y colaborar con otros órganos e instituciones sanitarias.

3. PROCESO DE ELABORACION DEL II PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2005-2009

Introducción

El presente Plan de Salud se elabora para el periodo 2005 a 2009. Es un plan que desde el punto de vista metodológico mantiene aspectos comunes con el Plan de Salud 2001-2004, por ejemplo, sigue una estructura y parte de las técnicas de consenso similares, sin embargo, este nuevo Plan incorpora cambios e innovaciones, producto de la experiencia y resultados del Plan de Salud anterior. También existen nuevos aspectos tratados en este Plan de Salud que son respuesta a los retos y situaciones que han surgido durante el periodo del Plan de Salud anterior, y también incluye una visión de futuro, con la intención de anticiparnos a los escenarios que puedan presentarse a corto y medio plazo.

Para la elaboración del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009 se ha seguido el siguiente cronograma:

- **Cronograma**

	2004												2005											
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					
0. EVALUACION PLAN SALUD 2001/04																								
1. FORMULACION ESTRATEGIAS PS 2005/09																								
2. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD																								
A) ANALISIS EPIDEMIOLOGICO INDICADORES SALUD																								
B) ANALISIS RECURSOS SANITARIOS																								
C) ENCUESTA DE SALUD 2004/05																								
3. IDENTIFICACION AREAS DE ACTUACION																								
4. DEFINICION DE LINEAS DE ACTUACION, AGENTES Y EVALUACION																								
A) REUNIONES GRUPOS DE TRABAJO AREAS INTERVENCION																								
B) ELABORACION INFORMES GRUPOS DE TRABAJO																								
C) REDACCION DOCUMENTO II PS																								
D) PRIMER BORRADOR II PS																								
5. DEBATE PUBLICO																								
SEGUNDO BORRADOR II PS																								
6. CONSELL																								
7. CORTS																								

Se ha elaborado siguiendo distintas etapas, utilizado en cada una de ellas los correspondientes instrumentos que a continuación describimos.

Esquema de las etapas en la metodología para la elaboración del Plan de Salud 05-09

El presente Plan de Salud, de forma resumida, ha seguido las siguientes etapas para su elaboración:

1. Análisis de la situación y diagnóstico del estado de salud actual:
2. Identificación de las áreas de intervención y de las necesidades de salud más importantes
3. Establecimiento de objetivos generales y específicos del Plan de Salud
4. Definición de los objetivos del Plan de Salud y de las líneas de actuación
5. Priorización de las líneas de actuación

Formulación de estrategias para el Plan de Salud 05-09. Productos intermedios y finales.

El primer paso en la elaboración del presente Plan de Salud consistió en la definición de los principios generales sobre los que se partía, como inicio del proceso planificador. En esta primera etapa se constituyó el Comité Técnico Directivo para la elaboración del Plan de Salud 05-09, formado por cargos directivos de la Conselleria de Sanidad y la responsable de la Oficina del Plan de Salud. Este comité diseñó las estrategias iniciales sobre las que se iba a desarrollar en Plan de Salud, y que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- a) Definición de la metodología a seguir para la elaboración del Plan de Salud, en el que prima el consenso y la participación, y el diseño del cronograma.
- b) Distinción, desde el punto de vista metodológico, entre los denominados productos intermedios y productos finales del Plan de Salud. Los productos intermedios comprenden todos los planes estratégicos o de gestión interna de la Conselleria de Sanidad que posibilitan la implementación, en este caso, de los objetivos del Plan de Salud. Muchos de estos productos intermedios son el resultado de las estrategias diseñadas a partir del anterior Plan de Salud. Los productos finales corresponden a los objetivos a conseguir por la Conselleria de Sanidad en términos de ganancia en salud en cada una de las áreas temáticas tratadas en el presente Plan de Salud, al igual que todas aquellas líneas de actuación del Plan de Salud que se deben implementar para abordar los problemas y necesidades de salud.

- c) Resaltar, en la elaboración del Plan de Salud 05-09, la importancia de la evaluación del Plan de Salud 01-04, como punto de partida para la elaboración del presente plan, teniendo en cuenta sus resultados. Al mismo tiempo se analizan los aspectos metodológicos empleados en la elaboración del Plan de Salud 01-04, aspectos que son mantenidos o mejorados en el Plan de Salud 05-09.

3.1. Análisis de la situación actual, escenarios y nuevos retos en salud

Partimos del modelo de los determinantes de la salud, en los que la salud de un individuo es el resultado de la interacción de diversos factores, unos modificables y otros no, como son la propia biología humana, los estilos de vida, el entorno y la atención sanitaria. Para un correcto proceso planificador, se debe partir de una información veraz y actualizada sobre el estado de salud de nuestra población, de las necesidades y problemas de salud y de los recursos disponibles. Al mismo tiempo, es importante intentar diseñar las políticas de salud para los próximos años teniendo en cuenta los nuevos escenarios y retos que pueden aparecer a corto y medio plazo a nivel sanitario, social y demográfico, lo que exige realizar, en la medida de lo posible, proyecciones de futuro para anticiparnos en nuestras políticas sanitarias.

3.1.1. Indicadores demográficos, sociales y sanitarios

Los indicadores de salud nos informan sobre aspectos directamente relacionados con la población enferma, por ejemplo, tasas de morbilidad atendida y mortalidad por causas, etc. pero también es necesario disponer de información sobre otros determinantes que influyen en la salud de la comunidad, como los factores sociales y demográficos, por ejemplo, cambios de las pirámides de edad poblacional, cambios en la calidad del medioambiente, indicadores sobre actividad económica y del trabajo, etc.

A continuación se exponen los indicadores más importantes, que se han tenido en cuenta para el análisis de la situación actual de la salud de nuestra población.

La evolución de la población de la Comunidad Valenciana

La población en la Comunidad Valenciana presenta un aumento progresivo en su crecimiento como se observa en la tabla. La última estimación de población para el año 2005 es de 4.672.657 habitantes. La densidad de la población es de 195,4 habitantes /km² (dato para el año 2004).

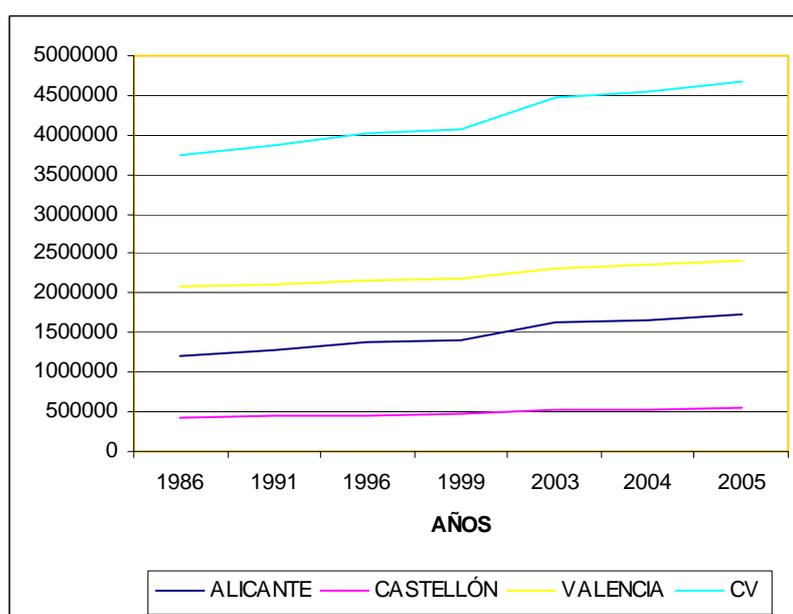
De las tres provincias de la Comunidad Valenciana, Valencia con 2.402.582 habitantes es la más poblada, le sigue Alicante con 1.727.808 habitantes y por último Castellón con 542.267.

Evolución de la población en la Comunidad Valenciana

Años	Alicante	%de CV	Castellón	%de CV	Valencia	%de CV	C. Valenciana
1986	1.217.279	32,61	436.588	11,70	2.078.815	55,69	3.732.682
1991	1.292.563	33,51	446.744	11,58	2.117.927	54,91	3.857.234
1996	1.379.762	34,41	456.727	11,39	2.172.840	54,19	4.009.329
1999	1.410.946	34,70	467.895	11,51	2.187.633	53,80	4.066.474
2001	1.461.925	35,11	484.566	11,64	2.216.285	53,24	4.162.776
2002	1.557.968	36,00	501.237	11,58	2.267.503	52,40	4.326.708
2003	1.632.349	36,51	518.239	11,59	2.320.297	51,89	4.470.885
2004	1.657.040	36,47	527.345	11,60	2.358.919	51,92	4.543.304
2005*	1.727.808	36,97	542.267	11,60	2.402.582	51,41	4.672.657

Fuente: INE 2005. * Cifras provisionales de población referidas al 01/01/05

Evolución de la población en la Comunidad Valenciana

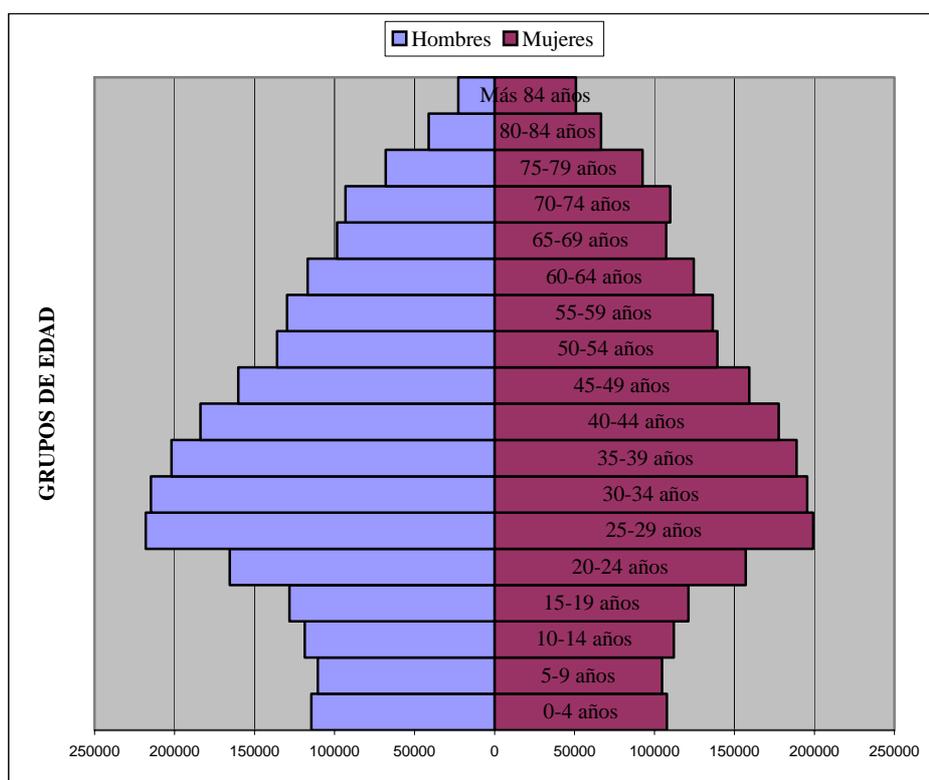


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE 2005.

Pirámide de población de la Comunidad Valenciana (año 2005)

A la vista de la pirámide poblacional de la Comunidad Valenciana se observa el estrechamiento de la base en el grupo de edad de 0-24 años debido a la baja fecundidad propio de un país desarrollado.

La punta de la pirámide muestra el envejecimiento de la población.

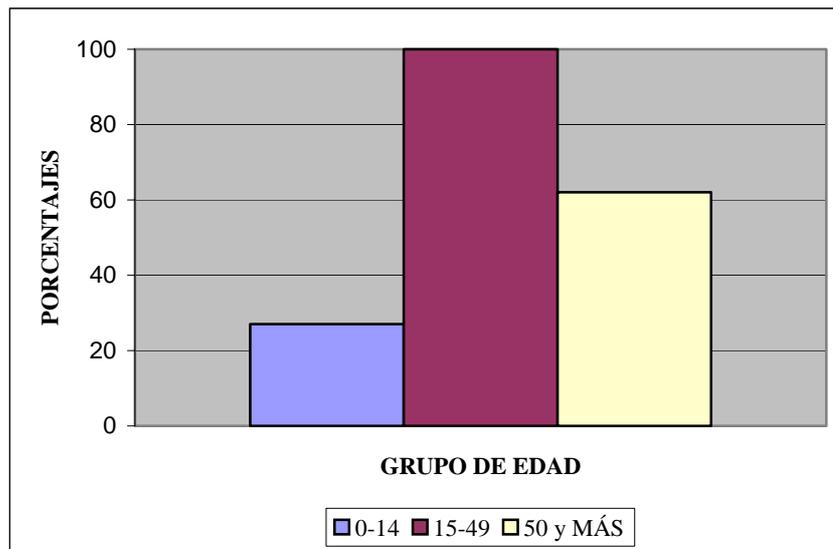


Fuente: Elaboración propia a partir de datos provisionales del INE, 2005

Índice Sundbarg de la población de la Comunidad Valenciana. Año 2005

A partir del índice de Sundbarg se observa como el grupo de edad de 50 y más años es mayor que el de 0 a 14 años, indicando el envejecimiento de la población.

Índice Sundbarg



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provisionales del INE, 2005

Crecimiento Vegetativo de la Comunidad Valenciana

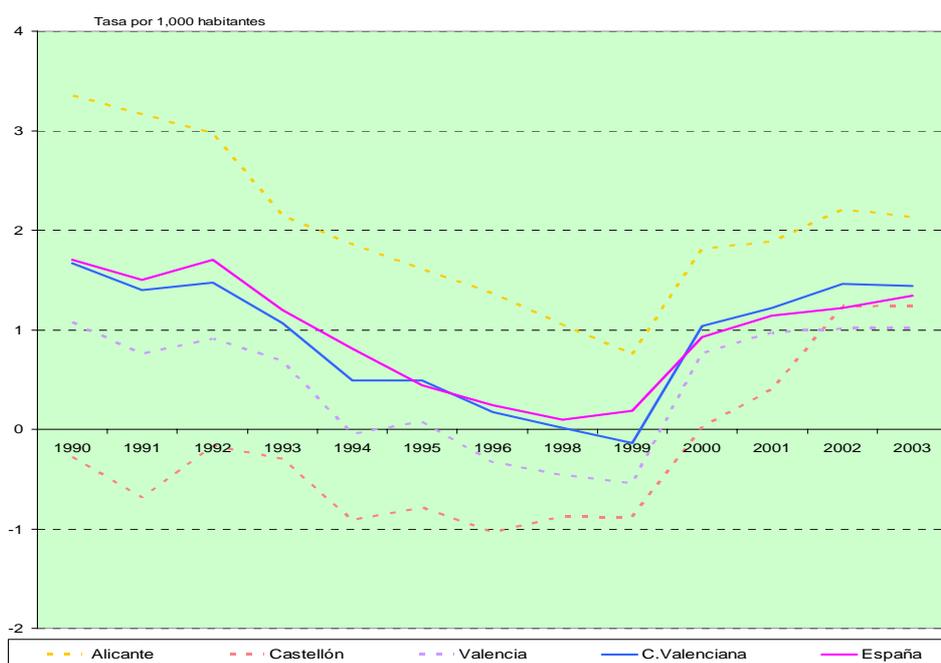
La tendencia del crecimiento vegetativo desde el año 2000 es de un claro aumento en las tres provincias de la Comunidad Valenciana y nos encontramos en una progresión, como se observa en la tabla.

Evolución del crecimiento vegetativo de la Comunidad Valenciana

	Alicante	Castellón	Valencia	C. Valenciana	España
1994	2.503	-422	-113	1.968	31.906
1995	2.185	-366	170	1.989	17.242
1996	1.872	-473	-722	677	11.177
1997	1.354	-403	-470	481	19.514
1998	1.464	-405	-1.001	58	4.005
1999	491	31	-519	-552	7.386
2000	2.546	9	1.657	4.212	37.241
2001	2.711	192	2.128	5.031	46.249
2002	3.303	606	2.261	6.170	50.228
2003	3.311	626	2.292	6.229	56.134

Fuente: IVE. Movimiento Natural de la Población

Evolución de la tasa de crecimiento vegetativo de la Comunidad Valenciana



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IVE. Movimiento Natural de la Población

Natalidad

La tasa de natalidad de la Comunidad Valenciana se ha situado en 10,9 en el año 2004 superando la media nacional (10,6) y afianzándose en su crecimiento progresivo de los últimos años.

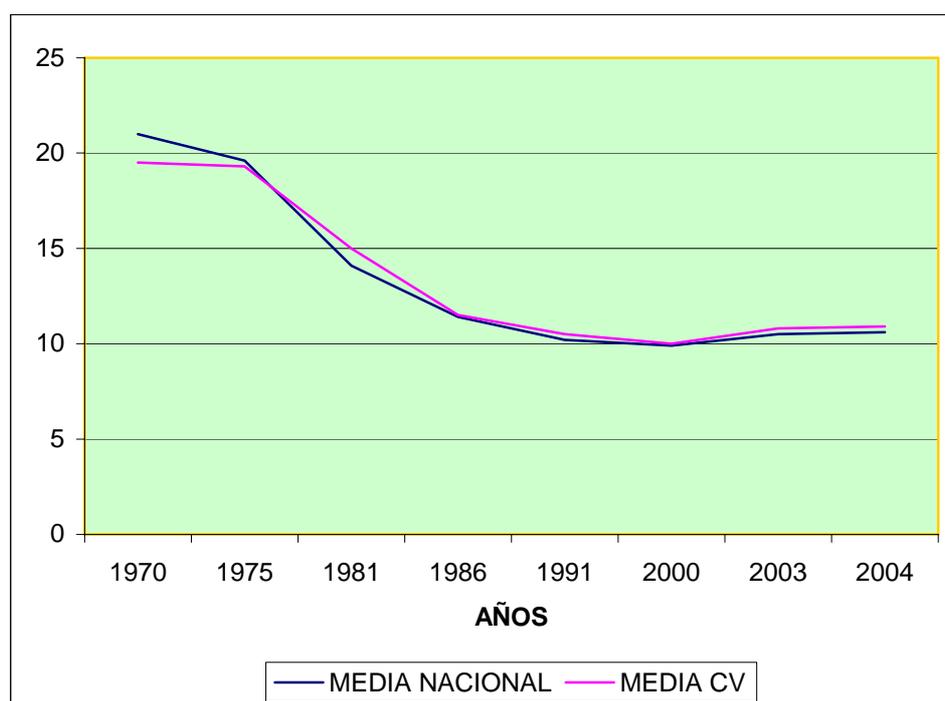
Evolución de la tasa de natalidad en la Comunidad Valenciana (tasas por mil)

	1986	1991	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
ALICANTE	13,1	11,6	10,9	9,9	9,6	9,5	9,3	9,6	10,1	10,3	10,5	10,6	10,9	10,9
CASTELLON	10,5	9,9	9,6	9,0	9,1	9,2	9,4	9,2	9,8	9,4	10,3	10,9	10,9	10,8
VALENCIA	10,9	9,8	10,0	9,6	8,8	8,9	9,1	9,0	9,6	9,9	10,0	10,2	10,8	11,0
MEDIA CV	11,5	10,5	10,2	9,6	9,1	9,2	9,2	9,3	9,8	10,0	10,2	10,4	10,8	10,9
MEDIA NACIONAL	11,4	10,2	10,2	9,6	9,0	9,1	9,4	9,2	9,6	9,9	10,0	10,1	10,5	10,6

Fuente: INE y Servicio de Salud Infantil. DGSP.

* Datos provisionales

Evolución de la tasa de natalidad en España y la Comunidad Valenciana. (tasas x 1000)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Salud Infantil (DGSP) e INE 2005

Fecundidad

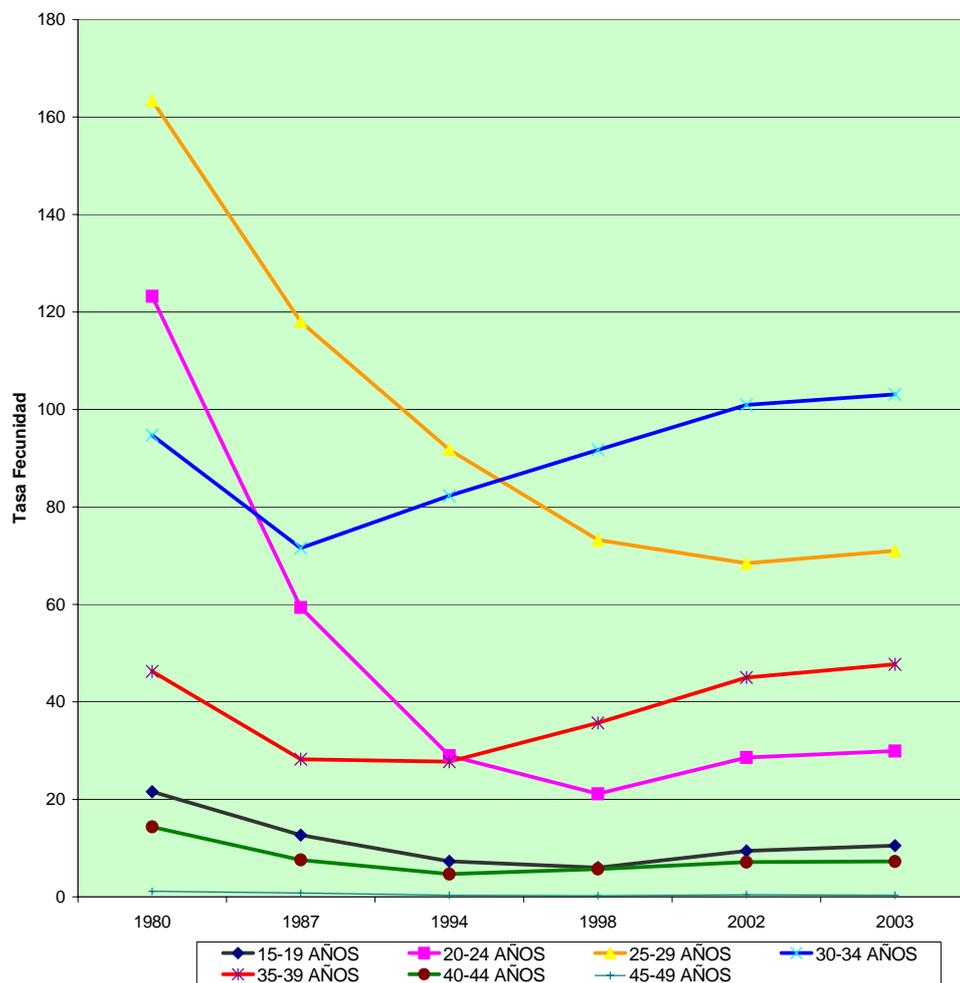
La tasa de fecundidad presenta un ligero aumento en el año 2003 en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de mujeres de 45 a 49 años. Se observa la mayor tasa de fecundidad en las mujeres de 30 a 34 años.

Evolución de la fecundidad por grupos de edad en la Comunidad Valenciana (tasas por mil)

	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	40-44 AÑOS	45-49 AÑOS
1980	21,56	123,25	163,42	94,71	46,26	14,35	1,12
1987	12,81	59,38	118,01	71,55	28,24	7,57	0,76
1994	7,29	28,99	91,76	82,31	27,71	4,69	0,31
1998	6,01	21,14	73,25	91,70	35,67	5,69	0,23
1999	7,43	23,55	73,80	96,11	38,21	6,18	0,39
2000	8,05	24,61	74,47	99,57	39,96	6,37	0,35
2001	9,35	26,60	70,74	99,35	43,93	6,41	0,46
2002	9,42	28,59	68,45	100,93	45,01	7,11	0,43
2003	10,51	29,91	71,00	103,10	47,72	7,25	0,31

Fuente: INE y Servicio de Salud Infantil. DGSP

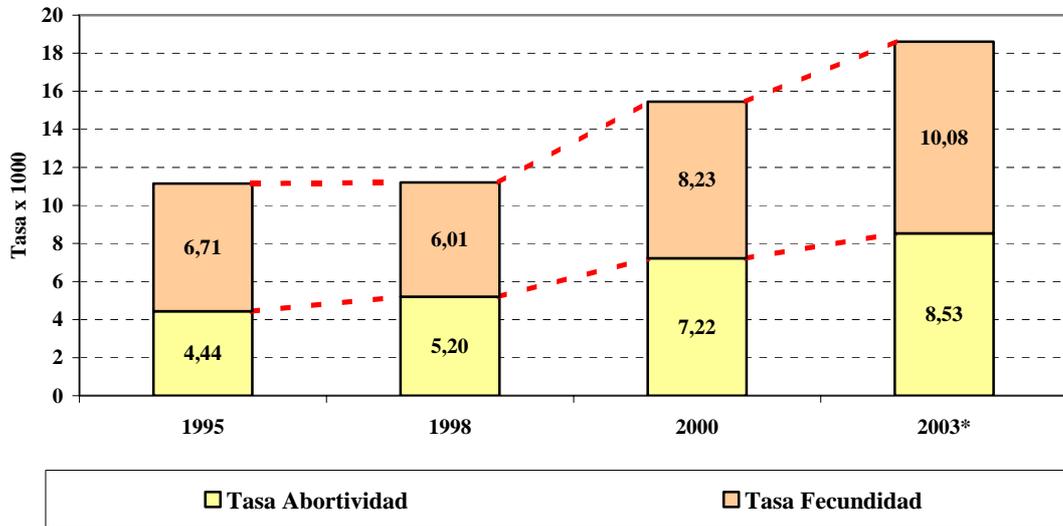
Evolución de las tasas de fecundidad en la Comunidad Valenciana



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE 2005

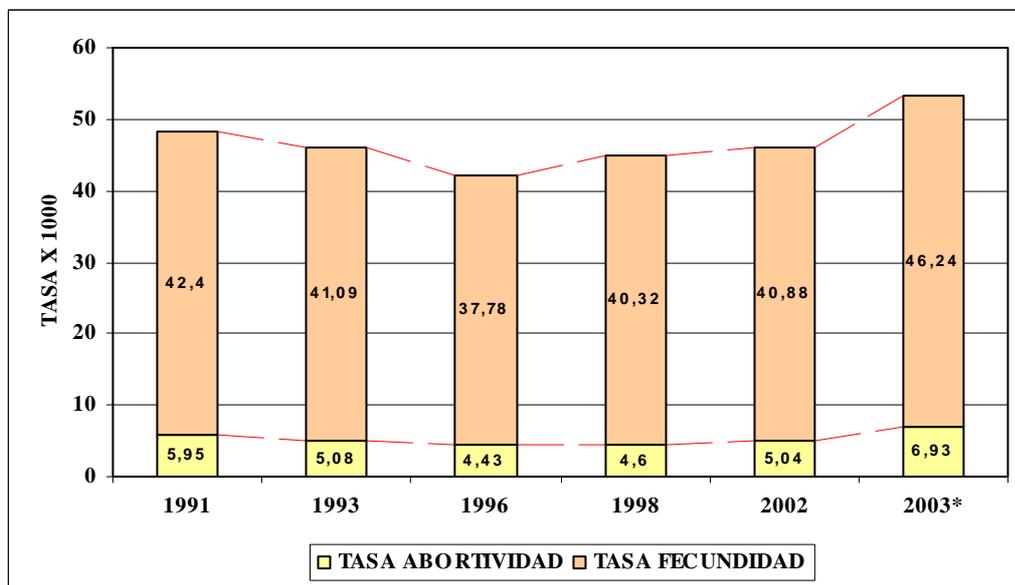
Se ha producido un aumento en la tasa de fecundidad en el grupo de menores de 20 años y un aumento en tasa de abortividad como observamos en el gráfico. Igualmente, en las mujeres de 20-49 años, con datos provisionales para 2003, existe una tendencia creciente.

Evolución de la tasa de embarazo en menores de 20 años en la Comunidad Valenciana



Fuentes: Elaboración propia a partir de datos del INE 2005. Dirección General para la Salud Pública. *Datos provisionales

Evolución de la tasa de embarazo en mujeres de 20-49 años en la Comunidad Valenciana



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio Sanidad Consumo e INE 2005. *Datos provisionales

Índice Sintético de Fecundidad

A partir del año 2000 se observa un aumento del índice sintético de fecundidad en la Comunidad Valenciana por encima del índice nacional.

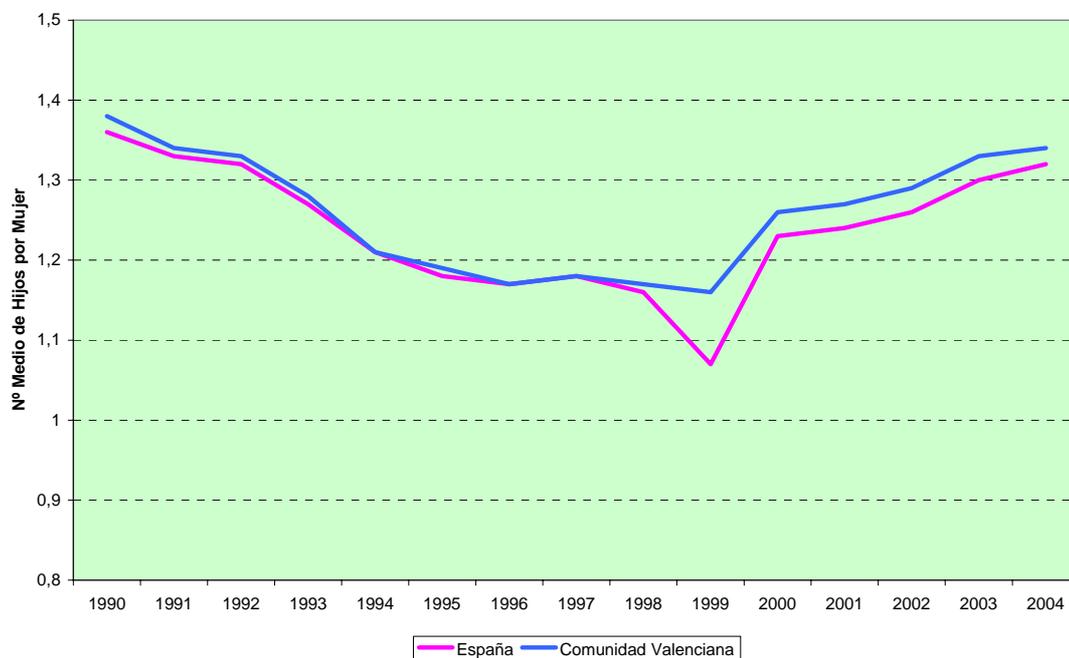
Evolución del índice sintético de fecundidad en la Comunidad Valenciana

Nº Hijos medios por mujer

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
España	1,21	1,18	1,17	1,18	1,16	1,07	1,23	1,24	1,26	1,30	1,32
C. Valenciana	1,21	1,19	1,17	1,18	1,17	1,16	1,26	1,27	1,29	1,33	1,34

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).* Datos provisionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, 2005.



Mercado de trabajo

La tasa de actividad en la Comunidad Valenciana presenta un aumento progresivo situándose en el año 2004 en 59,1%, siempre por encima de la tasa nacional.

Evolución de las tasas de actividad, paro y empleo en la Comunidad Valenciana y España

AÑO	TASA DE ACTIVIDAD (%)		TASA DE PARO (%)		TASA DE EMPLEO (%)	
	CV	ESPAÑA	CV	ESPAÑA	CV	ESPAÑA
1999	51,2	50,2	13,9	15,9	44,1	42,3
2000	53,2	51,3	11,6	14,1	47,1	44,1
2001	55,9	53,4	9,3	10,6	50,7	47,7
2002	56,7	54,6	10,7	11,6	50,6	48,2
2003	57,7	55,9	10,7	11,3	51,5	49,5
2004	59,1	56,7	10,0	10,5	53,2	50,7

Fuente: INE. Encuesta de Población Activa.

Por sectores de actividad económica, el más importante en la Comunidad Valenciana es el de servicios, que suma el 61,2% de la población ocupada, seguido de lejos por la industria con un 21,9%. Valencia y Alicante presentan una distribución similar en cuanto a la distribución porcentual de la población ocupada dedicada a cada sector económico, mientras que en Castellón disminuye el sector servicios a favor de la industria y agricultura.

Nivel de estudios de la población

Según cifras del año 2001, el 28,2% de la población de la Comunidad Valenciana ha cursado el Graduado escolar o equivalente.

Es de destacar que un 24,3% de la población no posee ningún estudio, siendo la proporción de analfabetismo de un 2,2%. El 10,8% de la población ha realizado estudios universitarios (diplomaturas o licenciaturas).

Nivel de estudios de la población en la Comunidad Valenciana

	C. Valenciana	% de la CV
Población 2001	3488824	-
No sabe leer o escribir	79880	2,28
Sabe leer y escribir y menos de 5 años de escuela	414858	4,89
Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB o equivalente	847993	24,30
Graduado escolar o equivalente	984435	28,21
Bachiller superior	372652	10,68
FPI o FP grado medio o equivalente	140901	4,03
FPII o FP grado superior o equivalente	134175	3,84
Diplomatura o equivalente	192086	5,50
Licenciatura o equivalente	186181	5,33
Doctorado	13379	0,38
No consta	122284	3,50

Fuente: IVE 2005 (Con datos del Censo de 2001)

Indicadores socio-económicos

El crecimiento del valor añadido bruto al coste de los factores en la Comunidad Valenciana ha sido de un 2,92 %, frente al 2,83 % de España, porcentajes en ambos casos superiores al 2003.

Por sectores se observa un aumento de la agricultura y pesca del 0,50 % en el 2004, frente al 1,67 % nacional del sector. La industria con un aumento del 2,43 % frente al 2,26 % nacional y la construcción con un 4,00 %, frente al registrado en España, que es del 4,21 %.

Evolución del producto interior bruto al coste de los factores (vab cf) de la Comunidad Valenciana y España

Tasas de variación 2001-2004

	Comunidad Valenciana					España				
	2001	2002	2003	2004	T1	2001	2002	2003	2004	T1
Agricultura y Pesca	2,00	0,41	-0,05	0,50	4,33	0,44	1,14	-1,03	1,67	4,83
Industria	3,10	0,29	1,29	2,43	24,23	2,11	1,07	2,14	2,26	21,13
Construcción	10,50	3,15	5,35	4,00	9,73	7,27	3,63	4,45	4,21	9,33
Servicios	3,70	2,82	2,89	3,11	61,71	3,11	2,82	2,56	2,90	64,71
Sectores no agrarios	4,14	2,21	2,72	3,03	95,67	3,25	2,25	2,65	2,85	95,17
Total	4,07	2,15	2,59	2,92	100,00	3,12	2,19	2,46	2,83	100,00

VABcf: Valor Añadido Bruto al coste de los factores (en términos reales)

T1: Porcentaje del PIB de cada sector sobre el total de la Comunidad Valenciana y España

Fuente: Fundación de Cajas de Ahorro Confederadas.

La inmigración en la Comunidad Valenciana

La población valenciana recibe inmigración desde hace más de 40 años, pero durante los últimos 5 años el número de personas que vienen a vivir a nuestra comunidad ha aumentado espectacularmente a un ritmo que nuestras estadísticas nunca anteriormente habían registrado. Durante el período 2000-2005, la población valenciana pasó de 4.120.729 habitantes a 4.672.657. En ese tiempo, la importancia de la inmigración en el crecimiento de la población valenciana se ha acentuado enormemente en comparación con el período anterior, y el origen de esta población es principalmente extranjero.

Sin lugar a dudas, la inmigración es el fenómeno más importante de la demografía valenciana porque constituye el principal aporte al crecimiento de la población. Además, y como consecuencia de lo anterior, la inmigración es el factor que impregna los mayores cambios en su composición. La importancia de la inmigración extranjera en la dinámica demográfica valenciana es tal que ha llegado a representar el 91% del crecimiento anual en el año 2003 (último año para el que el INE dispone de información pública del movimiento natural de la población, diferencia entre nacimientos y defunciones).

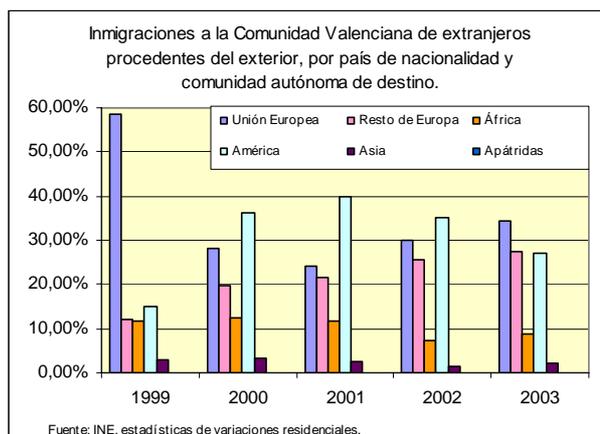
En la Comunidad Valenciana existen tres grandes flujos de entrada de población, con orígenes y composición diferentes. Por un lado continúa el flujo, iniciado hace ya más de 40 años, de entradas de españoles desde otras comunidades autónomas. En efecto, el saldo migratorio interior (es decir la diferencia entre entradas de población desde otras comunidades autónomas y salidas hacia otras comunidades) es de 15.502 personas en 2003, cifra que sitúa a la Comunidad Valenciana como la primera receptora neta de ciudadanos españoles.

Sin embargo, por la magnitud de las entradas de efectivos, el flujo de inmigración desde otras comunidades autónomas es muy inferior a los flujos inmigratorios desde el extranjero. Así, el saldo inmigratorio de la población extranjera (77.438 personas en 2003) representa el 95,2% de todo el saldo migratorio de la Comunidad Valenciana.

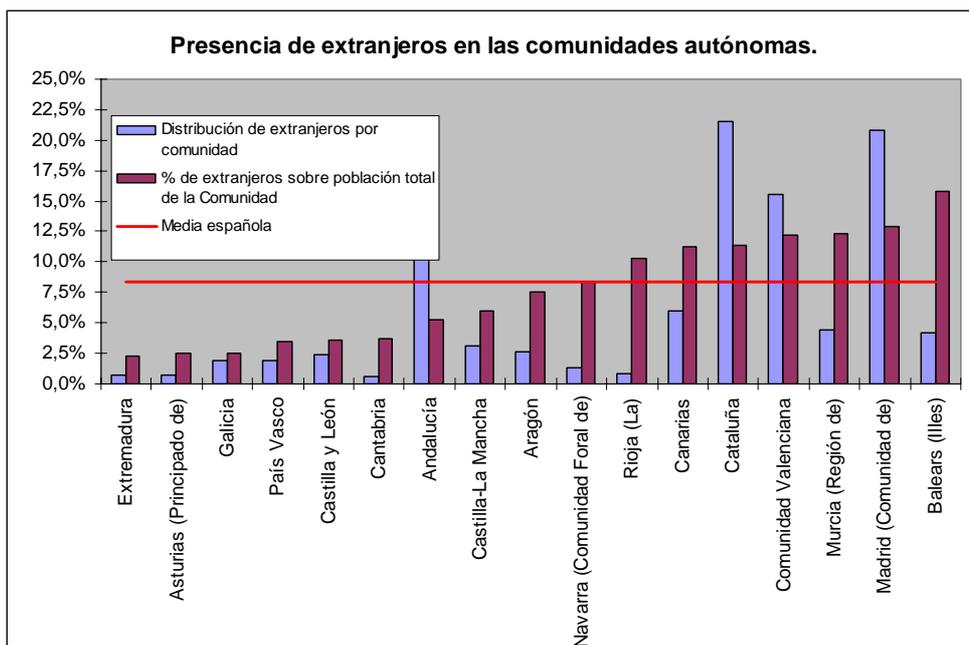
La población extranjera que elige nuestra comunidad como lugar de residencia procede de dos flujos muy distintos. En primer lugar, por la importancia relativa y por su tradición histórica, se encuentra el colectivo de extranjeros procedentes de la Unión

Europea, constituido mayoritariamente por población jubilada y, por tanto, envejecida en términos demográficos.

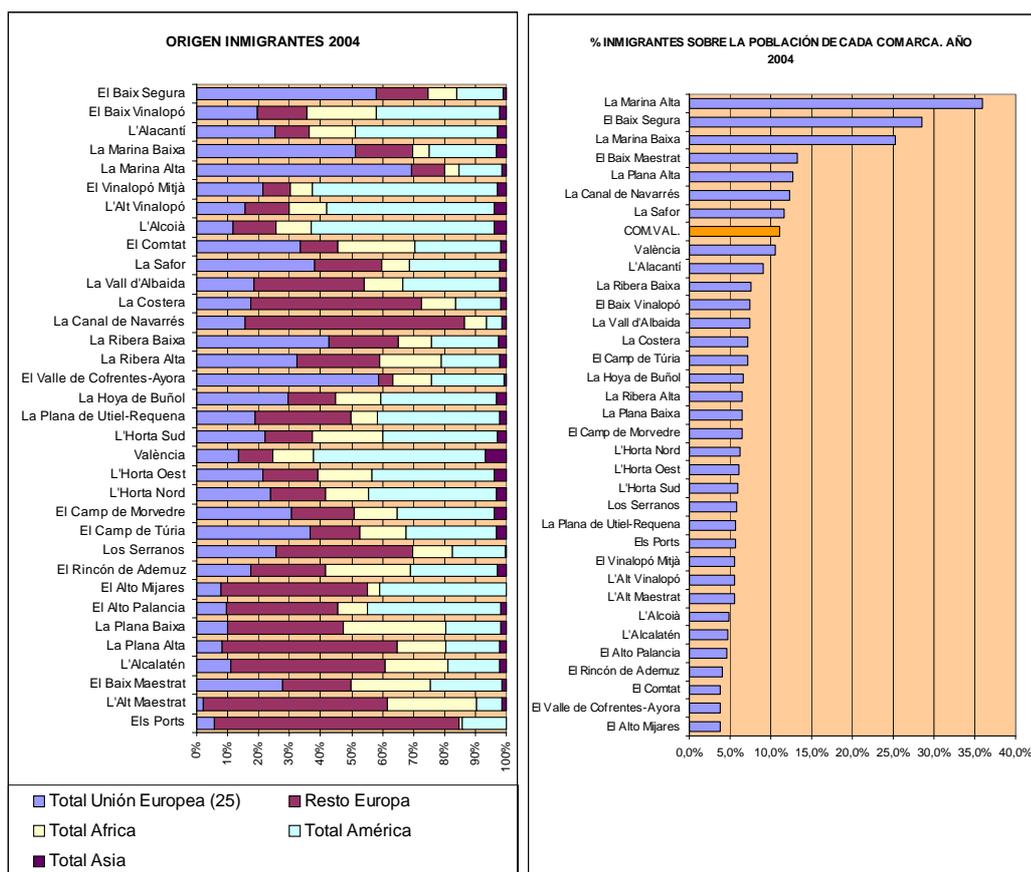
Finalmente, existe un tercer flujo de entrada de extranjeros cuya importancia creció enormemente el año 2000, y que continúa aumentando actualmente, modificando el peso relativo de las comunidades de extranjeros en tierras valencianas. Se trata de ciudadanos procedentes de países más desfavorecidos que acuden a la Comunidad Valenciana en búsqueda de trabajo y mejores condiciones de vida. La visibilidad de estas personas en las estadísticas no siempre está asegurada, como consecuencia del miedo que sienten muchos inmigrantes al empadronamiento. Por ello cabe citar que la importancia numérica de estos flujos de entrada es, sin duda, mayor que la estimada. De igual manera, la facilidad de movimiento al interior de Europa y el desconocimiento del sistema administrativo municipal de la Comunidad Valenciana, entre otras razones, han hecho que el número de entradas de residentes provenientes de la Unión Europea sea mucho mayor que la que estiman nuestras estadísticas.



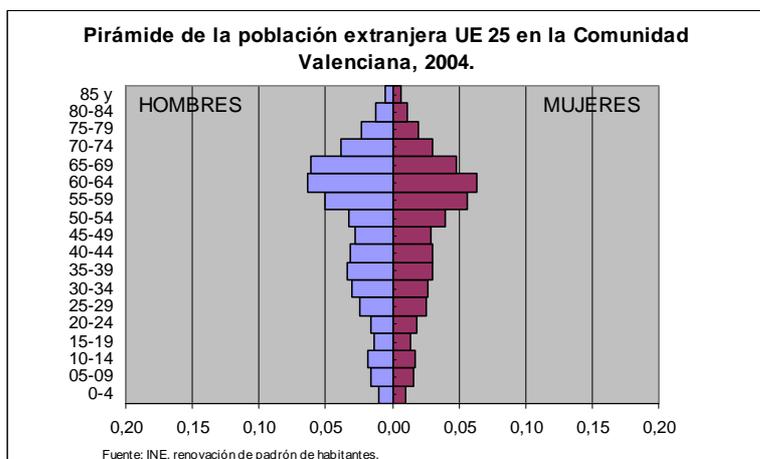
Como resultado de estos flujos de entrada, en la Comunidad Valenciana la población extranjera ha crecido en un 266% y ha llegado a alcanzar la cifra de 572.853 personas, lo que representa el 12,3% de la población total residente en la comunidad en el año 2005. En relación con el conjunto de España, el peso de la población extranjera en la Comunidad Valenciana es muy grande, y únicamente es superado por más de dos puntos porcentuales por las Islas Baleares, y por menos de un punto porcentual por las comunidades autónomas de Madrid y Murcia.



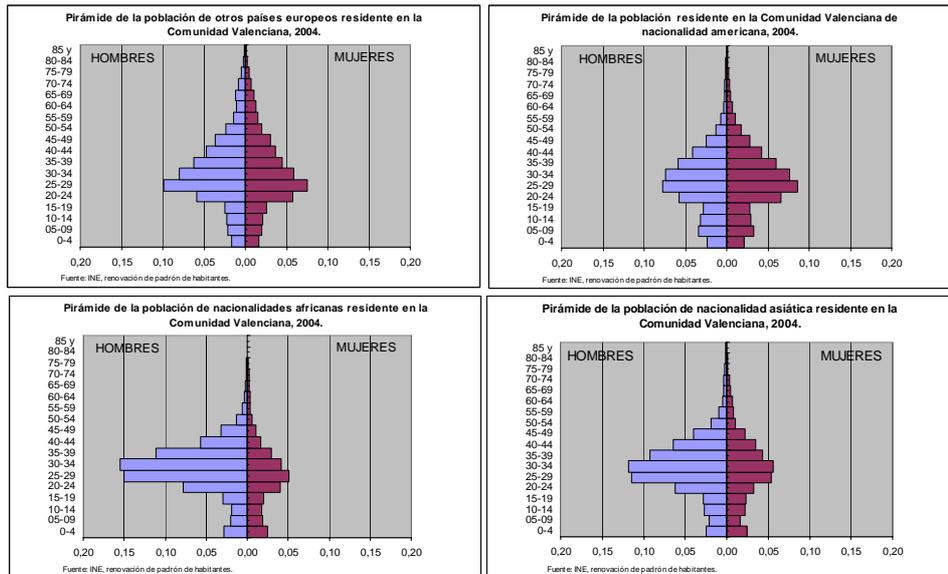
La distribución de esta población en el territorio valenciano es muy desigual, ya que la población extranjera se siente más atraída por el litoral valenciano y por nuestras ciudades. Sin embargo, en los últimos años la presencia de estos ciudadanos está aumentando significativamente en zonas rurales y del interior. La imagen de la distribución territorial de los extranjeros en 2004 ilustra el mayor atractivo de las comarcas de la Marina Alta, el Baix Segura y la Marina Baixa, que concentran mayoritariamente a la población de la Unión Europea, y ya a más distancia, el Baix Maestrat, la Plana Alta, la Canal de Navarrés y la Safor, que atraen principalmente inmigrantes procedentes de países no comunitarios.



Finalmente, y como ya se ha adelantado, la inmigración es el componente demográfico que mayor modificación aporta a la composición de la población valenciana. Cabe pues analizar de qué manera se modifica. En este sentido, conviene resaltar que la población extranjera que vive en nuestro territorio presenta estructuras de edad y sexo muy variadas. Los más mayoritarios, los residentes de la Unión Europea, presentan una estructura de población donde lo más destacado es el carácter envejecido.



Sin embargo, los inmigrantes que vienen a trabajar en nuestra comunidad, rejuvenecen nuestra población, ya que presentan una composición de menor edad, dado el fuerte peso relativo que tiene en ella la población en edad laboral, concretamente, entre 20 y 44 años de edad. Puesto que se trata de inmigrantes en busca de trabajo la estructura por sexo de estas poblaciones no tiende siempre al equilibrio. En este sentido, destaca la composición fuertemente masculinizada de los inmigrantes africanos y asiáticos. Mientras que entre los inmigrantes de nacionalidades americanas, algunos histogramas presentan áreas más feminizadas.



La mortalidad

Fuente: Conselleria de Sanidad

Mortalidad general

El número de defunciones en la Comunidad Valenciana en el año 2003 ha sido de 40.079 según cifras del Registro de Mortalidad de la Comunidad Valenciana

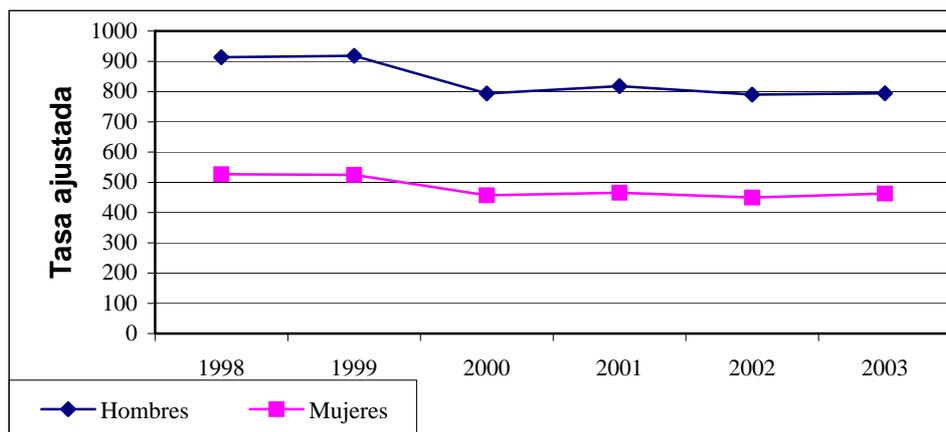
Total causas. Nº total de defunciones

Años	Hombres	Mujeres	Total
1998	19.215	17.156	36.371
1999	20.232	18.021	38.253
2000	19.320	17.243	36.563
2001	19.609	17.650	37.259
2002	20.176	17.847	38.023
2003	20.931	19.148	40.079

Se observa una evolución descendente, excepto para el año 2003, en ambos sexos, de la tasa ajustada de mortalidad por el método directo (se ha utilizado la población europea como estándar).

Total causas. Tasas ajustadas por edad método directo (población europea).

Años	Hombres	Mujeres
1998	913.6	526.9
1999	918.3	524.8
2000	793.5	456.8
2001	817.8	465.5
2002	790.2	449.6
2003	794.3	462.9



Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado en los últimos años en la Comunidad Valenciana. Así, en 1998 la esperanza de vida al nacer era de 74.6 años en hombres y en 81.4 en mujeres¹. Para la totalidad de España, según esta misma fuente, la esperanza de vida al nacer se situó, en el año 2003 en 77.2 años en hombres y en 83.7 años en mujeres.

Primeras causas de mortalidad

El primer gran grupo de causas de mortalidad, en ambos sexos, han sido las enfermedades del aparato circulatorio, aunque su peso está disminuyendo proporcionalmente con el tiempo, seguidas de los tumores y de las enfermedades del aparato respiratorio.

Hombres

Causa (Grandes Grupos de la CIE)	Mortalidad proporcional según año					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Enf. del Aparato Circulatorio	34.2	33.3	32.7	31.7	30.5	31.3
Tumores	28.9	29.2	31.0	31.5	30.2	29.7
Enf. del Aparato Respiratorio	12.3	8.8	12.1	11.9	13.5	11.9

Mujeres

Causa (Grandes Grupos de la CIE)	Mortalidad proporcional según año					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Enf. del Aparato Circulatorio	43.0	42.4	41.9	41.9	40.8	40.8
Tumores	19.6	20.3	20.5	20.5	19.9	19.9
Enf. del Aparato Respiratorio	10.0	8.8	8.6	8.6	9.9	8.3

Mortalidad por causas

En las tablas siguientes, se muestra la evolución de las tasas de mortalidad ajustadas por edad para las diez primeras causas de muerte y para ambos sexos.

¹ España en cifras 2000. Instituto Nacional de Estadística.

Tasas de mortalidad ajustadas por edad de las diez primeras causas de muerte (1999-2003)
Tasas por 100.000

Hombres (TM: Tumor maligno)

1999		2000		2001		2002		2003	
CAUSA	TASA	CAUSA	TASA	CAUSA	TASA	CAUSA	TASA	CAUSA	TASA
Enf. isquémicas corazón	123.4	Enf. isquémicas corazón	110.4	Enf. isquémicas corazón	103.9	Enf. isquémicas corazón	99.6	Enf. isquémicas corazón	103.0
Enf. cerebrovasculares	80.2	Enf. cerebrovasculares	68.6	TM pulmón y vías	71.4	TM pulmón y vías	64.7	TM pulmón y vías	68.6
TM pulmón y vías	74.5	TM pulmón y vías	71.6	Enf. cerebrovasculares	63.9	Enf. cerebrovasculares	59.9	Enf. cerebrovasculares	62.2
EPOC	67.3	EPOC	49.9	EPOC	45.9	EPOC	50.8	EPOC	49.1
TM próstata	24.5	Psicosis orgánica senil	23.5	TM próstata	24.6	TM próstata	21.4	TM próstata	20.6
Psicosis orgánica senil	23.9	TM próstata	20.3	Psicosis orgánica senil	23.0	Psicosis orgánica senil	23.6	Psicosis orgánica senil	28.7
Neumonía	22.9	Acc. tráfico	21.3	TM intestino grueso	20.4	TM intestino grueso	20.0	TM intestino grueso	20.9
Cirrosis y otras hepáticas	23.5	Cirrosis y otras hepáticas	20.2	Cirrosis y otras hepáticas	21.8	Cirrosis y otras hepáticas	21.4	Diabetes	16.4
Acc. tráfico	22.4	TM intestino grueso	18.0	Neumonía	17.7	Neumonía	18.6	Cirrosis y otras hepáticas	17.9
TM intestino grueso	19.5	Neumonía	17.0	Acc. tráfico	19.6	Acc. tráfico	18.9	Acc. tráfico	18.4

Mujeres (TM: Tumor maligno)

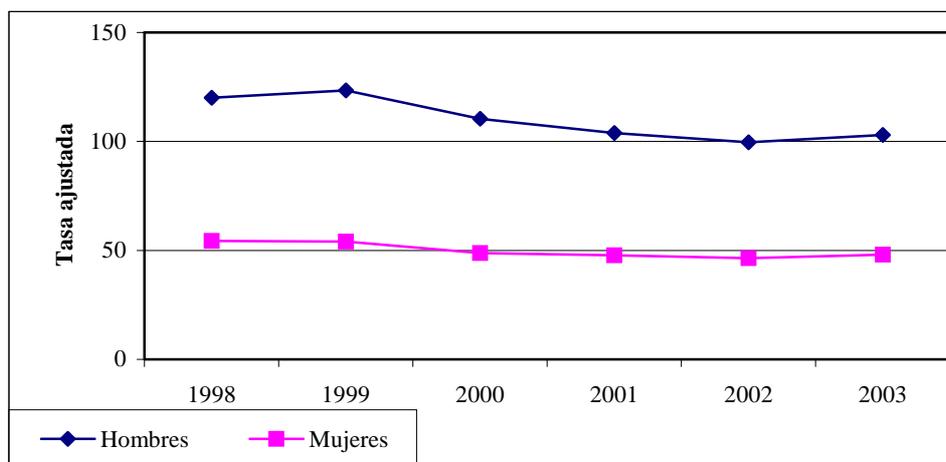
1999		2000		2001		2002		2003	
CAUSA	TASA	CAUSA	TASA	CAUSA	TASA	CAUSA	TASA	CAUSA	TASA
Enf. cerebrovasculares	63.8	Enf. cerebrovasculares	55.8	Enf. cerebrovasculares	54.8	Enf. cerebrovasculares	51.2	Enf. cerebrovasculares	52.5
Enf. isquémicas corazón	54.0	Enf. isquémicas corazón	48.8	Enf. isquémicas corazón	47.8	Enf. isquémicas corazón	46.5	Enf. isquémicas corazón	48.1
Psicosis orgánica senil	29.9	Psicosis orgánica senil	27.6	Psicosis orgánica senil	27.3	Psicosis orgánica senil	26.0	Psicosis orgánica senil	32.5
Diabetes	18.1	Diabetes	15.8	Diabetes	16.0	Diabetes	15.0	Diabetes	15.7
TM mama	22.8	TM mama	20.2	TM mama	21.1	TM mama	20.0	TM mama	20.7
EPOC	12.7	TM intestino grueso	11.5	TM intestino grueso	12.0	TM intestino grueso	12.1	TM intestino grueso	12.6
Neumonía	12.3	EPOC	9.8	EPOC	8.6	Neumonía	9.9	Neumonía	7.9
TM intestino grueso	13.0	Neumonía	9.3	Neumonía	8.6	EPOC	9.3	EPOC	8.5
Enf. hipertensivas	8.8	Arteriosclerosis	7.7	Enf. hipertensivas	7.6	Enf. hipertensivas	8.6	Enf. hipertensivas	8.7
Arteriosclerosis	8.3	Enf. hipertensivas	7.4	Nefritis y otras nefrosis	7.2	Nefritis y otras nefrosis	6.7	Nefritis y otras nefrosis	6.1

Enfermedades isquémicas del corazón

La evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, presenta una tendencia descendente en ambos sexos, siendo prácticamente el doble el valor de la tasa entre los varones.

Enfermedades isquémicas del corazón. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	120.0	54.3
1999	123.4	54.1
2000	110.4	48.8
2001	103.9	47.8
2002	99.6	46.5
2003	103.0	48.1

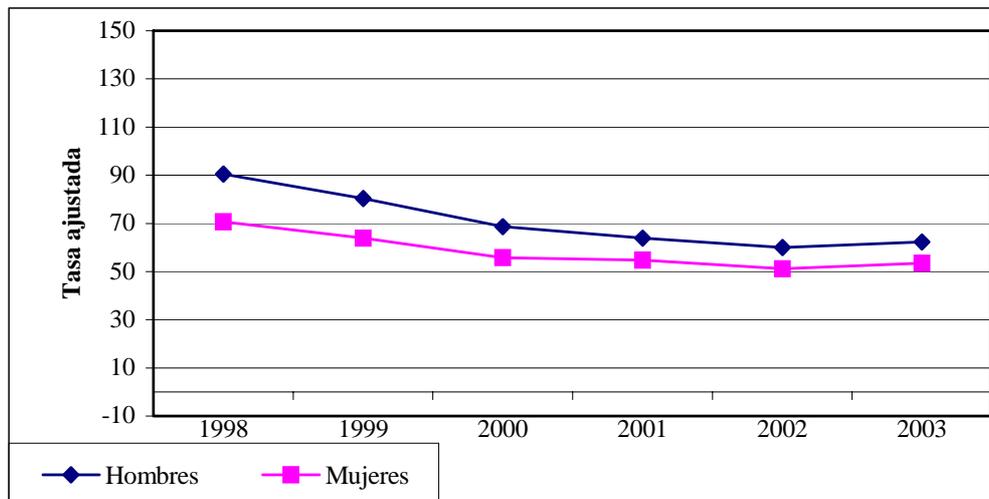


Enfermedades cerebrovasculares

Las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares muestran una clara tendencia a la disminución tanto en el sexo masculino como en el femenino. Esta tendencia se relaciona con uno de los objetivos del anterior Plan de Salud sobre la disminución en un 1,5 % anual la morbilidad por enfermedad cerebrovascular.

Enfermedades cerebrovasculares. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	90.4	70.6
1999	80.3	63.8
2000	68.6	55.8
2001	63.9	54.8
2002	59.9	51.2
2003	62.2	52.5

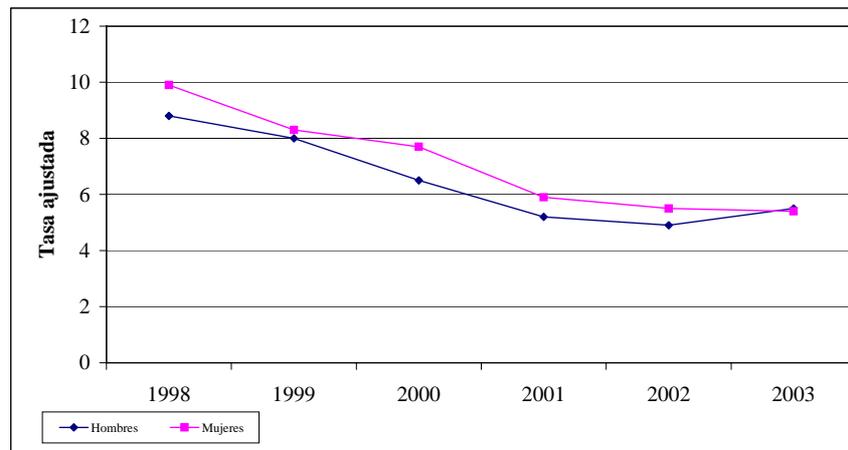


Arterioesclerosis

Las tasas ajustadas de mortalidad por arteriosclerosis muestran una tendencia descendente desde 1998 y unos valores similares para ambos sexos.

Arteriosclerosis. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	8.8	9.9
1999	8.0	8.3
2000	6.5	7.7
2001	5.2	5.9
2002	4.9	5.5
2003	5.5	5.4



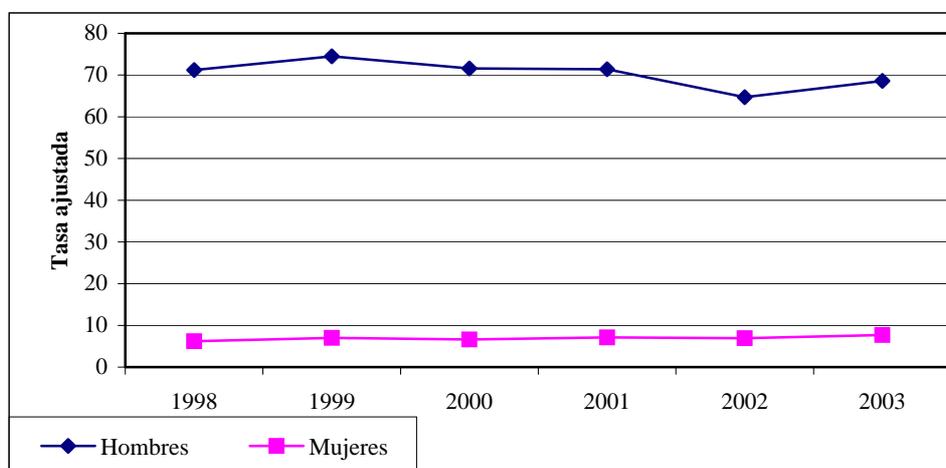
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón

La mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón en la Comunidad Valenciana, al igual que ocurre en el resto de España, predomina en el sexo masculino.

Se observa una reducción lenta pero progresiva de la tasa, con una tendencia descendente en los hombres desde finales de los años 90, y un aumento de las tasas en las mujeres.

Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	71.2	6.2
1999	74.5	7.0
2000	71.6	6.6
2001	71.4	7.1
2002	64.7	6.9
2003	68.6	7.7

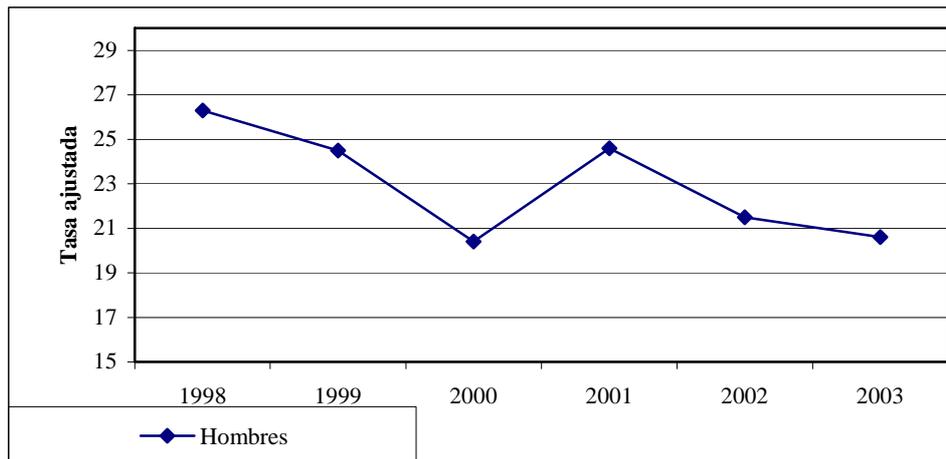


Tumor maligno de la próstata

A continuación se expone la evolución temporal de la mortalidad por tumor maligno de próstata.

Tumor maligno de la próstata. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	26.3	-----
1999	24.5	-----
2000	20.4	-----
2001	24.6	-----
2002	21.5	-----
2003	20.6	-----

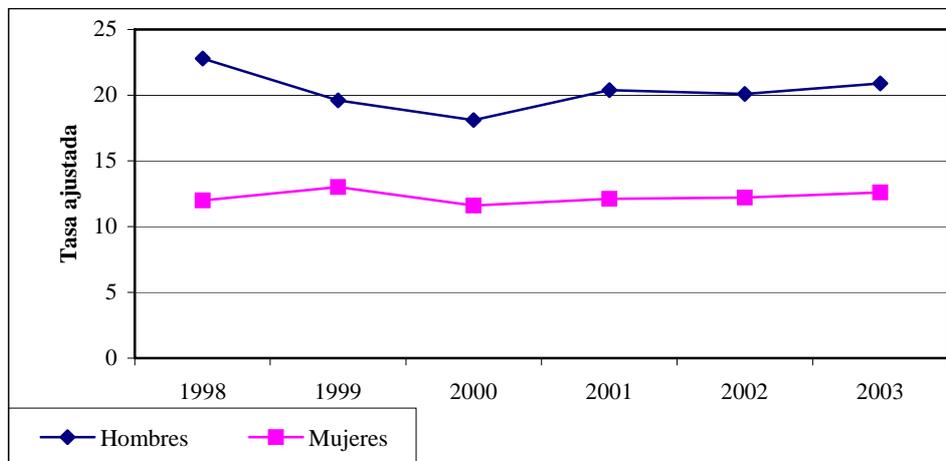


Tumor maligno de intestino grueso

Las tasas presentan una tendencia ligeramente ascendente en mujeres y hombres.

Tumor maligno de intestino grueso. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	22.8	12.0
1999	19.6	13.0
2000	18.1	11.6
2001	20.4	12.1
2002	20.1	12.2
2003	20.9	12.6

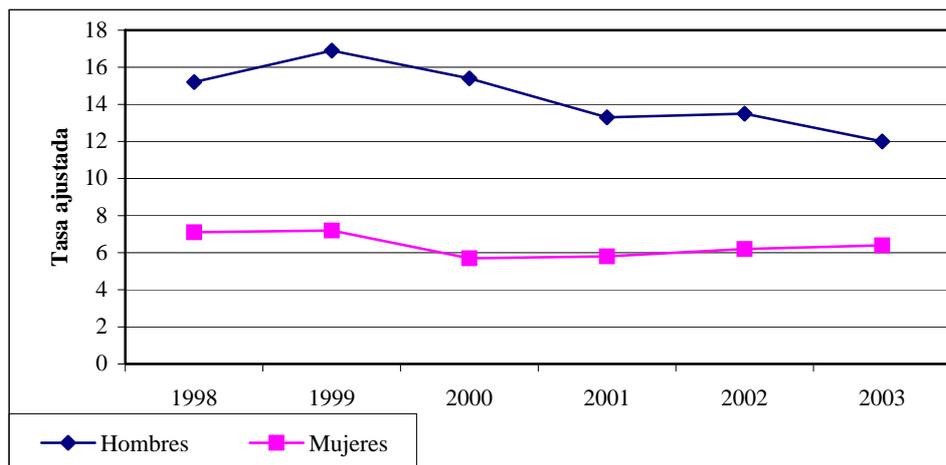


Tumor maligno del estómago

Se observa un ligero aumento en la tasa de mujeres y una tendencia descendente en hombres.

Tumor maligno de estómago. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	15.2	7.1
1999	16.9	7.2
2000	15.4	5.7
2001	13.3	5.8
2002	13.5	6.2
2003	12.0	6.4



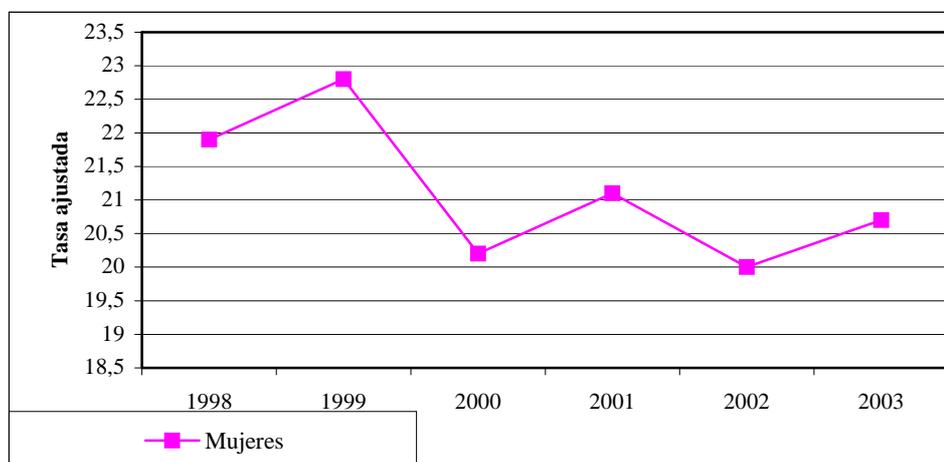
Tumor maligno de la mama femenina

Las tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno de la mama femenina presentan una clara tendencia a la disminución, aunque en el año 1999 se incremento con respecto al 1998 y en el 2001 se incrementa con respecto al 2000. Se observa una tendencia a la estabilidad.

Respecto al cumplimiento del objetivo de disminuir la mortalidad por cáncer de mama en un 15 %, a la vista de los resultados del año 2003, podemos decir que aunque no se ha alcanzado se observa un acercamiento al objetivo.

Tumor maligno de mama femenina. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	-----	21.9
1999	-----	22.8
2000	-----	20.2
2001	-----	21.1
2002	-----	20.0
2003	-----	20.7

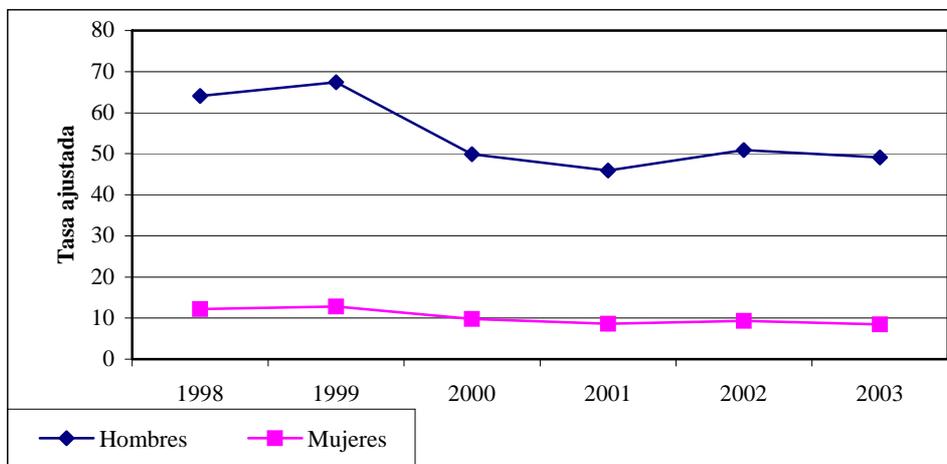


Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

La tasa ajustada de mortalidad por bronquitis, enfisema y otras enfermedades obstructivas crónicas entre los hombres, sigue siendo muy alta y mantiene mucha distancia con la observada entre las mujeres.

Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	64.1	12.2
1999	67.4	12.8
2000	49.9	9.8
2001	45.9	8.6
2002	50.9	9.3
2003	49.1	8.5

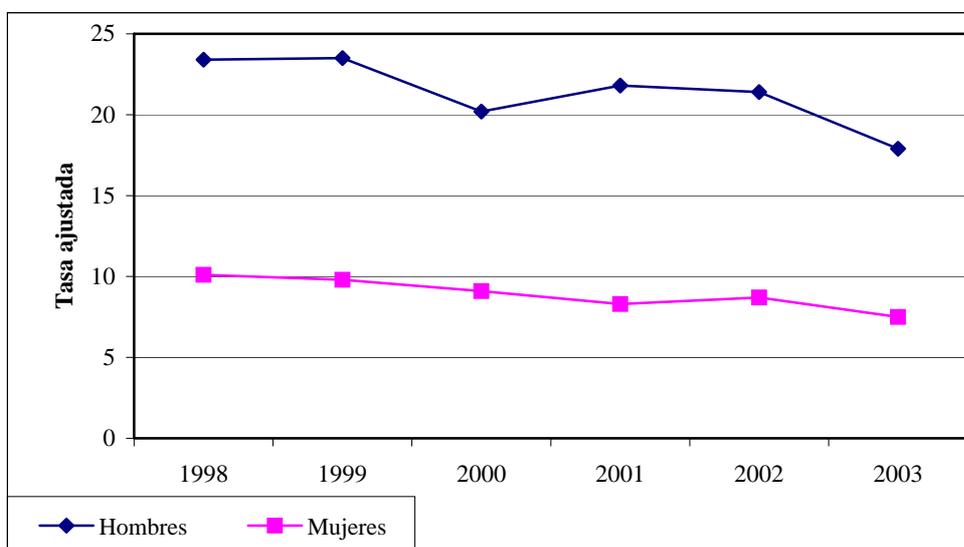


Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

La tasa de mortalidad es mayor en hombres que en mujeres, y se observa una disminución en los hombres en el año 2003 (tras el aumento del año 2001) y una disminución en las mujeres en ese año.

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	23.4	10.1
1999	23.5	9.8
2000	20.2	9.1
2001	21.8	8.3
2002	21.4	8.7
2003	17.9	7.5



Accidentes de vehículos de motor

La mortalidad debida a los accidentes de vehículos de motor entre los hombres siempre es mayor que entre las mujeres. No obstante, el objetivo marcado de disminuir el número de accidentes con víctimas mortales en un 20 % en el año 2004 (como referencia la media 1993-1997) se ha alcanzado.

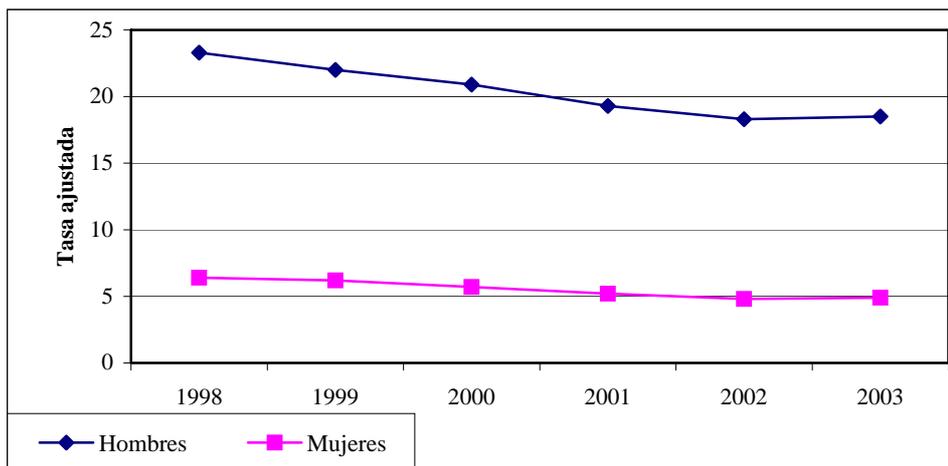
Destacamos la importante tendencia a la disminución apreciada en el año 2002, siendo más acentuada en hombres y más constante en mujeres. A nivel nacional se ha detectado una disminución de la mortalidad por esta causa en hombres en 2002 con respecto a 2001².

Accidentes de vehículos motor. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	23.3	6.4
1999	22.0	6.2
2000	20.9	5.7
2001	19.3	5.2
2002	18.3	4.8
2003	18.5	4.9

Existe en general una tendencia de disminución de las tasas de mortalidad por esta causa. En mujeres se presentó un incremento de la tasa ajustada en 1998, pero como se puede apreciar, en los años 2000-2003 ha disminuido.

² Fuente INE.



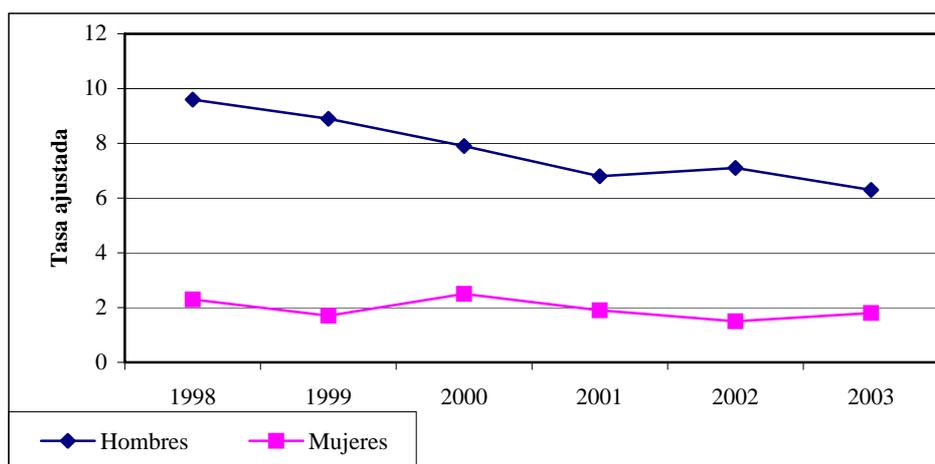
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida)

Aunque la diferencia por sexos en la mortalidad por Sida, sigue siendo superior en el sexo masculino. La tasa en los hombres ha aumentado en el año 2002, de forma contrapuesta en la mujer, que disminuye en este último año después de que en el año 2000 presentó su mayor tasa.

El descenso de las tasas se corresponde con los objetivos planteados en el anterior Plan de Salud, como era el mantener la tendencia descendente de la tasa de transmisión sanguínea y vertical del VIH.

Sida. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	9.6	2.3
1999	8.9	1.7
2000	7.9	2.5
2001	6.8	1.9
2002	7.1	1.5
2003	6.3	1.8

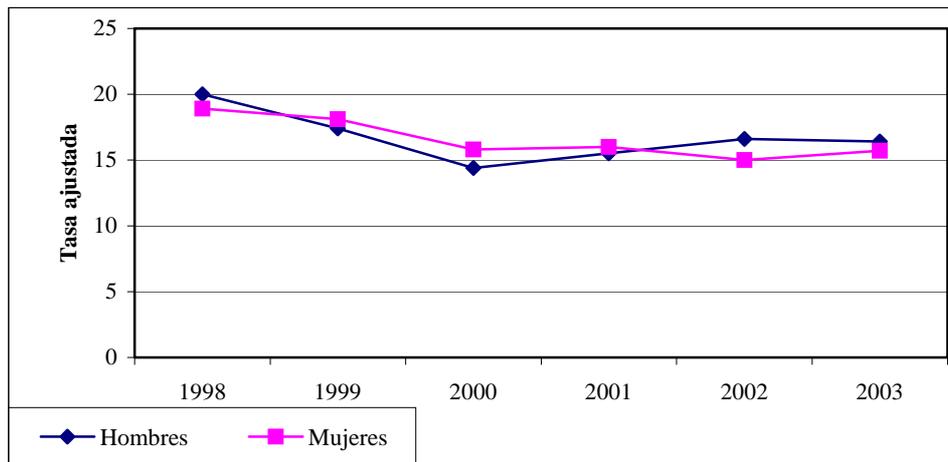


Diabetes

La mortalidad por diabetes presentó una tendencia descendente hasta el año 2000, y desde entonces se ha incrementado ligeramente en el sexo masculino.

Diabetes. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	20.0	18.9
1999	17.4	18.1
2000	14.4	15.8
2001	15.5	16.0
2002	16.6	15.0
2003	16.4	15.7

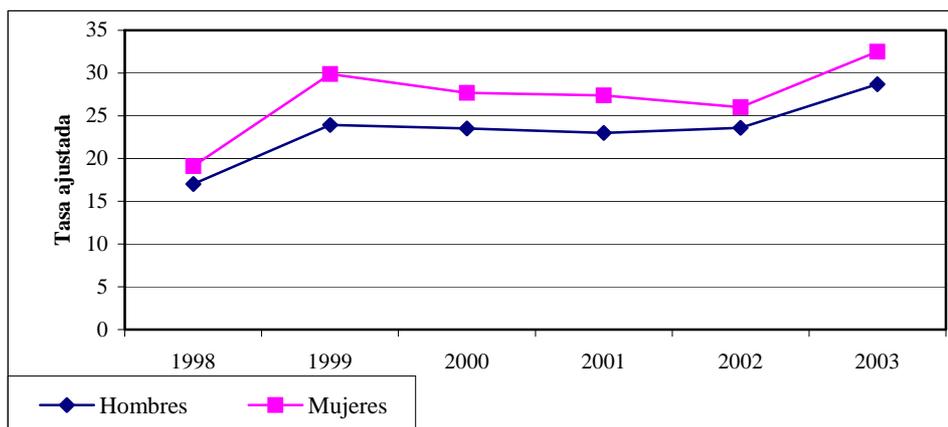


Psicosis orgánica senil y presenil

La psicosis orgánica senil y presenil como causa de muerte ha experimentado una tendencia a estabilizarse en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres, se observa un aumento importante como indica el dato del 2003.

Psicosis orgánica y senil y presenil. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	17.0	19.1
1999	23.9	29.9
2000	23.5	27.7
2001	23.0	27.4
2002	23.6	26.0
2003	28.7	32.5

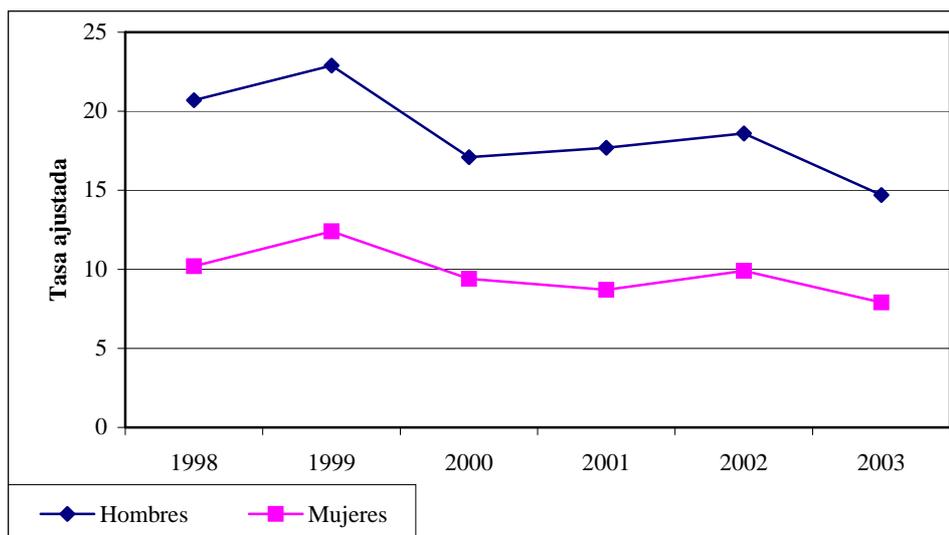


Neumonía

La mortalidad por neumonía mantiene un patrón similar en los últimos años estudiados entre hombres y mujeres, con una disminución de su tendencia.

Neumonía. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1998	20.7	10.2
1999	22.9	12.4
2000	17.1	9.4
2001	17.7	8.7
2002	18.6	9.9
2003	14.7	7.9



Enfermedades hipertensivas

El aumento de la tasa de mortalidad en las mujeres por las enfermedades hipertensivas en los últimos años se expone en la tabla siguiente.

Enfermedades hipertensivas. Tasas de mortalidad ajustadas por edad método directo (población europea)

Años	Hombres	Mujeres
1999	8.0	8.8
2000	6.9	7.4
2001	6.2	7.6
2002	6.7	8.6
2003	7.9	8.7

Mortalidad en adultos jóvenes

A continuación se presentan las tres primeras causas de mortalidad por grupos de edad y sexo:

Primeras causas de mortalidad en 2003

Grupo de edad de 15 a 24 años

Hombres

Mujeres

Causas	Nº Defun.	Tasa Específica	Causas	Nº Defun.	Tasa Específica
Causas externas de mortalidad	149	48.9	Causas externas de mortalidad	45	15.6
Tumores	18	5.9	Tumores	11	3.8
Enfermedades del sistema circulatorio	11	3.6	Enfermedades del sistema circulatorio	3	1.0

Grupo de edad de 25 a 34 años

Hombres

Mujeres

Causas	Nº Defun.	Tasa Específica	Causas	Nº Defun.	Tasa Específica
Causas externas de mortalidad	212	52.7	Causas externas de mortalidad	38	10.2
Tumores	38	9.4	Tumores	36	9.7
Ciertas enfermedades infecciosas	37	9.2	Enfermedades del sistema circulatorio	12	3.2

Grupo de edad de 35 a 44 años

Hombres

Mujeres

Causas	Nº Defun.	Tasa Específica	Causas	Nº Defun.	Tasa Específica
Causas externas de mortalidad	206	57.5	Tumores	156	45.0
Tumores	141	39.3	Enfermedades del sistema circulatorio	41	11.8
Enfermedades del sistema circulatorio	130	36.3	Causas externas de mortalidad	41	11.8

Mortalidad infantil

A continuación se exponen los indicadores de mortalidad infantil en la Comunidad Valenciana y a nivel nacional.

Comunidad Valenciana. Tasa por 1000	
Tasa de Mortalidad Infantil (2002)	3.8
Tasa de Mortalidad Perinatal (2001)	5.0

España. Tasa por 1000	
Tasa de Mortalidad Infantil (2002)	4.1
Tasa de Mortalidad Perinatal (2001)	5.8

La morbilidad

La información se encuentra disponible en la dirección:

<http://www.sp.san.gva.es/DgspWeb/>

En esta página, en el Área de epidemiología se encuentra la información referente a las enfermedades inmunoprevenibles (poliomielitis, difteria, rubéola, sarampión, parotiditis, tos ferina), enfermedades de transmisión aérea (meningocócica, gripe, legionario o neumonía por *Legionella pneumophila*), enfermedades relacionadas con la calidad del agua y los alimentos (fiebre tifoidea, toxiinfecciones alimentarias) y otras enfermedades (hepatitis A y B, brucelosis).

Sida

Los datos del Registro de Casos de Sida de la Comunidad Valenciana a 31 de marzo de 2005 indican que la incidencia de Sida en el 2004 tiende a la estabilización observando los años anteriores.

De los 5.656 casos de Sida desde el inicio de la epidemia, el 78,3% son hombres y el 21,7% mujeres

La mayoría de los casos se diagnosticaron en la provincia de Valencia (62,5%), seguida de la de Alicante (31%) y la de Castellón (6,5%). También la tasa de incidencia

de Sida es menor en la provincia de Valencia (22,8 casos por millón de habitantes en 2004) que las de Alicante (41,7 casos por millón en 2004) y Castellón (23,2).

En ambos sexos el mecanismo de transmisión más probable ha sido el uso compartido de material de inyección en usuarios de drogas intravenosas, que se bien presenta una tendencia descendente en los últimos años, todavía es responsable del 62,1% de los casos diagnosticados en el año 2005. En ese mismo año, los casos atribuibles a relaciones heterosexuales han supuesto el 14,9% y a los homosexuales el 12,8%.

Fuente: Registro de casos de Sida de la Comunidad Valenciana (datos a 31 de marzo de 2005). Servicio de Plan de Sida. DGSP.

Enfermedades no transmisibles

Alcohol y drogas

Según datos de las **encuestas de consumo y opinión** realizadas por la Fundación de Ayuda para la Drogadicción (FAD) para la Generalitat Valenciana (años 1996, 1998, 2000, 2002 y 2004) en población mayor de 15 años se puede resaltar los siguientes datos.

Alcohol

En el último estudio epidemiológico realizado (año 2004) la prevalencia de bebedores abusivos se mantiene estable y en cifras idénticas a las detectadas en la encuesta precedente (6.3%). Destacar el leve aumento de las cifras relativas al sexo masculino compensado con un leve descenso de las mujeres que abusan del alcohol.

De igual forma el promedio de ingesta diario de alcohol (40.13 ml) se mantiene en cifras similares a las detectadas con anterioridad (42.02 ml).

Heroína

El consumo de heroína sigue una tendencia claramente descendente en sus consumos. La comparación entre las dos últimas encuestas reduce a la mitad las prevalencias de consumo. Si durante 2002, un 0,5% de la población mayor de 15 años consumió heroína, en alguna ocasión, en los 12 meses anteriores a la encuesta, durante 2004 sólo un 0,2% lo refiere. Al igual ocurre con el consumo regular o semanal, que desciende del 0,2% al 0,1% actual.

Seguimos destacando el hecho de que el porcentaje de consumidores que persiste, corresponde al grupo que ha fracasado aún con las estrategias de reducción del daño (programas de tratamiento con metadona, etc.), siendo muy bajo el número de nuevos consumidores de este tipo de sustancias.

Cocaína

Ofrece una clara diferenciación entre lo que es el consumo esporádico o experimental y el consumo habitual. Aunque el número de consumidores experimentales (los que refieren haber probado o consumido esta sustancia alguna vez en la vida) aumenta ligeramente, los consumos ocasionales (alguna vez en los últimos 12 meses) o habituales (consumo una o más veces por semana) siguen su progresiva tendencia descendente. Podemos estimar que ambos tipos de consumos han sufrido un descenso respecto a 2002, situándose en el 3,3 y 0.4% respectivamente.

Cannabis

Sigue siendo la sustancia ilegal de mayor prevalencia en su consumo, aunque la tendencia es muy similar a la descrita en el caso de la cocaína. Existen aumentos en lo que se refiere al consumo experimental (se sitúa en cifras del 24,5%) pero descienden ligeramente los consumos ocasionales (10.2%) y del último mes (8.8%).

Otras sustancias

A continuación se exponen las cifras registradas sobre el consumo de drogas de diseño, anfetaminas, alucinógenos y crack, según datos de las encuestas de 2002 y 2004.

Consumo ocasional (12 meses anteriores)	2002	2004
D. Diseño (éxtasis)	2.1%	0.6%
Anfetaminas (speed)	0.5%	0,8%
Alucinógenos	0.5%	0,3%
Crack	0,0%	0,0%

Consumo habitual (último mes)	2002	2004
D. Diseño (éxtasis)	1.4%	0,4%
Anfetaminas (speed)	0,4%	0,3%
Alucinógenos	0,3%	0,1%
Crack	0,0%	0,0%

Datos del Sistema Valenciano de Información en Adicciones (SAVIA),
en población mayor de 15 años.

En general podemos ver como hay una tendencia mayoritaria de disminución de estos dos indicadores temporales básicos.

El **Indicador Tratamiento** (Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencias, SECAD), recoge las características (sociodemográficas, personales, toxicológicas, etc.) de las personas que solicitan tratamiento por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas u otras adicciones comportamentales.

La normalización y mayor accesibilidad a los servicios ha culminado durante el ejercicio 2003 con la transferencia de todas las Unidades de Conductas Adictivas a la Consellería de Sanidad, de este modo toda la atención sanitaria del enfermo drogodependiente depende tanto orgánica como funcionalmente del servicio valenciano público de salud.

Como resultado de todo ello, el número de pacientes que anualmente solicitan iniciar un nuevo tratamiento sigue una tendencia ascendente, situándose en 12.778 los pacientes que durante al año 2004 fueron admitidos a tratamiento (en el año 2000 dicha cifra era de 9.986 pacientes).

Atendiendo a estos pacientes según la sustancia principal por la que solicitan tratamiento, la heroína (opiáceos en general) sufre un progresivo descenso y desde 2001 deja de ser la primera sustancia. Durante el año 2004 sólo el 15.2% de los pacientes solicitan tratamiento por su abuso y/o dependencia a la heroína, quedando con ello relegada a la tercera posición. La sustancia por la que el mayor número de pacientes solicitan tratamiento es el alcohol (31.16% de los casos) seguido en la actualidad muy de cerca por la cocaína (30.66%). Destacar el progresivo aumento de los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cánnabis (durante el año 2004 representan el 5.38% frente al 2.53% del año 2000). La adicción al juego se mantiene en cifras estables entorno al 5%.

Accidentes de trabajo

Se ha cumplido el objetivo de disminuir las lesiones y secuelas debidas a los siniestros laborales, como se observa en los datos de la tabla.

Evolución de los accidentes laborales en la Comunidad Valenciana 1994-2003

(Número de accidentes en jornada de trabajo)

Año	Alicante	Castellón	Valencia	C. Valenciana	Tasa Incidencia* C.Valenciana
1994	14595	8434	41374	64403	53,0
1995	17086	9613	47080	73779	58,0
1996	17742	9936	47458	75136	58,4
1997	20722	10745	52580	84047	63,4
1998	25323	11710	59310	96343	69,8
1999	30149	13599	69327	113075	79,6
2000	33656	13991	70617	118264	76,0
2001	34801	13689	66147	114637	72,2
2002	32923	12245	61618	106786	61,2
2003	30188	11329	57899	99416	55,8

Fuente: Conselleria de Empleo. DG de Trabajo y Seguridad Laboral.

Tasa Incidencia = (Nº accidentes trabajo/ Nº trabajadores ocupados) x 1000

Durante 2003, de las 100.373 bajas relacionadas con el puesto de trabajo, declarados en nuestra Comunidad, 99.416 fueron accidentes de trabajo, y el resto corresponden a

enfermedades profesionales. De entre todos los accidentes laborales, 1052 fueron calificados como graves, y 119 tuvieron consecuencias mortales.

Las actividades económicas que han acumulado el 58'5 % del total de accidentes, con baja en el centro de trabajo, se detallan en la siguiente tabla.

Construcción	30'6 %
Comercio al por mayor e intermediarios	5'4 %
Fabricación otros productos minerales no metálicos	4'6 %
Otras actividades empresariales	5'5 %
Comercio al por menor, reparación efectos personales y domésticos	6'3 %
Hostelería	6'1 %

Accidentes de tráfico

Observando la evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, se advierte que desde el año 1998 se produce una importante reducción hasta 2001, sin embargo en 2002 se observa un cambio en la tendencia, aunque parece que se estabiliza en 2003.

Pese a la importante morbilidad generada por los accidentes de tráfico, se está en la tendencia de disminuir el número de accidentes de tráfico con víctimas.

Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas

AÑO	C. VALENCIANA	ESPAÑA	% CV/ESPAÑA
1998	13.236	147.334	9,0
1999	14.060	148.632	10,6
2000	9.985	101.729	9,8
2001	7.761	100.393	7,7
2002	8.788	98.433	8,9
2003	8.762	99.987	8,7

Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior

Número de víctimas en los accidentes de tráfico durante 2003

AÑO 2003	C.VALENCIANA	ESPAÑA	% CV/ESPAÑA
Muertes	538	5399	9,9
Heridos	13295	150635	8,8
Carretera	7920	83952	9,4
Muertes	448	4480	10,0
Heridos	7472	79472	9,4
Zona Urbana	5913	72082	8,2
Muertes	90	919	9,7
Heridos	5823	71623	8,1

Fuente: Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior

Los factores medioambientales

Fuentes: Conselleria de Territorio y Vivienda. Año 2004

Aguas de baño marinas

Observamos un buen estado de las aguas de baño marinas de la Comunidad Valenciana para 2004.

Calificación* obtenida por las zonas de baño marítimas de la Comunidad Valenciana .2004.

	ZONAS DE BAÑO	DE OPTIMAS	APTAS	PARCIALMENTE APTAS	NO APTAS
CASTELLON	37	36	1	0	0
VALENCIA	53	41	9	0	3
ALICANTE	88	86	2	0	0
TOTAL C.V.	178	163	12	0	3

* Zonas de baño dadas de alta en el Censo de Zonas de Baño del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Residuos

En el año 2004, se produjeron un total de 2.471.006 Tm de residuos sólidos urbanos (1.214.018 de éstos en Valencia, 937.470 en Alicante y 319.518 en Castellón).

Por lo que se refiere a los residuos peligrosos producidos en nuestra Comunidad (datos de 2004), el número total de Tm tratadas en nuestra Comunidad ha sido de 395.745.

Contaminación atmosférica y acústica

Contaminación atmosférica

El control de la contaminación de la calidad del aire es fundamental para una vida y entorno saludable. El trabajo de las redes de investigación es como se planteo en los objetivos del anterior plan fundamental al igual que mantener los sistemas de vigilancia. En la tabla adjunta se detallan los contaminantes detectados.

Contaminación atmosférica en la Comunidad Valenciana (2004) red automática de control de Contaminación del Aire Y Red Manual Vigilancia de la Contaminación Atmosférica)

CONTAMINANTE	NIVEL ALTO SIN SUPERAR LIMITE	EN EL LIMITE	SUPERA EL LIMITE
DIOXIDO DE AZUFRE (SO ₂)	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> • Coratxar • Morella • Vallibona 	Ninguna
DIOXIDO DE NITROGENO (NO ₂)	<ul style="list-style-type: none"> • Valencia ciudad 	<ul style="list-style-type: none"> • Linares 	Ninguna
MONOXIDO DE CARBONO (CO)		<ul style="list-style-type: none"> • Gandia • Burjassot 	<ul style="list-style-type: none"> • Valencia casco urbano • Alicante casco urbano
OZONO			Ninguna*
PLOMO ATMOSFERICO	Ninguna	Ninguna	Ninguna
HIDROCARBUROS TOTALES	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Partículas en suspensión	<ul style="list-style-type: none"> • Castellón 	Vila-real P.M	Almasora Alcora

*El límite del umbral de protección de la población del ozono

La Red Manual Vigilancia de la Contaminación Atmosférica, ha detectado valores altos de partículas en suspensión en las estaciones del Polígono en Vila-real, L´Alcora y Almassora .

Contaminación acústica

La contaminación acústica se ha convertido en uno de los problemas medioambientales más importantes en la actualidad y, en particular, en la Comunidad Valenciana, los estudios realizados indican la existencia de unos niveles de ruido por encima de los límites máximos admisibles por organismos internacionales y por la Unión Europea. Para proteger la salud de los ciudadanos de la CV se ha aprobado la Ley 7/2002, de 3 de Diciembre de protección contra la contaminación acústica.

El aumento espectacular del parque automovilístico y de los medios de transporte público ha ocasionado un incremento de la contaminación ambiental y, en particular, es uno de los principales factores causantes de la contaminación acústica, de tal modo que el adecuado control de los ruidos y vibraciones emitidos por estas actividades permitirá una reducción muy significativa de este tipo de contaminación, que afecta cada vez más a un mayor número de personas y, en particular , a los habitantes de las grandes ciudades.

El Decreto 19/2004, de 13 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se establecen normas para el control del ruido producido por los vehículos a motor tiene por objeto desarrollar los preceptos contenidos en la Ley 7/2002, de 3 de diciembre, de la Generalitat, de Protección contra la Contaminación Acústica, estableciendo los niveles máximos de emisión sonora admisibles para los vehículos a motor, así como los procedimientos de evaluación de los mismos en la Comunidad Valenciana.

Alimentos

El control oficial de productos alimenticios se efectúa de forma habitual, periódica y programada en origen y destino. El ámbito de aplicación del control abarca a todas las industrias, establecimientos y actividades alimentarias ubicadas en nuestra Comunidad Autónoma inscritas en el Registro Sanitario de Alimentos.

Violencia doméstica

Fuente: Dirección General de la Mujer. Conselleria de Bienestar Social

En el año 2.004 murieron en España 105 mujeres.

Mujeres muertas por violencia de género en España. Totales mensuales

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ENERO	5	9	6	7	9	4	8
FEBRERO	4	8	3	6	5	9	6
MARZO	7	11	6	6	8	11	
ABRIL	10	2	9	11	7	11	
MAYO	2	6	10	8	8	11	
JUNIO	4	11	5	4	10	9	
JULIO	4	7	4	7	11	9	
AGOSTO	7	5	7	9	13	8	
SEPTIEMBRE	4	8	8	4	7	8	
OCTUBRE	4	7	4	8	4	11	
NOVIEMBRE	12	2	5	7	12	6	
DICIEMBRE	6	11	7	6	8	8	
TOTAL ACUMULADO	69	87	74	83	102	105	14

Fuente: Elaboración propia a partir de noticias de prensa y de Datos del Ministerio del Interior

Nota: Datos permanentemente actualizados

- (1) Se incluyen aquellos casos en los que existe una analogía evidente con los descritos, a pesar de no existir vínculo matrimonial. Por ejemplo, hija o madre de la compañera sentimental o novia, etc.
- (2) Se incluyen aquellos casos en los que no existe una relación afectiva estable entre el agresor y la víctima (amigos o conocidos) o, simplemente, no existe ningún tipo de relación.
- (3) Bajo este epígrafe se incluyen las víctimas masculinas (normalmente hijos) que mueren en relación con agresiones a mujeres

Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
							15-mar
ANDALUCÍA	13	10	12	10	13	19	3
ARAGÓN	0	0	1	3	2	2	1
ASTURIAS	1	0	2	0	2	0	0
BALEARES	3	1	2	4	4	2	2
CANARIAS	2	5	5	7	6	2	0
CANTABRIA	1	0	0	0	1	2	0
CASTILLA LA MANCHA	5	3	2	0	2	3	1
CASTILLA Y LEÓN	3	3	1	4	4	3	0
CATALUÑA	9	8	7	6	12	11	0
C. VALENCIANA	6	7	9	9	7	9	2
EXTREMADURA	1	1	0	1	1	2	0
GALICIA	2	4	0	3	6	2	0
MADRID	4	17	6	4	4	5	0
MURCIA	1	1	2	0	3	4	2
NAVARRA	1	1	0	1	1	1	1
PAÍS VASCO	1	2	1	1	0	4	1
LA RIOJA	1	0	0	0	2	1	0
CEUTA	0	0	0	0	1	0	0
MELILLA	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	54	63	50	53	71	72	13

Fuente: Elaboración propia a partir de noticias de prensa y datos del Ministerio del Interior.

Nota: Datos permanentemente actualizados

(1) Se incluyen aquellos casos en los que el agresor es el cónyuge, excónyuge, compañero sentimental, excompañero sentimental, novio o exnovio.

Fuente: Dirección General de la Mujer. Conselleria de Bienestar Social

Mujeres atendidas en el centro mujer 24 horas de Alicante, Valencia y Castellón, correspondiente a los ejercicios 1996-2004

AÑO	VALENCIA		CASTELLON		ALICANTE		TOTAL	
	Atención	Denuncias	Atención	Denuncias	Atención	Denuncias	Atención	Denuncias
1996	1.118	432					1.118	432
1997	944	389	30	18	69	43	1.043	450
1998	1.172	456	255	124	686	306	2.113	886
1999	1.070	387	294	150	651	268	2.015	805
2000	1.155	449	360	151	624	240	2.139	840
2001	981	398	313	140	681	280	1.975	818
2002	1.056	492	363	171	691	298	2.110	961
2003	1.103	465	338	178	681	307	2.122	950
2004	1.068	489	371	166	741	339	2.180	994
TOTAL	9.667	3.957	2.324	1.098	4.824	2.081	16.815	7.136

Fuente: Dirección General de la Mujer. Conselleria de Bienestar Social

Llamadas recibidas a través de la línea 900-58.08.88, correspondiente a los ejercicios
Desde 1996 hasta 2004

AÑO	TOTAL
1996	6.127
1997	9.101
1998	15.784
1999	21.860
2000	27.679
2001	23.940
2002	16.127
2003	33.690
2004	35.303
TOTAL	189.611

Fuente: Dirección General de la Mujer. Conselleria de Bienestar Social

5.2. PRODUCTOS FINALES PROPUESTOS: OBJETIVOS DE GANANCIA EN SALUD

5.2.1. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

5.2.1.1. TABACO

- **Objetivos Generales:**

- Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco hasta alcanzar una prevalencia de fumadores en la población general por debajo del 30%.
- Proteger la salud de los no fumadores generalizando la implantación de espacios sin humos.

- **Objetivos Específicos:**

- Prevenir el inicio del consumo de tabaco
- Rebajar la prevalencia de fumadores en colectivos de especial riesgo o relevancia al menos un 5 % en cada colectivo.
- Ayudar a las personas fumadoras a abandonar el consumo de tabaco
- Potenciar los espacios sin humo
- Fomentar la investigación relacionada con el hábito tabáquico.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 1: Retrasar la edad de inicio y la prevalencia del consumo de tabaco en los jóvenes.

Objetivo 2: Disminuir al menos 6 puntos porcentuales la prevalencia de consumo diario de tabaco, especialmente entre las mujeres, para conseguir que la tasa de fumadores diarios no supere el 22%.

Objetivo 3: Disminuir al menos un 15% la prevalencia de fumadores diarios menores de 25 años, para lograr situarla por debajo del 31%.

Objetivo 4: Conseguir que la prevalencia de fumadores entre el personal sanitario y docente se reduzca en un 20%.

Objetivo 5: Aumentar al menos 9 puntos porcentuales la tasa de abandono del hábito tabáquico, de modo que se consiga que la tasa de exfumadores se aproxime al 21%.

Objetivo 6: Antes de final de 2006, el 100% de las Administraciones Públicas serán espacios libres de humo.

Objetivo 7: Antes del final de 2006, el 100% de los trabajadores desarrollarán su actividad laboral en empresas libres de humo.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en el tabaquismo fueron:

- *Actuaciones sobre la prevención del consumo; la atención a las personas fumadoras y la protección del “no fumador”.*
 - *Actuaciones orientadas a intervenir sobre factores individuales; sobre el entorno; sobre los recursos y acciones normativas.*
-
- **Líneas de actuación**
 - Difundir la información y generalizar la implantación de los Centros Sin Humo.
 - Incluir la condición de Actividad Libre del Humo del Tabaco como un requisito imprescindible para la acreditación como actividad de interés sanitario (congresos, jornadas, reuniones, etc.).
 - Realizar protocolos de inspección para comprobar el cumplimiento de la ley y la normativa vigente.
 - Realizar un Acuerdo con la Federación Valenciana de Municipios y Provincias que incluya el apoyo a las estrategias de seguimiento y control de la normativa.
 - Sensibilizar al personal sanitario de pediatría sobre la importancia de preguntar por el hábito tabáquico a padres y adolescentes dentro del Programa del niño sano. Informar a los padres de la importancia de no fumar delante de los hijos.

- Potenciar el desarrollo de la red de Centros sanitarios públicos sin Humo. Contemplar un incentivo para los centros que se adhieran, incluyéndolo en los acuerdos de productividad.
- Involucrar a los medios de comunicación de carácter local y nacional para que apoyen las Campañas de sensibilización de la población por medio de programas informativos y la emisión de cuñas sobre la importancia del cumplimiento de la normativa vigente.
- Dar a conocer el Plan Valenciano de Prevención y Control del Tabaquismo en todos los Departamentos de Salud.
- Campaña de sensibilización dirigida a la población juvenil (Lema: Fumar no está de moda) con la elaboración de materiales atractivos a distribuir en los institutos y centros juveniles.
- Elaborar protocolos específicos de Atención Básica y Especializada con criterios de derivación, de seguimiento de casos y elaboración de guías específicas.
- Inclusión en la cartera de Servicios y en los Acuerdos de Gestión, la Atención Básica de forma obligada y la Atención Específica de forma optativa.
- Desarrollo e implantación en Abucasis II: Historia clínica adecuada con el Conjunto Mínimo de Datos Diagnósticos del Fumador, y con material de apoyo o autoayuda.

5.2.1.2. ALCOHOL Y DROGAS

- **Objetivos Generales**

- Disminuir la incidencia y prevalencia del consumo de drogas y alcohol y reducir los daños asociados al consumo.
- Proporcionar a las personas drogodependientes una atención integral, integrada, normalizada y accesible.

- **Objetivos Específicos**

- Mejorar la accesibilidad de los servicios mediante el acercamiento de recursos y la creación de dispositivos para pacientes de difícil captación.
- Promover la formación de los profesionales sanitarios.
- Promover la Educación para la Salud: Valores, actitudes, riesgos, estilos de vida saludables para evitar las drogodependencias.
- Implantar programas de prevención en diferentes escenarios, principalmente en el medio escolar.
- Realizar programas específicos de actuación para poblaciones en riesgo y grupos vulnerables.
- Ampliar la cobertura de los programas de reducción de daños.
- Fomentar la investigación en materia de drogodependencias y su transferencia a la práctica asistencial.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 8: Incrementar la cobertura asistencial sociosanitaria para el tratamiento de las distintas adicciones.

Objetivo 9: Aumentar la captación y accesibilidad al tratamiento de los pacientes drogodependientes, en especial a los reacios a él, potenciando las estrategias de reducción del daño y riesgo.

Objetivo 10: Incrementar las tasas de retención anuales de los pacientes drogodependientes en tratamiento.

Objetivo 11: Adaptar programas específicos de intervención a los factores sociales de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Así como, potenciar la investigación sobre dichos factores para incrementar el conocimiento sobre hábitos y nuevas tendencias de consumo.

Objetivo 12: Favorecer la participación de los padres en el sistema preventivo de las drogodependencias a través de su formación en las escuelas de padres.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en drogodependencias fueron:

- *Actuaciones sobre población general; población de riesgo y consumidores experimentales y población afectada (abuso y/o dependencia), reacia o no a tratamiento*
- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre los factores personales; sobre el entorno próximo (familia, escuela y amigos); a nivel comunitario y sobre el ámbito político, normativo, administrativo.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Realizar actividades de educación para la salud dirigidas a la comunidad, en las consultas sanitarias y en el entorno escolar.
- Realizar formación del profesorado en drogodependencias.
- Realizar formación de padres mediante “Talleres de padres”.
- Realizar diagnóstico precoz de los factores de riesgo y desarrollo de los factores de protección, especialmente en el ámbito de la atención primaria y el entorno escolar.
- Promoción de la Educación para la Salud: valores, actitudes, riesgos, estilos de vida saludables en la población general.
- Realizar formación continua de los profesionales que desarrollan actividades en el ámbito de las drogodependencias.

- Realizar protocolos de coordinación y seguimiento, dirigidas a consumidores experimentales y otra población de riesgo, entre las Unidades de Conductas Adictivas y las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil
- Realizar protocolos de colaboración entre UCA y las unidades socioeducativas en el apoyo y seguimiento de alumnos en situación de riesgo.
- Reforzar las intervenciones que realizan las UCA en los barrios de acción preferente.
- Elaborar un programa específico dirigido a intervenir sobre la baja percepción de riesgo del consumo de drogas (“cannabis”, “botellón”, “pastilleo”, etc.)
- Realizar actividades de prevención en drogodependencias en el marco de las “Empresas Generadoras de Salud”.
- Optimizar los Programas de Mantenimiento con Metadona.
- Sobre los familiares de pacientes con trastornos adictivos, mejorar la intervención psicoeducativa, y el apoyo para la inducción al tratamiento de los pacientes refractarios.
- Realizar un acuerdo con la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, que incluya la coordinación de la atención a personas drogodependientes.
- Desarrollar una línea de investigación sobre el tratamiento del trastorno adictivo en pacientes refractarios y con graves repercusiones sociofamiliares.

5.2.1.3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

- **Objetivos Generales:**

- Promover una alimentación saludable adaptada a todos los grupos de edad, género y estados de salud.

- **Objetivos Específicos:**

- Prevenir los problemas de salud de alta prevalencia relacionados con prácticas alimentarias incorrectas.
- Dar una prioridad especial a la prevención y control de la obesidad infantil.
- Realizar educación para la salud sobre promoción de hábitos higiénico-dietéticos saludables.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 13: Promover hábitos saludables de alimentación, actividad y ejercicio físico y prevenir el sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia.

Objetivo 14: Detectar precozmente, en la infancia y adolescencia, el sobrepeso y la obesidad y sus factores de riesgo.

Objetivo 15: Intervenir adecuadamente ante el sobrepeso y la obesidad, adaptando estrategias a cada grupo poblacional.

Objetivo 16: Ampliar la intervención educativa desde los equipos de atención primaria dirigidos a personas con patologías prevalentes relacionadas con la dieta y el anciano frágil o de alto riesgo.

Objetivo 17: Fomentar la incorporación de la valoración nutricional en las actuaciones de los equipos de salud y dirigidas a colectivos más sensibles.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en el control del sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia fueron:

- *Actuaciones en promoción de la salud y prevención primaria (población sana); en población con sobrepeso y obesidad.*
- *Actuaciones sobre los factores personales; del entorno próximo (casa, familia); del entorno externo (infraestructuras sanitarias u otras organizaciones de la población) y del sistema social y legislación.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Sensibilizar y hacer conscientes de su propia responsabilidad a las familias y a la población en general sobre la importancia de la dieta adecuada y la actividad/ejercicio físico, del control de peso corporal, y de la repercusión sobre la salud del sobrepeso y obesidad, a través de campañas institucionales, incluyendo los medios de comunicación.
- Educación para la salud a los niños/as y adolescentes en alimentación y actividad/ejercicio físico en los centros docentes de Educación Infantil, Educación Primaria y ESO, facilitando al profesorado el acceso a materiales de apoyo sobre la importancia, prevención y control del sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia, con especial énfasis en los tutores y el profesorado de Educación Física y Biología-Geología.
- Incluir en la consulta pediátrica de Atención Primaria la detección de factores de riesgo de obesidad y la realización de educación para la salud individualizada en dieta saludable y actividad/ejercicio físico adecuada a la edad y características individuales.
- Concienciar a las familias y a los adolescentes sobre la importancia de realizar un desayuno adecuado, a través de campañas institucionales, incluyendo medios de comunicación.

- Establecer acuerdos con la Conselleria de Cultura, Educación y Deportes, así como con las corporaciones locales, para facilitar el acceso a los espacios deportivos de los centros escolares y otros locales deportivos públicos durante el tiempo de ocio a los niños/as y adolescentes.
- Establecer acuerdos con las corporaciones locales para facilitar un entorno urbanístico que permita la actividad/ejercicio físico a los niños/as y adolescentes.
- Educación para la salud a las familias en alimentación y actividad/ejercicio físico en los centros docentes a través de las asociaciones de padres y madres de alumnos y otras instituciones.
- Realizar actividades de educación para la salud en los centros sanitarios dirigida a las familias, niños/as y adolescentes para intentar reducir el ocio sedentario.
- Potenciar la acción interdisciplinar en el tratamiento de la obesidad.
- Establecer una coordinación fluida, a través de los equipos directivos, entre el profesorado de los centros docentes, y los profesionales sanitarios para el apoyo en educación para la salud y en el seguimiento de la salud de los niños/as.
- Formación de los profesionales sanitarios en alimentación, actividad/ejercicio físico, valoración del estado nutricional y control del sobrepeso/obesidad en la infancia y adolescencia.
- Creación de un portal en internet dentro de la página web de la Conselleria de Sanidad con información y recursos específicos sobre la importancia y prevención de la obesidad infantil, para familias, profesorado de centros docentes y profesionales sanitarios.
- Elaborar un Plan de actuaciones de Comedores escolares, que contemple la participación de la Conselleria de Cultura, Educación y Deportes y de la Conselleria de Sanidad

5.2.1.4. EJERCICIO FÍSICO / ACTIVIDAD FÍSICA

- **Objetivos Generales:**

- Fomentar dentro de las actividades de la Promoción de la Salud la actividad física / ejercicio físico.

- **Objetivos Específicos:**

- Fomentar la prescripción y promoción eficaz de la actividad física / ejercicio físico según grupos de edad, género y estado de salud.
- Formar al personal sanitario en habilidades para aumentar la efectividad de la prescripción y promoción de la actividad / ejercicio físico.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 18: Fomentar la actividad y ejercicio físico de la población, en especial de los niños, mujeres y personas mayores con la finalidad de disminuir la prevalencia de la población sedentaria.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en ejercicio / actividad física fueron:

- *Actuaciones dirigidas sobre población sana; población mayor de 65 años y población infantil y juvenil.*
- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre los factores personales; del entorno próximo (familia); del entorno externo (infraestructura sanitaria u otras organizaciones de la población); y del sistema social y legislación.*

- **Líneas de Actuación**

- Realizar un programa de promoción de la salud y prevención de patologías en población de riesgo: “Terapia por ejercicio”.
- Recomendación sistemática de paseo diario.
- Realización de recomendaciones al mundo empresarial de la práctica de actividad física en el trabajo.

- Difusión de los perjuicios de hábitos y posturas no beneficiosas (poco saludables) para la práctica de actividad física.
- Formación en promoción y prescripción de la actividad física dirigida a profesionales sanitarios de atención primaria
- Formación dirigida a profesionales (continua y continuada) para la promoción y prescripción de la actividad física en ámbitos escolar, sanitario y comunitario
- Incluir consejos específicos de actividad física en el Sistema de información sanitaria de la Conselleria de Sanidad (Abucasis II), y en la página web de la Conselleria de Sanidad.
- Diseño, edición y máxima difusión de carteles y dípticos promotores de los beneficios de la actividad física. Incluir programas para la adquisición de hábitos saludables en los medios de comunicación.
- Recomendación de estrategias que permitan aumentar las actividades físicas en la vida cotidiana.

5.2.1.5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **Objetivos Generales:**

- Promover la salud sexual y reproductiva.

- **Objetivos Específicos**

- Fomentar en la población general y con una priorización en el grupo de adolescentes y jóvenes la adquisición de prácticas sexuales más seguras.
- Potenciar y desarrollar actividades estructuradas y coordinadas de promoción de la Salud Sexual en el ámbito educativo.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo19: Dar a conocer y facilitar la accesibilidad a los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

Objetivo 20: Promover desde la gestión de los Departamentos de Salud, grupos de trabajo interdisciplinares sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Objetivo 21: Mejorar las actuaciones de educación afectivo-sexual para disminuir la tasa de embarazos no deseados en adolescentes.

Objetivo 22: Mejorar la información de las infecciones de transmisión sexual a la población y mejorar el sistema de información de estas enfermedades.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en salud sexual y reproductiva fueron:

- *Actuaciones de promoción de la salud, prevención secundaria y terciaria.*
- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre los factores personales; sobre el entorno próximo (familia, escuela y amigos); a nivel comunitario y sobre el ámbito político, normativo, administrativo.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Desarrollar Programas estructurados y coordinados de Educación Sexual en ESO y Bachiller.
- Impulsar e incorporar a los profesionales de los Centros de Atención Primaria, Centros de Información y Prevención del Sida (CIPS) y Centros de Salud Sexual y Reproductiva en la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y declaración de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes.
- Facilitar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos más utilizados, (anticoncepción oral, anticoncepción de emergencia y preservativo), en los dispositivos asistenciales públicos.
- Analizar y mejorar el circuito sobre interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana.
- Asegurar y mejorar la accesibilidad de la anticoncepción a los adolescentes y jóvenes adecuando horarios en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva y Centros de Atención Primaria, reforzando los mecanismos que garanticen su privacidad

- Realizar guías y/o protocolos de actuación para dar a conocer y mejorar en los distintos profesionales sanitarios las actuaciones en Salud Sexual y Reproductiva.
- Impulsar la coordinación en los diferentes dispositivos asistenciales implicados con el objetivo de mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Incorporar a los Gabinetes de Salud de las Universidades de la Comunidad Valenciana en la información y dispensación de métodos anticonceptivos, para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

5.2.2. ENTORNO Y SALUD

5.2.2.1. SALUD LABORAL

- **Objetivos Generales**
 - Promover un entorno laboral saludable.
- **Objetivos Específicos**
 - Reducir la siniestralidad laboral.
 - Promocionar la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en relación con la salud.
 - Organizar, dirigir, diseñar y evaluar la vigilancia de la salud de los trabajadores y el sistema de vigilancia epidemiológica laboral.
 - Mejorar la información y la coordinación sobre el daño de origen laboral.
- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 23: Implantar el Sistema de Información y Gestión en Salud Laboral y Seguridad Química.

Objetivo 24: Mejorar la cobertura y calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores para contribuir a la disminución de las lesiones y secuelas debidas a los siniestros laborales.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en salud laboral fueron:

- *Actuaciones dirigidas hacia las personas sanas que trabajan sin exposición a riesgos laborales o que van a trabajar (en paro, en formación,...); la población expuesta a riesgo laboral y la población con daño laboral.*
 - *Actuaciones sobre la persona que trabaja (factores individuales); las condiciones laborales y ambiente de trabajo (puesto de trabajo, empresa, infraestructura...); los servicios sanitario-laborales (SPRL, MATEPSS...) y los factores socioeconómicos y legislación.*
- **Líneas de Actuación**
- Promover las actividades saludables en el marco “Empresas Generadoras de Salud”.
 - Implantar un Sistema de Información en Salud Laboral.
 - Realizar un Programa para la vigilancia y control sistemático de productos químicos peligrosos.
 - Implantar un programa de mejora de la cobertura y de la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores.
 - Mejorar la declaración de las Enfermedades Profesionales en la Comunidad Valenciana.
 - Diseñar programas sanitarios de prevención dirigidos a problemas de salud de origen laboral de gran relevancia en la Comunidad Valenciana.
 - Realizar un Programa de formación en salud laboral para los profesionales sanitarios de Atención Primaria.

- Puesta en marcha de un Programa de prevención de riesgos laborales durante el embarazo y lactancia.

5.2.2.2. MEDIO AMBIENTE Y SALUD

- **Objetivos Generales:**

- Controlar los factores medioambientales que inciden sobre la salud, fomentando la creación de alianzas entre los diferentes agentes implicados en la consecución de la misma.

- **Objetivos Específicos**

- Mejorar el conocimiento medioambiental y sus consecuencias para la salud.
- Optimizar los mecanismos de intervención en el control de la contaminación medioambiental y sus consecuencias.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 25: Optimizar los sistemas de información e intervención y desarrollar la capacidad técnica profesional en salud ambiental.

Objetivo 26: Promover la formación y la sensibilización en salud ambiental por parte de los profesionales y de la población, así como impulsar la investigación científica en este área.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en medio ambiente y salud fueron:

- *Actuaciones dirigidas hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria..*
- *Actuaciones dirigidas hacia la persona, el entorno y la legislación e investigación.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Actuación coordinada entre los órganos sanitarios y ambientales de la Administración pública valenciana.
- Garantizar el cumplimiento de los límites establecidos para la calidad del aire ambiente y de las aguas.
- Optimizar la vigilancia y control de nitratos, compuestos derivados de cloración, plaguicidas y metales en el agua de consumo humano.
- Protocolizar las actuaciones de vigilancia sanitaria ante las crisis de origen ambiental.
- Introducir el modelo de control de productos químicos basado en las recomendaciones del Libro Blanco de la Unión Europea (Sistema REACH).
- Asegurar la prestación de los servicios de salud ambiental mediante la disponibilidad del conjunto de recursos técnicos y logísticos necesarios.
- Incrementar la vigilancia de la salud en las poblaciones cercanas a los focos potenciales de contaminación ambiental.
- Diseñar procedimientos protocolizados de obtención de información de riesgos ambientales que provocan los problemas prevalentes en la infancia.
- Definir las necesidades de información ambiental de los órganos sanitarios de la Administración valenciana.
- Mejorar las redes de vigilancia ambiental mediante el establecimiento de sistemas de alertas preventivas.
- Emitir informes periódicos, especialmente sobre los problemas emergentes, dirigidos a la comunidad científica, a los profesionales sanitarios y al público general.
- Facilitar el uso de las bases de datos sanitarias y ambientales, siguiendo las normas éticas precisas y considerando las limitaciones a su uso.

- Llevar a cabo la evaluación de impacto ambiental en salud orientado a la toma de decisiones, teniendo en cuenta el análisis de costo-beneficio de las posibles intervenciones.
- Realizar las intervenciones necesarias para conseguir mejoras ambientales y sus beneficios potenciales en salud.
- Promover el desarrollo de la formación en salud ambiental dentro del campo de la salud pública.
- Establecer un proceso de formación en salud ambiental tanto para especialistas en esa área como para el resto de técnicos en salud pública y para el conjunto de profesionales sanitarios.
- Dotar de nuevos instrumentos de comunicación a la población sobre los riesgos ambientales para la salud.
- Elaborar propuestas de normas jurídicas ambientales y sanitarias orientadas a la protección de la salud que potencien la participación de profesionales y de la población.
- Realizar estudios sobre la relación entre los factores de riesgo ambientales y los daños para la salud, especialmente en los periodos del embarazo y la infancia.
- Promover la creación de redes de investigación y potenciar la participación en proyectos de investigación sobre salud y medio ambiente.
- Desarrollar la investigación en los nuevos riesgos ambientales (cambio climático, campos electromagnéticos, compuestos orgánicos persistentes, alteradores endocrinos, ambientes interiores, etc.), así como, en los niveles de referencia para marcadores biológicos en humanos frente a los principales riesgos ambientales.

5.2.2.3. SEGURIDAD ALIMENTARIA

PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

El Plan de Seguridad Alimentaria contempla tres líneas de actuación dentro de las cuales se incluyen las siguientes actividades a realizar durante el periodo de vigencia de este Plan de Salud:

1. *Desarrollo de estrategias de instrumentación del sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos en los establecimientos alimentarios.*
 - a) Elaboración y seguimiento de un Plan plurianual para la implantación del autocontrol en los establecimientos agroalimentarios basado en códigos de Prácticas Correctas de Higiene, requisitos previos de higiene y trazabilidad y Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos
 - b) Desarrollo de una Guía de Prácticas Correctas de Higiene genérica referente para la evaluación de la conformidad de guías sectoriales
 - c) Impulsar el desarrollo de guías sectoriales para el autocontrol de los establecimientos alimentarios.
 - d) Desarrollo de un manual para la implantación del Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos y los Requisitos Previos con objeto de facilitar la implantación del autocontrol a los establecimientos alimentarios.
2. *Fortalecimiento de los servicios de control oficial*
 - a) Diseño de un instrumento que permita la programación del control oficial en función del riesgo alimentario.
 - b) Supervisión de las actividades de control oficial de acuerdo con el Plan de Seguridad Alimentaria (Programa de supervisión del control oficial)
 - c) Formación de especialistas en distintas áreas del control oficial para la difusión de conocimientos al personal de la organización.
 - d) Formación de los agentes de control en las distintas áreas de conocimiento relacionadas con la seguridad de los alimentos.

- e) Redacción del manual del sistema de gestión de calidad y el plan plurianual para su implantación durante el 2005
- f) Implantación del Sistema de Gestión de Calidad en base al plan plurianual
- g) Desarrollo de un Plan de Inversiones que permita la incorporación de tecnologías analíticas adecuadas y la automatización de procesos en los laboratorios de salud pública.
- h) Desarrollo de un Plan de Calidad para la progresiva acreditación de los procedimientos analíticos implantados en los laboratorios de salud pública.

3. *Información y formación al consumidor*

- a) Realizar actividades y campañas de información y formación sobre los factores de riesgo que puedan derivarse del consumo de alimentos; sobre conservación, preparación y manipulación de alimentos y sobre el etiquetado obligatorio y facultativo de los alimentos.

- **Objetivos Generales:**

- Garantizar mediante el control oficial el cumplimiento de la normativa de higiene alimentaria en el sector agroalimentario y la conformidad de los alimentos a las disposiciones establecidas, asegurando la inocuidad de los mismos para el consumidor.

- **Objetivos Específicos**

- Garantizar la inocuidad para el consumidor de los alimentos con relación a los contaminantes bióticos y/o abióticos que pudieran contener.
- Garantizar la implantación de sistemas preventivos y sistemáticos de autocontrol basados en Guías de Prácticas Correctas, Requisitos Previos de Higiene y Trazabilidad y Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos en el sistema agroalimentario.
- Garantizar la protección de la salud y seguridad de los consumidores y evitar el fraude, a través de una información veraz, útil y comprensible y una publicidad leal, así como su formación.

▪ **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 27: Inspeccionar las industrias y establecimientos alimentarios según lo establecido en el Plan de Seguridad Alimentaria.

Objetivo 28: Diseñar e implantar un sistema de evaluación del riesgo asociado a establecimientos alimentarios para la adecuada planificación del control oficial.

Objetivo 29: Proveer los medios y mecanismos de intervención necesarios que permitan la implantación del autocontrol basado en los Requisitos Previos de Higiene y Trazabilidad y Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico en el 90% de los establecimientos alimentarios definidos en el Plan plurianual para la implantación del autocontrol.

Objetivo 30: Proveer los medios y mecanismos de intervención necesarios que permitan la implantación del autocontrol basado en Guías de Prácticas Correctas de Higiene en el 75% de los establecimientos alimentarios definidos en el Plan plurianual para la implantación del autocontrol.

Objetivo 31: Realizar actuaciones de información y formación al consumidor en relación a favorecer el conocimiento de los factores de riesgo que puedan derivarse del consumo de alimentos, de las medidas preventivas aplicables en la manipulación de alimentos y del etiquetado según lo establecido en el Plan de Seguridad Alimentaria.

Objetivo 32: Diseñar e implantar un Sistema de Gestión de Calidad en el Área de Seguridad Alimentaria que contemple los criterios generales de funcionamiento de los organismos que realizan inspección basado en la UNE-EN 17020.

Objetivo 33: Proporcionar al 100% de los agentes de control oficial, la formación en los ámbitos temáticos que se establecen en los Reglamentos Comunitarios de Control Oficial.

Objetivo 34: Garantizar que los laboratorios de salud pública dispongan de una cartera de servicios que cubra las necesidades analíticas del Plan de Seguridad Alimentaria.

5.2.2.4. SALUD PERINATAL

- **Objetivos Generales:**

- Promocionar la salud de la mujer, con especial atención al proceso de la maternidad.
- Mantener la mortalidad materna y la mortalidad perinatal por debajo de las tasas actuales.
- Reducir la incidencia y prevalencia de recién nacidos con problemas de salud, discapacidad o enfermedades congénitas.

- **Objetivos Específicos**

- Fomentar las actuaciones preventivas y de promoción de la salud reproductiva, dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil.
- Prestar especial atención, con objeto de reducir desigualdades, a las parejas y mujeres embarazadas de colectivos específicos más vulnerables.
- Favorecer un entorno doméstico saludable para la gestante y el recién nacido.
- Intensificar los esfuerzos en humanizar y desmedicalizar la asistencia al parto, facilitando una mayor participación de la pareja en todo el proceso.
- Crear un entorno sanitario favorecedor de la lactancia materna, que permita incrementar las actuales tasas de inicio y mantenimiento de esta práctica.
- Avanzar en el apoyo social e institucional a la familia, con medidas que fomenten la conciliación de la vida familiar y laboral.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 35: Reducir los nacimientos pretérmino por debajo del 8%, con especial hincapié en la prematuridad extrema.

Objetivo 36: Mejorar los sistemas de información sobre salud perinatal y sus determinantes.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en salud perinatal fueron:

- *Actuaciones sobre la población en edad fértil, con anterioridad a que se produzca la gestación; sobre el embarazo y tras el embarazo.*
- *Actuaciones sobre los factores personales; del entorno próximo (casa, familia); del entorno externo (infraestructuras sanitarias u otras organizaciones de la población) y del sistema social y legislación.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Realizar actividades de educación para la salud en el ámbito de la consulta, en la comunidad y en la escuela.
- Realizar actividades preventivas antes de la concepción: vacunación rubéola, consejo antitabaco, serología de enfermedades de transmisión vertical, ácido fólico, etc.
- Proporcionar información/educación a las parejas en edad fértil, tanto de manera individual en la consulta como a través de actuaciones colectivas de promoción de la salud.
- Desarrollar programas de educación sanitaria en la escuela dirigidos a prevenir embarazos en la adolescencia, sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo y fomento de una imagen positiva de la lactancia.
- Identificar riesgos para la reproducción y aplicar medidas de prevención en el entorno laboral.
- Garantizar el transporte perinatal específico (intrauterino y posnatal) dentro del transporte secundario (ver apartado de urgencias y emergencias)
- Promover acciones para apoyar la maternidad.
- Crear en los entornos laborales y sociales un ambiente favorecedor de la lactancia materna facilitando a las madres esta práctica (horas de lactancia, espacio físico para dar de mamar, extracción y conservación de la leche).

- Crear un entorno en los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos favorecedor y acorde con las recomendaciones de la OMS/UNICEF (cohabitación, inicio inmediato de la lactancia, no administrar preparados artificiales ni chupetes...).
- Realizar el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas y detección precoz de anomalías congénitas en el recién nacido de acuerdo a los protocolos vigentes en la Conselleria de Sanidad.
- Apoyo práctico y emocional de los profesionales sanitarios a los nuevos padres, con especial atención a los grupos sociales con menor capacitación para el autocuidado y el cuidado del futuro bebé.

5.2.2.5. SALUD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- **Objetivos Generales:**

- Proteger y mejorar la salud en la infancia y adolescencia.

- **Objetivos Específicos:**

- Fomentar la adopción de estilos de vida saludables y el cuidado de la salud en los niños/as y adolescentes
 - Prevenir los conflictos de relación, los problemas de conducta (violencia, conductas de riesgo) en la población infantil y adolescente.
 - Prevenir y detectar precozmente riesgos de salud específicos en la adolescencia.

- **Objetivos del Plan de Salud:**

Objetivo 37: Mejorar la cobertura de los exámenes de salud infantil para cada edad.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en salud en la infancia y adolescencia fueron:

- *Actuaciones sobre población sana, sobre población con factores o situaciones de riesgo y sobre población afectada.*

- *Actuaciones sobre los factores personales, sobre factores del entorno próximo (casa, familia y/o cuidadores), sobre el entorno externo (infraestructuras sanitarias u otras organizaciones de la población) y del sistema social y legislación.*

Líneas de actuación:

- Las líneas de actuación dirigidas a la población infantil y adolescente y priorizadas por los expertos, referidas a los temas que se citan a continuación, quedan reflejadas en el apartado correspondiente del Plan de Salud: Estilos de vida, entorno y salud, vacunación.
- Potenciar la oferta de información y consejos de salud referidos a salud en la infancia y adolescencia en la comunidad, a través de colectivos sociales y profesionales y de los medios de comunicación.
- Desarrollar programas educativos en todas las etapas educativas.
- Realización de las pruebas de screening efectivas, anamnesis, exploraciones y medidas de prevención adecuadas a cada edad.
- Colaborar con otros organismos para mejorar el cumplimiento de las normas de seguridad en materia de protección infantil en medios de transporte (casco, cinturón de seguridad, sillas homologadas, etc). (Ver apartado de tráfico).
- Protocolizar la cooperación intersectorial para mejorar la detección precoz, seguimiento e intervención ante el riesgo psicosocial, la desprotección y el maltrato infantil; así como, para la atención del retraso del desarrollo, discapacidad o violencia.
- Desarrollar medidas para mejorar el intercambio de información, la colaboración, y la utilización indistinta de todos los profesionales que atienden a la infancia y adolescencia, con independencia de su adscripción institucional.
- Desarrollar un programa de salud específico dirigido a los adolescentes.
- Elaborar y difundir la Carta de derechos sobre la salud de los menores.
- Adaptar el entorno hospitalario a las necesidades personales y educativas de los niños hospitalizados, facilitando la escuela en el hospital, el acompañamiento familiar, espacios, mobiliario y decoración adaptados.
- Mejorar la cobertura del programa de salud bucodental infantil.

5.2.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES MEDIANTE VACUNACIÓN

- **Objetivos Generales:**
 - Mejorar el nivel de inmunización de la población de la Comunidad Valenciana.
- **Objetivos Específicos**
 - Adaptar de forma continua el calendario de vacunaciones sistemáticas a la situación epidemiológica y a la disponibilidad de nuevas vacunas.
 - Vigilancia y control de las reacciones adversas a las vacunas.
 - Mantener y mejorar la calidad de los servicios de vacunación, especialmente mejorar la calidad de la cadena de frío.
 - Evaluar la situación epidemiológica de las enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunación.
 - Mantener y mejorar las coberturas vacunales de los programas de vacunación de cada grupo de población.
 - Intervenir sobre los grupos de baja cobertura vacunal.
 - Mejorar la formación del personal implicado en los programas de vacunaciones

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 38: Alcanzar al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud una cobertura vacunal registrada en el Registro de Vacunaciones Nominal de:

- Vacuna frente a la polio a los 6 meses: > 90 %.
- Vacuna frente a la hepatitis B a los 6 meses: > 90%.
- Vacuna DTP a los 18 meses : >90 %.
- Vacuna triple vírica 1ª dosis : > 90 %.
- Vacuna triple vírica 2ª dosis: > 80 %.
- Vacuna Td a los 14 años: > 80 %.
- Vacuna frente a la gripe en mayores de 60 años: > 70 %.

- Vacuna frente a la gripe en personal sanitario: > 60 %.

Objetivo 39: Garantizar la eficiencia de los programas de vacunación, manteniendo los estándares de calidad en la logística por encima de 95%.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en vacunas fueron:

- *Actuaciones sobre la vacunación infantil; la vacunación de adultos y la vacunación en población de riesgo.*
- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre los factores individuales; el entorno; los recursos y acciones normativas.*

○ **Líneas de Actuación**

- Edición de una monografía con los criterios generales de inclusión de nuevas vacunas en los calendarios y programas de vacunaciones a lo largo del año 2006.
- Mantener el Programa de Parálisis Flácida.
- Mantener el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del sarampión.
- Establecer un Plan anual de formación en vacunas para el personal implicado en la vacunación antes de que finalice el año 2006.
- Incluir de forma sistemática la evaluación del estado vacunal a los 13-14 años de edad en el último examen de salud que realiza el pediatra con el fin de mejorar la cobertura vacunal.
- Realización de un estudio para identificar bolsas de baja cobertura vacunal antes de fin de 2007.
- Elaborar un protocolo de recomendaciones específicas de vacunación en personal sanitario antes de fin de 2006.

- Elaborar un informe anual dirigido a profesionales sanitarios con los resultados de los programas de vacunaciones antes del fin del primer trimestre del año siguiente.
- Elaborar anualmente materiales de divulgación de las ofertas de vacunación incluidas en los programas y calendarios de vacunaciones destinados a la población general.
- Incluir antes de finalizar el año 2006 en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) los indicadores de seguimiento de los programas de vacunación.
- Implantar el acceso al Registro de Vacunación Nominal desde todos los servicios de medicina preventiva antes de finalización del 2006.
- Implantar el acceso al Registro de Vacunación Nominal desde todos los servicios de prevención de riesgo laborales de la Consellería de Sanidad antes de finales del 2006.
- Implantar el acceso al Registro de Vacunación Nominal desde todos los servicios de pediatría antes que finalice el año 2006.
- Implantar el acceso al Registro de Vacunación Nominal desde todos los servicios de urgencias y puntos de atención continuada antes de finalización del periodo de vigencia del Plan.
- Implantar el acceso al Registro de Vacunación Nominal de todas las maternidades privadas antes de finalizar el año 2007.
- Todos los centros que realicen actividad de vacunación deberán registrar dicha actividad en el sistema de registro de la Conselleria de Sanidad.

5.2.4. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES

Las enfermedades cardio y cerebrovasculares necesitan un abordaje integral. Desde el sistema sanitario se realizan actuaciones que van desde la promoción de la salud hasta la prevención terciaria. La necesidad de recoger todas estas actuaciones ha motivado la elaboración por parte de la Conselleria de Sanidad del documento marco “Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares”.

Este documento marco, junto el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha sido uno de los instrumentos de trabajo utilizado por los expertos para la priorización de las líneas de actuación en esta área de intervención.

Con objeto de no ser repetitivo, a la hora de la lectura del presente documento, el lector debe remitirse a los apartados Hábitos y Estilos de Vida, Diabetes, Urgencias y Emergencias, para completar la visión integral de las enfermedades cardio y cerebrovasculares.

5.2.4.1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

▪ Objetivos Generales:

- Disminuir la morbimortalidad por enfermedades vasculares.
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedad vascular.

▪ Objetivos Específicos

- Desarrollar estrategias de prevención primaria dirigidas a los factores de riesgo cardiovascular.
- Prevención, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Desarrollar estrategias de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca
- Ofrecer información clara, comprensible y sencilla dirigida a pacientes y a cuidadores.
- Mejorar y potenciar los sistemas de información y la investigación

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 40: Aumentar el diagnóstico de los factores de riesgo de las enfermedades cardio y cerebrovasculares.

Objetivo 41: Aumentar el control de los factores de riesgo cardio y cerebrovascular, utilizando estrategias de prevención primaria y secundaria.

Objetivo 42: Mantener el objetivo de disminuir un 1,5% anual la mortalidad por cardiopatía isquémica.

Objetivo 43: Mejorar la atención a la incapacidad producida por las enfermedades cardiovasculares e instaurar un programa de atención integral al paciente con daño cerebral.

Objetivo 44: En el área cardio y cerebrovascular, potenciar la investigación en: Estudios epidemiológicos en población general y subgrupos de riesgo de factores de riesgo clásico y emergentes; Estudio sobre la efectividad de las medidas preventivas y promoción de la salud; Estudio de los patrones de manejo de los síndromes coronarios; Estudio sobre la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos invasivos en cardiología.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en la patología isquémica fueron:

- *Actuaciones sobre población sana; población con factores de riesgo y enfermos cardiovasculares*
- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre factores personales y su entorno próximo; sobre los profesionales del sistema sanitario; sobre los factores de entorno externo e infraestructuras sanitarias y sobre el sistema social y legislación.*

- **Líneas de Actuación**

- Potenciar la investigación sobre los factores de riesgo cardiovascular en la población infantil, adolescente y adulta de la Comunidad Valenciana.

- Se promoverá la colaboración con las empresas que pueden influir en la adopción de prácticas cardiosaludables: Alimentarias, deportivas, lúdicas, educativas etc.
- Se potenciará la promoción de la salud y educación sanitaria en los medios de comunicación y se promoverá la publicación veraz.
- Implicar a las sociedades científicas y asociaciones ciudadanas en la promoción de la salud.
- Potenciar el diagnóstico del síndrome metabólico calculado.
- Alcanzar un 60% de pacientes diagnosticados sobre la prevalencia de dislipemia calculada.
- Alcanzar un 60% de pacientes diagnosticados sobre la prevalencia de Hipertensión Arterial Calculada.
- Aumentar el porcentaje de pacientes, tanto adultos como niños con evaluación global del riesgo cardiovascular cuando este presente algún factor de riesgo.
- Alcanzar el control en el 35% de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial.
- Alcanzar el control en el 50% de pacientes con dislipemia diagnosticada.
- Mejorar la accesibilidad a ECG y monitor desfibrilador.
- Adecuación de los sistemas de información existentes y en desarrollo a las necesidades de información en promoción, prevención, diagnóstico y control de las enfermedades.
- Estudio poblacional transversal de la situación de los factores de riesgo y lesiones subclínicas en la Comunidad Valenciana.
- Promover la incorporación a programas de rehabilitación en todos los pacientes que lo requieran tras accidente vasculocerebral.

- Todos los pacientes cardiovasculares deberán tener la posibilidad de continuar las normas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, a través de programas adecuados.
- Protocolizar la intervención activa sobre los factores de riesgo concomitantes con su patología cardiovascular.
- Todos los pacientes deben recibir el tratamiento integral más adecuado: dietético, farmacológico, de ejercicio y de apoyo social.
- Reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer contacto con el sistema sanitario.
- Los informes de alta deberán incluir consejos sobre el control de factores de riesgo al paciente, indicaciones de seguimiento por parte de cardiólogo y médico de atención primaria, atendiendo a protocolos conjuntos.
- Elaborar y usar protocolos de atención al síndrome coronario agudo.
- Estructurar la atención sanitaria del paciente con dolor torácico en el hospital y en el centro de salud, para conseguir un ECG en menos de 10 minutos.
- Realizar tratamiento de reperfusión precoz (trombólisis en 30 min ó angioplastia en 90 min).
- Todos los hospitales elaborarán un protocolo de asistencia al paciente con dolor torácico en el servicio de urgencias y se cuantificarán los tiempos de demora entre llegada del enfermo y realización del ECG y llegada del enfermo y comienzo del tratamiento de repercusión con el objeto de mejorar la infraestructura del servicio hasta alcanzar los tiempos ideales de actuación.
- Promover el uso de guías de práctica clínica.
- Formación del personal sanitario, para que conozca el tratamiento de las crisis agudas y su asistencia in situ con capacidad de desfibrilar.
- Transporte rápido al hospital con personal médico entrenado, desfibrilador y eventualmente fibrinólisis extrahospitalaria.

- Informar a los profesionales de la derivación adecuada de los enfermos en los eventos cardiovasculares.
- Estratificación del riesgo antes del alta: función ventricular y prueba de isquemia en aquellos pacientes con anatomía coronaria desconocida.
- Tratamiento antitrombótico y antisquémico inmediato intensivo y revascularización coronaria en menos de 48 horas para los pacientes con angina inestable o infarto sin onda Q de alto riesgo.
- Desarrollar sistemas de registro y evaluación de la calidad de la actividad asistencial para garantizar la buena práctica clínica de centros y profesionales.
- Se adaptarán o en su defecto se crearán las infraestructuras sanitarias necesarias para realizar prevención primaria y secundaria y rehabilitación cardíaca según las características del nivel asistencial.
- Establecer una vía clínica de atención al paciente con Síndrome Cardíaco Agudo, que se inicia con el establecimiento de protocolos validados de interrogatorio telefónico para el dolor torácico en los centros de coordinación médica e incluye los valores de los intervalos de interés. Hay que hacerlos extensivos a todos los sistemas de emergencias, médicos de familia y deben tener continuidad en el ámbito hospitalario.
- Potenciar el transporte medicalizado en la población urbana y rural.
- Cada Departamento de Salud establecerá su estrategia de reperfusión en el IAM coordinando la alerta hemodinámica.
- Organizar los servicios de urgencias de los hospitales para que puedan atender de forma emergente a los enfermos con sospecha de síndrome coronario agudo. Deben disponer de sistemas de clasificación y áreas de observación con capacidad para monitorizar a los pacientes.

- Los hospitales que atienden enfermos con IAM deben estar dotados de personal médico capacitado en infraestructura suficiente. A tal fin, deben disponer de un servicio de urgencias con capacidad de monitorización, unidad coronaria o unidad de cuidados intensivos y, además, un ecocardiógrafo, prueba de esfuerzo y un laboratorio que determine troponinas, colesterol total y fracciones de colesterol.
- Los pacientes con angina estable o síntomas nuevos sospechosos de angina deben ser atendidos con la mayor brevedad posible, según la situación clínica y el juicio del médico remitente, por una consulta de atención especializada. Esto mismo se aplica a los pacientes con disfunción ventricular izquierda o sospecha de ella.
- Los pacientes con enfermedad coronaria crónica, con o sin disfunción ventricular izquierda, deben tener un plan de revisiones y seguimiento por parte de atención primaria, tanto en el nivel médico como de enfermería que garantice un correcto tratamiento, control de FR y educación sanitaria.
- Todos los pacientes con enfermedad coronaria crónica deben recibir, excepto en casos de contraindicación, un betabloqueante, para controlar la angina y mejorar el pronóstico. En caso de disfunción ventricular izquierda sistólica deben recibir, además, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, a las dosis recomendadas por las guías científicas.
- La coronariografía con vistas a revascularización debe realizarse en un plazo máximo de 2 meses desde su indicación, con tendencia a conseguir acortar este plazo.
- Incluir al paciente, candidato a revascularización miocárdica o trasplante cardiaco, en el programa de un centro especializado que le garantice la realización de la intervención en un tiempo máximo determinado de acuerdo al riesgo del paciente, bien en su propio centro, cuando esté disponible, o a través de un protocolo definido de derivación.
- Se establecerá un marco legal para el desarrollo de un programa de uso de desfibriladores semiautomáticos por personal entrenado en lugares públicos.

5.2.4.2. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES: ICTUS

- **Objetivos Generales**

- Disminuir la morbimortalidad por ictus.
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ictus.

- **Objetivos Específicos**

- Desarrollar estrategias para la prevención primaria del ictus
- Desarrollar estrategias para la prevención secundaria del ictus
- Mejorar la asistencia sanitaria de la fase aguda de los accidentes cerebrovasculares.
- Mejorar la asistencia sociosanitaria de las secuelas de los accidentes cerebrovasculares.
- Adecuar la asistencia sanitaria a domicilio de los pacientes con ictus.
- Conseguir la máxima autonomía funcional posible de los pacientes con secuelas por ictus.
- Lograr una adecuada información de los pacientes, familiares y cuidadores de los pacientes con ictus.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 45: Disminuir un 1% anual la mortalidad por ictus.

Objetivo 46: Todos los hospitales de atención a enfermos crónicos y de larga estancia contarán con unidades de daño cerebral.

Objetivo 47: Aumentar la cobertura del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular, siguiendo las indicaciones de las recomendaciones científicas y mejorando la detección precoz de la fibrilación auricular, para la prevención primaria del ictus.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en el ictus fueron:

- *Actuaciones sobre factores del individuo; del entorno próximo: casa, familia o convivientes; del entorno externo: asistencia sanitaria; asistencia sociosanitaria y marco normativo.*
- *Actuaciones orientadas sobre la prevención primaria, prevención secundaria; fase aguda y fase de secuelas.*

○ **Líneas de Actuación**

- Proponer desde la gestión del Departamento de Salud la creación de unidades de gestión del ictus multidisciplinares.
- Aumentar la cobertura del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular, siguiendo las indicaciones de las recomendaciones científicas y mejorando la detección precoz de la fibrilación auricular, para la prevención primaria del ictus en atención primaria.
- Campaña de concienciación a los profesionales sanitarios sobre la importancia del tratamiento preventivo antitrombótico (o antiagregante si hay contraindicación) en los pacientes con fibrilación aislada y mayores de 65 años para la prevención primaria del ictus en atención primaria.
- Realizar un plan de educación para la salud sobre prevención primaria del ictus y sobre el reconocimiento de signos de alarma de ictus dirigidos a la población general.
- Identificación, mediante estudio epidemiológico, de los factores de riesgo de ictus, para su prevención primaria, en la población de la Comunidad Valenciana, especialmente en mujeres.

- Diseñar e implantar un programa de control de la prevención secundaria del ictus mediante el control estricto de los factores de riesgo vascular y el cumplimiento de la medicación preventiva (antiagregación o anticoagulación) de los pacientes.
- Iniciar precozmente la rehabilitación en la fase aguda del ictus.
- Definir protocolos de actuación intrahospitalaria para la fase aguda del ictus.
- Lograr una organización de la asistencia urgente a la hemorragia subaracnoidea mediante la identificación de los centros de referencia y los sistemas de derivación.
- Diseño e implantación de un programa de información reglada a pacientes, familiares y cuidadores sobre el ictus, durante la fase aguda de hospitalización o inmediatamente después a la misma.
- Mejorar la actuación compartida entre atención primaria y especializada y mejorar y aumentar la atención social a domicilio de los pacientes con secuelas por ictus.
- Desarrollo de multidisciplinariedad en las Unidades de Hospitalización a Domicilio ya existentes para la atención integral del paciente con ictus y dependencia.
- Garantizar plazas en centros de día para enfermos con secuelas de ictus con el objetivo de mantener la independencia funcional alcanzada durante su vinculación a la Unidad Multidisciplinar de Rehabilitación del Ictus.
- Protocolizar junto con la atención social externa el alta de los pacientes con ictus.
- Valoración, mediante un protocolo, del domicilio y del entorno sociofamiliar de los pacientes que han sufrido un ictus y que al alta hospitalaria presentan algún déficit neurológico, por los servicios de asistencia social y los de rehabilitación, para conseguir la máxima autonomía posible del paciente.

- Desarrollar programas de formación dirigidos al voluntariado y a los cuidadores.

5.2.5. DIABETES

PLAN DE DIABETES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

La Diabetes Mellitus constituye un problema sanitario de primera magnitud a nivel mundial, especialmente en los países más desarrollados. La dimensión del problema, se refleja en la especial atención que se le dedica en los programas de salud.

En 1995, la Generalitat Valenciana, tomando en consideración las recomendaciones de la Declaración de San Vicente y de la Oficina Europea de la OMS, dicta el Decreto 74/1995, donde se establece el “Plan para la Asistencia Integral del Paciente Diabético en la Comunidad Valenciana” y se implanta a partir de 1996.

Se basa en el reconocimiento de la magnitud del problema de la diabetes, porque afecta entre un 6 y un 10% de los ciudadanos de nuestra Comunidad Valenciana (prevalencia elevada), es la quinta causa de muerte y genera costes elevados.

Aunque no disponemos de estudios epidemiológicos en nuestra Comunidad, si tomamos como referencia otros estudios regionales, la media es del 8,5%, y con los datos poblacionales del IVE 2003, podemos estimar una prevalencia de $\cong 380.025$, de los que hasta un 38% desconocen la enfermedad, este porcentaje ha mejorado desde implantación del Plan de Diabetes y con la campaña realizada por Consellería de Sanitat de reconocimientos a personas mayores de 45 años. Siguiendo las previsiones de la OMS para el año 2025, la población diabética superará el medio millón.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que más crecerá en los próximos años, debido al incremento de incidencia (cambios alimentarios y estilo de vida) y a la disminución de la mortalidad.

Otro dato a tener en cuenta, es que la frecuencia aumenta con la edad y en nuestra Comunidad, el 16,77% de los ciudadanos tienen más de 65 años.

La diabetes tipo 2 constituye más del 90% de todos los casos de esta enfermedad.

La prevalencia de diabetes gestacional en España, alcanza hasta un 12% de todos los embarazos.

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE DIABETES

A principios del 2001, la Conselleria de Sanitat y su equipo directivo, se proponen completar la estructura básica del Plan de Diabetes y si es posible mejorarlo, con la finalidad de:

- Proporcionar una asistencia de calidad, integral y humanizada. El concepto de calidad, presupone una mejora continua en los niveles de actuación, tanto en medios técnicos como en calidad percibida por el propio paciente.
- Priorización 7 en el Plan de Salud 2001-2004.
- Dotar de recursos humanos y materiales, para acreditar las Unidades de Diabetes en los Departamentos de Salud que no disponen de ellas.
- Fomentar la educación diabetológica, con la finalidad de comprometer a los pacientes y familiares en el cuidado y tratamiento de la enfermedad, apoyados por el equipo sanitario.

- **Objetivos Generales**

- Mejorar la calidad asistencial de las personas con diabetes, para mantener la salud y conseguir una expectativa de vida normal, tanto en calidad como en duración.
- Reducir la morbimortalidad de la diabetes y sus complicaciones.

- **Objetivos Específicos**

- Estrategias de prevención primaria dirigidas a personas de riesgo.
- Valorar la prevalencia de diabetes y de sus complicaciones.
- Establecer protocolos desde la Unidad de Diabetes para el control adecuado y seguimiento de los pacientes con diabetes; así como de la prevención de las complicaciones agudas y crónicas.
- Asistencia integral al niño diabético.
- Consultas interdisciplinarias que asuman el control de la diabética embarazada, diagnóstico precoz y tratamiento de la diabetes gestacional.

- Potenciar la educación diabetológica, como arma terapéutica y de mejora de calidad de vida.
- Programas de rehabilitación en caso de complicaciones graves y a los impedidos.
- Recursos humanos y materiales adecuados y suficientes para conseguir una asistencia de calidad personalizada y humana.
- Reducir el coste sanitario e individual (directo e indirecto).
- Promocionar y apoyar proyectos de investigación diabetológica.

▪ **Objetivos del Plan de Salud:**

Objetivo 48: Aumentar el diagnóstico de la diabetes con objeto de reducir la diabetes desconocida en un 25%.

Objetivo 49: Disminuir la morbilidad de enfermedades crónicas asociadas a la diabetes:

- Ceguera por retinopatía diabética en un 25%
- Amputaciones por pie diabético en un 25%.
- Infarto agudo de miocardio en un 10%.
- Insuficiencia renal terminal por nefropatía diabética en 10%.

Objetivo 50: Consolidar unidades de diabetes ocular en todos los hospitales de la Comunidad Valenciana, y screening de diabetes ocular en todos los Departamentos de Salud, a nivel de atención primaria.

Objetivo 51: Disminuir la mortalidad por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en la población diabética en un 10%.

Objetivo 52: Realizar un programa estructurado de educación diabetológica, en todos los Centros de Salud y Hospitales de la Comunidad Valenciana.

5.2.6. CÁNCER

PLAN ONCOLÓGICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Cada año unas 15.000 personas son diagnosticadas de cáncer en la Comunidad Valenciana y cada año alrededor de 8.000 personas mueren por esta enfermedad. El cáncer es una de las enfermedades que más muertes provoca por lo que debe ser una de las prioridades más importantes de nuestro sistema sanitario.

Por otra parte, el establecimiento de una serie de medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, puede llevarnos a muy buenos resultados en la lucha contra esta enfermedad. Además, los avances científicos producidos en el campo de la biología molecular y de la genética están produciendo avances lentos, pero muy importantes, en la mejoría de los conocimientos sobre el cáncer y en su forma de tratarlo.

En este contexto la Conselleria de Sanidad elaboró el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana en el año 2002, basándose en las recomendaciones del informe de la OMS sobre los Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer, y del Libro Blanco de la Oncología en España, el I Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, y la experiencia acumulada por todos los profesionales implicados. Este Plan recoge las prioridades de acción de la Conselleria de Sanidad en el periodo 2002-2006 en los diferentes ámbitos: sistemas de información, prevención primaria, prevención secundaria, asistencia sanitaria, formación e investigación; con el fin de disminuir este problema de salud, mejorar la calidad de vida y aumentar los años vividos sin incapacidad por los ciudadanos de la Comunidad Valenciana.

El cáncer es un proceso en cuyo origen pueden encontrarse elementos del entorno, incluyendo el ambiente laboral, sociales, de modo de vida (dieta, actividad física, conductas de riesgo) y su asistencia (diagnóstico, tratamiento y soporte) requiere un importante esfuerzo de integración de disciplinas. El Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana (Orden de 29 de enero de 2004, de la Conselleria de Sanidad por la que se regula el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana, DOGV Núm. 4691 de 13 de febrero de 2004) ha creado la Comisión Técnica que integra a diferentes profesionales y representantes de los diferentes campos para el abordaje del cáncer.

DESCRIPCIÓN DEL PLAN ONCOLÓGICO

El Plan recoge un análisis del impacto del cáncer en nuestra Comunidad, basado en la mortalidad, incidencia y demanda asistencial a que da lugar.

Analiza las líneas de desarrollo de los sistemas de información oncológicos, con especial referencia los sistemas de registro de tumores.

Plantea las relaciones entre diversos factores de riesgo y cáncer y establece los objetivos y acciones relacionadas con la prevención primaria del cáncer

Propone incrementar la prevención secundaria del cáncer, es decir el diagnóstico precoz sobre aquellos tumores el los que este tipo de estrategias repercuten en una disminución de la mortalidad.

En el campo de la asistencia sanitaria al paciente oncológico, las líneas maestras del Plan se dirigen a la organización y planificación de los recursos asistenciales, la integración de la atención sanitaria prestada en diferentes puntos del sistema, y el énfasis en su carácter multidisciplinar. Menciona especialmente la atención al niño con cáncer por sus características diferenciales que requieren una alta especialización de los equipos.

El plan apuesta por acciones encaminadas a la mejora en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, el apoyo psicológico en ciertas fases clave de la enfermedad y los cuidados paliativos. La intervención de voluntariado y asociaciones desempeña un papel creciente que se ve reflejado también en este Plan.

Para mejorar las posibilidades de éxito se apoya en actuaciones de formación de profesionales e investigación, que aseguren la incorporación continua de logros en prevención, diagnóstico, tratamiento.

- **Objetivos Generales:**
 - Disminuir la incidencia del cáncer.
 - Disminuir la mortalidad por tumores malignos .
 - Mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer.
- **Objetivos Específicos:**
 - Mejorar los Sistemas de Información Oncológica en la Comunidad Valenciana.

- Realizar actividades de prevención primaria frente a aquellos factores de riesgo en los que la evidencia científica haya demostrado su eficacia (tabaco, dieta, alcohol, etc.).
- Desarrollar actividades de prevención secundaria en aquellos tumores en que la evidencia científica demuestre su eficacia.
- Planificar los recursos para proporcionar una asistencia sanitaria integral y multidisciplinar.
- Minimizar los tiempos de actuación diagnóstica en los enfermos con cáncer.
- Potenciar los Programas de Cuidados Paliativos.
- Promover el desarrollo de acciones para el apoyo psicosocial de los pacientes con cáncer y sus familiares.

•Objetivos del Plan de Salud:

Objetivo 53: Desarrollar el Sistema de Información Oncológico en la Comunidad Valenciana.

Objetivo 54: Alentar a la población a consumir dietas variadas y adecuadas, con una importante proporción en alimentos de origen vegetal.

Objetivo 55: Mejorar la información disponible sobre la salud laboral y cáncer, a través de distintas fuentes, especialmente mediante los mapas de riesgo laboral y prevenir los riesgos laborales evitando la exposición de los trabajadores a carcinógenos y desarrollando programas de control de carcinógenos en el ambiente laboral de especial relevancia.

Objetivo 56: Mejorar aquellos aspectos que influyan no sólo en el aumento de la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama, sino también en su calidad de vida.

Objetivo 57: Incrementar las actuaciones de prevención primaria y secundaria en grupos de riesgo a través del desarrollo de los programas de Consejo Genético en cáncer.

Objetivo 58: Incrementar el diagnóstico precoz de cáncer de colon en grupos de riesgo según la evidencia científica disponible en la actualidad.

Objetivo 59: Mejorar la información y comunicación con el paciente oncológico y su entorno familiar y potenciar la participación social a través de las actividades del voluntariado.

5.2.7. DEMENCIAS

- **Objetivos Generales**

- Disminuir el impacto de las demencias incrementando la labor preventiva y asistencial de los recursos sanitarios y sociales.
- Desarrollar un modelo integral e integrado por todos los niveles asistenciales de atención a las demencias.

- **Objetivos Específicos**

- Desarrollar de manera gradual los recursos asistenciales, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios.
- Incorporar la formación como herramientas de mejora continua de la atención a los enfermos con demencias, tanto a los profesionales como a las familias y al voluntariado.

▪ **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 60: Crear en los Departamentos de Salud, unidades funcionales multidisciplinares para la atención de la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y las enfermedades neurodegenerativas más prevalentes, especialmente enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica y esclerosis múltiple.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en las demencias fueron:

- *Actuaciones sobre el nivel preventivo (personas sanas); nivel de afectación leve (alteraciones cognitivas sin demencia); nivel moderado (dependencia para actividades complejas instrumentales); y nivel avanzado (dependencia para actividades básicas).*
- *Actuaciones orientadas sobre los factores personales; del entorno próximo (casa y familia o convivientes); infraestructura sanitaria, social y población; y sistema organizativo y legislativo.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Estimular la participación en la vida social y en los Centros Especiales de Atención a Mayores de los mayores de 65 años de edad, y especialmente de aquellas personas que presentan pérdida de memoria.
- Realizar una campaña de sensibilización e implantar un programa de formación, entre los profesionales de Atención Primaria, sobre la importancia del control de los factores de riesgo vascular para la prevención de la demencia y del diagnóstico precoz.
- Realizar programas específicos de coordinación y corresponsabilidad asistencial (entre Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Social) dirigidos a pacientes con demencia.

- Establecer un sistema de información sobre los recursos sociales disponibles para los pacientes con demencia.
- Implantar un programa de información y formación multidisciplinar y sistemática a cuidadores de pacientes con demencia.
- Diseñar programas específicos para la atención social urgente preventiva para los casos de pacientes con demencia con alta vulnerabilidad familiar o con claudicación familiar.
- Incrementar y mejorar la accesibilidad a los programas de rehabilitación cognitiva y terapia ocupacional en Centros de Día para pacientes con demencia leve o moderada.
- Implantar programas de estimulación cognitiva para la población con deterioro cognitivo leve a moderado, con una mayor accesibilidad, y utilizando para ello todo tipo de recurso disponible (centro de salud, locales municipales, locales de asociaciones, centros de día,...).
- Potenciar las asociaciones de familiares de enfermos con demencia.

5.2.8. VIH/SIDA

▪ Objetivos Generales

- Reducir la incidencia de la infección por VIH; prevención de la transmisión.
- Aumentar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectadas por VIH/Sida

▪ Objetivos Específicos

- Fomentar hábitos y habilidades para la promoción y protección de la salud en relación al VIH/Sida, especialmente en el ámbito escolar.
- Potenciar el diagnóstico de la infección por VIH en población con prácticas de riesgo.

- Favorecer la coordinación y comunicación de los distintos niveles de atención sanitaria, psicológica, social y laboral.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento con antirretrovirales y de las medidas preventivas.
- Fomentar la prevención primaria en VIH/Sida.
- Fomentar la prevención secundaria en VIH/Sida.
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios en VIH/Sida.
- Coordinar a las instituciones en la lucha contra el VIH/Sida

▪ **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 61: Intensificar las medidas preventivas para frenar la tasa de transmisión sexual de VIH.

Objetivo 62: Mantener la tendencia descendente de la transmisión sanguínea de VIH.

Objetivo 63: Mantener la tendencia descendente de la tasa de transmisión vertical de VIH.

Objetivo 64: Mejorar los sistemas de Hemovigilancia invirtiendo en nuevas técnicas.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en la infección por VIH/Sida fueron:

- *Actuaciones sobre población no afectada; población infectada y población enferma de Sida.*
- *Actuaciones orientadas a reducir la incidencia de la infección; el impacto negativo personal de la infección; el impacto social de la epidemia y movilizar esfuerzos para la lucha contra el Sida.*

▪ **Líneas de Actuación**

- Incrementar las actividades informativas, relacionadas con la prevención del VIH/SIDA y la promoción del uso del preservativo, dirigidas a la población general, mujeres y colectivos específicos.

- Mejorar la información que se ofrece sobre el VIH en la escuela, mediante la implantación de un programa de educación para la salud afectivo-sexual.
- Incrementar el número de usuarios atendidos en los programas de intercambio de jeringuillas.
- Incrementar la coordinación de los CIPS con los dispositivos asistenciales.
- Promocionar el diagnóstico de la infección por VIH en Atención Primaria.
- Coordinar las actuaciones del sistema sanitario para incrementar la adherencia terapéutica.

5.2.9. TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD REEMERGENTE

- **Objetivos Generales:**

- Disminuir la incidencia de la tuberculosis.

- **Objetivos Específicos**

- Mejorar la prevención y curación de la enfermedad.
- Mejorar el estudio de contactos y seguimiento de los pacientes con tuberculosis.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 65: Disminuir la incidencia de tuberculosis en un 6% al año y alcanzar una proporción de curación para los casos de tuberculosis igual o superior al 90%.

Objetivo 66: Disminuir las tasas de abandono de los tratamientos antituberculosos por debajo del 6%.

Objetivo 67: Conseguir que el tratamiento directamente observado en los casos de tuberculosis llegue al 10% de los casos.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en la patología tuberculosa como enfermedad reemergente fueron:

- Actuaciones de prevención primaria personas infectadas y de prevención secundaria personas enfermas.
 - Actuaciones sobre la persona, el entorno próximo (convivientes, familia), el entorno lejano (amigos, trabajo) y sobre el sistema social.
- **Líneas de Actuación**
- Realizar diagnóstico precoz de tuberculosis en inmigrantes, VIH positivos y ante clínica compatible.
 - Disminuir en el tratamiento de la tuberculosis la demora total, la demora en la declaración y la demora en acudir a los servicios asistenciales.
 - Demora total: Tiempo transcurrido en días desde el inicio de síntomas hasta que inicia el tratamiento.
 - Demora en la declaración: Tiempo transcurrido en días desde la fecha del diagnóstico hasta la fecha de la declaración.
 - Demora en acudir a los servicios asistenciales: Tiempo transcurrido en días entre la fecha de inicio de síntomas y la primera visita médica
 - Realizar el estudio de sensibilidad al 100% de los casos diagnosticados de Tuberculosis con cultivo positivo.
 - Estudio de contactos en convivientes, cuando se diagnostica un caso de tuberculosis o una infección tuberculosa en un niño menor de 5 años con el objetivo de identificar el caso índice.
 - Realizar el estudio de contactos de los casos de tuberculosis bacilíferos declarados alcanzando el estudio del 90% de contactos íntimos del caso, superior al 70% de los contactos sociales y superior al 60% de los contactos laborales y escolares.

- Programa de tratamiento directamente observado con ayudas económicas (incentivación) dirigidas a: Inmigrantes sin recursos, sociopatías, indigentes, transeúntes.
- Ayudas económicas y centros de acogida para enfermos con Tuberculosis sin techo mientras dure el tratamiento antituberculoso.
- Potenciar la investigación en tipificación genética.
- Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente en: Coinfectados por Mycobacterium Tuberculosis y VIH, personas recientemente infectadas, tuberculosis residual inactiva no tratada previamente, infectados de tuberculosis portadores de silicosis, casos de infección reciente en personal sanitario (para lo que se controlarán periódicamente para detectar infección reciente), personas con infección tuberculosa, que van a ser sometidas a inmunodepresión.
- Mejorar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa latente con actuaciones especialmente: Sobre la familia y, sobre el grupo de inmigrantes, creando la figura del agente sociosanitario.
- Realizar el tratamiento de la infección tuberculosa latente en programa de tratamiento directamente observado de acuerdo al consenso de tuberculosis de 2002: en inmigrantes de países de alta endemia* infectados, que llevan en España menos de 5 años, con edad inferior a 35 años, y que por las características sociales presentan un alto riesgo de padecer tuberculosis, y además presentan sociopatías (marginación, etc). * Incidencia de más de 100 casos por 100.000 habitantes/año
- Realizar quimioprofilaxis primaria y tratamiento de la infección tuberculosa latente sin límite de edad, en convivientes de enfermos diagnosticados de tuberculosis bacilífera.

- Programa de tratamiento directamente observado, acompañado de derivación de recursos económicos y sociales a: Coinfectados por M. Tuberculosis y VIH, infectados por Mycobacterium Tuberculosis en personas recién llegadas de países con alta endemia de tuberculosis, personas sin techo infectados por Mycobacterium Tuberculosis y con alto riesgo de padecer tuberculosis.

5.2.10. ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES

- **Objetivos Generales**

- Disminuir la incidencia y prevalencia de la patología osteoarticular.
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por patología osteoarticular.

- **Objetivos Específicos**

- Fomentar la promoción de los estilos de vida saludables relacionados con la patología osteoarticular.
- Detección precoz de la patología osteoarticular en la infancia y adolescencia.
- Mejorar la detección, seguimiento y tratamiento de las enfermedades osteoarticulares crónicas de mayor prevalencia.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 68: Implementar las guías de actuación clínica para los procesos osteoarticulares en cada Departamento de Salud.

Objetivo 69: Mejorar la educación, diagnóstico, tratamiento y la investigación de la osteoporosis.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en la patología osteoarticular fueron:

- *Actuaciones en promoción de salud (población sana); sobre factores o situaciones de riesgo (retrasar la posible aparición de enfermedad en población a riesgo) y sobre la población enferma.*

- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre los factores personales; los factores del entorno (casa, escuela, trabajo; cuidadores, calle); las infraestructuras sanitarias y la organización; y actuaciones legislativas, de formación e investigación.*

- **Líneas de Actuación**

- Realizar campañas informativas sobre la práctica de actividad física adecuada y mejora de la higiene postural especialmente en el ambiente doméstico y las actividades cotidianas.
- Realizar programas de educación para la salud en la escuela sobre la práctica de actividad física adecuada y mejora de la higiene postural en este medio.
- Protocolizar las exploraciones con mayor evidencia científica para detectar en las revisiones en población general los problemas osteoarticulares.
- Informar a la población con obesidad, baja forma física y deportes de carga e impacto y síndrome de sobrepeso, de la repercusión de estos problemas respecto a la patología osteoarticular,
- Prescripción de consejo médico por el equipo de atención primaria sobre la realización de actividad física.
- Formación de los médicos de atención primaria y personal sanitario de Centros de Prevención de medicina del Trabajo en el diagnóstico y tratamiento de los procesos del aparato locomotor en estadios iniciales.
- Establecer un programa de supervisión de tratamientos innecesarios.
- Promover el apoyo de programas que supongan un cambio o innovación emprendedora en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la patología osteoarticular.

PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

La Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana a través del Plan de Salud 2001-2004 estableció como prioritario entre los problemas de salud seleccionados, las enfermedades osteoarticulares. Como consecuencia de ello y debido a la prevalencia y repercusiones de la osteoporosis se elaboró en el año 2003 un Plan de Prevención y Control de Osteoporosis de la Comunidad Valenciana para abordar desde los ámbitos de la promoción de salud y los distintos niveles de prevención las consecuencias de este proceso.

El Plan de Salud 2005-2009 debe dar pleno desarrollo a los contenidos definidos en el Plan de Osteoporosis.

▪ Objetivos Generales

- Disminuir la prevalencia de osteoporosis en la población de la Comunidad Valenciana.
- Disminuir la incidencia de las fracturas osteoporóticas en la población de la Comunidad Valenciana.

▪ Objetivos Específicos

- Sensibilizar a la población general sobre la importancia que tiene la prevención de la osteoporosis para la salud de las personas.
- Promover hábitos de vida saludables: con un consumo óptimo de calcio y vitamina D y fomentar la práctica de actividad física adaptada a la edad y género.
- Evitar aquellos estilos de vida no saludables que influyen en el desarrollo de una baja masa ósea patológica: sedentarismo, alcohol y tabaco; así como, otras condiciones físicas modificables (delgadez).
- Promover la investigación relacionada con el estudio de la baja masa ósea patológica.
- Monitorizar la prevalencia de la osteoporosis en la población de la Comunidad Valenciana.

- Formación del personal de los Centros de Atención Primaria para:
 - Facilitar la detección de las personas con factores de riesgo para la osteoporosis;
 - Prevenir la aparición de osteoporosis en las personas con patologías y/o tratamientos predisponentes;
 - Posibilitar el diagnóstico, monitorización del tratamiento de la osteoporosis y la predicción de fracturas osteoporóticas mediante densitometría ósea en personas que cumplan los criterios establecidos
 - Tratar adecuadamente y evitar tratamientos innecesarios.
- Evitar las fracturas en las personas con osteoporosis.
- Rehabilitar para recobrar la movilidad y evitar el dolor a las personas que han padecido una fractura osteoporótica.
- Realizar el seguimiento de la incidencia de las fracturas osteoporóticas en la población de la Comunidad Valenciana.

5.2.11. SALUD MENTAL

- **Objetivos Generales**

- Disminuir la prevalencia de los problemas de salud mental en la población.
- Prestar una atención adecuada al enfermo mental, y fomentar su reinserción laboral, ocupacional y social.

- **Objetivos Específicos**

- Detección precoz de patologías mentales emergentes.
- Fomentar la rehabilitación y reinserción psicosocial del enfermo mental.
- Potenciar las ayudas a las familias de los enfermos mentales.
- Promover la formación de los profesionales sanitarios en nuevos avances terapéuticos.
- Normalizar los criterios asistenciales en las patologías más prevalentes.
- Desarrollar mecanismos asistenciales sociosanitarios alternativos a la hospitalización.

- Desarrollar sistemas de información y vigilancia de la salud mental de la población.
 - Diversificar y personalizar los recursos de salud mental a la situación real del paciente psiquiátrico
 - Promover la utilización de las nuevas tecnologías en la atención a la salud mental
 - Potenciar la investigación en neurociencias
- **Objetivos del Plan de Salud**
 - Objetivo 70: Constituir el Consejo Asesor Permanente en Salud Mental, como parte de la estrategia de salud mental para los próximos cinco años.
 - Objetivo 71: Mejorar los recursos de hospitalización de agudos y de hospitalización de día del circuito asistencial de salud mental en su conjunto.
 - Objetivo 72: Protocolizar la coordinación asistencial en salud mental, entre los recursos de media estancia y el dispositivo asistencial especializado en la atención a la cronicidad.
 - Objetivo 73: Completar la red de unidades multidisciplinarias de salud mental infantil ambulatoria.
 - Objetivo 74: Realizar programas de concienciación social para la prevención de la patología mental (psicoeducación).
 - Objetivo 75: Agilizar la utilización de los recursos de media y larga estancia, mediante la utilización de protocolos y, preferentemente, desde las unidades de agudos de los hospitales.
 - Objetivo 76: Mantener y estimular la colaboración con las asociaciones de familiares de enfermos mentales.
 - Objetivo 77: Realizar programas conjuntos de detección precoz de la patología mental más prevalente o de especial interés, por las Unidades de Salud Mental.

5.2.12. LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

- **Objetivos Generales**
 - Reducir la mortalidad por accidentes de tráfico.
 - Reducir la gravedad de las lesiones por accidente de tráfico.
- **Objetivos Específicos**
 - Profundizar en el conocimiento de las circunstancias en las que se producen las colisiones.
 - Aumentar la sensibilización de la población sobre este problema de salud.
 - Potenciar la utilización de las medidas de protección y de reducción de la velocidad, fundamentalmente en los cascos urbanos, mediante la coordinación intersectorial entre los diferentes sectores en el ámbito local, con especial atención en los barrios deprimidos
 - Optimizar las estructuras y recursos sanitarios para la reducción del daño mejorando el tiempo de llegada y de coordinación entre los diferentes servicios implicados.
 - Fomentar la investigación relacionada con las lesiones producidas por accidentes de tráfico.
- **Objetivos del Plan de Salud**
 - Objetivo 78: Contribuir a la disminución en un 25% el número total de muertos por accidente de tráfico.
 - Objetivo 79: Cooperar en la reducción de un 20% del número de lesionados muy graves por accidente de tráfico.
- **Líneas de Actuación**
 - Producir información dirigida a grupos de población con necesidades específicas; población adulta, jóvenes, población con factores de riesgo y a barrios deprimidos, que incluya:
 1. Publicación de guías útiles para la toma de decisiones de la población: utilización y características de los sistemas de retención infantil, como comprar un vehículo más seguro, etc .

2. Información sobre las causas que contribuyen a la producción de lesiones por tráfico y la gravedad de sus consecuencias en medios de comunicación social.
- En Atención Primaria informar de forma rutinaria:
 - Consejo en la consulta de seguimiento del embarazo y en pediatría (revisiones del niño sano), acerca de los dispositivos de retención infantil, del uso del cinturón en el embarazo, y de la utilización del casco (bicis y motos).
 - Sobre los efectos de la polifarmacia y la automedicación en la tercera edad.
 - Tipificando en la historia clínica los factores de riesgo para la conducción.
 - Potenciar los programas de prevención a nivel local: con compromiso de conexión intersectorial en cada Departamento de Salud (policía local, educación, servicios sanitarios y ayuntamientos y otros) para:
 - Realizar un Acuerdo con la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, que incluya el control del cumplimiento del uso del casco en zona urbana.
 - Informar sobre los sistemas de protección, casco, cinturón de seguridad, sistemas de retención infantil, reposacabezas, airbag, etc., y potenciar el cumplimiento de la legislación sobre seguridad vial a nivel local.
 - Incrementar la utilización de los dispositivos de retención infantil, la vigilancia y control de las medidas legislativas: velocidad, alcohol, sistemas de protección, uso de móvil, el uso del casco integral en motoristas y casco normal y elementos reflectantes en ciclistas.
 - Promover el intercambio y los programas de préstamo de sistemas de retención Infantil, específicamente en grupos desfavorecidos.
 - Informar sobre el sistema técnico existente en la vía (poste SOS) y el teléfono 112 para solicitar ayuda sanitaria, mecánica e información.
 - Potenciar los programas de sensibilización del alcohol como factor de riesgo durante el fin de semana, especialmente en jóvenes de 18 a 25 años.

- Potenciar que la planificación urbanística a nivel local, realice análisis de seguridad vial, tenga en cuenta la movilidad y seguridad de todos los usuarios (peatón, ciclistas, etc), y potencie el diseño urbano sobre la base de “tráfico tranquilo” y los carriles segmentados por diferentes tipos de usuario.
- Producir información epidemiológica de forma sistemática que permita la vigilancia y la evaluación de las intervenciones para prevenir la ocurrencia de los accidentes, y para reducir la gravedad y el daño.
- Realizar una cartera de servicios sociosanitarios específica para los lesionados por tráfico y sus familiares.
- Mejorar y optimizar los servicios y recursos de urgencias y emergencias incluyendo la reducción del tiempo en que las víctimas reciben tratamiento apropiado (ver apartado de urgencias y emergencias).
- Colaborar intersectorialmente en la identificación para la:
 - Eliminación sistemática de todas las colas de pez existentes, valorando la conveniencia de utilizar terminales de absorción de energía.
 - Adaptación de las barreras de seguridad para motoristas y ciclistas en puntos de especial peligrosidad.
 - Acondicionamiento de márgenes donde la salida de vía es más probable o más severa.
- Potenciar los estudios sobre siniestralidad en zonas concretas y carretera realizados por organismos independientes.

5.2.13. LESIONES POR VIOLENCIA DOMÉSTICA

- **Objetivos Generales:**
 - Reducir la incidencia de los casos de Violencia Doméstica.
 - Disminuir la gravedad de las lesiones de la Violencia Doméstica.

- **Objetivos Específicos**

- Aumentar los conocimientos de la población general sobre el tema de la violencia doméstica.
- Potenciar la coordinación entre las diferentes instituciones/organismos/organizaciones sociales para que trabajen en la prevención primaria, secundaria y en la asistencia de las víctimas de violencia doméstica.
- Sensibilizar a los profesionales sociosanitarios (médicos de atención primaria, obstetras, psiquiatras, pediatras, enfermeras, matronas, personal de apoyo, trabajadores sociales, etc.) y no sociosanitarios (medios de comunicación de masas) sobre la importancia de la prevención primaria y detección precoz de la violencia doméstica.
- Fomentar la inclusión en el curriculum de pregrado del personal sociosanitario, medios de comunicación, docentes, etc. del tema de violencia doméstica.
- Fomentar la inclusión en el curriculum de educación primaria y secundaria del tema de violencia doméstica.
- Promover medidas que eviten la victimización o maltrato institucional en los casos de violencia doméstica.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 80: Implantar sistemas de registros de casos de violencia doméstica en el sistema sanitario, social y judicial.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en las lesiones por violencia doméstica fueron:

- *Actuaciones antes de la violencia; durante la violencia y después de la violencia.*

- *Actuaciones orientadas a intervenir sobre los factores individuales; el entorno próximo (casa, familia, convivientes); el entorno externo (infraestructura, comunidad) y el sistema social (legislación, formación investigación).*

- **Líneas de actuación**

- Identificar personas en situación de riesgo de sufrir violencia doméstica.
- Instaurar medidas de prevención primaria contra la violencia intrafamiliar.
- Realizar educación para la salud en población general (niño, familia) en el tema de la violencia doméstica.
- Elaborar protocolos integrales para la prevención primaria de la violencia doméstica.
- Formación de los profesionales sociosanitarios (médicos de atención primaria, obstetras, psiquiatras, pediatras, enfermeras, matronas, personal de apoyo, trabajadores sociales, etc.), sobre la importancia de la prevención primaria de la violencia doméstica.
- Incluir en el curriculum del personal sociosanitario (médicos, pediatras, obstetras, psiquiatras enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) de los medios de comunicación, docentes, etc., formación sobre prevención primaria, detección precoz de casos de violencia doméstica y prevención terciaria.
- Realizar estudios de investigación que permitan caracterizar la violencia doméstica (incidencia, prevalencia, factores etiológicos, consecuencias sobre la salud, indicadores, aspectos terapéuticos, etc.).
- Adoptar medidas para garantizar el cumplimiento de las medidas de protección de la víctima.
- Elaborar protocolos clínicos para la detección precoz de la violencia doméstica.
- Elaborar protocolos de intervención desde el ámbito sanitario de asistencia, apoyo y rehabilitación de las víctimas.

- Elaborar protocolos de actuación ante casos urgentes de violencia doméstica (teléfonos, recursos, circuitos de intervención, etc.).
- Elaborar protocolos de presunción y prevención de la mutilación genital.
- Tras detectar casos de violencia doméstica: valoración de la gravedad clínica, asesoramiento y derivación.
- Establecer la coordinación de la atención a la persona víctima de violencia, a través de los servicios de atención e información al paciente.
- Facilitar el tratamiento médico y psicológico adecuado de las personas víctimas de violencia doméstica.
- Facilitar el tratamiento médico y psicológico adecuado de los agresores (adolescentes a riesgo, adultos, ancianos, etc.).

5.2.14.1. AREA SOCIO SANITARIA: ENVEJECIMIENTO

- **Objetivos Generales**

- Disminuir el impacto de la dependencia en las personas mayores.

- **Objetivos Específicos**

- Desarrollar de manera gradual los recursos sociales y sanitarios, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios.
 - Ofertar los cuidados asistenciales en el lugar más adecuado para las personas mayores.
 - Incorporar la formación y la investigación como herramientas de mejora continua de la atención socio sanitaria de las personas mayores.
 - Desarrollar sistemas de información específicos para la atención socio sanitaria.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 81: Desarrollar un plan Geriátrico de la Comunidad Valenciana, con implantación de unidades de geriatría en Atención Primaria.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en el área sociosanitaria: envejecimiento fueron:

- *Actuaciones en promoción de la salud y prevención primaria, prevención secundaria y terciaria*
- *Actuaciones sobre los factores personales; del entorno próximo (casa, familia); del entorno externo (infraestructuras sanitarias u otras organizaciones de la población) y del sistema social y legislación.*

- **Líneas de Intervención**

- Desarrollar un programa de salud dirigido a las personas mayores.
- Realizar la valoración funcional a todos los mayores con criterios de riesgo sanitario y social, incluyendo la valoración post-alta hospitalaria.
- Realizar programas de formación dirigidos a los cuidadores de personas mayores y al voluntariado .
- Potenciar el desarrollo de dispositivos asistenciales sanitarios y sociales para la atención integral de las personas mayores:
 - Sanitarios: Unidades funcionales de valoración, atención de agudos y valoración funcional geriátricas; UHD con incorporación geriátrica y coordinados con la atención domiciliaria de atención primaria.
 - Sociales: Potenciar los servicios de ayuda a domicilio, centros soiosanitarios con cuidados rehabilitadores, centros de día, viviendas tuteladas, centros especiales de atención a mayores, catering social.
- Mejorar la coordinación de los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales para la atención integral de las personas mayores.

- Realizar protocolos y guías de actuación conjunta , basadas en la evidencia científica, que se orienten hacia la continuidad asistencial.
- Incluir en ABUCASIS II la valoración del estado de salud de las personas mayores.
- Desarrollar planes de formación conjuntos para los profesionales sanitarios de sanidad y servicios sociales.
- Recomendar que las instituciones municipales y autonómicas desarrollen de manera coordinada, instalaciones y programas apropiados para la actividad física de los mayores.
- Acercar el Centro de Salud al Centro o Aula Municipal de la tercera edad, realizando allí programas de salud.
- Investigación en: prevención de la dependencia, estructura organizativa de prestación de servicios y atención clínica de las personas mayores, favoreciendo los proyectos interdisciplinarios e integrales entre sanidad y servicios sociales.

5.2.14.2. AREA SOCIOSANITARIA: CUIDADOS PALIATIVOS

- **Objetivos Generales:**
 - Proporcionar a las personas en situación de enfermedad terminal, la atención y el cuidado necesarios. para el control de síntomas, el confort vital y el apoyo emocional y social adecuados para el enfermo y su familia.
- **Objetivos Específicos**
 - Desarrollar de manera gradual los recursos asistenciales, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios .
 - Ofertar los cuidados paliativos en los ámbitos hospitalario, comunitario y domiciliario, garantizando la continuidad asistencial durante las 24 horas.

- Incorporar la formación y la investigación como herramientas de mejora continua de la atención en cuidados paliativos, tanto a los profesionales como a las familias y al voluntariado.
- Promover la información y los derechos de los pacientes y sus familias para la toma conjunta de decisiones terapéuticas.
- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 82: Elaborar un Plan de Cuidados Paliativos dentro del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009, que contemple el modelo de “Unidad Funcional” como propuesta organizativa que asegure la continuidad en los cuidados e integre los diferentes recursos de cada Departamento de Salud.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en el área sociosanitaria: envejecimiento fueron:

- *Actuaciones en promoción de la salud y prevención primaria, prevención secundaria y terciaria*
- *Actuaciones sobre los factores personales; del entorno próximo (casa, familia); del entorno externo (infraestructuras sanitarias u otras organizaciones de la población) y del sistema social y legislación.*
- **Líneas de intervención**
 - Crear e implementar Unidades hospitalarias de Cuidados Paliativos en los hospitales de atención a crónicos y larga estancia de la Comunidad Valenciana.
 - Garantizar la continuidad asistencial, estableciendo mecanismos que permitan el acceso fácil y rápido a los componentes del equipo de cuidados paliativos u otras opciones alternativas válidas, en casos de necesidad o urgencia.
 - Facilitar soporte especializado por un equipo completo e interdisciplinar de cuidados paliativos.

- Elaborar protocolos de actuación que incluyan instrumentos y documentación específica para evaluar las necesidades de los pacientes y establecer objetivos terapéuticos proporcionados.
- Atender de forma específica y mejorar el proceso de información y comunicación con el enfermo y familia facilitando el soporte psicoemocional especializado si fuera necesario.
- Establecer un plan de formación en Cuidados Paliativos que permita el acceso generalizado del personal a un nivel básico de formación y posibilite una formación más específica de los profesionales interesados.
- Desarrollo de la ley de información y derechos del paciente, con accesibilidad de los profesionales al registro de voluntades anticipadas.

5.2.15. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- **Objetivos Generales:**

- Conseguir que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

- **Objetivos Específicos**

- Mejorar el conocimiento del paciente sobre el autocuidado de su salud y la corresponsabilización en sus tratamientos.
- Implantar nuevas tecnologías en todos los ámbitos asistenciales: historia clínica y farmacoterapéutica única, sistemas de comunicación e interrelación..
- Fomentar la prescripción por principio activo más eficiente en los distintos ámbitos asistenciales.
- Facilitar información objetiva sobre terapéutica a los profesionales de la salud basada en evidencias científicas y/o en guías clínicas de reconocimiento internacional.
- Mejorar la implantación y el desarrollo del ejercicio de la atención farmacéutica.

- Considerar las necesidades individuales de los pacientes en la asignación de tiempos de consulta, especialmente en atención primaria.
 - Potenciar la participación de los profesionales en la toma de decisiones respecto a la planificación y gestión de la asistencia sanitaria.
 - Promover la formación continuada de calidad a los profesionales de la salud, financiada preferentemente por la administración.
 - Establecer políticas coordinadas encaminadas a la utilización racional de los medicamentos.
 - Mejorar el cumplimiento de la normativa referente a prescripción y dispensación.
-
- **Objetivos del Plan de Salud**
 - Objetivo 83: Diseñar y realizar campañas de información y educación sobre medicamentos dirigidas a la población general y a colectivos específicos.

 - Objetivo 84: Promover la formación de los distintos profesionales de la salud en el uso racional de los medicamentos utilizados en el tratamiento de patologías de mayor prevalencia.

 - Objetivo 85: Fomentar la atención farmacéutica y el seguimiento de los tratamientos en todos los ámbitos, así como la detección de problemas relacionados con los medicamentos.

 - Objetivo 86: Homogeneizar criterios de actuación en farmacoterapia, maximizando su eficiencia y minimizando sus riesgos, en todas las herramientas promovidas por la Agencia Valenciana de Salud.

 - Objetivo 87: Control de los incrementos del gasto farmacéutico de los grupos terapéuticos de mayor consumo y tendencia de crecimiento, así como, de las novedades terapéuticas.

- **Líneas de actuación:**

- Realizar campañas de información y educación a la población general, pacientes, cuidadores, determinados colectivos o grupos de riesgo sobre: Cumplimiento/adherencia terapéutica, correcto manejo de los medicamentos y sus dispositivos de administración, conocimientos generales sobre el medicamento y su valor terapéutico, conocimientos sanitarios específicos, autocuidados, automedicación responsable, y adecuación de los botiquines caseros.
- Implantar la historia clínica, incluyendo la historia farmacoterapéutica, única e informatizada en los distintos ámbitos asistenciales, y facilitar la utilización de la misma por todos los profesionales de la salud implicados en la atención sanitaria al paciente.
- Incrementar la notificación de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos a través de la cumplimentación de tarjetas amarillas y/o programas de farmacovigilancia.
- Establecer mecanismos de comunicación y coordinación de los profesionales de la salud de los distintos ámbitos asistenciales que intervienen en el proceso asistencial, para garantizar la continuidad en la asistencia farmacoterapéutica.
- Optimizar sistemas de dispensación de medicamentos en los distintos ámbitos asistenciales: implantar sistemas de dispensación individualizada en dosis unitarias en todos los hospitales públicos, sistemas de dispensación racionales y eficientes en los centros residenciales socio-sanitarios, etc.
- Desarrollar e implantar guías y protocolos farmacoterapéuticos consensuados y coordinados entre los distintos ámbitos asistenciales.
- Facilitar información objetiva sobre terapéutica a los profesionales de la salud basada en evidencias científicas y/o en guías clínicas de reconocimiento internacional.
- Establecer mecanismos que garanticen una adecuada selección de medicamentos en base a criterios de eficacia, efectividad, seguridad y coste en todos los ámbitos asistenciales, a través de las comisiones de farmacia y terapéutica y de uso racional del medicamento.
- Prescripción de medicamentos por principio activo más eficiente en todos los centros sanitarios de la red asistencial pública. En concreto, al alta hospitalaria, prescribir en recetas médicas oficiales por principio activo más eficiente.

- Desarrollo e implantación de nuevas tecnologías para la mejora del uso de los medicamentos en todos los ámbitos asistenciales (prescripción asistida, guías y protocolos en soporte electrónico, sistemas de dispensación, receta electrónica, sistemas de comunicación electrónicos, etc.).
- Desarrollar programas de atención farmacéutica en todos los ámbitos asistenciales, dirigidos a determinados grupos de población o a pacientes individuales.
- Participación de los profesionales en la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica y en el diseño de los indicadores de calidad de prescripción relacionados con la incentivación.
- Establecer programas de formación en el uso racional de medicamentos para los distintos profesionales de la salud
- Establecer normativa específica para la atención farmacéutica en socio-sanitarios.
- Optimizar la gestión y administración de medicamentos por la unidad de enfermería mediante la utilización de procedimientos normalizados y registros; en especial, para personas dependientes respecto a su medicación en el ámbito residencial socio-sanitario.
- Incorporar a la historia clínica y farmacoterapéutica la valoración del desarrollo funcional, cognitivo y social o dependencia respecto a la medicación.
- Revisión e información de medicamentos, al paciente y/o cuidador, durante la estancia hospitalaria y al alta, corresponsabilizando al paciente y/o cuidador en el tratamiento.
- Establecer procedimientos normalizados en cuanto a la provisión, almacenamiento, conservación y dispensación de medicamentos por los servicios farmacéuticos de los distintos ámbitos asistenciales.
- Establecer mecanismos para la adecuada adquisición y gestión de medicamentos en los centros hospitalarios.
- Realizar actuaciones dirigidas a facilitar información relativa a la prestación farmacéutica a los usuarios del sistema sanitario.
- Desarrollar proyectos de investigación financiados por la administración pública sobre los medicamentos.
- Optimizar la recogida y eliminación selectiva de restos de medicamentos y dispositivos en todos los ámbitos asistenciales.

- Realizar actividades de información y asesoramiento en el uso racional a otros profesionales por parte de los farmacéuticos de atención primaria.
- Adecuar la asignación de tiempos de consulta, especialmente en atención primaria, a las necesidades individuales de los pacientes y de los profesionales.

5.2.16. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

▪ Objetivos Generales:

- Desarrollar un sistema integral de atención sanitaria urgente que garantice la adecuada atención sanitaria en cada ámbito y la continuidad asistencial.

▪ Objetivos Específicos

- Aumentar la satisfacción de los pacientes mejorando la capacidad de resolución de los problemas de salud urgentes mediante la implantación de un modelo organizativo adecuado a las necesidades asistenciales y basado en criterios de calidad.
- Mejorar los mecanismos de comunicación e información mediante la incorporación de habilidades y recursos específicos.
- Implementar la coordinación entre niveles de atención y la continuidad asistencial mediante su priorización en el diseño del modelo organizativo de atención urgente.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de asistencia urgente mediante la adecuación de los recursos humanos, técnicos y materiales de los equipos de asistencia de urgencias y emergencias y de coordinación de los diferentes niveles de atención a las necesidades de la población basados en la definición de los procesos asistenciales y en la mejora continua.
- Potenciar la capacidad de manejo y resolución de problemas de salud urgentes de los equipos asistenciales mediante planes de formación específica en urgencias y emergencias, priorizando habilidades técnicas y de comunicación.

- Mejorar la adecuación de la respuesta asistencial estableciendo un sistema de priorización de la asistencia urgente común.
- Facilitar la actividad asistencial, la recogida y procesamiento de información relevante, la comunicación y la coordinación entre niveles asistenciales mediante la incorporación de sistemas de tecnología de la información.
- Facilitar el uso adecuado de los servicios de urgencias mediante programas de educación sanitaria a la población.
- Priorizar en el modelo organizativo la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales urgentes y con los de atención no urgente.
- Garantizar una adecuada organización del transporte secundario entre centros asistenciales
- Implantar guías clínicas que integren los diferentes niveles asistenciales.

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 88: Adecuar la respuesta asistencial mediante la implantación en todos los Servicios de Urgencias, criterios y mecanismos de priorización de la asistencia basados en la urgencia, homogéneos y apoyados por sistemas de información adecuados.

Los ejes de la matriz de Haddon planteados por el grupo para la determinación de las líneas de actuación en urgencias y emergencias fueron:

- *Intervenciones dirigidas a los usuarios, a los profesionales del sistema sanitario, al entorno organizativo (infraestructura y organización) y al entorno social e intersectorial.*
- *Intervenciones dirigidas al ámbito de la atención primaria, al sistema de emergencias sanitarias y a la atención hospitalaria.*

- **Líneas de actuación**
 - Potenciar el número de teléfono único de Urgencias y Emergencias Sanitarias:
 - Campaña de difusión del acceso telefónico.
 - Potenciación del centro coordinador CICU como organizador.
 - Adecuar los contenidos de información al ciudadano: sobre los circuitos de atención urgente, del modo de acceso y pautas de uso adecuado de los servicios de urgencias y emergencias.
 - Implementar la información directa en los centros de atención:
 - Mejora de las habilidades de los profesionales mediante formación específica.
 - Mejora en los contenidos en la comunicación a los pacientes.
 - Aumento de la capacidad de provisión de información mediante la incorporación de recursos específicos en los centros de asistencia.
 - Realización y entrega de informes de Alta informatizados, mejorando la legibilidad y registro.
 - Implicación de los recursos de atención urgente en el fomento de la educación sanitaria de la población mediante planes de comunicación y formación en áreas de interés preventivo: Prevención de Accidentes (tráfico, domésticos, laborales...). Prevención de enfermedades prevalentes (Cardiopatía Isquémica, etc.). Desarrollo de : Autoasistencia. Autoayuda.
 - Elaboración, implantación y difusión de un modelo organizativo integral de atención urgente y de emergencias.
 - Priorizar la implantación del modelo organizativo a nivel Departamental que asegure la asistencia sanitaria urgente coordinada entre Atención Primaria y el resto de niveles asistenciales del departamento.

- Introducir criterios y mecanismos de gestión de calidad, medida de resultados y mejora continua en todos los niveles organizativos de los servicios de atención urgente.
- Implantar sistema de priorización en la asistencia urgente con criterios comunes entre niveles y entre departamentos y facilitar las herramientas necesarias para la implantación del sistema de priorización.
- Dotar a los servicios de atención urgente de mecanismos de información directa a los pacientes tanto personales como telefónicos que mejoren el nivel de conocimiento del usuario y su satisfacción.
- Promover un modelo organizativo común en los Servicios de Urgencias Hospitalarias que integre las Unidades de Corta Estancia y las Unidades de Hospitalización a Domicilio.
- Orientarse hacia un modelo organizativo común que integre los diferentes niveles de asistencia urgente y garantice la continuidad asistencial en la atención urgente.
- Establecer protocolos específicos de actuación conjunta intersectorial (bomberos, policías, protección civil, etc.) en coordinación con el Servicio de Emergencias Sanitarias y establecer un calendario de simulacros que garanticen la efectividad en situaciones catastróficas.
- Plan de modernización de tecnologías de la información y de la comunicación que facilite el manejo, registro de información y la comunicación que garanticen una cobertura adecuada (radio, telefonía móvil, etc) y una mejora en los sistemas de información de la atención urgente.
- Establecer planes de formación de profesionales de la asistencia urgente que incluya: Habilidades técnicas, actualizaciones teóricas, habilidades de comunicación, manejo de situaciones críticas y de catástrofe.

5.2.17. DESIGUALDADES EN SALUD

- **Objetivos del Plan de Salud**

Objetivo 89: Difundir desde los centros asistenciales la información necesaria sobre enfermedades raras con el fin de orientar a los pacientes y a sus familiares, así como, incluir la investigación de estas enfermedades entre las áreas prioritarias de investigación.

Objetivo 90: La Conselleria de Sanidad velará porque se mantenga la equidad en los Objetivos del Plan de Salud mediante el estudio de los indicadores sociosanitarios de que dispone.