Estratègia de diabetis de la Comunitat Valenciana 2017 - 2021

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Estratègia de Diabetis de la Comunitat Valenciana 2017-2021

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© de la present edició: Generalitat. 2017

© dels textos: els autors i les autores

1ª edició. Edició online

Grup coordinador:

Francisco José Pomares Gómez
Coordinador del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic

Fernando de la Torre Albert
President de la Federació de Diabètics de la Comunitat Valenciana (FEDICOVA)

Carlos Morillas Ariño
President de la Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició (SVEDIN)

Jorge Navarro Pérez
Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SVMFiC)

Vicente Gasull Molinera
Societat Espanyola de Metges d'Atenció Primària - Comunitat Valenciana (SEMERGEN)

Asunción Iturralde Lloret
Societat Espanyola de Medicina General (SEMG)

Maite Penalba Martínez
Associació Valenciana d'Educadors de Diabetis (AVED)

Elena García Cuevas
Associació d'Infermeria Comunitària- Comunitat Valenciana (AIC)

Comité tècnic línia estratègica 1. Prevenció.

Carlos Morillas Ariño (Coordinador)
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Dr. Peset. València
Professor Associat de Medicina. Universitat de València
President SVEDIN

José Vicente Sorlí Guerola (Coordinador)
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició. Dep. Medicina Preventiva i Salut Pública, Universitat de València CIBER Fisiopatologia de l'Obesitat i Nutrició

Rosario Isabel Lorente Calvo
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició
Hospital Clínic Universitari de València
SVEDIN

Carolina Mir Sánchez
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut la Font Santa-Barri de la Llum, Departament Salut València - Hospital General
Coordinadora del GdT Atenció al Major de la SVMFiC
Membre del GdT Atenció al Major de la SEMFYC
Membre del GdT Noves Tecnologies i del PACAP de la SVMFiC

Tomás Fuster Bellido
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Gandia-Beniopa- Gandia
SEMERGEN

Joan Quiles i Izquierdo
Doctor en Medicina.
Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat

Francisca Cortón Tarazona
Infermera d'Atenció Primària. Educació en Diabetis.
Centre de Salut Nàpols i Sicília. València
AIC

Roberto García Ibeas
Direcció General de Política Educativa, Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport

María del Pilar Fernández Arenque
Vicepresidenta de l'Associació de Diabetis d'Elda i comarca.
FEDICOVA

Pilar Codoñer Franch
Especialista en Pediatria
Cap de Pediatria. Hospital Universitari Dr. Peset. València

Nieves Lillo Herranz
Ajuntament d'Elx

Concha Aguilar Durán
Associació Valenciana de Diabetis

Roland Garroz Borelly
Dietista Nutricionista.
Junta Directiva de CODiNuCoVa
Coordinador Provincial d'Alacant del CODiNuCoVa

Nadia San Onofre Bernat
Dietista Nutricionista.
Coordinadora Provincial de Castelló del CODiNuCoVa

Comité tècnic línia estratègica 2. Diagnòstic precoç.

Nieves Blasco Lafarga (Coordinadora)
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Sedaví. Sedaví
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Emilio Flores Pardo (Coordinador)
Farmacèutic. Servei d'Anàlisis Clíniques. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant
Professor Associat Facultat de Medicina. Universitat Miguel Hernández

Juan Francisco Ascaso Gimilio
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Cap de Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Clínic Universitari de València.
Catedràtic Universitat de València.
SVEDIN

Carlos Sánchez Juan
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Cap de S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital General Universitari de València.
SVEDIN

Joan Quiles i Izquierdo
Doctor en Medicina.
Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Inmaculada Navarro García
Infermera educadora de diabetis. Hospital de Llíria
AIC

Abigail Romas Sánchez
FEDICOVA

Javier Montoro Martí
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Guillem de Castro. València
SEMERGEN

Héctor Mª Galapero Borda
Associació Valenciana de Diabetis

Comité tècnic línia estratègica 3. Procés assistencial integrat diabetis mellitus.

Subcomité d'adults:

Francisco José Ponce Lorenzo (Consultor)
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Armada Espanyola, Elda
SVMFiC

Concepción Fernández Planelles (Consultora)
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
Directora Mèdica d'Atenció Primària. Hospital General Universitari d'Elda

Carlos Pardo Ruiz (Coordinador)
Metge Especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador Unitat de Diabetis
S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital Mare de Déu dels Lliris. Alcoi
SVEDIN

Santiago Gras Balaguer (Coordinador)
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Cariñena. Vila-real
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició.

Oscar Moreno Pérez (Coordinador)
Metge Especialista en Endocrinologia i Nutrició.
Coordinador Unitat de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital General Universitari d'Alacant
Professor Associat Facultat de Medicina. Universitat Miguel Hernández
SVEDIN

Manuel Cercós Aparisi (Coordinador)
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Montroi. Montroi
SEMERGEN

Evangelina Boix Carreño
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinadora Unitat de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital General Universitari d'Elx
SVEDIN

Francisco Javier Sanz Gallur
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador Unitat de Diabetis
Endocrinologia i Nutrició. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva
SVEDIN

José Vicente Sorlí Guerola
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició. Dep. Medicina Preventiva i Salut Pública, Universitat de València CIBER Fisiopatologia de l'Obesitat i Nutrició

Carlos Morillas Ariño
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Dr. Peset. València
Professor Associat de Medicina. Universitat de València
President SVEDIN

Eva Laparra Magdalena
Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària.
C. S. de Benimàmet. Departament València- Hospital Arnau de Vilanova
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Amparo Bartual Rodrigo
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital General Universitari de València
SVEDIN

María Antonia Pérez Lázaro
Metgessa Especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinadora Unitat de Referència de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari i Politècnic de la Fe de València
SVEDIN

María Dolores Miralles Enrique
Metgessa Especialista en Medicina Familiar i Comunitària.
Centre de Salut Cariñena de Vila-real
SEMG

Inmaculada Navarro Hidalgo
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinadora Unitat de Diabetis
Endocrinologia i Nutrició. Hospital de Manises
SVEDIN

Francisco Javier Ramada Benlloch
Metge especialista en Urologia
Urologia. Hospital General Universitari de València
Associació d'Urologia de la Comunitat Valenciana

Paolo Rossetti
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Francesc de Borja. Gandia
SVEDIN

Sol Navas De Solís
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari i Politècnic la Fe de València
SVEDIN

Javier Montoro Martí
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Guillem de Castro. València
SEMERGEN

Carmen Fajardo Montañana
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició

Coordinadora de la Unitat de Diabetis
Cap de Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari de la Ribera, Alzira
SVEDIN

Juan Puig Larrosa
Metge adjunt Servei d'Urgències. Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa
Societat Espanyola de Medicina d'Urgències -Comunitat Valenciana (SEMES)

José Antonio Arenas Blanca
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut d'Aspe. Aspe
SVMFiC

Marco Lema Lucas
Metge adjunt Servei d'Urgències. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant
Societat Espanyola de Medicina d'Urgències -Comunitat Valenciana (SEMES)

Ángel Merchante Alfaro
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Cap de Secció d'Endocrinologia. Hospital General Universitari de Castelló
SVEDIN

Juan José Tamarit García
Metge especialista en Medicina interna
S. de Medicina Interna. Hospital General Universitari de València
Societat Valenciana d'Hipertensió i Risc Vascular

Marisa Gómez Arnedo
Metgessa Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Centre de Salut de Serradora 2, València.
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Vicente Giner Galvañ
Metge Especialista en Medicina Interna.
Cap de Servei de Medicina Interna. Hospital Mare de Déu dels Lliris. Alcoi
Societat de Medicina Interna de la Comunitat Valenciana

Sandra Ferrer Rex
Psicòloga
Associació de Diabetis Orihuela i comarca del Baix Segura
FEDICOVA

Óscar López González
Psicòleg
Unitat de Salut Mental Torrevieja. Hospital Universitari de Torrevieja

Carlos R. Argente Villaplana
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador Unitat de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Marina Baixa
SVEDIN

Manuel Antonio Ruiz Quintero
Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Centre de Salut d'Agost
GdT SVMFiC Diabetes y Nutrición

Cristina Verdejo Gimeno
Metgessa especialista en Oftalmologia
Servei d'Oftalmologia. Hospital Universitari Doctor Peset de València

Eva Solá Izquierdo
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinadora de la Unitat de Referència de Diabetis
S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Doctor Peset de València
Professora associada de Medicina, Facultat de Medicina Universitat de València
SVEDIN

Francisco Javier Ampudia Blasco
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador de la Unitat de Referència de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Clínic Universitari de València
Professor Associat de Medicina, Facultat de Medicina, Universitat de València
SVEDIN

Juan Francisco Merino Torres
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Cap de Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València
SVEDIN

Antonio Hernández Mijares
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Cap del Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Doctor Peset de València
SVEDIN

Nicolás López Hernández
Metge Especialista en Neurologia
S. de Neurologia. Hospital General. Universitari d'Alacant

Encarnación Ibor Martínez
Metgessa Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Centre de Salut Bilbao-Trinitat de València.
SEMERGEN

José Ignacio Fernández Navarro
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Arnau de Vilanova de València
SVEDIN

Sandra Martínez Fuster
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital General Universitari d'Elda
SVEDIN

Francisco Carbonell Franco
Metge d'Atenció Primària,
Centre de Salut Mislata, València
SEMERGEN

J. Ignacio Blanes Mompó
Metge especialista Angiologia i Cirurgia Vascular
Servei d'Angiologia i Cirurgia Vascular, Hospital General Universitari de València

Ruth Sánchez Ortiga
Metgessa Especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital General Universitari d'Alacant
SVEDIN

Jose María Valero Marco
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Sant Fermí, Elx
SVMFiC

Carmina Díaz Marín
Metgessa especialista en Neurologia.
Cap de Servei de Neurologia. Hospital General Universitari d'Alacant

Paz Ortega Ruiz
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
CSI Girona. Alacant
SVMFiC

Esther Chicharro Luna
Podòloga.
Vicedegana de Grau. Universitat Miguel Hernández, Alacant

Miguel Angel Arnau Vives
Metge especialista en Cardiologia
S. de Cardiologia. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

José Luis Górriz Teruel
Metge especialista en Nefrologia
Cap de Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Doctor Peset de València

María Teresa Pedro Font
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Endocrinologia i Nutrició. Hospital Marina Alta. Dénia
SVEDIN

Miguel Civera Andrés
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Clínic Universitari de València
SVEDIN

Juan Carlos Ferrer García
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador Unitat de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Consorci Hospital General Universitari de València
SVEDIN

José Luis Pardo Franco
Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Centre de Salut Orihuela I
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Asunción Iturralde Lloret
Metgessa Especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut. Pare Jofré. València
Presidenta SEMG

Javier Serra Pérez
FEDICOVA

Ignacio Ramos Casamayor
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador Unitat de Diabetis
Unitat d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital de Requena
SVEDIN

Nieves Blasco Lafarga
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Sedaví. Sedaví
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Emilio Flores Pardo
Farmacèutic. Servei d'Anàlisis Clíniques. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant
Professor Associat Facultat de Medicina. Universitat Miguel Hernández

Héctor Mª Galapero Borda
Associació Valenciana de Diabetis

Subcomité de Pediatria:

Andrés Mingorance Delgado (Coordinador)
Metge especialista en Pediatria i àrees específiques.
Unitat d'Endocrinologia i Diabetis Pediàtrica
Hospital General Universitari d'Alacant

Francisca Moreno Macián (Coordinadora)
Metgessa especialista en Pediatria
Cap del Servei de Pediatria. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

Farah Mora Payá
FEDICOVA

Miguel Angel Fuentes Castelló
Metge especialista en Pediatria
S. de Pediatria. Hospital General Universitari d'Elx

José Juan Alcón Sáez
Metge especialista en Pediatria
S. de Pediatria. Hospital General Universitari de València

Elena Gastaldo Simeón
Metgessa especialista en Pediatria
S. de Pediatria. Hospital Universitari de la Ribera, Alzira

Mila Ardid Encinar
Metgessa Especialista en Pediatria
Unitat de diabetis pediàtrica. Hospital la Plana. Vila-real

Lidia Blasco González
Metgessa Especialista en Pediatria
S. de Pediatria. Hospital de Sagunt

Fernando Calvo Rigual
Metge especialista en Pediatria
Cap de Servei de Pediatria. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva

Sandra Ferrer Rex
Psicòloga
Associació de Diabetis Orihuela i comarca del Baix Segura
FEDICOVA

Héctor Mª Galapero Borda
Associació Valenciana de Diabetis

Subcomité d'educació terapèutica en diabetis:

Fernando Lucas Gómez (Coordinador)
Infermer educador de diabetis
Hospital General Universitari d'Alacant
AVED

Mari Carmen Rodríguez Fernández (Coordinadora)
Infermera educadora de diabetis
Centre de Salut Campoamor. Alacant

María Asunción Zaragoza Ramón
Infermera educadora de diabetis
Hospital Vinalopó Elx-Crevillent
AVED

Manuel Alberola Chazarra
Infermer educador de diabetis
Hospital General Universitari d'Elx

Pilar Ortí
Infermera educadora de diabetis
Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

Maite Penalba Martínez
Infermera educadora de diabetis
Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València
Presidenta de l'Associació Valenciana d'Educadors en Diabetis (AVED)

María Teresa Marí Herrero
Infermera Experta en Diabetis i Educació Terapèutica
Educadora de Diabetis. Hospital la Plana, Vila-real
FEDICOVA. AVED

María Dolores Espinosa Pérez
Infermera educadora de diabetis
Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant
AVED

Ana María Monteagudo López
Infermera educadora de diabetis
Hospital General Universitari d'Elda
AVED

Dolores Abellán Ballesteros
Infermera educadora de diabetis
Hospital Universitari Dr. Peset de València
AVED

Fernando Fernández Candela
Infermer educador de diabetis
Hospital General Universitari d'Elx

Inmaculada Navarro García
Infermera educadora de diabetis
Hospital de Llíria
AIC

Loreto Cruz Bonmatí
Infermera educadora de diabetis
Centre de Salut Joan XXIII. Alacant
AIC

Héctor Mª Galapero Borda
Associació Valenciana de Diabetis

Comité tècnic línia estratègica 4. Diabetis i gestació.

Susana Tenés Rodrigo (Coordinadora)
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari i Politècnic la Fe de València.
SVEDIN

Mercedes Tolosa Torrens (Coordinadora)
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
S. Endocrinologia i Nutrició. Consorci Hospital General Universitari de València.
SVEDIN

Marisa Gómez Arnedo
Metgessa Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Centre de Salut Serradora 2, València.
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Begoña Pellicer Iborra
Metgessa especialista en Obstetrícia i Ginecologia.
S. Obstetrícia i Ginecologia. Consorci Hospital General Universitari de València
Membre del Grup de Treball de Perinatologia de la Societat d'Obstetrícia i Ginecologia de la Comunitat Valenciana (SOGCV)

Silvia Mª Roig Boronat
Metgessa especialista en Obstetrícia i Ginecologia.
S. Obstetrícia i Ginecologia. Hospital Universitari i Politècnic la Fe de València

Gracia Barrué Broch
Cap de la Secció de Salut Perinatal
Servici de Promoció i Prevenció en les Etapes de la Vida
Subdirecció General de Promoció i Prevenció, Direcció General de Salut Pública

Anabel Martí Colomer
Infermera educadora de diabetis
Hospital Clínic Universitari de València i Centre Especialitats del Grau. València
AVED

Ana María Gómez Sanz
Infermera Educadora de la Unitat de Diabetis de l'Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva
AVED

Dolores Serrano Raya
Infermera Especialista en Obstetrícia i Ginecologia (comare). Centre de Salut de Godella (València)
AIC

Carmen Olcina Anaya
Comare
Presidenta de l'Associació de Comares de la Comunitat Valenciana

Natividad Pons Fernández
Metgessa especialista en Pediatria.
Endocrinologia pediàtrica i maternitat. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. València.
Membre SEEP (Societat Espanyola Endocrinologia Pediàtrica)
Responsable acreditació iHan (Iniciativa per a la humanització naixement i lactància) hospital.

Encarnación Sánchez Luis
Asocación de Diabètics d'Orihuela i comarca
FEDICOVA

Concha Aguilar Durán
Associació Valenciana de Diabetis

Comité tècnic línia estratègica 5. Optimització i noves tecnologies.

Eva Solá Izquierdo (Coordinadora)
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinadora de la Unitat de Referència de Diabetis
S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Doctor Peset de València
Professora associada de Medicina, Facultat de Medicina Universitat de València
SVEDIN

José Daniel Royo Sanchis (Coordinador)
Llicenciat en Psicologia
Hospital Universitari i Politècnic la Fe de València
Societat Espanyola de Diabetis, Grup de treball Diabetis 2.0

Andrés Mingorance Delgado
Metge especialista en Pediatria i àrees específiques.
Unitat d'Endocrinologia i Diabetis Pediàtrica
Hospital General Universitari d'Alacant

Francisco Javier Ampudia Blasco
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador de la Unitat de Referència de Diabetis
Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Clínic Universitari de València
Professor Associat de Medicina, Facultat de Medicina, Universitat de València
SVEDIN

Maite Penalba Martínez
Diplomada Infermera
Educadora de Diabetis. Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari i Politècnic la Fe, València
Presidenta de l'Associació Valenciana d'Educadors en Diabetis (AVED)

Joaquín Casado González
SEMERGEN

María Isabel Gabaldón Sánchez
Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària.
Centre de Salut d'Almàssera. Departament Clínic - La Malva-rosa
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Pablo Abellán Galiana
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador de la Unitat de Diabetis.
Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital General Universitari de Castelló
Vocal de la Societat Espanyola de Diabetis. SVEDIN

Teresa Barberá González
Llicenciada en Farmàcia.
Servei de Prestació Farmacèutica i Dietoterapèutica.
Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris.

Héctor Mª Galapero Borda
Associació Valenciana de Diabetis

José Manuel Miralles Sarrión
President Unió Diabètics Alacant
FEDICOVA

Carolina Mir Sánchez
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut de la Font Santa-Barri de la Llum, Departament Salut València - Hospital General
Coordinadora del GdT Atenció al Major de la SVMFiC
Membre del GdT Atenció al Major de la SEMFYC
Membre del GdT Noves Tecnologies i del PACAP de la SVMFiC

Subcomité de posicionament terapèutic

(Designacions per les societats científiques amb la mediació de l'Institut Mèdic Valencià)

Javier Ena Muñoz
Societat Espanyola de Medicina Interna

Vicente Gasull Molinera
Societat Espanyola de Metges d'Atenció Primària

Juan Girbés Borrás
Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició

Asunción Iturralde Lloret
Societat Espanyola de Medicina General

Roberto Izquierdo María
Societat Valenciana de Farmacèutics d'Atenció Primària

Carlos Morillas Ariño
Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició

Jorge Navarro Pérez
Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària

Francisco José Pomares Gómez
Coordinador del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana

Edelmiro Sebastián Arrando
Federació d'Associacions d'Inspecció de Serveis Sanitaris

Comité tècnic línia estratègica 6. Equitat en tots els nivells d'actuació.

Rosa Casany Fernández (Coordinadora)
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició.
Unitat de Diabetis de l'Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva
SVEDIN

María Teresa Marí Herrero (Coordinadora)
Infermera Experta en Diabetis i Educació Terapèutica
Educadora de Diabetis. Hospital la Plana, Vila-real
FEDICOVA. AVED

Remei Raga Marí
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària.
Centre de Salut República Argentina. Dep. Clínic-Malvarrosa.
GdT Tercer i Quart Món SVMFiC
GdT d'activitats comunitàries SVMFiC

Ariadna Cucó Alberola
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària.
Centre de Salut la Fàbrica. Alcoi
GdT Tercer i Quart Món SVMFiC

Encarnación Ibor Martínez
Metgessa especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Bilbao-Trinitat. València
SEMERGEN

Isabel Mascarell Martínez
Metgessa especialista en Endocrinologia i Nutrició.
S. Endocrinologia i Nutrició. Hospital Vega Baixa. Orihuela
SVEDIN

Dolores Sala Trejo
Cap de Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l'Entorn Sanitari
Direcció General de Salut Pública

Eduardo Alonso Echabe
Director de Salut Pública Alacant

María Félix Rodríguez Camacho
Graduada en Teràpia Ocupacional
Experta en Intervenció Comunitària amb Població gitana
Responsable de l'àrea de Salut de FAGA Alacant
Federació autonòmica d'Associacions Gitanes de la Comunitat Valenciana (FAGA-CV)

Nieves Lillo Herranz
Ajuntament d'Elx

Raquel Fuster Ribera
Treballadora Social
Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

Dolores Abellán Ballesteros
Infermera
Hospital Universitari Dr. Peset. València
AVED

Mila Ardid Encinar
Metgessa Especialista en Pediatria.
Unitat de diabetis pediàtrica. Hospital la Plana. Vila-real

Dolores Serrano Raya
Infermera Especialista en Obstetrícia i Ginecologia (comare)
Centre de Salut de Godella (València)
AIC

Héctor Mª Galapero Borda
Associació Valenciana de Diabetis

Comité tècnic línia estratègica 7. Formació i investigació.

Domingo Orozco Beltrán (Coordinador)
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Cap de les Hortes. Alacant
Responsable de la unitat d'investigació del departament de salut Alacant-Sant Joan d'Alacant
Professor associat Facultat de Medicina, Universitat Miguel Hernández
GdT SVMFiC Diabetis i Nutrició

Juan Adrián Girbés Borrás (Coordinador)
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Coordinador de la Unitat de Diabetis
Hospital Arnau de Vilanova. València
SVEDIN

Concha Aguilar Durán
Associació Valenciana de Diabetis

Francisco Simón Sáez Aledo
Associació de Diabètics d'Elda i comarca
FEDICOVA

Francisca Moreno Macián
Metgessa especialista en Pediatria
Cap del Servei de Pediatria. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

Vicente Gasull Molinera
Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària
Centre de Salut Torrent II. Torrent
SEMERGEN

Antonio Hernández Mijares
Metge especialista en Endocrinologia i Nutrició
Cap del Servei d'Endocrinologia i Nutrició. Hospital Universitari Doctor Peset de València
SVEDIN

Dolores Sala Trejo
Cap de Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l'Entorn Sanitari
Direcció General de Salut Pública

Elena García Cuevas
Infermera
Responsable de la Unitat de Formació. Hospital Arnau de Vilanova. València. AIC

Pedro Sigler Vizcaíno
Cap del Servei de Formació del Professorat
secretària Autonòmica d'Educació i Investigació. Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport

María José Colomina Villalba
Servei de Formació del Professorat
secretària Autonòmica d'Educació i Investigació. Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport

Dolores Abellán Ballesteros
Infermera
Hospital Universitari Dr. Peset. València
AVED

María Teresa Marí Herrero
Infermera Experta en Diabetis i Educació Terapèutica
Educadora de Diabetis. Hospital la Plana, Vila-real
FEDICOVA. AVED

Oficina tècnica

Teresa Barberá González
Servei de Prestació Farmacèutica i Dietoterapèutica, Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

Laia Buigues Pastor
Oficina de Farmacoeconomia. Subdirecció de General d'Optimització i Integració Terapèutica, Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

Magda Puig Ferrer
Servei de Prestació Farmacèutica i Dietoterapèutica, Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

Julia Calabuig Pérez
Cap del Servei Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària.
Subdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
Direcció General d'Assistència Sanitària

Mónica Escobar Daroca
Servei Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària.
Subdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
Direcció General d'Assistència Sanitària

Laura Muñoz Aznar
Servei Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària.
Subdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
Direcció General d'Assistència Sanitària

Ana Belda García
Servei Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària.
Subdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
Direcció General d'Assistència Sanitària

Pilar Fuertes Izquierdo
Servei Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària.
Subdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
Direcció General d'Assistència Sanitària

Enrique Bdo. Hevilla Cucarella
Servei Anàlisi de Sistemes d'Informació Sanitària.
Subdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
Direcció General d'Assistència Sanitària

ÍNDEX

1. Presentació **15**

2. Pròleg **17**

3. Resum executiu **19**

4. Introducció **24**

5. Justificació **26**

6. Procés d'elaboració de l'estratègia **28**

7. L'atenció a la diabetis a la Comunitat Valenciana **30**

7.1. Antecedents i evolució **30**

7.2. Anàlisi actual de la diabetis mellitus a la Comunitat Valenciana **31**

7.2.1. Dades poblacionals i epidemiològiques **31**

7.2.2. Atenció a la diabetis **36**

7.2.2.1. Atenció primària **37**

7.2.2.2. Unitats de diabetis **38**

7.2.2.3. Unitats de referència de diabetis **39**

7.2.2.4. Unitats funcionals integrades de diabetis **44**

7.2.3. Activitat assistencial **46**

7.2.4. Anàlisi DAFO **55**

8. Missió, visió i valors **58**

8.1. Missió **58**

8.2. Visió **58**

8.3. Valors **59**

9. Línies estratègiques, objectius i accions **61**

9.1. Línia estratègica 1: prevenció **61**

9.2 Línia estratègica 2: Diagnòstic precoç 66

9.3 Línia estratègica 3:
Procés assistencial integrat diabetis mellitus 71

9.4 Línia estratègica 4: Diabetis i gestació 80

9.5 Línia estratègica 5: Optimització i noves tecnologies 83

9.6 Línia estratègica 6: Equitat en tots els nivells d'actuació 86

9.7 Línia estratègica 7: Formació i investigació 91

10. Oficina del pla per a l'assistència integral al pacient amb diabetis **95**

11. Implementació de l'estratègia **99**

12. Priorització i cronograma **100**

13. Avaluació i indicadors **109**

14. Bibliografia **123**

15. Annexos **126**

Annex 1 Associacions de persones amb diabetis
a la Comunitat Valenciana **126**

Annex 2 Legislació autonòmica **128**

Annex 3 Acrònims i abreviatures **129**

1. PRESENTACIÓ

El Consell té un compromís amb les persones amb diabetis, els seus familiars, el conjunt de professionals que treballen per a elles i amb la societat per a evitar la progressió de la malaltia. Així, ha quedat determinat com una prioritat en el IV Pla de Salut, i per això la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública ha promogut l'Estratègia de Diabetis de la Comunitat Valenciana 2017-2021.

L'inici d'aquest camí va ser comptar amb les persones. Les persones amb diabetis, les persones que les cuiden, les persones que s'esforcen amb el seu treball per ajudar-les. L'Estratègia de Diabetis 2017-2021 ha comptat amb totes elles, des de la valoració inicial de les seues necessitats, fins a la reflexió posterior per a assenyalar els objectius que caldria complir i a establir les accions per a millorar els resultats. Sorgeix des del consens que atorga la col·laboració de les principals forces actives, és a dir de les associacions de persones amb diabetis, l'estructura sanitària i els seus professionals, però a més amb caràcter multidisciplinari, amb el suport també de les societats científiques i el suport de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Així doncs, l'Estratègia de Diabetis 2017-2021 ha superat el repte de gestar-se amb l'esforç d'un gran nombre d'actius als quals hom els ha donat veu i participació.

El caràcter integrador ha anat més enllà en superar les fronteres de l'assistència sanitària i voler comprendre les persones també en el seu dia a dia, en el medi on transcorre la seua vida. L'entorn és un determinant clau per a ajudar a evitar la diabetis tipus 2 o que millore si ja està present. D'aquesta manera s'ha afegit el valor multisectorial i s'han incorporat representants dels municipis per a contribuir a facilitar la promoció de l'activitat física i fomentar les relacions socials en aquest gran gimnàs que és la Comunitat Valenciana, amb els seus jardins, espais verds, rutes i espais esportius.

La població infantil i juvenil té unes necessitats concretes en l'entorn escolar. Per això, s'han incorporat també professionals del sector de l'educació per a abordar millor les necessitats d'aquest col·lectiu i continuar millorant les mesures que es van implantar a partir de la resolució que regula l'assistència sanitària a l'alumnat amb diabetis.

Els avanços tecnològics acompanyen el progrés en el control de la diabetis i la millora dels resultats de salut. És un desafiament la incorporació d'aquests en la pràctica habitual, bé pel seu elevat cost o per les característiques tècniques per a la seua adaptació als recursos digitals de la Conselleria. Així i tot, la Comunitat Valenciana ha sigut la primera comunitat a aconseguir el finançament dels monitors continus de glucosa a aquelles persones que més ho necessiten i continua treballant per a aconseguir nous èxits.

Una altra de les claus de l'Estratègia és l'equitat. Equitat per a considerar les necessitats dels grups de persones vulnerables, avaluar-les, donar resposta i aportar una visió comunitària comptant també amb els actius de la societat. Hi ha determinants socioeconòmics que tenen un major impacte de la diabetis sobre les persones

vulnerables, tant en l'increment de la prevalença com de les seues conseqüències. Queda, doncs, raonat per què és missió d'aquesta Conselleria aconseguir minorar aquesta repercussió i vetlar per l'equitat en l'aplicació de les mesures de l'Estratègia de Diabetis.

Encara que la diabetis té repercussions assistencials derivades de les poblacions amb necessitats especials, a la Comunitat Valenciana són unes 400.000 persones les que tenen aquest problema de salut. Una malaltia que a més de ser molt freqüent pot provocar complicacions de molts òrgans, exigeix una actuació coordinada i integrada i professional centrada en la persona per a donar resposta a cada una de les situacions que poden aparéixer en la vida dels pacients. La integració de les activitats professionals és un pas més cap a l'excel·lència en l'atenció a la qual no s'arribaria si aquesta no anara acompanyada per l'interés a aconseguir que les persones amb diabetis adquirisquen més habilitats i recursos per a gestionar la malaltia i fer la seua vida més senzilla. Un aspecte capital d'aquesta estratègia, a més de treballar per la integració de les actuacions, és l'educació terapèutica en diabetis clau per a afavorir l'apoderament de les persones i evitar que la malaltia progresse o inclús que en moltes persones en risc de desenvolupar aquesta no aparega.

Nacions Unides, l'Organització Mundial de la Salut i la Federació Internacional de Diabetis, entre altres organismes, han advertit sobre la pandèmia mundial que suposa la diabetis i l'obesitat, problema actual i creixent en el futur més pròxim, per això recomana als governs implementar mesures per a evitar-la. La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública assumeix aquesta obligació i, amb aquesta Estratègia i altres recursos, aposta per la prevenció a través de l'alimentació saludable i l'activitat física, mentres que per a aquelles persones que pateixen la diabetis, es compromet a treballar per a reduir la càrrega de la malaltia amb una perspectiva global, des del principi d'equitat, per a aconseguir una assistència eficaç i de qualitat.

Agraïsc l'esforç a les moltes persones que han contribuït a indicar les directrius que s'han de seguir per a frenar l'impacte de la diabetis en la nostra Comunitat mitjançant l'Estratègia de Diabetis des de les professions sanitàries involucrades, la ciutadania i la resta d'institucions.

Carmen Montón Giménez

Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública

2. PRÒLEG

La resolució 61/225 de Nacions Unides reconeix que “la diabetis és una malaltia crònica, debilitant i costosa, que té greus complicacions, comporta grans riscs per a les famílies, els Estats membres i el món sencer i planteja serioses dificultats per al compliment dels objectius de desenvolupament convinguts internacionalment, inclosos els Objectius de desenvolupament del mil·lenni”. En aqueixa mateixa resolució s'insta els governs a enfortir els recursos per a la prevenció i el control.

L'Estratègia de Diabetis 2017-2021 està orientada cap a l'abordatge comunitari, des de la perspectiva d'un model de malaltia crònica, en què l'organització assistencial s'estableix per a oferir continuïtat de cures i d'atencions, amb una visió global del problema i en què els esforços estan centrats en les persones.

És necessari proposar una transformació al model clàssic assistencial, transformació que passa per implicar professionals en la gestió, a pacients en les seues autocures i establir millores en la comunicació.

L'Estratègia proposa la convergència professional en les unitats funcionals integrades de diabetis, suma de les unitats de diabetis i d'atenció primària juntament amb la resta de professionals i disciplines que presten assistència a la diabetis. Aquesta visió d'equip permetrà que cada membre aportació el seu millor coneixement i habilitats professionals per a contribuir en la gestió de la diabetis en el departament i es facilite la implementació de les mesures de l'Estratègia. Mesures com la inclusió del control de la diabetis en els acords de gestió ha permés millorar el control de la diabetis amb el benefici que suposa obtindre millors resultats en salut a un nombre més gran de població.

Les persones són el centre de les nostres actuacions i la seua implicació en el control de la malaltia és clau. A més de millorar el coneixement sobre la malaltia amb una educació terapèutica en diabetis avançada i, a partir de nous recursos per a promocionar l'adherència a l'alimentació saludable i la pràctica d'activitat física regular, les persones poden beneficiar-se en salut i evitar progressar a fases més avançades de la malaltia. Aquest principi té importants implicacions en la gestió perquè aquests mateixos recursos són aplicables des de les etapes més primerenques de la malaltia, inclús abans que aparega, amb això es pot contribuir a la prevenció i a evitar la progressió de la diabetis. Empoderar-les significa fer-los part de l'equip. El benefici no sols és en salut, sinó que a més té un impacte notable i favorable sobre la sostenibilitat del sistema públic de salut, per reduir el cost en farmàcia i el derivat de les complicacions de la diabetis.

Les noves tecnologies de la informació i la comunicació són una oportunitat per a la innovació en permetre establir nous circuits assistencials de teleconsulta i telemonitorització de paràmetres vitals. Avançar en aquesta direcció és progressar a donar resposta a una societat que exigeix canvis assistencials que contribuïsquen a conciliar les necessitats actuals per a minimitzar l'impacte sobre la vida familiar, laboral,

social i educativa.

El gran valor de l'Estratègia de Diabetis 2017-2021 és l'oportunitat de canvi en l'atenció a les persones amb diabetis amb la fortalesa d'haver comptat amb la seua participació des de les etapes inicials del projecte i també amb la contribució de gran nombre de professionals de múltiples disciplines i sectors socials.

Rafael Sotoca Covaleda,

director general d'Assistència Sanitària

3. RESUM EXECUTIU

La diabetis mellitus tipus 2 s'ha convertit en una pandèmia provocada per una altra epidèmia global, l'obesitat. Les amenaces per a les persones que la pateixen es deuen a la comorbiditat associada a les complicacions cròniques amb deteriorament de la qualitat de vida i reducció de l'expectativa de vida. Els riscs per a la societat depenen en gran manera dels costs associats a les complicacions i els tractaments, que poden posar contra la paret la sostenibilitat de la sanitat pública. La prevalença de la diabetis diagnosticada a la Comunitat Valenciana és del 7.8%, és a dir afecta unes 400.000 persones, però almenys el 6% més dels habitants té diabetis mellitus tipus 2 i ho desconeixen, per la qual cosa el volum de persones afectades és encara major i podria ser de 700.000 en tota la Comunitat. Com que és una malaltia lligada a l'excés de pes, el fenomen d'augment progressiu de les taxes de sobrepés i obesitat permet formular una estimació futura també cap a un augment en els casos de diabetis tipus 2. La magnitud del problema és més gran quan s'ha observat que l'excés de pes s'ha traslladat a població infantil, per la qual cosa ja s'observen casos de diabetis mellitus tipus 2 en aquest col·lectiu i s'espera que s'avance l'edat d'aparició d'aquesta patologia.

D'altra banda, la diabetis mellitus tipus 1 afecta persones de totes les edats, en la seua infància, joventut i vida adulta, és a dir, població que ha de créixer amb aquesta i per a molts, que han crescut amb aquesta. És un desafiament el fet de créixer amb unes necessitats diferents a la resta de companys i companyes. És el repte de créixer amb una malaltia crònica que exigeix unes necessitats terapèutiques i una adquisició en coneixements d'educació terapèutica per a poder desenvolupar una vida integrada en tots els entorns de convivència, més enllà de la família, des de l'escola, a les activitats esportives i d'oci. Les cures i atencions van encaminades al control metabòlic adaptat a totes aqueixes situacions per a evitar les complicacions agudes i cròniques, però en un camí en què els joves van aprenent recursos per a guanyar en coneixements i habilitats que permeten fer més senzilla la càrrega de la diabetis.

L'atenció a la diabetis, tant a la tipus 1 com a la tipus 2, ha d'abordar-se amb orientació cap a la cronicitat, independentment de les característiques intrínseques a cada una d'aquestes. Açò suposa orientar la visió de l'atenció cap a les persones, com a eix central dels esforços, per a la qual cosa és necessari la integració dels equips assistencials orientats a resultats de salut i a aconseguir millorar la qualitat de vida de les persones amb diabetis. Sota el concepte d'integració té cabuda la col·laboració amb les persones amb diabetis i els seus familiars, amb les quals és necessari treballar com a part de l'equip assistencial, oferint-los compartir la responsabilitat i els objectius, però al mateix temps oferir les ferramentes i dotar-los amb recursos per a empoderar-se en la prevenció i el control de la malaltia a través de l'educació terapèutica en diabetis. L'altra columna sobre la qual descansa aquest últim valor són els recursos disponibles en la comunitat, com són els centres educatius, universitats, ajuntaments, altres institucions públiques, organitzacions no governamentals, societats científiques, associacions ciutadanes i empreses, entre altres. La coordinació de tots aquests agents, liderada eficaçment, pot influir beneficiosament en la progressió de la malaltia, retardar-ne l'evolució i fins i tot evitar-ne l'aparició. Així es contribuiria a canviar el concepte d'una

aproximació assistencial de la malaltia cap a una visió de prevenció, millora de la qualitat de vida i contribució a la sostenibilitat. Amb els antecedents exposats cal considerar que el model assistencial ha d'orientar-se cap al model de cures i atencions cròniques amb una major participació de les persones, pacients i familiars, i cap a un model comunitari amb una major implicació del conjunt de professionals de la salut i la societat.

La diabetis mellitus tipus 2 és més freqüent en col·lectius vulnerables i la seua repercussió pot ser major que en altres grups. Per aquestes raons, es planteja com a necessari l'anàlisi i l'avaluació de la situació i de les necessitats de cada un d'ells, per a proposar solucions individualitzades, des de l'equitat.

És essencial comptar amb totes les persones, els professionals, pacients i familiars perquè aporten la seua visió i fer-los partícips dels problemes, necessitats i resultats, implicar-los en la gestió i motivar-los. Han de ser part de l'equip en totes les etapes del procés, des de la planificació, la posada en acció de les iniciatives, l'avaluació dels resultats fins a les noves propostes de millora.

Els documents que protegeixen l'estratègia que es proposa són:

- Pla de Diabetis de la Comunitat Valenciana 1996.
- Pla de Diabetis de la Comunitat Valenciana 2006-2010.
- Estratègia en Diabetis del Sistema Nacional de Salut, actualització 2012.
- IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana.

Com a conclusions es proposa una atenció a les persones amb diabetis, basada en:

- Centrar l'atenció en les persones amb diabetis, orientada cap a les seues necessitats en totes les etapes de la vida i del procés de la diabetis, des de la prevenció, la detecció precoç, les cures i atencions, el tractament, el seguiment i la seua integració social, familiar i laboral.
- Compartir la visió dels problemes, necessitats i possibilitats des dels diferents col·lectius amb l'objectiu d'aconseguir l'abordatge integral.
- Coordinació entre tots els nivells d'actuació professional i amb les institucions públiques i socials, amb una perspectiva global per a aconseguir desenvolupar intervencions multidisciplinàries i intersectorials.
- Considerar l'equitat com a valor i principi d'actuació, amb la finalitat de donar resposta a les necessitats i mancances assistencials, particulars dels grups de persones amb diabetis o en risc de patir-la que es troben en situació de vulnerabilitat.
- Incorporar les noves tecnologies per a millorar la gestió de la malaltia i facilitar l'adherència als hàbits de vida saludables i al tractament.

L'Estratègia de Diabetis de la Comunitat Valenciana 2017-2021 es compon de 7 línies estratègiques, desenvolupades amb la finalitat d'aconseguir 25 objectius generals. Aquests, al seu torn, s'han dividit en 62 objectius específics, per als quals s'han determinat 172 accions i 211 indicadors per a la seua avaluació.

LÍNIA ESTRATÈGICA 1: PREVENCIÓ.

En la línia de prevenció es planteja actuar sobre els professionals de la salut, dotar-los amb recursos per a la promoció d'hàbits saludables amb la finalitat d'implicar i empoderar els ciutadans en la prevenció i el tractament de l'excés de pes. Amb el mateix propòsit, s'estimularà la creació, difusió i promoció d'activitats i entorns saludables en què es puga impulsar la participació de les persones, amb el suport d'altres institucions, entitats de govern local, provincial i autonòmic. El compromís de tots els agents que poden facilitar adherència a l'alimentació saludable i a la pràctica de l'activitat física és clau en la prevenció de la diabetis mellitus tipus 2.

LÍNIA ESTRATÈGICA 2: DIAGNÒSTIC PRECOÇ.

Per a realitzar diagnòstic precoç es proposa incentivar el cribatge oportunista de laboratori en població amb risc de desenvolupar diabetis mellitus tipus 2. El fet de disposar de les mateixes ferramentes de gestió del laboratori en tots els departaments també permet establir protocols automatitzats de cribatge de diabetis mellitus tipus 2 que faciliten la labor dels equips assistencials. D'altra banda, s'han de desenvolupar rutes assistencials per a la identificació en la infància, joventut i edat adulta de la hiperglucèmia simptomàtica sense diagnòstic previ de diabetis per a realitzar una intervenció precoç i evitar ingressos per descompensacions greus.

LÍNIA ESTRATÈGICA 3: PROCÉS ASSISTENCIAL INTEGRAT DIABETIS MELLITUS.

En aquesta línia de treball s'aborda la gestió de la diabetis mellitus com un procés assistencial amb la integració dels professionals per a donar continuïtat en l'atenció, tant per a la diabetis mellitus tipus 1 com per a la tipus 2. El procés assistencial de diabetis és una ferramenta de garantia per a reduir la variabilitat en les actuacions professionals, un mitjà per a evitar desigualtats a les persones amb diabetis i element de cohesió entre nivells professionals en establir-se una coordinació estreta des de les unitats de diabetis amb atenció primària i la resta d'especialistes implicats. A partir del procés assistencial comú a tot el territori elaborat amb el consens multidisciplinari, cada departament ho adaptarà a les seues condicions particulars a través de la ruta assistencial.

LÍNIA ESTRATÈGICA 4: DIABETIS I GESTACIÓ.

La diabetis gestacional és el problema mèdic més freqüent en la dona embarassada amb possibles repercussions tant en la gestant com en la descendència.

Per això, ja que requereix unes necessitats específiques i és susceptible de mesures concretes de prevenció posterior, s'emprén aquesta línia estratègica específica, amb les mateixes pretensions que l'anterior, és a dir, l'elaboració d'un procés assistencial tant per a la diabetis gestacional com per a la pregestacional, a fi d'estimular l'adherència a les mesures de prevenció.

LÍNIA ESTRATÈGICA 5: OPTIMITZACIÓ I NOVES TECNOLOGIES.

En aquesta línia s'afronta la disponibilitat de les noves tecnologies per a facilitar la gestió de la diabetis per part dels professionals i les persones amb diabetis. Gestió no sols de resultats de variables clíniques per a la presa de decisions, sinó per a millorar la comunicació entre tots i reorientació cap a una millora de l'atenció. També es disposen d'aplicacions informàtiques corporatives que possibiliten realitzar l'anàlisi de la pràctica clínica i al seu torn fer propostes d'optimització de les actuacions: és per això que es vol potenciar-ne l'ús, tant en serveis centrals com en atenció primària i encara també en les unitats de diabetis.

LÍNIA ESTRATÈGICA 6: EQUITAT EN TOTS ELS NIVELLS D'ACTUACIÓ.

Lluitar contra les desigualtats en tots els nivells d'actuació en diabetis és l'objectiu principal d'aquesta línia. Es vol analitzar la situació de les poblacions en situació de vulnerabilitat per qualsevol condició i valorar les seues necessitats tot per garantir l'aplicació de les mesures de l'estratègia a totes les persones. Per a això també hom ha d'intervindre sobre les distintes professions sanitàries perquè prenguen consciència d'aquestes situacions i s'han d'oferir recursos per a trencar les barreres que impedisquen la implantació de les recomanacions. L'altre eix d'actuació és comptar amb la comunitat per motivar la participació social, fomentar la solidaritat i l'apoderament individual i col·lectiu.

LÍNIA ESTRATÈGICA 7: FORMACIÓ I INVESTIGACIÓ.

Amb la línia de formació i investigació es pretén oferir formació continuada destinada a professionals de la sanitat a través de l'Escola Valenciana d'Estudis de la Salut i de les unitats de diabetis. De forma particular, a través d'aquesta via, s'ha d'afrontar la necessitat d'assegurar professionals educadors de diabetis en totes les unitats de diabetis. Un altre aspecte nou és la col·laboració amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per a la formació del personal docent de la Comunitat Valenciana en les necessitats de les xiquetes, dels xiquets i joves amb diabetis en els centres educatius. Respecte de les activitats d'investigació, es prioritza la investigació clínica, coordinada, multidisciplinari i interdepartamental per a poder fer avaluacions de les actuacions i afavorir la millora contínua cap a l'excel·lència en l'atenció a la diabetis a la Comunitat Valenciana.

Mapa estratègic d'assistencial integral a les persones amb diabetis a la Comunitat Valenciana (figura 1):

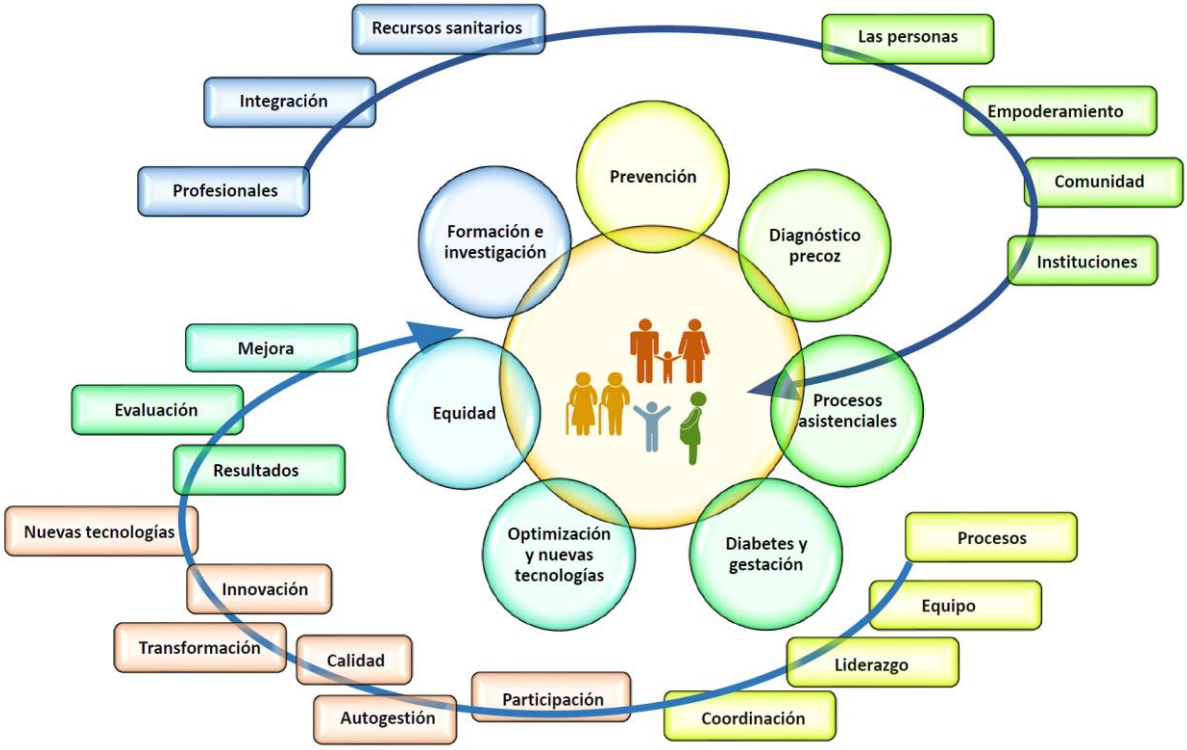


Figura 1: Mapa estratègic d'assistència integral a les persones amb diabetis a la Comunitat Valenciana.

4. INTRODUCCIÓ

La diabetis mellitus és una de les patologies cròniques més prevalents, que condiciona l'aparició de complicacions cròniques, mortalitat cardiovascular i redueix l'expectativa de vida de les persones que la pateixen. Encara que en la classificació de la diabetis mellitus distingim diversos tipus, les més freqüents són la diabetis tipus 1 i tipus 2. La incidència de la diabetis mellitus tipus 1 és d'11-15 casos per 100.000 habitants/any, però és d'especial interés perquè afecta les persones en la seua infància i joventut amb necessitats particulars. Respecte a la diabetis mellitus tipus 2, segons l'estudi di@bet.es, el 13.8% de la població espanyola presenta aquesta patologia, són xifres semblants a les obtingudes prèviament en l'estudi València referides a la nostra Comunitat. En aquest últim treball, a més, es va evidenciar que el 33% de la població té alguna alteració del metabolisme hidrocarbonat, és a dir, que les persones que les presenten estan en situació de prediabetis, per tant, en risc de desenvolupar diabetis. La tendència actual de la diabetis és creixent quant al nombre de casos, pel fet que l'aparició i l'evolució de la diabetis mellitus tipus 2 va lligada a l'excés de pes i a l'envelliment de la població, condicions que continuen augmentant.

Les estimacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) apunten que, en 2014, 422 milions de persones adultes patien diabetis, de tal forma que, enfront dels 108 milions de 1980, quasi s'ha quadruplicat la casuística de la diabetis i la seua prevalença quasi s'ha duplicat del 4.7% al 8.5%.

Segons les dades de l'última enquesta nacional de salut disponible, de 2014, el 52.7% de la població major de 18 anys i el 18.3 % menor de 18 anys presenta excés de pes. És evident que per minorar aquestes xifres és fonamental combatre l'obesitat i actuar sobre la diabetis tipus 2. No pot contemplar-se l'atenció i l'abordatge a la diabetis si no es considera l'obesitat com a part del mateix problema. En aquesta mateixa enquesta cal destacar que només 3 de cada 10 persones majors de 15 anys practiquen activitat física més de 2 dies a la setmana; el consum de fruites es redueix amb l'edat, de tal manera que entre persones joves entre 15 i 24 anys, només 4 de cada 10 prenen alguna fruita al dia i, a més, el consum de verdures és menor. És urgent actuar per a promoure hàbits de vida més saludables, especialment entre joves, atés que és previsible que la prevalença de la diabetis continue augmentant amb aquestes premisses, però a més es manifestarà a edats més primerenques. Una altra condició lligada a l'obesitat és el nivell socioeconòmic, és el que es coneix com el gradient social de l'obesitat, ja que és més freqüent en els grups socials més deprimits i per tant s'han de plantejar mesures dirigides als grups de persones en situació de vulnerabilitat.

L'Estratègia de Diabetis de la Comunitat Valenciana, és el document en què descriuen les línies estratègiques prioritàries i es proposen les mesures generals que s'han d'impulsar des de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, com a resposta per a millorar l'atenció a les persones amb diabetis mellitus, afavorir les accions per a evitar l'aparició de diabetis, promoure'n la detecció precoç i desenvolupar activitats que atenuen l'impacte d'aquesta patologia en la Comunitat. L'Estratègia de Diabetis és l'instrument per a assolir els objectius del IV Pla de Salut 2016-2020 de la Comunitat Valenciana, en el qual s'emfatitza la importància de previndre la diabetis per a incrementar l'esperança de vida en bona salut i el control d'aquesta per a reduir la

morbimortalitat cardiovascular.

L'aproximació a la diabetis no es pot veure exclusivament com un problema mèdic, i per aconseguir els millors resultats de salut és necessari disposar d'agents socials i professionals que poden exercir un paper rellevant en les diferents etapes de la diabetis i en els diferents escenaris epidemiològics on siga més prevalent o tinga un impacte més gros. És per això que es planteja, per a cada línia estratègica, la constitució d'equips de treball multidisciplinari amb participació de professionals, persones afectades per la diabetis i agents de la comunitat, capaços d'elaborar les propostes d'accions i recomanacions específiques per a la seua implementació, i també els indicadors concrets per a avaluar-ne l'impacte. Durant tots els processos s'ha de considerar la incorporació de nous membres als equips de treball si així es considera oportú per a aconseguir els millors resultats.

En un context on la sostenibilitat del sistema sanitari està amenaçada, és una necessitat racionalitzar els recursos, i per això es considera essencial la posada en valor d'aquelles accions o projectes que puguen tindre un impacte beneficiós, bé que ja s'estiguen desenvolupant, o bé que s'hagen proposat en algun dels diferents departaments de salut del territori valencià i que puguen contribuir a reduir la càrrega de la diabetis i permeten assolir els objectius, mitjançant la generalització a la resta d'equips de salut. Per a això és determinant coordinar els recursos disponibles, les accions locals, i també mesurar-ne l'impacte tot per poder dirigir els esforços allí on siga més necessari.

5. JUSTIFICACIÓ

El referent per a la planificació i desenvolupament de les accions per a combatre la diabetis i establir millores en l'atenció a les persones amb diabetis és el IV Pla de Salut 2016-2020, en el qual es destaquen com a prioritàries les accions necessàries per a controlar la diabetis, tal com s'aborda en les línies estratègiques 1 i 2.

D'una banda, la línia estratègica 1, *"Innovació, reorientació i reorganització del sistema sanitari per a assegurar la màxima qualitat i la millor valoració percebuda pels pacients*", en l'objectiu específic 1.1, "*Orientar-se als resultats en salut de la població*", obliga a reflexionar sobre el paper actual de l'atenció a les persones amb malalties cròniques i incita a proposar nous models assistencials i la reorientació dels esforços cap a la consecució de millors resultats de salut considerant el pacient com a centre de les intervencions. La diabetis mellitus és una greu malaltia crònica d'alta prevalença, que pot associar-se a complicacions cròniques i agudes, que afecta poblacions de diferents segments etaris, en la qual participen molts professionals, per la qual cosa la coordinació dels esforços és necessària per a millorar els resultats en salut dels pacients.

La línia estratègica 2, "Orientació cap a la cronicitat i cap als resultats en salut per a incrementar l'esperança de vida en bona salut", destaca com a prioritària la importància de l'atenció a la diabetis en el IV Pla de Salut, tant en la seua prevenció com en l'assistència. L'objectiu 2.1, "Actuar sobre els factors de risc comú a les principals malalties cròniques", invita a treballar en la prevenció i el control dels factors de risc que comparteixen les principals malalties cròniques. En aquest sentit el sobrepés i l'obesitat es troben en la patogènia de la diabetis, de les malalties cardiovasculars, de determinats tipus de càncer, de malalties pulmonars i de la malaltia osteoarticular, entre d'altres. També la presència de diabetis i la falta de control representen condicions que confereixen un risc més alt de desenvolupar complicacions cardiovasculars i neoplàsies malignes. Si s'aconsegueix evitar o retardar l'aparició de la diabetis i millorar el control metabòlic, i també els resultats de salut, s'espera un increment d'esperança de vida en salut. En la mateixa línia estratègica, l'objectiu 2.4, "Frenar la tendència creixent de la diabetis", específicament crida a millorar l'atenció integrada i que aquesta siga de qualitat i adaptada a les necessitats de cada pacient, mitjançant la coordinació d'accions dutes a terme per equips multidisciplinaris d'atenció primària, unitats de diabetis i professionals d'altres especialitats.

En l'àmbit nacional, l'Estratègia en Diabetis del Sistema Nacional de Salut (2012) emfasitza el paper de la prevenció a través de la promoció d'estils de vida saludables, de facilitar el diagnòstic precoç, l'assistència integrada, a més de la formació, la investigació i la innovació com a pedra angular per a combatre la diabetis.

Per a la consecució dels objectius del IV Pla de Salut es proposa el desenvolupament de l'Estratègia de Diabetis de la Comunitat Valenciana basada en aquestes línies estratègiques:

- Prevenció.
- Detecció precoç.

- Procés assistencial integrat de la diabetis mellitus.
- Diabetis i gestació.
- Optimització i noves tecnologies.
- Equitat en tots els nivells d'actuació.
- Formació i investigació.

6. PROCÉS D'ELABORACIÓ DE L'ESTRATÈGIA

L'Estratègia de Diabetis de la Comunitat Valenciana 2017-2021 és la continuació dels dos plans previs amb la intenció d'establir mesures específiques complementàries a les desenvolupades fins a l'actualitat. En aquesta ocasió i amb la finalitat d'aportar una visió global, transformadora i sostenible s'ha comptat des de l'inici i en totes les etapes amb professionals, persones amb diabetis i familiars. En tot moment, els equips de treball han mostrat il·lusió, capacitat de diàleg, gran esforç i ànim de consensuar accions que puguen tindre gran impacte per a fer més fàcil la vida a totes les persones amb diabetis, tant persones joves com d'adultes. S'ha considerat abordar no sols aspectes assistencials, sinó també els entorns en què discorre la vida de tots ells i les condicions o determinants socials que influeixen sobre la patogènia i evolució de la diabetis.

Les etapes per a l'elaboració de l'estratègia han fluït segons un procés continu, lògic i d'acord amb les necessitats generades de la fase anterior.

PRIMERA ETAPA: ANÀLISI PRELIMINAR.

Després del nomenament del nou coordinador del Pla de Diabetis es va convocar les principals societats científiques valencianes involucrades en l'atenció a la diabetis, representants de les persones amb diabetis de les principals organitzacions com la Federació de Diabètics de la Comunitat Valenciana i l'Associació Valenciana de Diabetis per a avaluar les necessitats actuals i futures per millorar l'atenció i previndre la diabetis, i també per assolir els objectius del IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana. Les societats científiques partícips a l'inici de l'estratègia han sigut: Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició (SVEDYN), Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SVMFiC), Societat Espanyola de Metges d'atenció primària - Comunitat Valenciana (SEMERGEN), Societat Espanyola de Medicina General (SEMG), Associació Valenciana d'Educadors de Diabetis (AVED), Associació d'Infermeria Comunitària-Comunitat Valenciana (AIC).

SEGONA ETAPA: DEFINICIÓ DE LES LÍNIES ESTRATÈGIQUES.

Una vegada considerada la informació generada i l'anàlisi DAFO, s'estableixen 7 línies estratègiques: prevenció, detecció precoç, processos assistencials, diabetis i embaràs, optimització i noves tecnologies, equitat i la dedicada a formació i investigació.

Les línies estratègiques es van presentar en reunió de la Comissió Coordinadora del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana i van ser aprovades per al seu desenvolupament.

Amb ajuda de representants de les societats científiques i de les associacions de persones amb diabetis s'han creat 7 equips de treball o comités tècnics d'experts, a més d'un subcomité amb la mediació de l'Institut Mèdic Valencià. Els equips tenen una composició multidisciplinària, en algunes ocasions intersectorial i amb representació de les persones amb diabetis i els seus familiars, és per això que es va designar per a la coordinació dues persones per cada equip amb la finalitat de dinamitzar l'activitat dels grups, repartir tasques, recopilar informació i mantindre la comunicació amb el coordinador del Pla de Diabetis.

TERCERA ETAPA: ELABORACIÓ DEL PRIMER DOCUMENT.

La recopilació de la informació aportada per cada equip va permetre que amb les propostes es definiren els objectius generals i específics, les accions per a complir els objectius i els indicadors per a la seua avaluació. D'altra banda, s'ha prioritzat l'ordre de les accions.

Posteriorment es va remetre aquesta informació als coordinadors dels equips perquè es reavaluara.

QUARTA ETAPA. REDACCIÓ FINAL DEL DOCUMENT DEFINITIU.

Les aportacions remeses de nou van ser avaluades i incloses en la redacció del document definitiu.

En el moment de la redacció d'aquest document han participat més de 130 persones, entre professionals, persones amb diabetis i familiars en els diferents equips de treball i comités. Aquesta estratègia sorgeix amb la vocació de sumar actius, per la qual cosa, si al llarg del seu desenvolupament s'identifiquen persones que poden aportar valor per a enriquir-la i facilitar la implementació de les accions, podran ser invitades a participar o formar part d'aquests equips.

7. L'ATENCIÓ A LA DIABETIS A LA COMUNITAT VALENCIANA

7.1. ANTECEDENTS I EVOLUCIÓ

El 2 de maig de 1995 es va publicar en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana* el Decret 74/1995, pel qual es crea el Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana. D'aquesta manera la Comunitat Valenciana va ser pionera en el territori nacional a destacar els seus esforços per a donar resposta a un dels problemes de salut més importants per la prevalença i les conseqüències. En el Decret s'insta a millorar el coneixement sobre la diabetis, dissenyar i planificar accions per a millorar-ne el control, i també la implantació de les mesures per a la consecució dels objectius proposats. En conseqüència, en 1996 es va publicar el primer Pla de Diabetis de la Comunitat Valenciana dirigit pel Dr. Juan Ascaso Gimilio i en 2006 es va publicar el segon Pla dirigit pel Dr. Miguel Catalá Bauset, posteriorment els doctors Juan Girbés Borrás i José Manuel Ruiz Palomar van continuar aquesta labor com a directors del Pla.

Al llarg d'aquests anys s'ha consolidat el paper de les unitats de diabetis i les unitats de referència de diabetis com a eix per a l'atenció de la diabetis mellitus tipus 1 i suport per a aquelles situacions relacionades amb la diabetis mellitus tipus 2 per a les que atenció primària requeria la cooperació. Aquesta estructura ha permés millorar l'assistència garantint la presència d'equips amb infermeria dedicada a educació terapèutica en diabetis i amb especialistes en endocrinologia i nutrició, i també pediatres en les unitats de diabetis departamentals. També és pública, per la qual cosa les persones amb diabetis poden conéixer els recursos de què disposen. Aquest model assistencial segueix vigent, però es plantegen noves modalitats assistencials derivades de l'evolució en el coneixement de la diabetis, la progressió dels índexs de sobrepés, obesitat i diabetis, els avanços terapèutics, la implantació de la història clínica electrònica, l'ús de les noves tecnologies per professionals i pacients, i també la major participació de les persones amb diabetis en la presa de decisions. Amb aquestes premisses, és una oportunitat i també una necessitat el fet de treballar per la integració dels equips d'atenció primària amb les unitats de diabetis i promoure alternatives al model assistencial tradicional.

7.2. ANÀLISI ACTUAL DE LA DIABETIS MELLITUS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

7.2.1. DADES POBLACIONALS I EPIDEMIOLÒGIQUES

La piràmide poblacional de la Comunitat Valenciana mostra un perfil regressiu amb un envelliment progressiu de la població i un descens de la natalitat (figura 2). Tant és així, que la població de més de 65 anys és el 18.5% del total d'habitants. L'esperança de vida en nàixer el 2015 era de 82.28 anys, 79,6 anys per als homes i 84,95% per a les dones i continua amb una tendència de creixement.

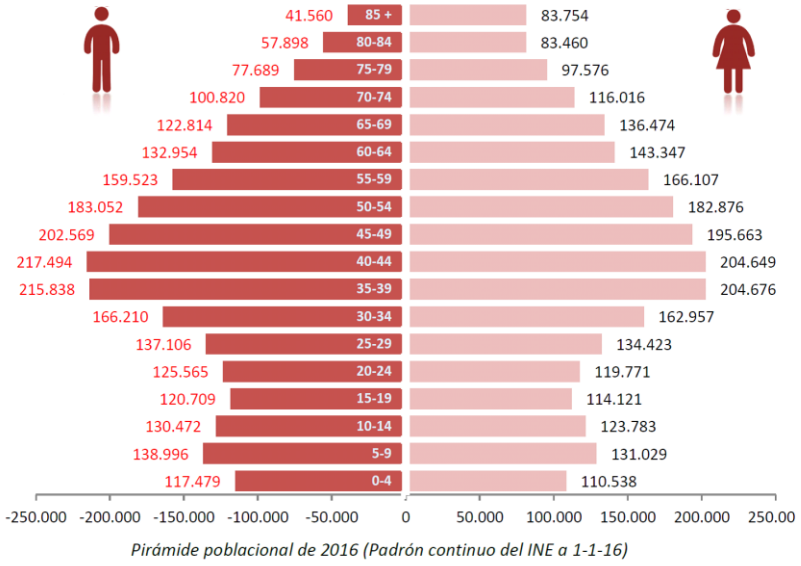


Figura 2. Piràmide poblacional de la Comunitat Valenciana de 2016 (padró continu de l'INE a 1-1-16). (IV Pla de Salut 2016-2020 de la Comunitat Valenciana)

Encara que progressivament s'ha anat reduint la mortalitat prematura atribuïda a la diabetis en els últims anys, el 2013 encara era de 5,80 en els homes i de 3,08 en les dones, casos per 100.000 habitants. El 70% de les defuncions es deu a causes cardiovasculars, cerebrovasculars, càncer, malalties pulmonars i diabetis: són les principals causes de mortalitat a la Comunitat. La diabetis és la sisena causa de mortalitat, però també contribueix a les causes vasculars i certs tipus de neoplàsies malignes.

La prevalença de la diabetis mellitus tipus-2 diagnosticada en la Comunitat és del 7.8%, on el 54,40% són homes i el 45,50% són dones (dades mesurades al setembre de 2017, font Alumbra, taula 1), comparada amb la prevalença declarada el 2009, del 6,74%, suposa un increment significatiu.

DEPARTAMENT	Població DM-2 2017/09	Població total 2017/09	població DM-2 2017/09
DEPARTAMENT DE SALUT DE VINARÒS	7.427	92.834	8,0003%
DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLÓ	19.903	280.058	7,1067%
DEPARTAMENT DE SALUT DE LA PLANA	15.681	185.627	8,4476%
DEPARTAMENT DE SALUT DE SAGUNT	13.874	150.457	9,2212%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA CLÍNIC-LA MALVA-ROSA	27.815	340.955	8,1580%
DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA ARNAU DE VILANOVA LLÍRIA	22.363	311.120	7,1879%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA - LA FE	23.530	279.974	8,4044%
DEPARTAMENT DE SALUT DE REQUENA	4.886	52.092	9,3796%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA -HOSPITAL GENERAL	30.166	354.912	8,4996%
DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA - DOCTOR PESET	23.270	274.987	8,4622%
DEPARTAMENT DE SALUT DE MANISES	17.578	202.497	8,6806%
DEPARTAMENT DE SALUT DE LA RIBERA	21.632	257.677	8,3950%
DEPARTAMENT DE SALUT DE GANDIA	14.335	178.766	8,0189%
DEPARTAMENT DE SALUT DE DÉNIA	12.883	168.330	7,6534%
DEPARTAMENT DE SALUT DE XÀTIVA - ONTINYENT	16.378	194.589	8,4167%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ALCOI	10.654	136.425	7,8094%
DEPARTAMENT DE SALUT DE LA MARINA BAIXA	13.528	182.077	7,4298%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ALACANT-SANT JOAN D'ALACANT	14.645	218.779	6,6940%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ELDA	13.939	188.824	7,3820%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ALACANT - HOSPITAL GENERAL	19.789	269.089	7,3541%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ELX - HOSPITAL GENERAL	12.590	165.356	7,6139%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ORIHUELA	12.441	165.316	7,5256%
DEPARTAMENT DE SALUT DE TORREVIEJA	15.385	186.133	8,2656%
DEPARTAMENT DE SALUT D'ELX-CREVILLENT	12.037	153.335	7,8501%
Total	396.729	4.990.209	7,7959%

Taula 1. Prevalença de la DM-2 a la Comunitat Valenciana (font, Alumbra).

A continuació, es mostren les característiques epidemiològiques de la diabetis mellitus tipus 1 i tipus 2, a partir d'Alumbra, per la qual cosa són dades dels pacients que han sigut atesos en atenció primària.

A més de l'edat, l'altre factor important en l'aparició i la progressió de la diabetis mellitus tipus 2 és l'excés de pes. A la Comunitat Valenciana, de les persones amb diabetis tipus 2, el 12% té un pes normal, el 36% presenta sobrepés i el 52% obesitat, encara que per gènere, la proporció de dones amb obesitat és superior i destacada a partir dels 40 anys. (Figures 3, 4 i 5.)

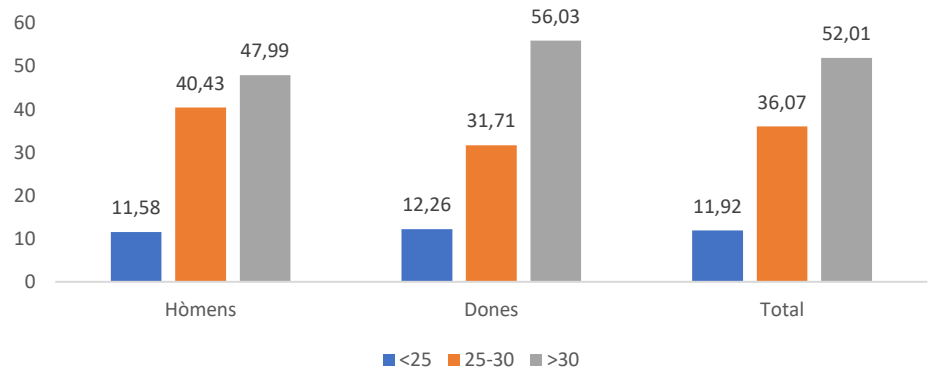


Figura 3. Distribució de la població amb DM-2 (%) segons l'IMC i sexe a la Comunitat Valenciana, en 2016 (font, Alumbra).

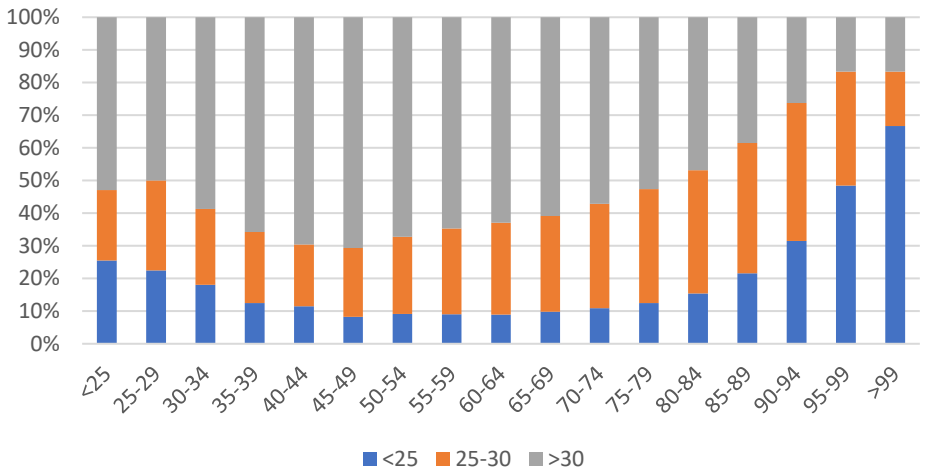


Figura 4. Distribució de la població de dones amb DM-2 (%) segons l'IMC i edat a la Comunitat Valenciana, en 2016 (font, Alumbra).

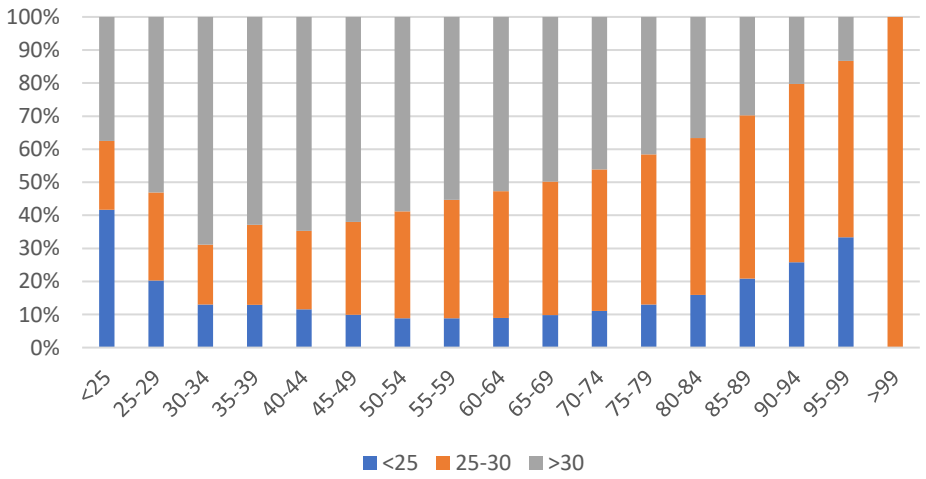


Figura 5. Distribució de la població d'homes amb DM-2 (%) segons l'IMC i edat a la Comunitat Valenciana, en 2016 (font, Alumbra).

El tabaquisme com a factor de risc cardiovascular prevenible està present en el 10% de la població, en què el 74,43% són barons i el 25,57% són dones (figura 6).

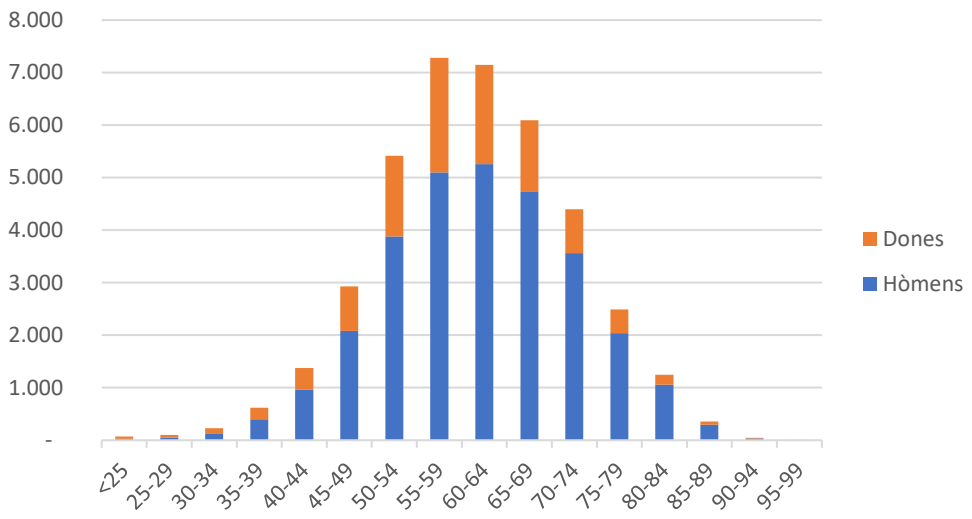
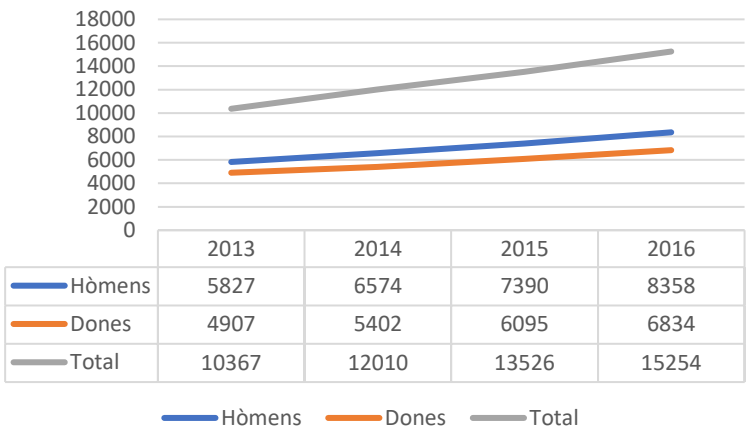


Figura 6. Població amb DM-2 i abús de tabac a la Comunitat Valenciana (font, Alumbra).

Respecte de l'epidemiologia de la diabetis mellitus tipus 1, cal destacar que la prevalença és del 0.3%, en què el 54.79% és d'homes i el 45,21% és de dones. (Taula 2, figures 7, 8 i 9.)

Rang d'edat	Total	Xiquets i xics	Xiquetes i xiques
0-14 anys	1131	584	547
15-17 anys	103	62	41
Total	1234	646	588

Taula 2. Nombre de xiquets, xiquetes i joves amb DM-1 a la Comunitat Valenciana, en 2016 (font, Alumbra).



	2013	2014	2015	2016
Hòmens	5827	6574	7390	8358
Dones	4907	5402	6095	6834
Total	10367	12010	13526	15254

Figura 7. Nombre de persones amb DM-1 a la Comunitat Valenciana (font, Alumbra).

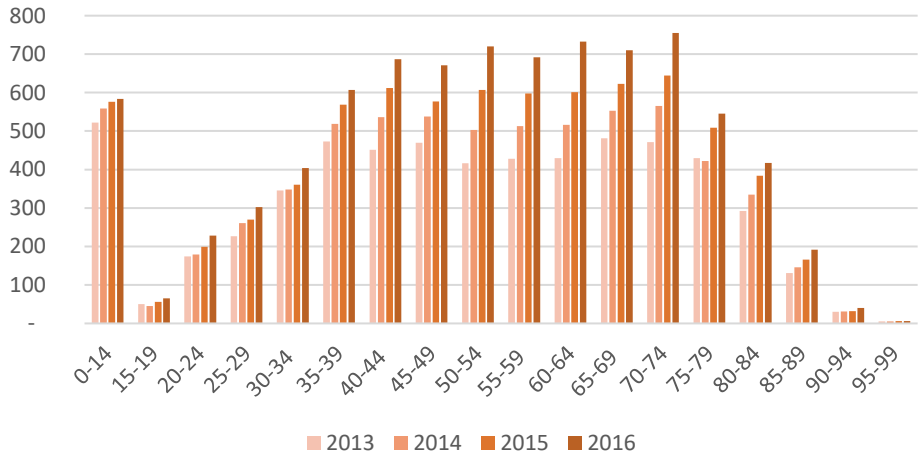


Figura 8. Distribució de la població d'homes amb DM-1, segons rang d'edat (font, Alumbra).

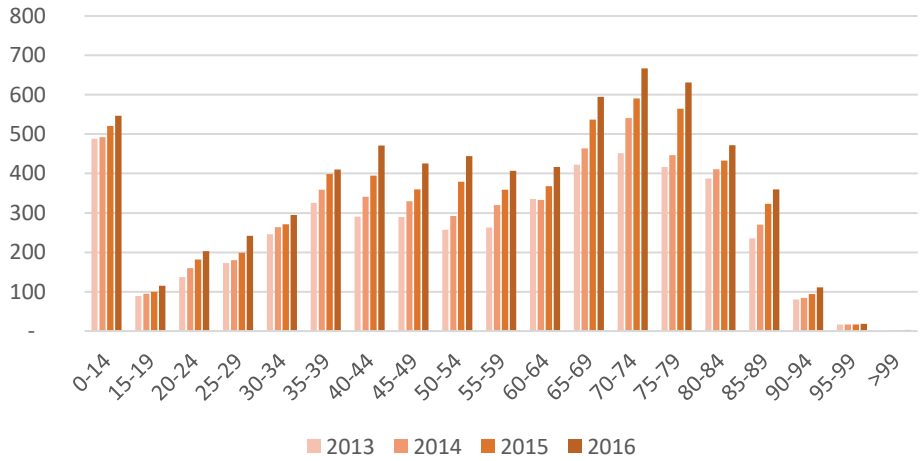


Figura 9. Distribució de la població de dones amb DM-1, segons rang d'edat (font, Alumbra).

7.2.2. ATENCIÓ A LA DIABETIS

L'assistència sanitària a la Comunitat Valenciana està organitzada en 24 departaments de salut. En els departaments l'assistència s'organitza en atenció primària i atenció hospitalària. L'atenció primària està organitzada en zones bàsiques de salut, les quals tenen com a eix assistencial el centre de salut que a més pot incloure consultoris, que estan coordinats pel centre de salut.

L'assistència primària a la Comunitat Valenciana disposa de 244 centres de salut, 561 consultoris i 41 centres sanitaris integrats.

La xarxa hospitalària està composta per 28 hospitals considerats d'aguts, dels quals 27 són hospitals de referència i departamentals més un hospital complementari (taula 3).

Hospitals de departament de la xarxa pública valenciana			
Província	**Denominació**	**Tipus de gestió**	**Cartera de serveis de diabetis**
Castelló	Hospital Vinaròs	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital General de Castelló	Pública	Unitat de diabetis
	Consorci Hospital Provincial Castelló	Consorci	
	Hospital La Plana de Vila-real	Pública	Unitat de diabetis
València	Hospital Sagunt	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital Malva-rosa	Pública	
	Hospital Clínic Universitari	Pública	Unitat de referència de diabetis
	Hospital Arnau de Vilanova	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital Llíria	Pública	
	Hospital General Universitari la Fe	Pública	Unitat de referència de diabetis
	Hospital l'Horta Manises	Concessió	Unitat de diabetis
	Hospital General de Requena	Pública	Unitat de diabetis
	Consorci H. General Universitari	Consorci	Unitat de diabetis
	Hospital Dr. Peset Aleixandre	Pública	Unitat de referència de diabetis
	Hospital Alzira (la Ribera)	Concessió	Unitat de diabetis
	Hospital Francesc de Borja de Gandia	Pública	Unitat de diabetis
	H Lluís Alcanyís de Xàtiva	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital Complementari d'Ontinyent	Pública	
Alacant	Hospital Marina Alta (Dénia)	Concessió	Unitat de diabetis
	Hospital Verjurat dels Lliris d'Alcoi	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital Sant Joan d'Alacant	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital General d'Elda	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital General d'Alacant	Pública	Unitat de referència de diabetis
	Hospital General d'Elx	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital del Vinalopó d'Elx	Concessió	Unitat de diabetis
	Hospital Vega Baixa (Orihuela)	Pública	Unitat de diabetis
	Hospital Torrevieja	Concessió	Unitat de diabetis

Taula 3. Hospitals de departament amb unitats de diabetis i unitats de referència de diabetis. (Memòria de gestió de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Any 2016).

El personal facultatiu que treballa en atenció primària està format per 2.777 professionals. D'altra banda, per a endocrinologia i nutrició en són 72, de professionals amb plaça estructurada. No obstant això, no totes les unitats de diabetis disposen de personal estructurat en la seua plantilla.

7.2.2.1. Atenció primària

L'equip d'atenció primària està organitzat en la unitat bàsica assistencial (UBA), formada per professionals de la medicina i la infermeria. La UBA està integrada en el centre d'atenció primària, sota la responsabilitat del coordinador de la zona bàsica de salut. Per a cada zona bàsica de salut hi ha d'haver una persona referent de l'equip mèdic i una altra d'infermeria per a formar part de la unitat funcional integrada de diabetis.

Funcions

- Implementació dels programes de prevenció, diagnòstic, tractament i seguiment adequats al departament de les persones amb diabetis del departament.
- Educació diabeticològica de pacients i familiars, en sessions individuals i/o grupals per a la promoció d'autocures i adquisició d'habilitats per a l'autogestió de la diabetis.
- Prevenció, detecció precoç i tractament de les complicacions relacionades amb la diabetis.
- Control dels factors de risc associats a l'aparició o la progressió de les complicacions cròniques.
- Desenvolupar activitats comunitàries amb participació social dirigides a l'empoderament de les persones per a previndre l'excés de pes i la diabetis i enfortir les seues habilitats i coneixements per a un millor control de la diabetis.
- Col·laborar amb la unitat de diabetis del departament i participació en les activitats de la unitat funcional integrada de diabetis.
- Cooperar en el desenvolupament de les accions proposades en el Pla de Diabetis.
- Fomentar les activitats d'investigació diabeticològica.
- Avaluació de l'activitat assistencial.
- Participació en accions de formació, docència i investigació.

Mitjans

- Espai físic necessari per al funcionament normal de la unitat.
- Zones per a consultes, educació diabeticològica i ajut ofimàtic i informàtic.

7.2.2.2. UNITATS DE DIABETIS

Les unitats de diabetis tenen àmbit departamental i s'integren en el servei, la secció o les unitats d'endocrinologia i nutrició de l'hospital de departament. Qui assumisca les tasques de coordinació ha de ser especialista d'endocrinologia i nutrició de l'hospital de departament. Als xiquets i a les xiquetes menors de 15 anys se'ls ha d'atendre en les unitats de diabetis pediàtriques.

Funcions

- Tractament, control i seguiment dels pacients ingressats (programats o urgents), procedents del mateix departament o d'altres.
- Seguiment en consultes externes de les persones amb diabetis del departament i d'aquells que siguen remesos des d'atenció primària.
- Educació diabeticològica de pacients i familiars, en sessions individuals i/o grupals per a la promoció d'autocures i adquisició d'habilitats per a l'autogestió de la diabetis.
- Implementació dels programes d'educació diabeticològica adequats al departament, amb altres especialistes, amb els responsables d'atenció primària i amb persones amb diabetis.
- Prevenció, detecció precoç i tractament de les complicacions relacionades amb la diabetis.
- Control dels factors de risc associats a l'aparició o progressió de les complicacions cròniques.
- Coordinar les accions en el departament i afavorir el treball multidisciplinari entre les distintes especialitats que participen en l'atenció de les persones amb diabetis.
- Col·laborar en el desenvolupament de les accions proposades en el Pla de Diabetis.
- Coordinar les unitats funcionals integrades de diabetis
- Fomentar les activitats d'investigació diabeticològica.
- Avaluació de l'activitat assistencial.
- Participació en accions de formació, docència i investigació.

Mitjans

Cal disposar de:

- Espai i material adequat i suficient per a realitzar les funcions descrites.
- Zones per a hospitalització, consultes externes, educació diabeticològica i suport ofimàtic i informàtic.

Necessitats mínimes del departament

A l'assistència a la ciutadania amb diabetis de la Comunitat Valenciana li cal l'existència d'unitats de diabetis en tots els hospitals generals amb cobertura departamental, els quals han de disposar, pel cap baix, de:

- 1 endocrinòleg/a amb dedicació completa a l'assistència a les persones amb diabetis.
- 1 pediatre amb dedicació parcial o completa en funció del nombre de menors de 15 anys amb diabetis controlats en la unitat.
- 1 infermera/o format en diabetis i educació diabeticològica.
- Uns altres especialistes a temps parcial que col·laboren amb la unitat.

Des de la Direcció General d'Assistència Sanitària s'ha d'acreditar com a unitats de diabetis aquelles que complisquen les condicions i exercisquen les funcions anteriorment descrites, en el cas que es requerisca. Si en un departament determinat no concorren les circumstàncies que permeten el funcionament d'una unitat de diabetis, les persones amb diabetis han de ser controlades en la unitat de referència corresponent a l'hospital de referència.

Amb la finalitat de garantir i millorar la cobertura assistencial es pretén de forma progressiva dotar les unitats amb 2 especialistes, com a mínim, en endocrinologia i nutrició, i també augmentar la dotació i dedicació del personal d'infermeria per a l'educació diabeticològica.

7.2.2.3. UNITATS DE REFERÈNCIA DE DIABETIS

S'han d'integrar en els hospitals de referència (tercer nivell) i depenen funcionalment del Servei o Secció d'Endocrinologia i Nutrició. Ofereixen l'assistència en xarxa a les unitats de diabetis dependents d'aquesta i la col·laboració en xarxa amb la resta d'unitats de referència de diabetis.

Funcions

- Les assignades a les unitats de diabetis del departament sanitari.

- Assistència continuada durant 12 hores en modalitat d'hospital de dia amb cobertura a la població del departament propi i a la pertanyent a la xarxa d'unitats de diabetis dependents d'aquesta.
- Disposar de consultes interdisciplinàries de diabetis i embaràs.
- Organització i realització de programes de màxima complexitat assistencial en col·laboració amb altres especialistes.
- Tractament i diagnòstic de les situacions que no puguen ser abordades en les unitats de diabetis per no tindre l'acreditació o els mitjans necessaris.
- Tractament a les persones amb diabetis i complicacions incapacitats, mitjançant tècniques no disponibles en les unitats de diabetis dels departaments corresponents.
- Tractament de la insuficiència renal avançada.
- Tractament de la isquèmia arterial perifèrica i del peu diabètic.
- Programes de rehabilitació en cas de complicacions incapacitadores.
- Coordinació amb les unitats de diabetis i amb la unitat de diabetis pediàtrica.
- Desenvolupament de programes d'investigació.
- Avaluació de la qualitat assistencial.
- Participació en accions de formació, docència i investigació.
- Formació de personal expert en diabetis i educació diabeticològica.
- Afavorir el treball multidisciplinari, amb reunions periòdiques entre professionals de distintes especialitats que participen en l'atenció de les persones amb diabetis.

Mitjans

- Espai físic necessari per al funcionament normal de la unitat.
- Zones per a hospitalització, consultes externes, educació diabeticològica i suport ofimàtic i informàtic.

Necessitats mínimes de la Unitat de Referència

- Tres especialistes de plantilla del servei/secció d'endocrinologia i nutrició.
- Personal d'infermeria amb formació en diabetis (mínim de tres).

- Unes altres especialitats mèdiques per a consulta a temps parcial d'altres disciplines: dietètica, cirurgia vascular, oftalmologia, cirurgia ortopeda, podologia, nefrologia, obstetrícia, psicologia, etc.

- Personal sanitari en període de formació o reciclatge: medicina de família, residents (endocrinologia, medicina interna, medicina familiar i comunitària) i d'infermeria.

Les unitats de referència han de disposar d'una unitat pediàtrica per a l'assistència de menors de 15 anys amb diabetis. La unitat pediàtrica depén orgànicament del servei de pediatria i funcionalment de la unitat de referència de diabetis. El personal mínim recomanat és:

- Dos pediatres amb experiència en diabetis.

- Personal d'infermeria amb experiència en diabetis (mínim desitjable de dos).

- Pediatres per a consulta a temps parcial: (dietètica, cirurgia vascular, oftalmologia, cirurgia ortopeda, podologia, nefrologia, obstetrícia, psicologia, etc.

- Resta de personal necessari, compartit amb la unitat de referència.

Les unitats de referència pediàtriques per a l'assistència diabeticològica han de ser acreditades per la Direcció General d'Assistència Sanitària, amb la sol·licitud prèvia dels centres a través de la direcció hospitalària. Les sol·licituds d'acreditació han de ser remeses a la Direcció General d'Assistència Sanitària, i en aquestes s'haurà de detallar l'estructura organitzativa, els recursos disponibles i les activitats que realitzen en el pacient diabètic.

Coordinació entre nivells assistencials

a) La diabetis mellitus tipus 1 ha de ser controlada (figura 10):

- Per especialistes en endocrinologia i nutrició, per raons de complexitat. Es recomanen controls, almenys trimestralment en la unitat de diabetis on s'ha d'establir el tractament adequat i el control metabòlic, i també la prevenció i el tractament de les complicacions cròniques en col·laboració amb altres especialistes.

- En atenció primària, a demanda, amb especial atenció a les situacions que puguen propiciar descompensacions agudes, i també el diagnòstic precoç i el tractament inicial, per a posteriorment, si fóra necessari, la remissió a la unitat de diabetis o al servei d'urgències de l'hospital.

b) La diabetis mellitus tipus 2 serà atesa (figura 10):

- En atenció primària. Preferentment les persones amb diabetis mellitus tipus 2 seran ateses en atenció primària, basant-se en la seua elevada prevalença.

- En unitats de diabetis.
    - Quan així es requerisca.
    - En les situacions amb deficient control crònic reiterat.
    - Falta de control dels factors de risc cardiovascular.
    - Presència de complicacions cròniques greus o amb evolució ràpida.
    - Davant de descompensacions agudes.
    - En aquells casos en què calguen mètodes diagnòstics complexos.
    - També s'ha de considerar la situació de necessitar teràpia amb insulina o progressió a pautes d'administració més complexes.
    - Seguiment de pacients amb teràpia intensiva amb insulina.
    - Diabetis inestable per ús de corticoides, quimioteràpia o alta hospitalària.

L'assistència en atenció primària s'ha de fer d'acord amb actuacions protocol·litzades segons la ruta assistencial consensuada amb la unitat de diabetis i basada en els processos assistencials integrats de diabetis. Les intervencions es dirigeixen a:

- Prevenció i programes de detecció.
- Diagnòstic i classificació del pacient.
- Inici del tractament dietètic i farmacològic.
- Educació terapèutica en diabetis.
- Seguiment de pacients amb revisió cada 6 mesos si estan ben controlats, o inclús més freqüent si fa falta.
- Remissió a la unitat de diabetis quan siga necessari.

c) La diabetis gestacional i les dones amb diabetis pregestacional han de ser controlades en la unitat de diabetis en col·laboració amb el Servei d'Obstetrícia.

d) Les situacions de diabetis secundàries que requerisquen tractament insulínic s'han de remetre a les unitats de diabetis.

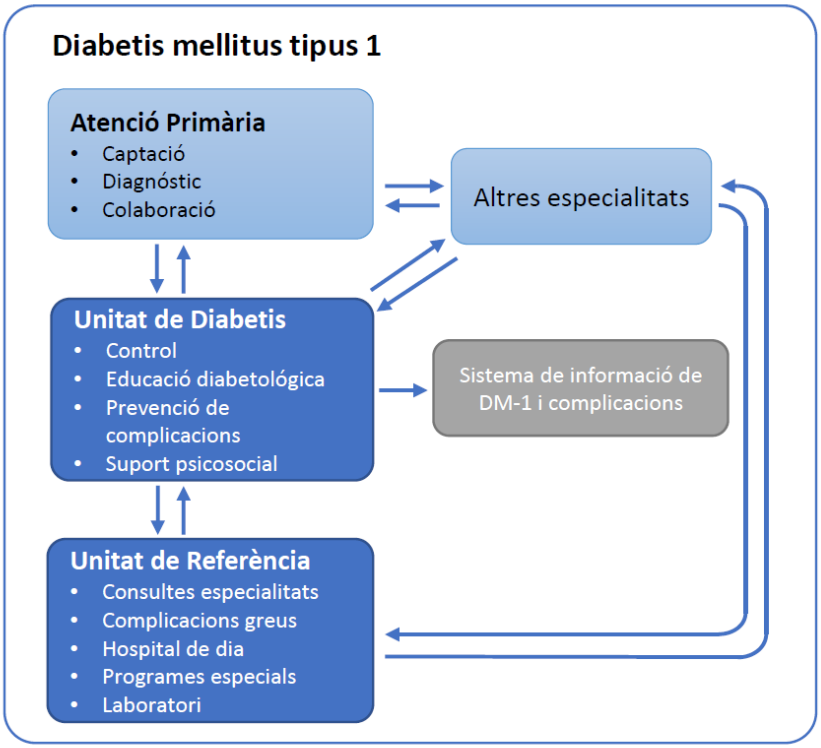


Figura 10a. Coordinació entre nivells **assistencials**

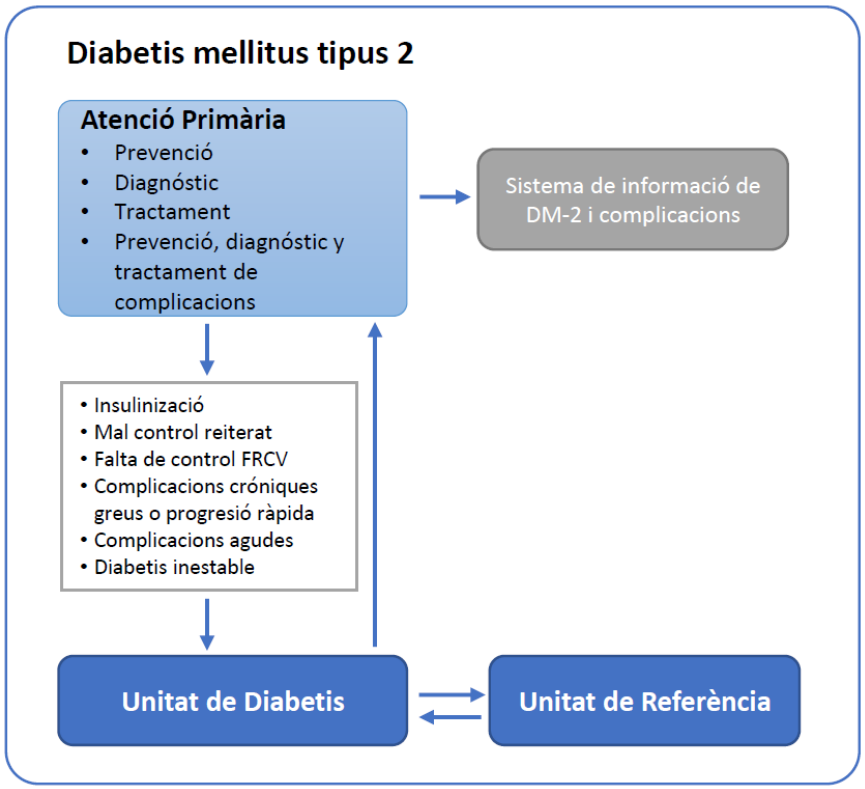


Figura 10b. Coordinació entre nivells **assistencials**

7.2.2.4. UNITATS FUNCIONALS INTEGRADES DE DIABETIS

La línia 1 del IV Pla de salut 2016-2020 de la Comunitat Valenciana, *"Innovació, reorientació i reorganització del sistema sanitari per a assegurar la màxima qualitat i la millor valoració percebuda pels pacients*", en l'objectiu específic 1.1, "*Orientar-se als resultats en salut de la població*", es destaca la necessitat de reorientar les funcions dels diferents nivells i àmbits assistencials, per a adequar els serveis sanitaris a les necessitats de salut de la població. Per a això proposa l'acció 1.1, "Reorganització *assistencial dels departaments per a l'atenció integrada de pacients crònics amb disseny de circuits departamentals i supradepartamentals en processos prioritzats i tenint com a eix central el pacient*".

La diabetis mellitus és una de les malalties cròniques més prevalents i complexes que requereix de l'assistència i el concurs de diversos professionals de la sanitat, del pacient i dels seus familiars al llarg de la vida de les persones amb diabetis. Basant-se en aquestes condicions l'atenció a la diabetis es beneficiaria de la integració dels esforços per a garantir l'abordatge integral i la continuïtat de cures. Per això és necessari treballar en la integració dels recursos departamentals per a reorientar l'atenció i que verdaderament siga centrada en les persones amb diabetis i els seus familiars.

Es proposa, perquè, potenciar les unitats funcionals integrades de diabetis, que ha d'estar formades per personal sanitari d'atenció primària, de les unitats de diabetis i per altres professionals del departament. La integració entre atenció primària i les unitats de diabetis permet la millorar la comunicació entre nivells assistencials i col·lectius professionals. D'aquesta manera es comparteixen objectius i es reparteixen les tasques amb la mateixa finalitat, s'afavoreix l'anàlisi conjunta de resultats i es promou l'autogestió amb activitats compartides encaminades a millorar els resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis.

Estructura i funcions

Nucli mèdic. Les unitats funcionals integrades de diabetis han de realitzar les accions necessàries per a assolir els objectius del Pla de Diabetis i establir les millores amb la finalitat d'oferir continuïtat assistencial de qualitat:

- Especialista en endocrinologia i nutrició, que es correspon amb el coordinador o coordinadora de la unitat de diabetis, també exerceix les tasques de coordinació de la unitat funcional integrada de diabetis del departament.

- Especialista en medicina familiar i comunitària per cada centre de salut del departament, que a més seran referents i responsables en el centre de salut per als assumptes relacionats amb la diabetis.

Nucli d'infermeria, per a l'organització de les activitats relacionades amb l'assistència per part d'aquests professionals i per a establir l'organització de l'educació

terapèutica en diabetis a través de programes estructurats i unificats, i també el disseny de programes d'atenció específics:

- Responsable d'infermeria d'educació diabeticològica de la unitat de diabetis.
- Un infermer o una infermera de cada centre de salut.

Consultoria amb professionals que han de col·laborar en el desenvolupament i l'avaluació de programes específics d'atenció a la diabetis i desenvolupament de projectes d'investigació:

- Especialistes en endocrinologia i nutrició responsables de consultes monogràfiques de diabetis, pediatre amb dedicació a la diabetis.
- Especialitats mèdiques implicades en l'atenció a les persones amb diabetis.
- Farmacèutica o farmacèutic d'atenció primària.
- Qualsevol professional que es considere amb un paper rellevant per a aconseguir l'abordatge integral de la diabetis en el departament.

Des de la coordinació de la unitat funcional integrada s'han de convocar reunions periòdiques del nucli central, recomanable almenys 2 a l'any, de les quals caldrà redactar acta, i que han de supervisar les activitats del nucli d'infermeria.

La persona coordinadora del nucli d'infermeria també ha de convocar reunions periòdiques d'aquest nucli, recomanable almenys 2 a l'any, de les quals també caldrà redactar acta

Els professionals referents d'atenció primària (personal mèdic i d'infermeria) han de transmetre i difondre en els seus centres de salut els plans de treball i el contingut de les reunions, i també han de promocionar el desenvolupament de les accions acordades en les seues respectives zones bàsiques de salut.

S'ha de fer una reunió anual conjunta de totes les persones que pertanyen a la unitat funcional integrada de diabetis per a revisió de l'activitat i programació d'objectius i planificació d'accions per al següent període. (Figura 11.)

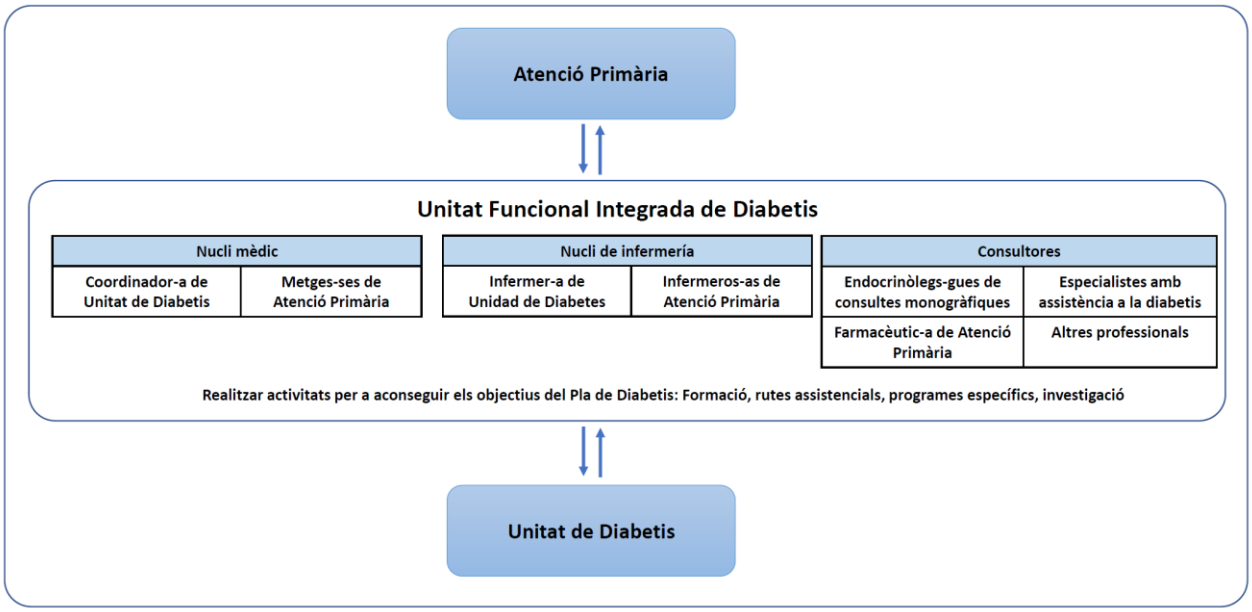


Figura 11. Unitat funcional integrada de diabetis.

7.2.3. ACTIVITAT ASSISTENCIAL

A continuació, es destaquen les dades principals de morbiditat declarada associada a la diabetis mellitus tipus 2 en la nostra Comunitat, segons el diagnòstic codificat en la història clínica electrònica (Abulcassis), referides a 2016, a partir d'Alumbra (taula 4):

Comorbiditat	DM-2 amb diagnòstic referit en Abulcassis	d'homes	de dones
Nefropatia	2,5 %	54,65	45,35
Retinopatia	5,67%	51,70	48,30
Neuropatia	2%	55,74	44,26
Arteriopatia perifèrica	2,6%	58	42
Cardiopatia isquèmica	5,37%	67,81	32,19
Accident cerebrovascular	5,44	55	45
Hipoglucèmia	42,57%	54,58	45,42

Taula 4. Morbiditat associada a DM-2 codificada en la història clínica electrònica.

En general, excepte per a la hipoglucèmia, el percentatge de complicacions comunicat és baix, per la qual cosa pot suggerir-se un que en la història clínica no s'indiquen tots els diagnòstics de la comorbiditat associada. Aquesta consideració es reforça amb les observacions que s'indiquen a continuació, en què en els últims anys augmenta la casuística comunicada (figures 12 a 34).

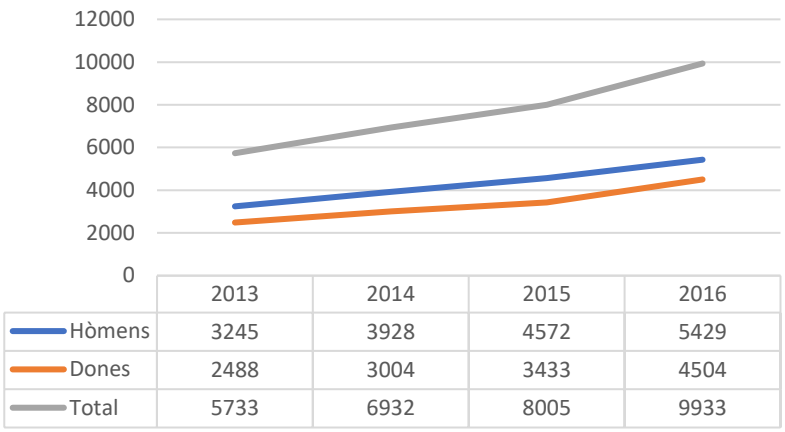


Figura 12. Població amb DM-2 i nefropatia diabètica referida en SIA (font, Alumbra).

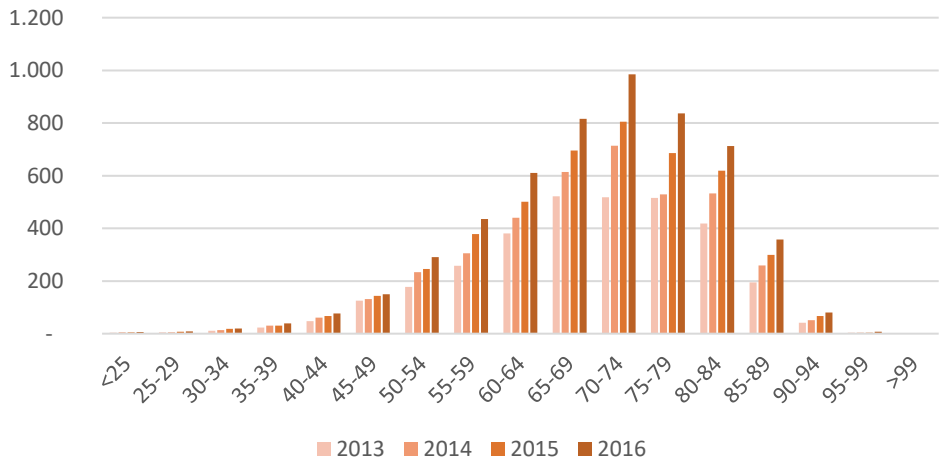


Figura 13. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i nefropatia diabètica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

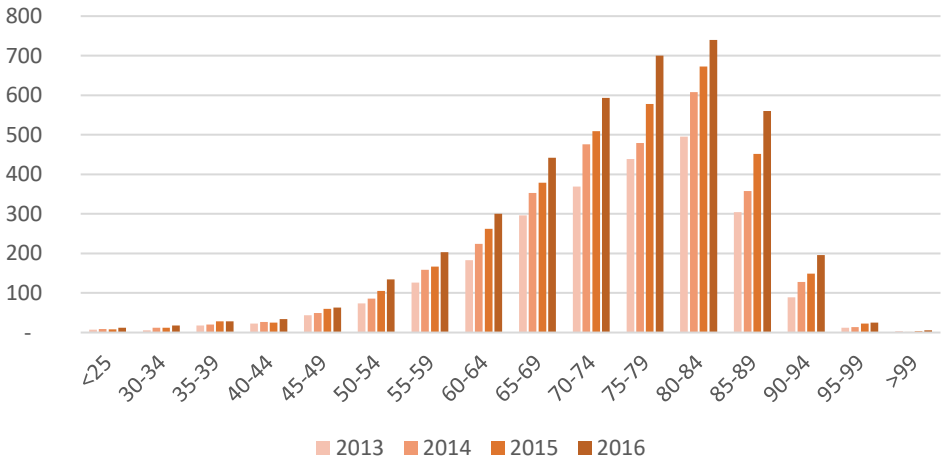


Figura 14. Distribució de la població de dones amb DM-2 i nefropatia diabètica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

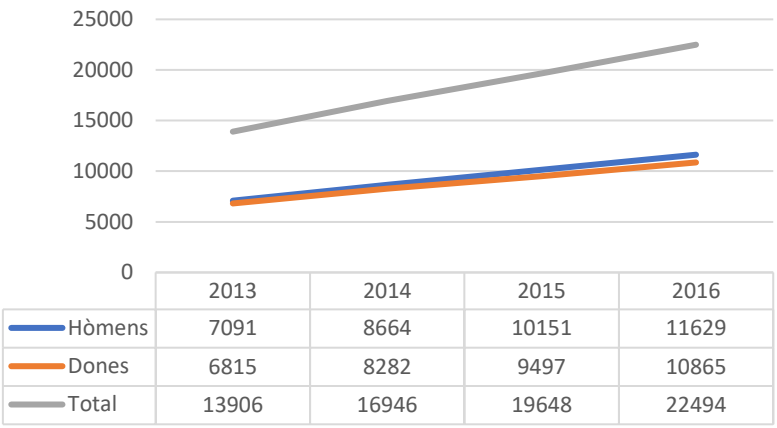


Figura 15. Població amb DM-2 i retinopatia diabètica referida en SIA (font, Alumbra).

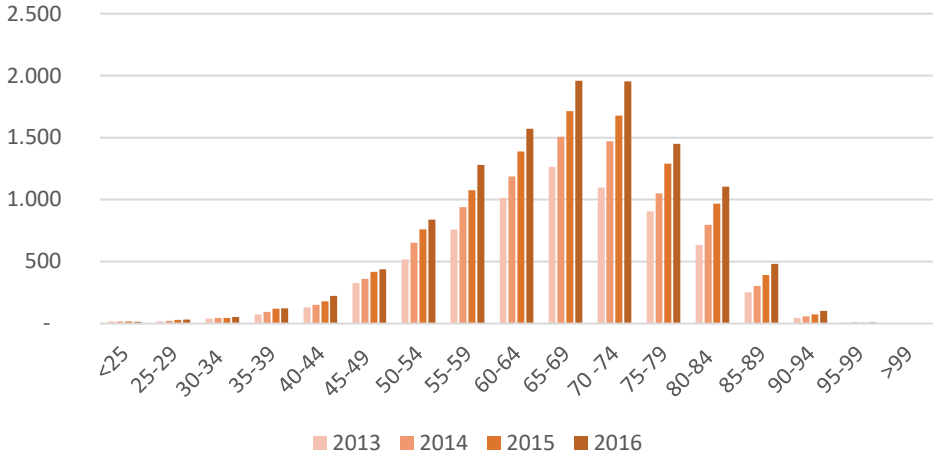


Figura 16. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i retinopatia diabètica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

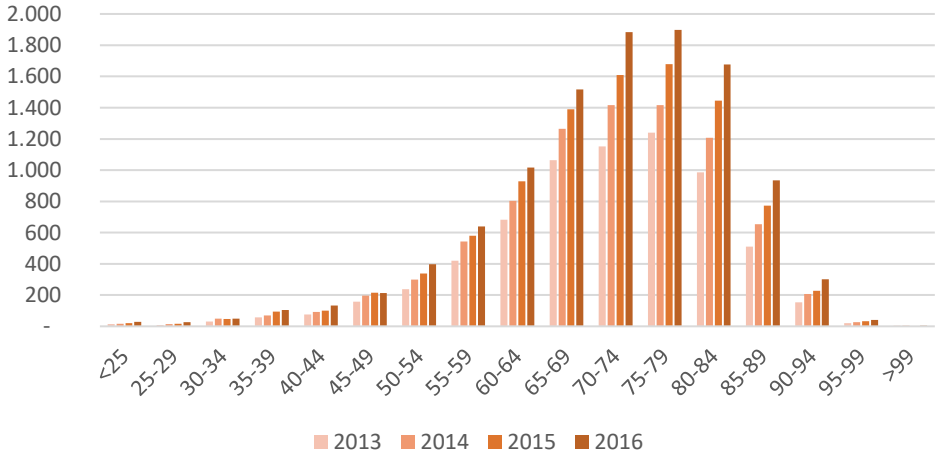


Figura 17. Distribució de la població de dones amb DM-2 i retinopatia diabètica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

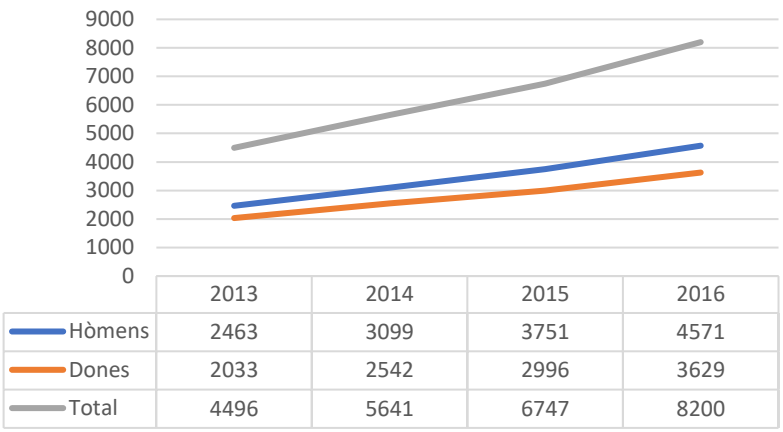


Figura 18. Població amb DM-2 i neuropatia diabètica referida en SIA (font, Alumbra).

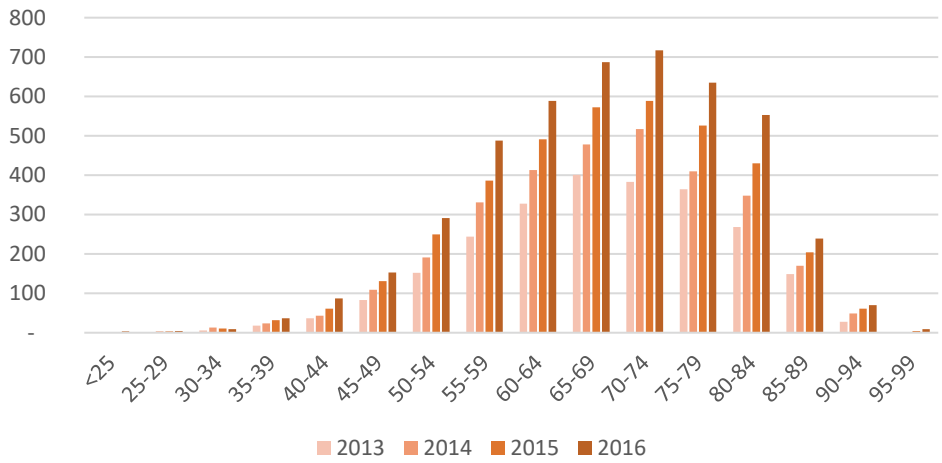


Figura 19. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i neuropatia diabètica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

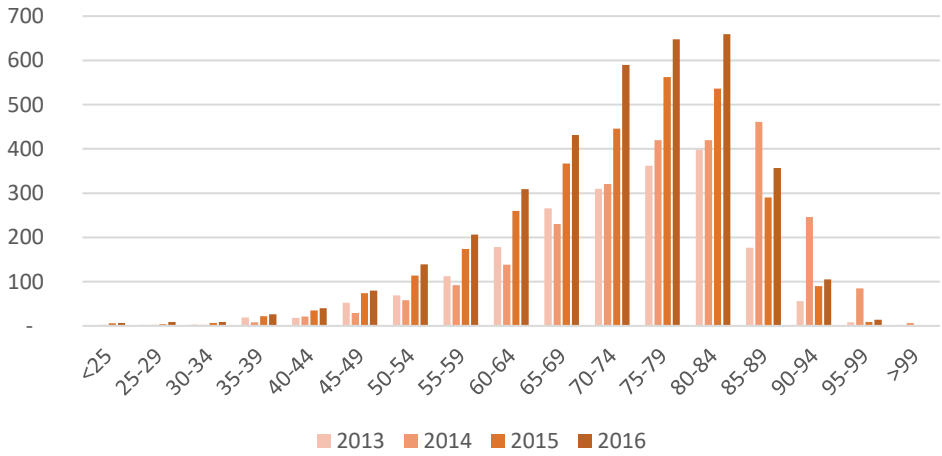
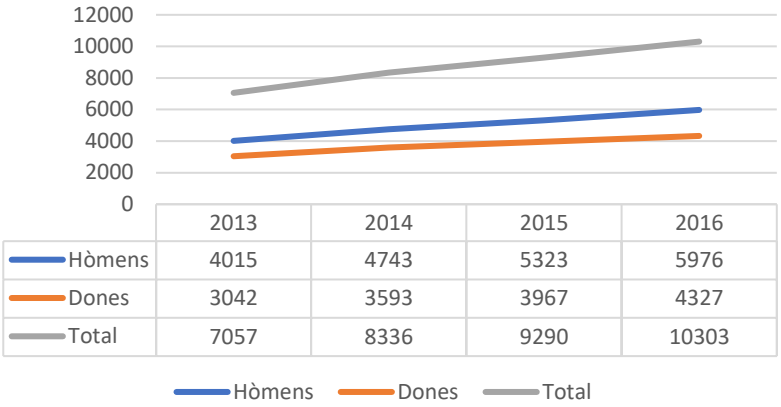


Figura 20. Distribució de la població de dones amb DM-2 i neuropatia diabètica, segons rang d'edat (font, Alumbra).



	2013	2014	2015	2016
Hòmens	4015	4743	5323	5976
Dones	3042	3593	3967	4327
Total	7057	8336	9290	10303

Figura 21. Població amb DM-2 i arteriopatia perifèrica referida en SIA (font, Alumbra).

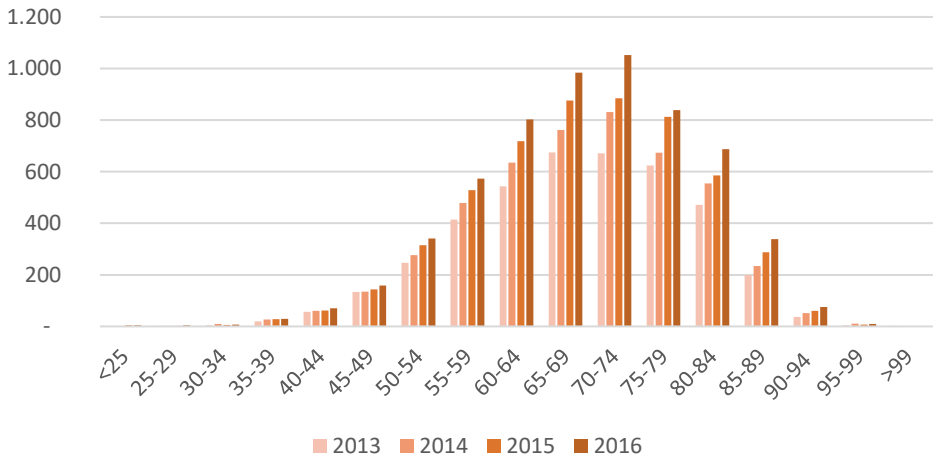


Figura 22. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i arteriopatia perifèrica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

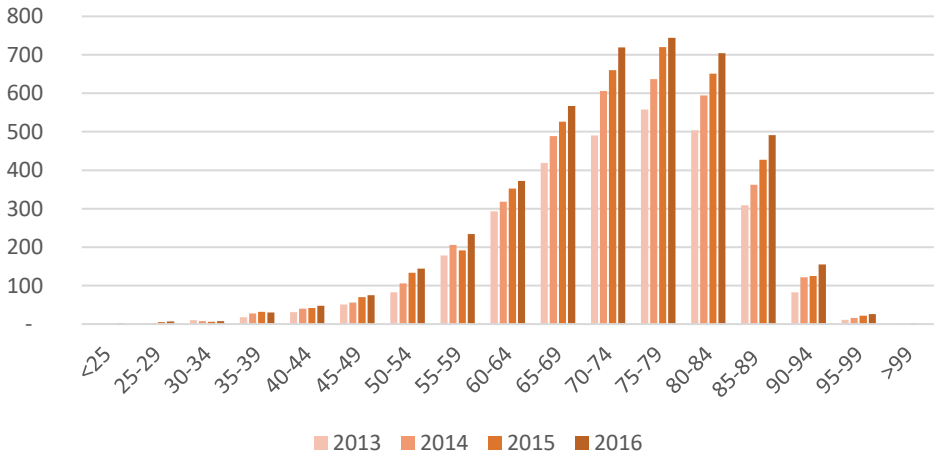


Figura 23. Distribució de la població de dones amb DM-2 i arteriopatia perifèrica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

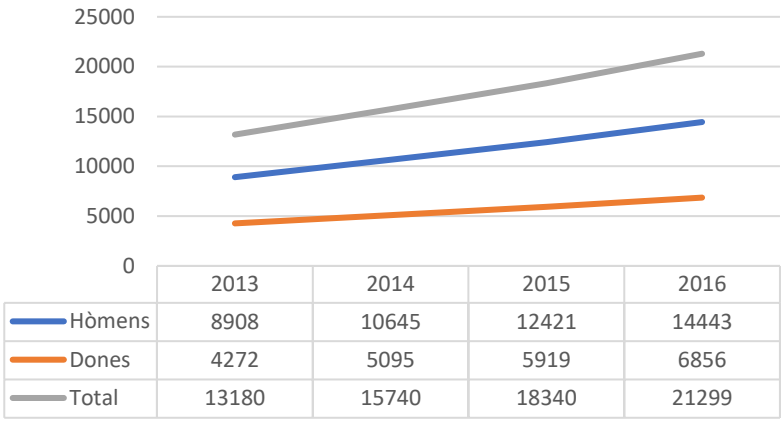


Figura 24. Població amb DM-2 i cardiopatia isquèmica referida en SIA (font, Alumbra).

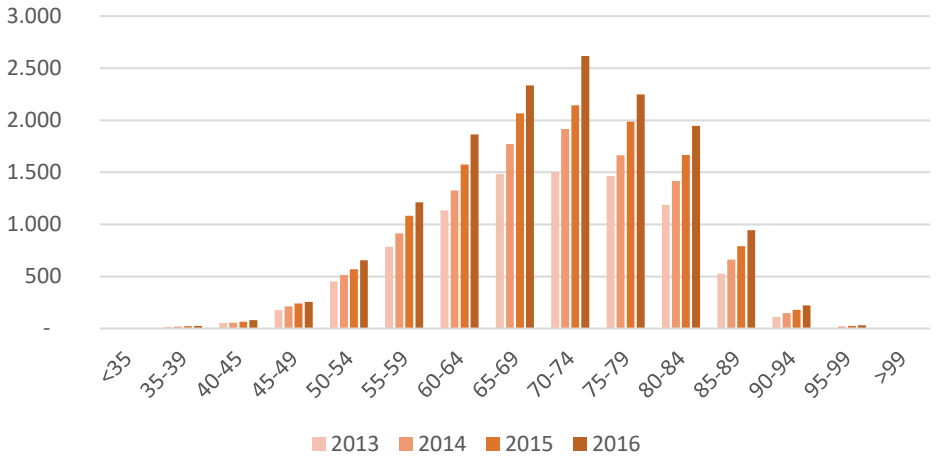


Figura 25. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i cardiopatia isquèmica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

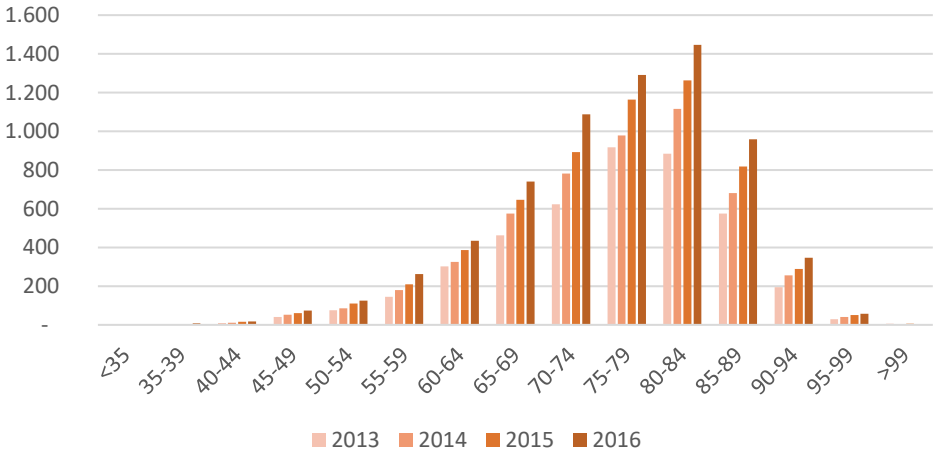


Figura 26. Distribució de la població de dones amb DM-2 i cardiopatia isquèmica, segons rang d'edat (font, Alumbra).

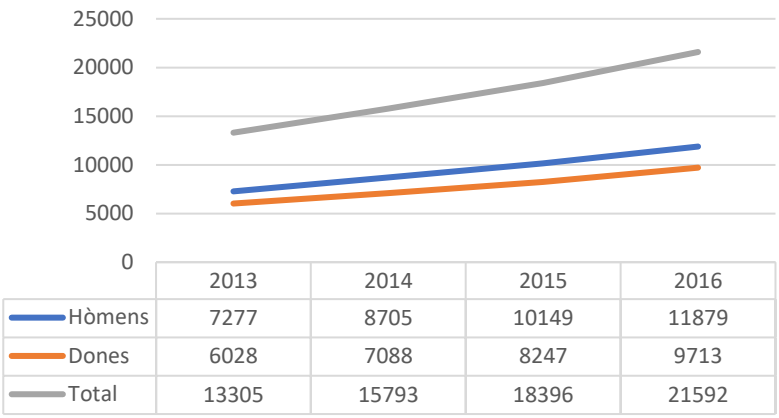


Figura 27. Població amb DM-2 i accident cerebrovascular referida en SIA (font, Alumbra).

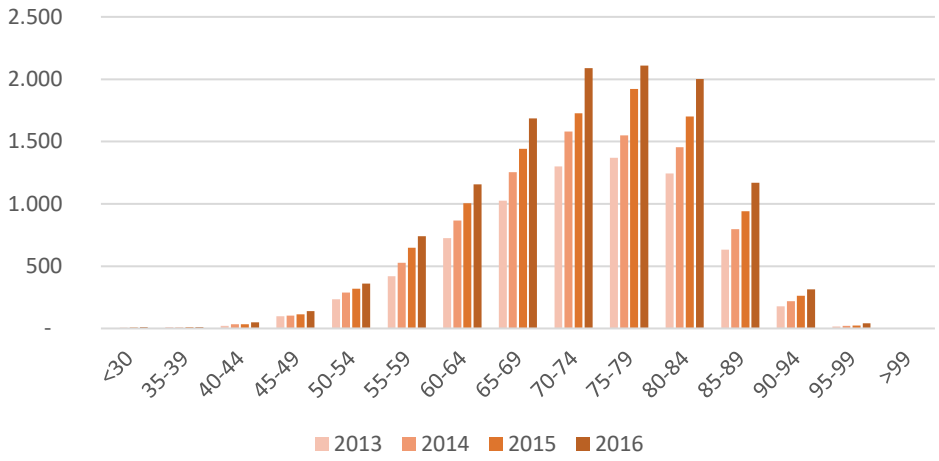


Figura 28. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i accident cerebrovascular, segons rang d'edat (font, Alumbra).

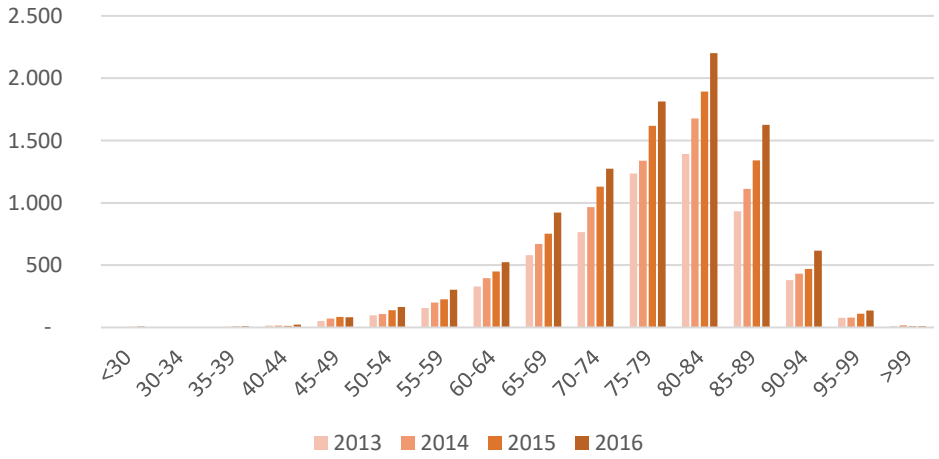


Figura 29. Distribució de la població de dones amb DM-2 i accident cerebrovascular, segons rang d'edat (font, Alumbra).

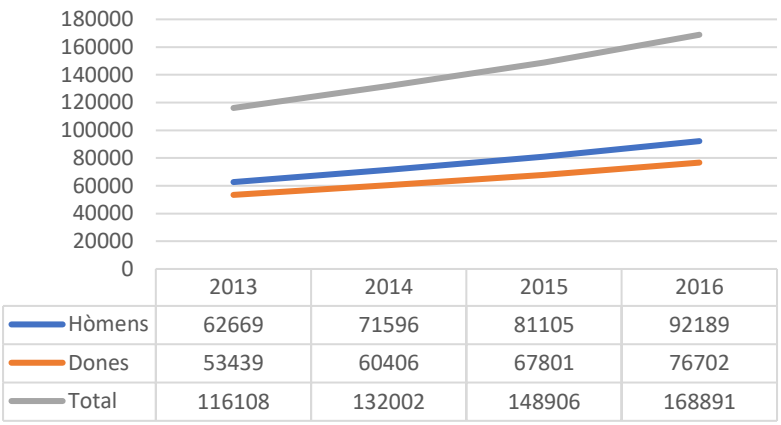


Figura 30. Població amb DM-2 amb hipoglucèmies referida en SIA (font, Alumbra).

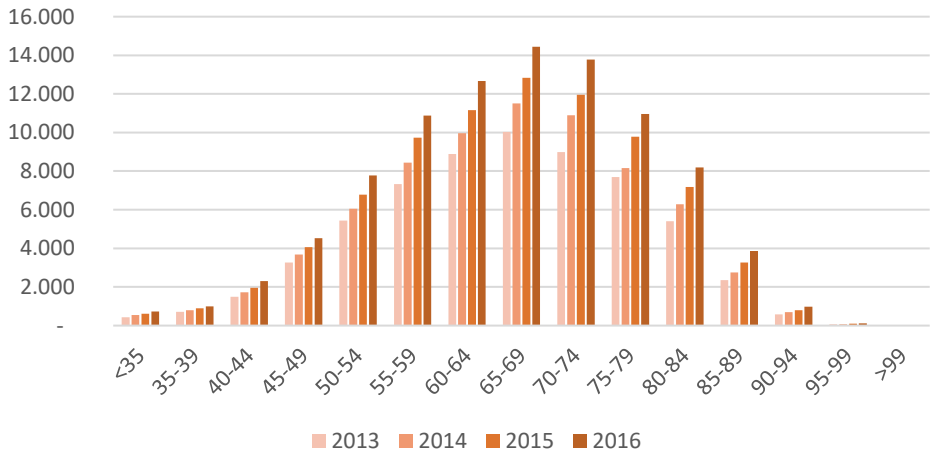


Figura 31. Distribució de la població d'homes amb DM-2 i hipoglucèmies, segons rang d'edat (font, Alumbra).

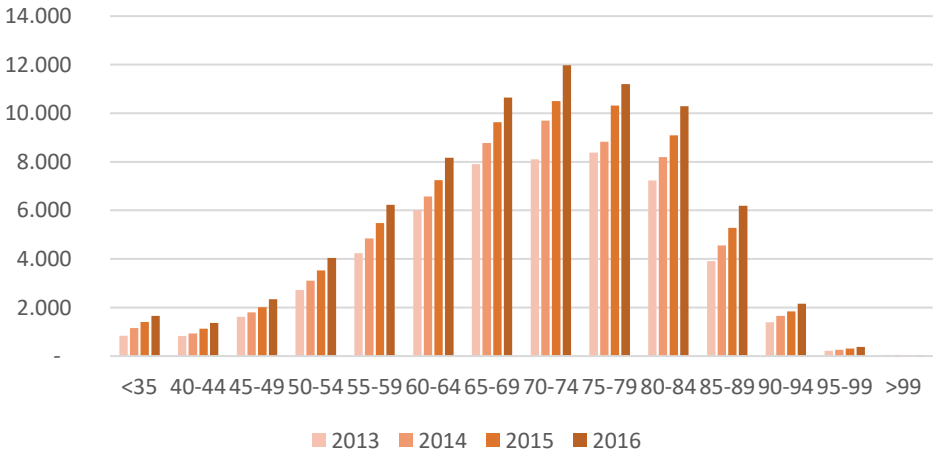
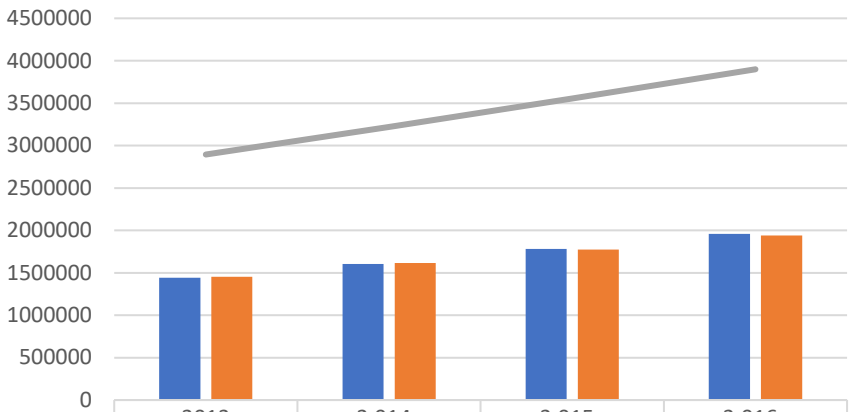


Figura 32. Distribució de la població de dones amb DM-2 i hipoglucèmies, segons rang d'edat (font, Alumbra).

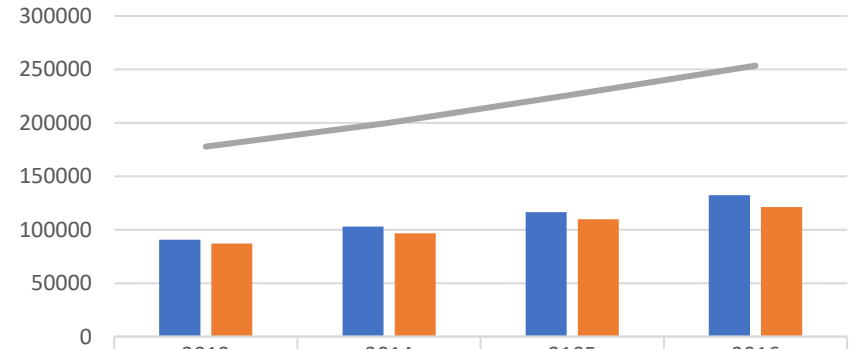
L'activitat de consultes ambulatòries d'atenció primària per a la diabetis mellitus tipus 2 augmenta progressivament, en l'últim any cada pacient va acudir una mitjana de 9.8 consultes a l'any.



	2013	2.014	2.015	2.016
Hòmens	1439927	1605302	1779668	1958653
Mujeres	1454525	1615019	1774055	1940860
Total	2894452	3220321	3553723	3899513

Figura 33. Activitat de consultes en atenció primària per a DM-2 (font, Alumbra).

També s'observa un increment progressiu d'assistència ambulatòria en consultes per a la diabetis mellitus tipus 1, amb una mitjana de 16,62 consultes anuals.



	2013	2014	2105	2016
Hòmens	90619	103075	116384	132253
Dones	87154	96769	109906	121221
Total	177773	199844	226290	253474

Hòmens Dones Total

Figura 34. Activitat de consultes en atenció primària per a DM-1 (font, Alumbra).

7.2.4. ANÀLISIS DAFO

Debilitats:

- Variabilitat en la pràctica clínica.
- Absència d'actualització del pla de diabetis previ.
- Escassetat en la generalització del pacient actiu i del pacient expert en diabetis.
- Falta de difusió dels resultats dels indicadors entre els professionals.
- Insuficient participació dels professionals en la gestió.
- Escassa formació dels professionals en les aplicacions d'explotació dels resultats.
- Reduïda implantació de programes de promoció d'hàbits de vida saludables.
- Mancança de professionals sanitaris amb funcions sobre el maneig de la diabetis o les seues complicacions, de les disciplines de la nutrició, podologia o psicologia.
- Limitada coordinació entre atenció primària i hospitalària.
- Anàlisi de les dades generats pels sistemes d'informació insuficient.

Amenaces:

- Increment de la prevalença de sobrepés i obesitat.
- Elevada prevalença de sobrepés i obesitat en població infantojuvenil.
- Envelliment de la població.
- Augment progressiu de la prevalença de diabetis.
- Patologia crònica associada a complicacions cròniques.
- Crisi econòmica amb repercussió sobre:
    - Els hàbits d'alimentació de la població quan preval el criteri econòmic enfront de les propietats saludables dels productes.
    - Finançament compromés per als recursos de salut.

- Sostenibilitat del sistema sanitari a causa dels costs elevats de la diabetis.
- Fàrmacs cada vegada més cars.
- Protagonisme dels fàrmacs enfront de les modificacions de l'estil de vida saludables en el tractament.
- L'assistència en consulta consumeix temps laboral o d'activitat acadèmica a les persones amb diabetis i els seus familiars.
- Envelliment dels professionals responsables de l'educació terapèutica en les unitats de diabetis.

Fortaleses:

- Diabetis com a problema de salut a partir del model de cures i atencions cròniques.
- Consideració de problema de salut prioritari.
- Conscienciació social sobre la importància de la diabetis.
- Plans autonòmics de diabetis previs.
- Legislació que avala l'organització assistencial de la diabetis.
- Distribució assistencial departamental.
- Professionals d'atenció primària ben formats.
- Organització en unitats de diabetis i unitats de diabetis de referència.
- Presència de les associacions de persones amb diabetis en la societat.
- Possibilitat de millores en la comunicació entre professionals.
- Coneixements dels professionals.
- Organisme autonòmic per a la formació contínua i continuada.
- Història clínica electrònica comuna entre atenció primària i atenció hospitalària.
- Recursos informàtics d'anàlisi i avaluació de la situació a nivell central i d'usuari clínic.
- Impacte sobre els resultats de salut de la població.

Oportunitats:

- Col·laboració entre institucions en la promoció d'hàbits saludables per a la prevenció de l'obesitat i la diabetis mellitus.
- Actuació integrada amb agents de la comunitat en la lluita contra la incidència creixent de la diabetis.
- Redefinició del paper de les unitats de diabetis i unitats de referència.
- Valorar l'atenció continuada en hospitals de dia de diabetis i col·laboració assistencial en xarxa per a oferir assistència a aquells centres que no puguen disposar d'hospital de dia de diabetis.
- Ús de les aplicacions informàtiques per a analitzar dades i difondre els resultats entre professionals.
- Promoure la investigació clínica a través de l'explotació dels recursos informàtics per a la seua comunicació i element clau en la presa de decisions en la planificació.
- Millorar la comunicació entre professionals.
- Promoure la participació de professionals i persones amb diabetis en la planificació de les accions futures per a la prevenció i el control de la diabetis.
- Potenciar la integració entre atenció primària i les unitats de diabetis.
- Millorar la comunicació amb les persones amb diabetis i els seus familiars.
- Combatre les desigualtats i reduir la variabilitat en tots els àmbits de l'atenció.
- Facilitar el desenvolupament de rutes assistencials basades en processos assistencials integrats.
- Elaboració de programes, protocols i recomanacions comunes.
- Facilitar l'accés dels avanços en diabetis.
- Treballar per al reconeixement d'infermeria amb dedicació a l'educació terapèutica en diabetis avançada en les unitats de diabetis, amb un nivell de formació i capacitació específic.
- Aprofitar les noves tecnologies de la informació i la comunicació per donar resposta a les noves necessitats de les persones amb diabetis.
- Inclusió de ferramentes informàtiques de gestió de dades de glucèmia en la història clínica electrònica.
- Adaptar la història clínica electrònica a les necessitats de l'assistència a la

diabetis.

- Desenvolupar nous models assistencials basats en la telemedicina.
- Racionalitzar i optimitzar els recursos per a millorar l'eficiència i l'eficàcia i així contribuir a la sostenibilitat de la sanitat pública.
- Incorporar altres professions de la salut en les unitats de diabetis.
- Promoure la formació continuada de diabetis entre els professionals.
- Actualitzar el Decret 74/1995 (*de 2 de maig, del Govern Valencià, pel qual es crea el Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana*), per a adequar-lo a les estructures actuals de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

8. MISSIÓ, VISIÓ I VALORS

8.1. MISSIÓ

Treballar per a previndre l'aparició de nous casos de diabetis i donar resposta als reptes que planteja la diabetis amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones amb diabetis de la Comunitat Valenciana, mitjançant una assistència segura i eficient, de forma integral i integrada, innovadora i considerant la sostenibilitat de la sanitat pública valenciana.

8.2. VISIÓ

Una Comunitat Valenciana defensora i promotora de l'estil de vida mediterrani, en la qual es frena la tendència creixent dels índexs d'excés de pes i de diabetis.

L'assistència pública d'elevada qualitat cientificotècnica, coordinada, equitativa i universal a les persones amb diabetis, que satisfaça totes les seues necessitats de salut. Aconseguir que les persones amb diabetis tinguen una vida tan pareguda com siga possible a les de la resta que no tenen aquesta patologia. Amb tot això, que els ciutadans ens identifiquen com una organització d'excel·lent qualitat i compromesa amb la seua missió, per la qual el conjunt de professionals se senta part fonamental de l'equip de salut,

8.3. VALORS

Les persones

L'atenció centrada en les persones i no en la malaltia, per a oferir-los acompanyament i atenció a les diferents necessitats en tot el procés, com a conseqüència de la diabetis o les seues complicacions. La persona és part de l'equip assistencial i se l'ha de proveir dels recursos i dels coneixements que li permeten participar amb l'autogestió en el control de la malaltia.

Equitat

Equitat en els mitjans i resultats de salut, des de la reflexió sobre les necessitats de salut de totes les persones per qüestió de sexe, edat, lloc de residència, classe social, país d'origen, diversitat funcional o qualsevol altra raó.

Universalitat

L'assistència sanitària és un dret de totes les persones i s'ha de garantir l'accés a aquesta.

Sostenibilitat

L'eficiència com a objectiu de les polítiques de l'organització, basada en la promoció de la coordinació entre nivells assistencials i professionals. El compromís d'agents i sectors de la societat amb la sanitat és un altre suport innovador per a reforçar.

Compromís

Amb les persones amb diabetis o en risc de patir-la i també amb els i les professionals que presten el seu esforç a aquesta tasca.

Solidaritat

Amb especial atenció a les persones en situació de vulnerabilitat, per a les quals és necessari assegurar i millorar l'atenció sanitària.

Respecte

Respecte dels drets de les persones, consideració de les seues opinions i invitació per a fer-les partícips en la presa de decisions responsables.

Responsabilitat

Les condicions i problemes de salut que porten a l'aparició de la diabetis i les seues complicacions són una prioritat, amb una orientació a resultats de salut.

Innovació

Foment de noves formes de treball en equip entre professionals i amb la comunitat.

Impuls a la investigació, el desenvolupament i la transformació.

Coordinació

Cal facilitar el treball interdisciplinari i les sinergies en les relacions entre professionals, i també entre nivells assistencials.

Participació

S'invita a participar del projecte a professionals de la salut, ciutadania i entitats que tinguen un paper rellevant o puguen ser importants en l'abordatge de la diabetis, en un model basat en aliances.

Transparència

Treball en equips multidisciplinaris amb representació de les associacions de persones amb diabetis i familiars en totes les etapes del projecte.

Proactivitat

Anticipació per a donar resposta a les noves necessitats.

Qualitat

Rigor basat en la millor evidència científica disponible per a aconseguir l'excel·lència en la presa de decisions i avaluació de l'activitat a través de la investigació clínica de la informació generada per la història clínica electrònica.

Millorar la visió que té la ciutadania sobre l'atenció als problemes relacionats amb la diabetis i aconseguir la seua màxima satisfacció.

Continuïtat assistencial

Reorientació de l'organització per a oferir atenció integral i integrada.

Formació

Compromís en la docència i la formació continuada.

9. LÍNIES ESTRATÈGIQUES, OBJECTIUS I ACCIONS

9.1. LÍNIA ESTRATÈGICA 1: PREVENCIÓ DE LA DIABETIS MELLITUS TIPUS 2 I PROMOCIÓ D'HÀBITS SALUDABLES.

Objectius:

1.2. Millorar el coneixement i els recursos per a la promoció d'hàbits saludables.

1.3. Impulsar la participació ciutadana en la prevenció de l'excés de pes.

1.4. Promoure entorns saludables per a la prevenció.

La diabetis mellitus tipus 2 és una malaltia crònica, que en el seu curs evolutiu i abans d'establir-se, passa per una fase de prediabetis sobre una població amb uns factors de risc identificables i que, amb el pas dels anys, s'associa a complicacions cròniques que comprometen la qualitat de vida de les persones afectades i amenacen l'expectativa de vida per la morbimortalitat cardiovascular a què predisposa amb major risc, respecte d'altres persones no diabètiques. A més, tant la diabetis com la prediabetis estan infradiagnosticades i hi ha un percentatge elevat de persones amb diabetis i més gran inclús amb prediabetis que desconeixen que en tenen. Treballs d'investigació previs han demostrat que del 15 al 30% dels pacients amb prediabetis desenvolupa diabetis en els següents 5 anys, si no s'apliquen mesures per a evitar-ho. Aquesta població de risc i aquest període previ al diagnòstic de la diabetis suposen una oportunitat per a aplicar estratègies per a la seua prevenció.

El nombre de casos segueix en augment, igual que succeeix en la resta de la geografia mundial, a causa de l'envelliment de la població, els antecedents previs de diabetis en la família, però, sobretot, pels hàbits sedentaris i pels canvis en el patró d'alimentació que al final desemboquen en sobrepés i obesitat. La prevalença de la diabetis va creixent paral·lelament a la prevalença d'aquest fenomen, per la qual cosa és una necessitat inajornable prendre mesures per a frenar l'epidèmia d'obesitat i de diabetis. A això cal afegir la importància creixent de l'obesitat infantil, ja que suposa un grup de població que està abocat a l'aparició de comorbiditats com la diabetis mellitus tipus 2 de forma precoç.

El nou Pla de Salut 2016-2020 té com un dels seus objectius (objectiu 2.4) “frenar la tendència creixent de la diabetis”. Els fonaments per a aconseguir aquest objectiu són la detecció precoç dels casos de diabetis o en risc de patir-la, l'educació terapèutica i l'alfabetització sanitària d'aquelles persones més desfavorides. Addicionalment, el Pla de Salut inclou entre els seus principis fonamentals “fomentar entorns que propicien estils de vida saludables, tenint en compte el principi de salut en totes les polítiques”; també hi ha la promoció d'una alimentació saludable i de l'activitat física entre els

objectius de promoció de la “salut en totes les edats”.

La intervenció precoç en aquelles persones amb risc de desenvolupar diabetis ha demostrat que l'aparició d'aquesta malaltia pot evitar-se o almenys retardar-se el moment d'aparició. Les experiències prèvies a Finlàndia, Suècia, Índia, Xina i Estats Units amb programes de prevenció de la diabetis han aconseguit reduir l'aparició de nous casos de la malaltia fins al 60%. Aquests programes es basen en la detecció del risc de desenvolupar la diabetis i la posada en marxa d'accions per a fomentar l'activitat física i millorar la dieta en aquelles persones amb major risc. En el nostre medi, la dieta mediterrània, patrimoni de la nostra Comunitat compartit amb altres regions, no sols ha demostrat la reducció de l'aparició de nous casos de diabetis i de problemes cardiovasculars, sinó que també millora altres aspectes de la salut, per la qual cosa es postula com el model a promocionar.

El programa de prevenció de diabetis s'orienta sobre quatre col·lectius:

- Escolars i adolescents.
- Persones adultes sanes.
- Població adulta amb excés de pes.
- Persones amb prediabetis, definida com a alteració de la glucèmia en dejú o elevació de l'hemoglobina glicosilada (HbA1c) en rang no diabètic.

Així mateix, el programa de prevenció de diabetis es vincula amb les accions de promoció de la salut (alimentació, activitat física) mitjançant la creació d'entorns saludables, incloent-hi intervencions sobre polítiques alimentàries, mobilitat, menjadors col·lectius, espais educatius, residencials o d'oci, com a exemples de factors i entorns determinants de l'alimentació i de l'activitat física en la població. En totes les intervencions es considerarà sempre l'atenció reforçada sobre les poblacions i col·lectius en situació de major vulnerabilitat per a evitar i/o reduir les desigualtats en salut.

S'han de proposar les accions comunitàries i sanitàries per a abordar les necessitats dels diferents col·lectius, de tal forma que cal promocionar els hàbits saludables en el conjunt de la societat, tenint en compte a més altres factors com són les etapes de la vida, els culturals, la situació social i laboral, el medi familiar i els recursos disponibles.

Per a intentar arribar a aquest conjunt de població i aconseguir aquests objectius, l'àmbit d'actuació excedeix el sanitari, per la qual cosa fa falta una acció global coordinada i en col·laboració amb altres entitats com la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, organitzacions municipals, associacions veïnals, mediació intercultural, col·legis professionals, associacions de persones amb diabetis, societats científiques i agents socials. També s'ha de valorar la col·laboració amb entitats públiques o privades compromeses amb la salut, alimentació i l'esport. Es considera prioritària la participació ciutadana a través del pacient expert com a persona per a dinamitzar les accions de salut, i amb aquesta finalitat s'ha de potenciar la cooperació amb el programa del Pacient Actiu.

La intervenció es planteja com a educació terapèutica grupal, estructurada en temes, encaminada a la promoció de l'educació cap a una vida més saludable, centrada en la prevenció del sobrepés i l'obesitat, l'alimentació saludable i l'activitat física. La finalitat és destacar i reforçar els hàbits saludables en les persones sanes i en les que ja presenten excés de pes, a més es dirigiran accions per a aconseguir reduccions de pes d'entre el 5 i el 10%. Per a aquelles persones més desfavorides amb un nivell d'alfabetització menor es desenvolupa un programa específic recolzat en l'anterior, però amb una formació basada, sobretot, en il·lustracions i experiències.

Per a la implementació del programa s'ha de tirar endavant un pla de formació específic dirigit a professionals i a agents participants en les activitats d'educació. A més, s'han d'elaborar els indicadors per a mesurar l'impacte de les accions realitzades.

Les intervencions dirigides a promoure una alimentació sana i l'activitat física en totes les edats per a previndre la diabetis s'han de vincular amb els programes que incloga la futura Estratègia d'Alimentació i Activitat Física, promoguda des de la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Equip de treball:

- Pediatria.
- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Salut pública.
- Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.
- Infermeria d'atenció primària.
- Infermeria dedicada a educació terapèutica en diabetis.
- Societats científiques.
- Mediació intercultural i agents socials.
- Associacions de persones amb diabetis.
- Entitats locals (ajuntaments, associacions veïnals, …).
- Entitats públiques o privades compromeses amb la salut, l'alimentació i l'esport.
- Programa del Pacient Actiu.

Objectiu general 1.1. Millorar el coneixement i els recursos per a la promoció d'hàbits saludables	
Objectius específics	Accions
1.1.1. Proveir al personal sanitari dels coneixements i recursos necessaris per a realitzar la promoció d'una alimentació saludable i de la pràctica d'activitat física en població sana i, especialment, en població de risc.	1.1.1.1. Accions formatives dirigides al personal sanitari per a millorar el coneixement sobre els factors de risc associats a DM-2 i la seua prevenció.
	1.1.1.2. Potenciació d'activitats de formació sobre prescripció d'activitat física en atenció primària.
	1.1.1.3. Dotació de recursos en temps de consulta i en espais físics que permeten als professionals sanitaris realitzar promoció d'alimentació saludable i activitat física. (programes d'educació grupal, programes de cuina saludable, programa de prevenció obesitat, etc.) en l'entorn sanitari i amb l'ajuda dels municipis.
1.1.2. Protocol·litzar la intervenció en educació en alimentació saludable i activitat física de la població amb patrons alimentaris de risc i amb sedentarisme o amb excés de pes.	1.1.2.1. Elaborar i implementar protocols estructurats d'actuació en matèria d'alimentació saludable i activitat física per a la prevenció i tractament del sobrepés i l'obesitat, amb especial atenció a persones i grups en risc de vulnerabilitat socioeconòmica.
	1.1.2.2. Promoció en atenció primària de la prescripció de consells en alimentació saludable i pràctica d'activitat física, en totes les etapes de la vida en població sana, i també en els diferents estats de salut.
	1.1.2.3. Integració en la història clínica electrònica dels recursos comunitaris disponibles per a la promoció d'activitat física.
	1.1.2.4. Implantació de la prescripció d'activitat física en els centres d'atenció primària a través de la història clínica electrònica.
1.1.3. Incorporar i monitoritzar els hàbits d'alimentació i activitat física, i els seus determinants en salut, en els sistemes d'informació sanitaris.	1.1.3.1. Incloure les dades de pes, talla, índex de massa corporal i perímetre de la cintura en la història clínica.
	1.1.3.2. Incorporar variables d'alimentació i activitat física en la història clínica informatitzada d'atenció primària.
	1.1.3.3. Monitoritzar els hàbits d'alimentació i activitat física i els seus determinants en salut a través dels sistemes d'informació sanitaris.
	1.1.3.4. Sincronitzar dades de l'app GVA més Salut connectada amb Health wearable de la conselleria o d'altres amb història clínica electrònica.
1.1.4. Coordinació i participació amb els iniciatives de la Conselleria i altres organismes públics.	1.1.4.1 Participar en els diferents estratègies i plans de la Generalitat Valenciana per a la promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física.

Objectiu general 1.2. Impulsar la participació ciutadana en la prevenció de l'excés de pes.	
Objectius específics	Accions
OE 1.2.1. Donar suport i impulsar la participació ciutadana.	1.2.1.1. Estimular la implicació i participació de la població en accions de promoció d'hàbits saludables en la prevenció de l'excés de pes.
	1.2.1.2. Col·laborar amb els representants de la ciutadania en l'elaboració de material audiovisual per a la promoció d'hàbits saludables d'alimentació i d'activitat física.
	1.2.1.3. Difusió de les accions i activitats exercides a través de

	la web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i els seus canals de comunicació.
	1.2.1.4. Estimular la participació ciutadana en el programa del Pacient Actiu.
	1.2.1.5 Estimular el desenvolupament per a la comunitat de projectes o tallers grupals d'alimentació saludable i/o exercici físic amb la implicació de pacients experts.

Objectiu general 1.3. Promoure entorns saludables per a la prevenció.	
Objectius específics	Accions
OE 1.3.1. Fomentar el desenvolupament d'entorns habitables que faciliten la prevenció del sobrepés i l'obesitat.	1.3.1.1. Col·laborar amb els entitats municipals en el foment d'espais públics per a afavorir la pràctica de l'activitat física.
	1.3.1.2. Estimular l'aprofitament dels espais públics destinats a la pràctica de l'activitat física de les persones tenint en compte el factor d'equitat perquè siga accessible a tota la ciutadania.
	1.3.1.3. Promoure l'estudi i el disseny d'entorns habitables que faciliten l'adherència als hàbits saludables.
OE 1.3.2. Fomentar el desenvolupament d'entorns educatius que faciliten la prevenció del sobrepés i l'obesitat	1.3.2.1. Col·laborar amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per a fomentar l'activitat física en els centres d'ensenyança primària i en els instituts d'educació secundària.

9.2. LÍNIA ESTRATÈGICA 2: DIAGNÒSTIC PRECOÇ

Objectius generals:

2.1. Diagnòstic precoç.

2.2. Detecció precoç de la diabetis mellitus tipus 1.

2.3. Detecció precoç de la diabetis mellitus tipus 2.

El IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana per a aconseguir l'objectiu 2.4, "*Frenar la tendència creixent de la diabetis*" proposa l'acció 2.4.2, "*Millorar la detecció precoç de la diabetis tipus 2 mitjançant el cribatge oportunista en persones adultes amb HTA, sobrepés o obesitat que acudeixen a atenció primària, adaptant el sistema d'informació d'atenció primària (Abulcassis) per a proporcionar alertes en la població susceptible de cribatge*".

La diabetis mellitus és una patologia que durant anys pot ser asimptomàtica, i per això pot retardar-se el seu diagnòstic, però que, mentrestant, pot condicionar el desenvolupament de complicacions cròniques. També es disposa d'un mètode de diagnòstic de laboratori senzill, la determinació de glucèmia i de HbA1c. El diagnòstic precoç de la diabetis en les persones que la pateixen, però ho desconeixen, permet una intervenció terapèutica i en els casos de risc també es poden activar mesures de prevenció per a evitar o retardar la seua aparició. Cal considerar també, que les proves a realitzar o els resultats de les proves no suposen cap risc per a les persones sanes. Per aquests motius es planteja el cribatge de la diabetis com a camí per a identificar les persones amb diabetis o amb risc de patir-la. L'estratègia de diabetis proposa les accions perquè aquestes persones puguen beneficiar-se dels programes de prevenció o terapèutics.

Les accions per desenvolupar per a la detecció de les persones amb risc de desenvolupar són:

a) Campanya informativa sobre el risc de diabetis i la seua prevenció.

b) Cribatge oportunista en les consultes d'atenció primària d'aquelles persones amb factors de risc per a desenvolupar diabetis.

c) Cribatge oportunista en el laboratori:

- En pacients amb exploracions analítiques procedents d'atenció primària, sense diagnòstic actiu de diabetis mellitus (per codi CIE-9), amb edat superior a 45 anys i sense HbA1c realitzada en els últims tres anys, amb glucosa >110 mg/dl i disponibilitat de mostra d'EDTAk3 per a la realització de HbA1c.

- En persones més joves, entre 20 i 45 anys en cas de dislipèmia si compleixen aquestes condicions: Pacients amb exploracions analítiques procedents d'atenció primària, sense diagnòstic actiu de Diabetis Mellitus (per codi CIE-9), amb edat entre 25- 45 anys i sense HbA1c realitzada en els últims tres anys. Es realitza el cribatge en cas de Glucosa >100 mg/dl, triglicèrids >250 mg/dl o HDL<35mg/dl, i disponibilitat de mostra d'EDTAk3 per a la realització de HbA1c. (El punt de tall de la glucèmia és 100 mg/dl en aquest algoritme perquè és el més rendible a aquesta població.)

Ambdós estratègies de laboratori serien complementàries a l'anterior.

d) Elaboració de la via perquè la informació generada en el laboratori arribe a l'equip d'atenció primària corresponent i incloga les persones en el programa de prevenció de diabetis, o de diabetis si en tenia.

Aquelles persones amb risc de desenvolupar diabetis mellitus tipus 2 a les quals se'ls ha de sol·licitar cribatge de diabetis en atenció primària són:

a) Persones adultes amb índex de massa corporal (IMC) ≥25 kg/m2 amb un altre factor de risc:

- Hàbit sedentari.
- Familiars de primer grau amb diabetis tipus 2.
- Dones amb antecedents de diabetis gestacional o parts de fills amb pes en nàixer >4.5 kg.
- Dones amb síndrome d'ovari poliquístic.
- Hipertensió arterial (tensió arterial ≥140/90, o en teràpia antihipertensiva).
- Xifres de colesterol HDL <35 mg/l i/o triglicèrids >250 mg/l.
- Antecedents de malaltia cardiovascular.
- HbA1c ≥6%-6.4%.
- Glucosa alterada en dejú (glucèmia ≥110-125 mg/dl).
- Tolerància anormal a la glucosa (glucèmia 140-199 mg/dl, a les 2 hores després de sobrecàrrega oral amb 75 g de glucosa).
- Altres condicions clíniques associades a resistència a la insulina: obesitat extrema, acantosi nigricans, esteatosi hepàtica no alcohòlica).
- Tractaments amb fàrmacs hiperglucemiants (antipsicòtic, corticoides).

- Persones pertanyents a grups ètnics de risc.

b) A totes les persones a partir dels 45 anys.

c) En la infància i adolescència es considera grup de risc, en presència de sobrepés o obesitat en associació a dos o més factors de risc de desenvolupar diabetis tipus 2. En aquesta població l'excés de pes es valora com IMC >percentil 85 o pes >120% del pes ideal per a la talla. A més dels factors de risc descrits en població adulta s'ha de tindre en compte:

- Antecedents materns de diabetis gestacional o de macrosomia fetal.

- Xiquets/es menuts/udes per a l'edat gestacional, quan en nàixer tenen un pes i/o longitud per davall del percentil 3 corresponent a la seua població de referència, sexe i edat gestacional.

Les raons per a considerar el cribatge oportunista de laboratori es basen en l'experiència del Departament de Salut Alacant-Sant Joan d'Alacant contrastada amb diverses publicacions en revistes científiques. Segons els resultats obtinguts pel Servei d'Anàlisis Clíniques si s'extrapolen a la població de tota la Comunitat Valenciana s'estima que:

- En el 15% dels casos es confirma el diagnòstic de diabetis, la qual cosa representaria 95 nous casos per mes, mentres que en els que no es confirma inicialment, però presenten glucosa >125 mg/dl o HbA1c >6.4% als qual es realitza seguiment als 3 mesos, s'afegiria un 30 % de nous diagnòstics, és a dir 38 nous casos més per mes. El cost estimat és de 4,5 euros per cada cas nou i uns 6.658 euros per mes.

- En el cas considerar el cribatge en persones més joves amb dislipèmia aterogènica, l'estratègia encerta en el 33% dels casos per a nous diagnòstics de diabetis, la qual cosa representaria 43 nous casos per mes, amb un cost per nou pacient diagnosticat de 2,5 euros i uns 426 euros /mes.

- La combinació d'aquestes estratègies obtindria 176 casos nous per mes la qual cosa representaria 2.114 nous casos de diabetis mellitus tipus 2 per any.

De les accions de cribatge resulten 3 categories, que s'han d'abordar amb 3 estratègies diferents: Persones sense diabetis i risc baix de desenvolupar-ne en els pròxims anys, persones amb diabetis i risc alt de desenvolupar diabetis en els pròxims anys i persones amb diabetis:

1. A les persones sense diabetis i risc baix de diabetis se les ha d'abordar amb una estratègia poblacional, on se'ls ha d'informar de les mesures generals per a mantindre una dieta saludable i una activitat física regular.

2. Les persones sense diabetis, però amb risc elevat de poder patir-ne, han

de ser invitades a participar en el programa de prevenció de la diabetis.

3. Aquelles persones amb diabetis de recent diagnòstic han de ser incloses en el programa de diabetis del centre d'atenció primària.

Actualment no es disposa de mecanismes de prevenció de la diabetis mellitus tipus 1, i les persones que la manifesten en la infància, adolescència o l'edat adult, poden desenvolupar la complicació aguda de cetoacidosi diabètica si es retarda el diagnòstic. Per això les mesures en aquesta línia han d'anar encaminades a facilitar el coneixement dels símptomes i signes que han de fer sospitar l'existència d'aquesta greu complicació a fi de previndre-la.

Equip de treball:

- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Laboratori.
- Salut pública.
- Infermeria.
- Infermeria amb dedicació a educació terapèutica en diabetis.
- Responsables de SIA.
- Associacions de persones amb diabetis.

Objectiu general 2.1. Diagnòstic precoç de diabetis mellitus tipus 2	
Objectius específics	Accions
OE 2.1.1. Millorar el coneixement dels factors de risc involucrats en l'aparició de la DM-2.	2.1.1.1. Accions formatives en el personal sanitari sobre els factors de risc associats a DM-2.
	2.1.1.2. Col·laboració amb agents de la comunitat que tinguen relació amb els persones amb factors de risc de diabetis.
OE 2.1.2. Reduir el percentatge de pacients amb DM-2 no diagnosticada	2.1.2.1. cribatge oportunista en la consulta d'atenció primària en població amb factors de risc de DM-2.
	2.1.2.2. cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones majors de 45 anys amb glucèmia alterada sense diagnòstic previst de DM-2.
	2.1.2.3. cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones entre 20 i 45 anys amb hipertrigliceridèmia i HDL baix sense diagnòstic previst de DM-2.
	2.1.2.4. Disseny de via clínica per a l'atenció de pacients diagnosticats mitjançant el cribatge oportunista de laboratori.

Objectiu general 2.2. Detecció precoç de la diabetis mellitus tipus 1	
Objectius específics	Accions
OE 2.2.1. Millorar el coneixement dels factors de risc i manifestacions de la diabetis mellitus tipus 1.	2.2.1.1. Accions divulgatives a la població de les manifestacions clíniques de la diabetis mellitus tipus 1.
	2.2.1.2. Accions divulgatives i formatives dirigides al personal docent de les manifestacions clíniques de la diabetis mellitus tipus 1.
OE 2.2.2. Reduir la demora en l'atenció en casos de nous diagnòstics de DM-1	2.2.2.1. Elaboració de ruta clínica en cas d'hiperglucèmia en població infantojuvenil.
	2.2.2.2. Elaboració de ruta clínica en cas d'hiperglucèmia associada a símptomes cardinals, en majors de 18 anys, objectivada en atenció primària.

Objectiu general 2.3. Detecció precoç de la diabetis mellitus tipus 2	
Objectius específics	Accions
OE 2.3.1. Millorar el coneixement dels factors de risc i manifestacions de la diabetis mellitus tipus 2.	2.3.1.1. Accions divulgatives a la població dels factors de risc de DM-2.
	2.3.1.2. Accions divulgatives a la població de les manifestacions clíniques de la DM-2.
OE.2.3.2. Reduir la demora en l'atenció en casos de nous diagnòstics de DM-2.	2.3.2.1. Col·laboració amb actius de la societat per a detectar pacients amb risc de DM-2 perquè acudisquen a atenció primària.
	2.3.2.2 Col·laboració amb actius de la societat per a detectar pacients amb símptomes de DM-2 perquè acudisquen a atenció primària.

9.3. LÍNIA ESTRATÈGICA 3: PROCÉS ASSISTENCIAL INTEGRAT DE DIABETIS MELLITUS

Objectius:

3.1. Establir millores en l'organització i coordinació entre especialitats i nivells assistencials per a aconseguir una atenció integral i integrada a les persones amb diabetis mellitus.

3.2. Disminuir la variabilitat en l'assistència a les persones amb diabetis.

3.3. Millorar els resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis, i també reduir la morbiditat i la mortalitat de les persones amb diabetis.

3.4. Empoderar al pacient amb diabetis mellitus en la gestió de la seua malaltia a través de l'educació terapèutica en diabetis.

3.5. Optimitzar i homogeneïtzar els registres relacionats amb la diabetis.

El IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, per a aconseguir l'objectiu 2.4, "*Frenar la tendència creixent de la diabetis (frenar la tendència creixent de la diabetis, facilitant una atenció integrada de qualitat i adaptada a les necessitats de cada pacient, mitjançant actuacions coordinades a càrrec d'equips multidisciplinaris d'atenció primària i hospitalària)*", proposa les accions següents:

- 2.4.1. "*Implantar i implementar el procés assistencial integrat per a pacients amb diabetis mellitus en els departaments de salut*".
- 2.4.3. *"Desplegar en els sistemes d'informació eines que faciliten el seguiment efectiu i continuat dels pacients (alertes, activitats a realitzar…)".*
- 2.4.4. *"Garantir l'oferta sistemàtica reglada d'educació terapèutica individual i d'educació grupal en autocures a tots els pacients des de l'inici del diagnòstic, impartida per educadors/es adequadament entrenats/ades".*
- 2.4.6. *"Afavorir la transició reglada de pacients amb diabetis mellitus tipus 1 des de pediatria a medicina de família d'atenció primària i endocrinologia en finalitzar l'edat pediàtrica".*
- 2.4.7. "*Facilitar en atenció primària, la detecció precoç de les complicacions de la diabetis com ara la nefropatia, el peu diabètic i la retinopatia".*

Per al desenvolupament d'aquestes accions es proposa el disseny i implantació de la ruta assistencial integrada departamental de diabetis com a via per a garantir

l'assistència universal i el mitjà per a evitar les desigualtats en l'atenció a les persones amb diabetis. Aquestes rutes s'han d'adaptar a les característiques de cada departament, basades en els processos assistencials integrats que s'han d'elaborar des de l'Estratègia de Diabetis, per a assegurar que l'atenció se centre en el pacient, per processos, equitativa, coordinada entre nivells assistencials i dirigida des de les unitats de diabetis en estreta comunicació amb l'atenció primària.

La gestió per processos dels problemes relacionats amb la diabetis afavoreix l'assistència estructurada per a aconseguir la qualitat necessària, basada en la millor evidència científica amb el consens dels professionals i avaluable a partir dels indicadors.

L'assistència al pacient amb diabetis mellitus tipus 2 s'ha de desenvolupar principalment en atenció primària. D'altra banda, l'atenció de pacients amb diabetis mellitus tipus 1 s'ha de fer fonamentalment en les unitats de diabetis i les unitats de diabetis pediàtriques. En la ruta de diabetis s'han de descriure les accions a dur a terme en cada visita i el rol de cada professional, i s'han d'adequar els objectius terapèutics i les recomanacions convenients per a la seua consecució. De la mateixa manera, el programa d'educació terapèutica ha de ser consensuat per a la seua implementació en qualsevol centre sanitari i s'ha de proveir del suport documental corresponent. L'educació terapèutica capacita els pacients per a la presa de decisions responsables i els empodera en l'autogestió de la seua diabetis. S'han d'elaborar els processos assistencials per a la diabetis mellitus tipus 1 en la infància, la diabetis mellitus tipus 1 en adults i la ruta de la diabetis mellitus tipus 2.

Les etapes del procés assistencial de la diabetis mellitus tipus 1 en la infància a avaluar són:

1. Visita de diagnòstic: cures i atencions inicials.
2. Visites de continuïtat de cures i atencions.
3. Visites d'esdeveniments relacionats amb la diabetis:
    - 3.1. Inici de teràpia amb insulina.
    - 3.2. Falta de control en l'objectiu de HbA1c.
    - 3.3. Hipoglucèmia.
    - 3.4. Control dels factors de risc cardiovascular.
    - 3.5. Descompensació hiperglucèmica.
    - 3.6. Cetoacidosi diabètica.
    - 3.7. Ingrés hospitalari i transició a l'alta.
    - 3.8. Hospital de dia.
    - 3.9. Institucionalització.

El procés assistencial de la diabetis mellitus tipus 1 en persones adultes consta dels punts següents:

1. Visita de diagnòstic: cures i atencions inicials.
2. Visites de continuïtat de cures i atencions.
3. Visites d'esdeveniments relacionats amb la diabetis:
    - 3.1. Falta de control en l'objectiu de HbA1c.
    - 3.2. Control dels factors de risc cardiovascular.
    - 3.3. Inici de teràpia amb insulina.
    - 3.4. Hipoglucèmia.
    - 3.5. Descompensació hiperglucèmica.
    - 3.6. Complicacions oculars.
    - 3.7. Complicacions renals.
    - 3.8. Complicacions neuropàtiques.
    - 3.9. Peu de risc.
    - 3.10. Cardiopatia isquèmica.
    - 3.11. Malaltia cerebrovascular.
    - 3.12. Isquèmia arterial perifèrica.
    - 3.13. Disfunció erèctil.
    - 3.14. Cetoacidosi diabètica.
    - 3.15. Ingrés hospitalari i transició a l'alta.
    - 3.16. Hospital de dia.
    - 3.17. Institucionalització.

Els aspectes per desenvolupar en el procés assistencial de la diabetis mellitus tipus 2 són:

1. Visita de diagnòstic: cures i atencions inicials.
2. Visites de continuïtat de cures i atencions.
3. Visites d'esdeveniments relacionats amb la diabetis:

3.1. Falta de control en l'objectiu de HbA1c.

3.2. Control dels factors de risc cardiovascular.

3.3. Obesitat.

3.4. Inici de teràpia amb insulina.

3.5. Hipoglucèmia.

3.6. Descompensació hiperglucèmica.

3.7. Complicacions oculars.

3.8. Complicacions renals.

3.9. Complicacions neuropàtiques.

3.10. Peu de risc.

3.11. Cardiopatia isquèmica.

3.12. Malaltia cerebrovascular.

3.13. Isquèmia arterial perifèrica.

3.14. Disfunció erèctil.

3.15. Síndrome hiperglucèmica hiperosmolar no cetòsica.

3.16. Ingrés hospitalari i transició a l'alta.

3.17. Gestió del pacient amb diabetis d'alta complexitat.

3.18. Hospital de dia.

3.19. Institucionalització.

3.20. Detecció de falta de seguiment

Amb la finalitat de facilitar l'accés a les consultes hospitalàries i acurtar els temps assistencials cal prioritzar la integració d'atenció primària amb l'assistència hospitalària a través de la consulta no presencial. En aquest sentit i quan la visita presencial siga necessària en l'àmbit de l'atenció hospitalària i per a evitar visites repetides evitables, que poden suposar interrupció de les seues activitats o obligacions quotidianes, familiars, educatives o laborals, s'ha d'avaluar la possibilitat d'establir circuits d'alta resolució i l'hospital de dia de diabetis.

En el procés assistencial de la diabetis s'ha d'incloure l'educació terapèutica en

diabetis, que és un element clau i essencial per al control de la diabetis en totes les etapes de la seua evolució: així ho reconeixen totes les societats científiques i entitats sanitàries amb plans d'actuació en diabetis. Abans de l'aparició de la diabetis, la promoció d'hàbits alimentaris saludables i de pràctica d'activitat física regular pot evitar o retardar-ne l'aparició. Quan ja s'ha realitzat el diagnòstic, en les fases inicials, pot ajudar el pacient a aconseguir un adequat control glucèmic sense haver de prendre fàrmacs antidiabètics, mentres que en etapes més evolucionades de la diabetis pot contribuir a aconseguir els objectius de HbA1c amb un nombre de fàrmacs més reduït. El fet d'evitar o reduir el nombre de fàrmacs pot millorar l'adherència terapèutica i permet mantindre un adequat control metabòlic, sobretot a l'inici de la diabetis, la qual cosa és prioritària per a reduir les complicacions cròniques. L'educació terapèutica empodera el pacient dels recursos per a l'autogestió i autocures de la seua diabetis i el fa responsable dels seus resultats de salut. Totes dues capacitats són essencials per a evitar la progressió de la malaltia i l'ascens de nivell de complexitat assistencial en el context de la cronicitat. Es recomana que es realitze seguint un programa estructurat que cobrisca les seues necessitats amb un llenguatge apropiat per a la seua comprensió i amb el lliurament del material corresponent. És primordial que l'educació i els missatges que es transmeten siguen comuns en qualsevol àmbit assistencial per a evitar confusions i aconseguir l'objectiu proposat. Per aquests motius es proposa establir els programes d'educació terapèutica comuna i consensuats en tot el territori valencià, però adequats a cada nivell assistencial i a l'objectiu terapèutic pactat, i també la provisió del material documental necessari. Per a la prevenció s'han de promoure accions comunitàries, i en atenció primària han de prevaldre les sessions d'educació grupal.

La diabetis mellitus és una malaltia crònica que participa del model de cronicitat i nivells de complexitat. L'aproximació de la diabetis des d'aquest punt de vista permet adequar els recursos a les necessitats, tant d'assistencials com d'educatives, considerant en cada nivell els agents o professionals més adequats per a assolir els objectius, on s'ofereix un paper protagonista al pacient en les autocures a través de l'educació terapèutica en diabetis, sobretot en els nivells de menor complexitat, sempre amb la finalitat de conservar o millorar el seu estat de salut i evitar la progressió a nivells de major complexitat. En el nivell 0, persones sanes o en risc de desenvolupar diabetis, l'objectiu principal és la Promoció de la salut, per a evitar l'obesitat i l'aparició de la diabetis, i l'àmbit d'actuació, el comunitari. En el nivell 1, en què es troben els pacients amb diabetis i sense complicacions cròniques, la finalitat és evitar la progressió de la malaltia i l'aparició de complicacions, l'espai sanitari principal ha de ser en atenció primària. El nivell 2, definit per pacients de moderada complexitat i major risc de complicacions, necessiten la integració de l'assistència primària amb especialistes hospitalaris, sobretot en endocrinologia a través de les unitats de diabetis i l'objectiu primordial serà el seguiment de la progressió de les complicacions. Finalment, el nivell 3, que suposa el menor nombre de pacients, però els més complexos amb risc elevat d'ingressos hospitalaris i consultes en urgències, necessàriament necessiten la integració amb l'hospital i amb diferents especialitats, sobretot l'endocrinologia i la medicina interna.

A fi de garantir un registre de qualitat en els sistemes d'informació, que assegure una avaluació ajustada a la situació real de l'impacte de les intervencions amb els indicadors adequats, s'ha de recomanar una relació de codis de diagnòstic mèdic i

d'actuacions d'infermeria, que en faciliten la monitorització i les conseqüents accions de millora.

Atés que la comunicació és clau per a la integració entre l'atenció primària i el nivell hospitalari i per tal com aquesta és un requisit per a l'optimització de l'assistència i els recursos sanitaris, es proposen mesures com ara l'accés comú a la història clínica electrònica entre nivells assistencials i la comunicació entre nivells i la planificació de les accions locals en el si de la unitat funcional integrada de diabetis.

Equip de treball diabetis mellitus tipus 1 infantojuvenil:

- Pediatria.
- Endocrinologia.
- Infermeria dedicada a educació terapèutica en diabetis.
- Associacions de persones amb diabetis.
- Sotsdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial
- Treball social

Equip de treball de diabetis mellitus tipus 1 en adults:

- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Infermeria dedicada a educació terapèutica en diabetis.
- Infermeria d'atenció primària.
- Nefrologia, oftalmologia, cirurgia cardiovascular, cardiologia, neurologia, altres especialistes que es proposen.
- Associacions de persones amb diabetis.
- Sotsdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
- Treball social.

Equip de treball diabetis mellitus tipus 2:

- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.

- Infermeria dedicada a educació terapèutica en diabetis.
- Infermeria d'atenció primària.
- Nefrologia, oftalmologia, cirurgia cardiovascular, cardiologia, neurologia, medicina interna, altres especialistes que es proposen.
- Associacions de persones amb diabetis.
- Sotsdirecció General d'Avaluació de la Gestió Assistencial.
- Treball social.

Objectiu general 3.1. Establir millores en l'organització i coordinació entre especialitats i nivells assistencials per a aconseguir una atenció integral i integrada a les persones amb diabetis mellitus.	
Objectius específics	Accions
OE 3.1.1. Definir els recursos assistencials per a l'atenció de la diabetis mellitus.	3.1.1.1. Definició de l'estructura i cartera de serveis de l'atenció primària en l'abordatge de la diabetis.
	3.1.1.2. Definició de l'estructura i cartera de serveis de les unitats de diabetis.
	3.1.1.3. Definició de l'estructura i cartera de serveis de les unitats de diabetis de referència.
	3.1.1.4. Definició de l'estructura i cartera de serveis de les unitats funcionals integrades de diabetis. (UFID).
OE 3.1.2. Millorar la coordinació entre professionals i entre nivells assistencials.	3.1.2.1. Creació dels UFID departamentals.
	3.1.2.2. Potenciar la comunicació i participació en el si dels UFID.
	3.1.2.3. Promoure els activitats entre nivells assistencials en l'àmbit de la UFID.
OE 3.1.3. Millorar la coordinació interdepartamental.	3.1.3.1. Elaboració del mapa de recursos per departament.
	3.1.3.2. Afavorir el treball en xarxa entre departaments.
	3.1.3.3. Fomentar la comunicació entre departaments per a identificar accions i activitats que ja s'estan duent a terme en algun centre i que puguen ser beneficioses per a la resta.

Objectiu general 3.2. Disminuir la variabilitat en l'assistència a les persones amb diabetis.	
Objectius específics	Accions
OE 3.2.1. Elaboració i desenvolupament dels processos assistencials integrats (PAI) en DM-1 i DM-2.	3.2.1.1. Elaboració dels processos assistencials integrats en DM-2 i DM-1.
	3.2.1.2. Difusió i formació dirigida a professionals dels PAI de diabetis.
	3.2.1.3. Disseny de la ruta assistencial de DM-2 i DM-1 en cada departament, basades en PAI de diabetis.

Objectiu general 3.3. Millorar els resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis, i també reduir la morbiditat i la mortalitat de les persones amb diabetis.	
Objectius específics	Accions
OE 3.3.1. Fomentar l'adhesió de professionals als recomanacions de la ruta de diabetis.	3.3.1.1. Avaluar el grau de compliment dels recomanacions de la ruta assistencial de DM en cada departament.
	3.3.1.2. Implicar en la gestió als UFID per a millorar el grau de compliment dels recomanacions de la ruta de DM.
OE.3.3.2. Estimular l'adherència terapèutica.	3.3.1.1. Desenvolupar mesures per a millorar l'adherència terapèutica a les recomanacions farmacològiques i no farmacològiques de la diabetis i els factors de risc cardiovascular.
	3.3.1.2. Controlar l'adherència terapèutica a les recomanacions farmacològiques i no farmacològiques.
OE. 3.3.3. Avaluar l'impacte de la reducció de variabilitat i la millora de l'adherència terapèutica.	3.3.3.1. Analitzar els resultats de control de la diabetis i els factors de risc cardiovascular, incidència de complicacions i mortalitat.

Objectiu general 3.4. Empoderar al pacient amb diabetis mellitus en la gestió de la seua malaltia a través de l'educació terapèutica en diabetis.	
Objectius específics	Accions
OE 3.4.1. Assegurar una educació terapèutica en diabetis, comuna i de qualitat, en tota la Comunitat.	3.4.1.1. Elaboració del programa d'educació terapèutica en mellitus tipus 1 infantojuvenil i en l'edat adulta.
	3.4.1.2. Elaboració del programa d'educació terapèutica en diabetis mellitus tipus 2.
	3.4.1.3. Difusió i formació dels manuals d'educació terapèutica en diabetis dirigida a professionals.
	3.4.1.4. Implementar intervencions educatives en els centres de tota la Comunitat Valenciana.
	3.4.1.5. Participació imprescindible de professionals d'infermeria en el desenvolupament de les intervencions educatives en els centres de la Comunitat Valenciana.
	3.4.1.6. Adaptació d'agendes d'infermeria a les recomanacions consensuades en els programes d'educació terapèutica.
OE 3.4.2. Facilitar l'accés als professionals del material d'educació terapèutica en diabetis.	3.4.2.1. Integrar el material d'educació terapèutica en diabetis en els recursos digitals corporatius.
	3.4.2.2. Fomentar l'ús del material d'educació terapèutica en diabetis.
OE 3.4.3. Afavorir la implicació de les persones amb diabetis en l'adquisició d'habilitats per a l'autogestió de la diabetis.	3.4.3.1. Col·laboració amb les associacions de persones amb diabetis en l'elaboració de material educatiu i divulgatiu per a la seua difusió per part seua.
	3.4.3.2. Promocionar les activitats d'autocures en diabetis dins del programa del Pacient Actiu.

Objectiu general 3.5. Optimitzar i homogeneïtzar els registres relacionats amb la diabetis	
Objectius específics	Accions
OE 3.5.1. Millorar els registres de dades relacionades amb la diabetis.	3.5.1.1. Selecció i normalització dels codis CIE més apropiats per a l'assignació diagnòstica i posterior elaboració del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.
	3.5.1.2. Difusió del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.
	3.5.1.3. Formació dirigida a professionals a través de la unitat funcional integral de diabetis en el catàleg de diagnòstics CIE relacionats amb la diabetis.
OE 3.5.2. Facilitar el registre de les dades de la diabetis en la història clínica.	3.5.2.1. Col·laboració amb SIA per a l'adaptació de la història clínica electrònica i facilite l'arreplega de dades relacionades amb la diabetis.

9.4. LÍNIA ESTRATÈGICA 4: DIABETIS I GESTACIÓ

Objectius:

4.1. Millorar l'atenció a la dona embarassada amb diabetis pregestacional.

4.2. Millorar l'atenció a la dona amb diabetis gestacional.

4.3. Promoció de la lactància materna.

La diabetis gestacional és el problema mèdic més freqüent que apareix durant la gestació, aproximadament entre el 7% i el 14% de les gestacions, mentres que el 0.3% dels embarassos és en dones amb diabetis pregestacional. Ambdues situacions poden afectar la salut materna i fetal, encara que és aquesta última la que més complicacions ocasiona i fins i tot amenaça la vida del fetus.

Els resultats de salut de la mare i descendència es poden millorar si es realitzen les intervencions adequades. En el cas de la diabetis pregestacional la planificació preconcepcional amb atenció intensiva especialitzada i seguiment estret amb adequat control glucèmic durant el període de gestació pot evitar-ne les complicacions.

El programa d'atenció a les dones amb diabetis gestacional s'estableix per a cobrir els punts següents:

- Informació a totes les dones en edat fèrtil per a mantindre hàbits de vida saludables i evitar l'excés de pes.
- cribatge universal de diabetis gestacional.
- Ruta assistencial de la diabetis gestacional.
- Recomanacions sobre la dieta i activitat física, recomanacions d'autocontrols de glucèmia capil·lar i objectius terapèutics.
- Cures intrapart i postpart.
- Avaluació de la hipoglucèmia neonatal o d'altres complicacions del nounat.
- Revaluació postpart de la situació del metabolisme hidrocarbonat.

En les dones amb diabetis pregestacional, cal la consulta preconcepcional per garantir un control adequat de la diabetis previ a la gestació, i també l'avaluació de possibles complicacions relacionades amb la diabetis. El programa d'atenció a les dones amb diabetis pregestacional ha d'oferir cobertura a aquests aspectes:

- Consulta preconcepcional.

- Ruta assistencial de la diabetis pregestacional.
- Recomanacions sobre la dieta i activitat física, recomanacions d'autocontrols de glucèmia capil·lar i objectius terapèutics.
- Cures intrapart i postpart.
- Avaluació de la hipoglucèmia neonatal o d'altres complicacions en nàixer.
- Revaluació postpart de les necessitats terapèutiques.

Les dones amb antecedents de diabetis gestacional presenten un elevat risc de tornar a manifestar diabetis gestacional en successius embarassos, o bé de desenvolupar diabetis tipus 2 a una edat més avançada. És per això que, encara que la revaluació postpart del metabolisme glucídic indique que no mostra diabetis en aqueix moment, s'ha de promoure la participació de la dona en programes de prevenció i control de l'obesitat. En aquest sentit, i com a acció preventiva de l'obesitat, la lactància materna preveu l'obesitat i la diabetis mellitus en la mare, a més, també exerceix accions beneficioses sobre la prevenció de l'excés de pes en la descendència, per la qual cosa és necessari promoure la lactància materna i facilitar les condicions perquè puga prolongar-se.

Equip de treball:

- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Obstetrícia.
- Salut pública.
- Infermeria educadora en diabetis.
- Infermeria d'atenció primària.
- Comares.

Objectiu general 4.1. Millorar l'atenció a la dona embarassada amb diabetis pregestacional.	
Objectius específics	Accions
OE 4.1.1. Promoció dels hàbits saludables.	4.1.1.1. Col·laborar en l'Estratègia d'alimentació saludable i activitat física.
OE 4.1.2. Disminuir la variabilitat en l'atenció a la diabetis pregestacional.	4.1.2.1. Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a la dona embarassada amb diabetis pregestacional.
	4.1.2.2. Definició del programa d'educació terapèutica.
	4.1.2.3. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.
	4.1.2.4. Realitzar consulta preconcepcional.
	4.1.2.5 Elaboració de la guia de cures i atencions peripart.
	4.1.2.6. Avaluació de la hipoglucèmia neonatal i d'altres complicacions del nounat.
	4.1.2.7. Revaluació de les necessitats del tractament antidiabètic postpart.
	4.1.2.8. Difusió de les recomanacions a professionals.

Objectiu general 4.2. Millorar l'atenció a la dona embarassada amb diabetis gestacional.	
Objectius específics	Accions
OE 4.2.1. Promoció dels hàbits saludables en la dona gestant.	4.2.1.1. Col·laborar en l'Estratègia d'alimentació saludable i activitat física.
	4.2.1.2. Desenvolupar la guia amb Informació a totes les dones en edat fèrtil per a mantindre hàbits de vida saludables.
OE 4.2.2. Disminuir la variabilitat en l'atenció a la diabetis gestacional.	4.2.2.1. Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a la dona embarassada amb diabetis gestacional.
	4.2.2.2. Definició del programa d'educació terapèutica.
	4.2.2.3. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.
	4.2.2.4. Realitzar cribratge universal de diabetis gestacional.
	4.2.2.5. Elaboració de la guia de cures i atencions peripart.
	4.2.2.6. Avaluació de la hipoglucèmia neonatal i d'altres complicacions del nounat.
	4.2.2.7. Revaluar la situació de l'alteració del metabolisme hidrocarbonat postpart.
	4.2.2.8. Difusió de les recomanacions als professionals.

Objectiu general 4.3. Promoció de la lactància materna.	
Objectius específics	Accions
OE 4.3.1. Promoció de la lactància materna pels professionals.	4.3.1.1. Redactar el document de promoció de la lactància materna en dones amb diabetis gestacional o pregestacional dirigit a professionals.
	4.3.1.2. Difusió i formació a professionals.
OE 4.3.2. Promoció de la lactància materna a les dones amb diabetis gestacional o pregestacional.	4.3.2.1. Difusió de la guia de consells saludables i de lactància materna dirigida a dones amb diabetis gestacional i pregestacional.

9.5. LÍNIA ESTRATÈGICA 5: OPTIMITZACIÓ I NOVES TECNOLOGIES

Objectius:

5.1. Avaluar i facilitar l'accés a les noves teràpies i tecnologies que puguen millorar les cures i atencions, els resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis.

5.2. Vetlar per l'ús racional dels tractaments farmacològics.

5.3. Impulsar iniciatives per al desenvolupament de la Diabetis 2.0 a la Comunitat Valenciana.

Assistim al repte actual de l'aparició de noves tecnologies, innovacions i teràpies que poden facilitar les cures i atencions de la diabetis, millorar la qualitat de vida de les persones amb diabetis i permetre aconseguir millors resultats en els objectius terapèutics. Una altra consideració positiva ve donada per la varietat de fàrmacs antidiabètics, perquè permet fer recomanacions més adequades a cada pacient. No obstant això, la difusió de les novetats, generalitzada gràcies a les tecnologies de la informació i comunicació, i el constrenyiment de vegades que es genera per a la seua aplicació, ha de ser avaluada prudentment.

En aquest context, el desenvolupament tecnològic està generant noves demandes i en aquesta direcció emergeix l'*e-pacient*. La diabetis és una patologia que permet la connexió i comunicació del pacient amb el seu metge, metgessa, infermer o infermera per a telemonitorització i assistir-lo en l'autogestió de la malaltia, accions amb un impacte social rellevant. Però, no sols per aquesta capacitat de resposta immediata entre pars, sinó perquè, a més, dota de la possibilitat d'habilitar recursos per a la consulta i autogestió, facilita la divulgació d'informació adequada i notícies rellevants a la comunitat i també possibilita la interacció i participació ciutadana, que poden augmentar el grau d'empoderament de les persones amb diabetis i també el seu nivell de motivació.

La situació econòmica actual, que compromet la sostenibilitat dels recursos sanitaris públics, unida al context tecnològic i científic descrit, exigeixen una avaluació i un ús racional d'aquests per a garantir que s'ofereixen les millors opcions terapèutiques a aquelles persones que més benefici poden obtindre en cada situació. La col·laboració entre professionals, societats científiques, associacions de persones amb diabetis i autoritats és un element clau per a la priorització, implementació i presa de decisions responsables. La coresponsabilitat per a establir els criteris que permeten desenvolupar l'accés a aquestes novetats ha de ser un element de cohesió entre els beneficiaris i tots els agents que participem en l'assistència a les persones amb diabetis.

Els resultats d'aquestes avaluacions han de basar-se fonamentalment en l'evidència clínica i la seguretat, però considerant també els estudis de cost-eficàcia.

Com a conseqüència d'això, s'han d'elaborar les recomanacions que permetran optimitzar l'accés i expansió d'aquestes innovacions. És necessària l'avaluació periòdica amb els indicadors pertinents per a comprovar si les indicacions i recomanacions d'ús, són adequades o no, o bé necessiten modificacions segons l'experiència que es vaja obtenint.

. Equip de treball:

- Pediatria.
- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Farmàcia.
- Infermeria educadora de diabetis.
- Infermeria d'atenció primària.
- Associacions de persones amb diabetis.
- Farmàcia.

Objectiu general 5.1. Avaluar i facilitar l'accés a les noves teràpies i tecnologies que puguen millorar les cures i atencions, resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis	
Objectius específics	Accions
OE 5.1.1. Facilitar l'accés a noves teràpies i tecnologies.	5.1.1.1. Creació de grups de treball multidisciplinari per a l'avaluació, priorització i assessorament de noves teràpies i tecnologies.
	5.1.1.2. Assessorament a les direccions generals corresponents en la presa de decisions.
OE 5.1.2. Avaluació de les noves teràpies i tecnologies.	5.1.2.1. Avaluació dels resultats de les iniciatives aprovades.
	5.1.2.2. Difusió dels resultats

Objectiu general 5.2. Vetlar per l'ús racional dels tractaments farmacològics.	
Objectius específics	Accions
OE 5.2.1. Afavorir l'ús racional dels tractaments farmacològics.	5.2.1.1. Creació del subcomité multidisciplinari de posicionament terapèutic en diabetis.
	5.2.1.2. Redacció de documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.
	5.2.1.3. Difusió dels documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.
	5.2.1.4. Formació al personal sanitari sobre l'ús racional dels recursos terapèutics.
	5.2.1.5. Potenciar la participació dels professionals en la gestió en el marc de la UFID.
OE 5.2.2. Valorar els patrons de	5.2.2.1. Avaluar els patrons de prescripció segons combinació

prescripció dels agents antidiabètics.	de fàrmacs i condicions clíniques.
	5.2.2.2. Estimar les situacions d'inadequació terapèutica.
OE 5.2.3. Establir mesures de correcció de les situacions d'inadequació farmacològica.	5.2.3.1. Preparar butlletins periòdics amb els patrons de prescripció recomanats i els resultats de les accions avaluades.
	5.2.3.2. Comunicar els resultats a professionals per a promoure l'autoavaluació i iniciatives d'optimització en la prescripció.
	5.2.3.3. Afavorir la participació de les unitats de diabetis, serveis de farmàcia departamentals i atenció primària en l'àmbit de les unitats funcionals integrades de diabetis per a proposar les accions de millora necessària en cada departament de salut.

Objectiu general 5.3. Impulsar iniciatives per al desenvolupament de la Diabetis 2.0 a la Comunitat Valenciana.	
Objectius específics	Accions
OE 5.3.1. Impulsar iniciatives per al desenvolupament de la Diabetis 2.0 a la Comunitat Valenciana.	5.3.1.1. Crear un espai web sobre diabetis en el domini de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
	5.3.1.2. Aportar informació a la ciutadania sobre prevenció, tractaments, recursos sociosanitaris, material educatiu i aquells temes la difusió dels quals puga suposar un benefici per als usuaris i usuàries a través de les TIC.
	5.3.1.3. Estimular la participació de professionals i de les persones amb diabetis en l'elaboració del contingut digital.
	5.3.1.4. Promoure l'elaboració de materials educatius amb la participació de persones amb diabetis.
OE 5.3.2. Aplicar les noves tecnologies de la informació i comunicació en la gestió clínica.	5.3.2.1. Facilitar l'accés i la formació a les aplicacions informàtiques de Conselleria per a estimular la participació en la gestió clínica.
	5.3.2.2. Treballar per a la integració dels resultats de les variables de salut, com la glucèmia o la glucosa intersticial, en les ferramentes de gestió clínica.
	5.3.2.3. Col·laborar amb els recursos informàtiques de la Conselleria per a oferir recursos sobre diabetis a la població.
	5.3.2.4. Creació d'una app connectada amb Health wearable que registre les variables de salut i que puguen exportar-se a la història clínica electrònica.
OE 5.3.3. Afavorir accions de telemedicina.	5.3.3.1. Proposar agendes de teleconsulta per a l'atenció de persones amb diabetis.
	5.3.3.2. Potenciar l'ús de les consultes no presencials entre nivells assistencials.

9.6. LÍNIA ESTRATÈGICA 6: EQUITAT EN TOTS ELS NIVELLS D'ACTUACIÓ

Objectius:

6.1. Promoció de l'equitat en tots els nivells d'actuació: Promoció de la salut, prevenció primària, secundària i terciària i en l'assistència sanitària.

6.2. Reduir les desigualtats en tots els nivells d'actuació per la condició social, lloc de residència, ètnia, gènere, edat o qualsevol altra circumstància que implique situació d'exclusió social o vulnerabilitat.

6.3. Garantir l'aplicació de les mesures de l'estratègia a totes les persones.

6.4. Determinar les accions específiques per a garantir que s'aconsegueix donar accés a les mesures de control i teràpia necessàries a aquest col·lectiu.

El IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, en el seu objectiu 2.4 "*Frenar la tendència creixent de la diabetis*", proposa com a accions per a reduir les desigualtats les accions següents:

- *2.4.5. "Millorar l'alfabetització sanitària de les persones que es troben en situació més desfavorida*".
- 2.4.8. "Promoure *estudis de desigualtats en l'atenció i l'atenció del pacient amb DM, incloent-hi variables de gènere, classe social, ocupació, territori, ètnia i diversitat funcional, a fi que els serveis i els professionals sanitaris adopten totes les mesures al seu abast perquè totes les persones reben les cures i atencions adequades a les seues necessitats".*
- 2.4.9. *"Reforçar les intervencions sobre els col·lectius més perjudicats o vulnerables per a reduir les desigualtats detectades".*

El 17,38% de la població valenciana es troba en situació d'exclusió social, segons anàlisi de les dades del Sistema d'Informació Poblacional. La Comunitat Valenciana acull diferents col·lectius de persones amb diversitat cultural, lingüística i social en risc de vulnerabilitat, que ha de ser motiu de reflexió per a garantir l'assistència universal i equitativa de les mesures del Pla de Diabetis. Les particularitats de cada grup fan que de vegades apareguen barreres que han d'abordar-se de forma específica.

Hi ha gran concordança entre els mapes de distribució de la població valenciana de persones en situació d'exclusió social, i el de prevalença de diabetis, de tal forma que aquelles comarques amb majors índexs de població en situació d'exclusió social són les que major prevalença de diabetis presenten i viceversa. Aquesta associació també s'observa amb l'obesitat, perquè aquelles persones pertanyents als estrats socials més deprimits pateixen un índex més alt d'excés de pes. Així doncs, són prioritàries les

accions preventives per a evitar l'obesitat, especialment entre joves, i també véncer els obstacles que impedeixen l'assistència adequada, com pot ser l'accés als recursos de salut o l'adherència als plans de cures i atencions d'aquelles persones amb diabetis, ja que, estan exposats a major risc de desenvolupar les complicacions cròniques de la diabetis.

L'abordatge de les necessitats específiques d'aquests col·lectius de persones vulnerables exigeix el disseny de mesures i rutes assistencials concretes i particulars, prèvia anàlisi i caracterització de la diversitat poblacional que defineix la demografia de cada població o comarca. Entre les possibles accions a considerar destacarien:

- En aquells grups de persones en què l'idioma siga un obstacle s'hauria de proveir informació en la seua llengua nativa i facilitar l'accés a la traducció durant l'acte assistencial.

- En el cas de joves és prioritari fomentar els tallers i activitats grupals en què es reforcen els hàbits en la dieta saludable, i la promoció de l'activitat física.

- En aquelles famílies i comunitats ètniques en què s'identifique un elevat índex d'obesitat seria convenient l'educació cap a un patró dietètic més saludable com és la dieta mediterrània.

- En residents en el medi rural caldria valorar si la distància és una limitació i en aqueix cas planificar accions locals educatives i potenciar el suport als equips d'atenció primària amb els equips hospitalaris a través de l'atenció telemàtica com són les consultes no presencials.

- En el col·lectiu de persones majors, la fragilitat que els caracteritza predisposa a un elevat risc de descompensacions per hiperglucèmia o hipoglucèmia i d'hospitalització amb reingressos, per aquest motiu hauria de realitzar-se la monitorització activa per part de cuidadors i personal d'infermeria per a la identificació precoç de les amenaces que puguen ocasionar aquestes alteracions i la comunicació als facultatius i facultatives per a la correcció en el medi ambulatori. L'excés de pes és més freqüent entre les persones de major edat, però també és molt prevalent la desnutrició. Ambdues situacions poden complicar el tractament de la diabetis i, a més, la desnutrició és un factor de risc per a la hipoglucèmia i l'hospitalització per altres motius no relacionats directament amb la diabetis, per la qual cosa l'avaluació nutricional és convenient per a adequar les recomanacions dietètiques a les necessitats individuals.

- A les persones i famílies amb recursos limitats hauria d'assegurar-se'ls la provisió dels fàrmacs i productes sanitaris que necessiten. També caldria dotar-los amb l'educació sanitària adequada i ensinistrament en l'elecció i elaboració dels aliments saludables que puguen adequar-se a la seua economia.

És fonamental la participació multidisciplinària i la coordinació dels equips assistencials amb Salut Pública, els agents comunitaris, els treballadors socials i els

governs locals en totes les etapes d'aquest procés amb la finalitat de comprendre els problemes de cada col·lectiu i valorar la viabilitat de les propostes per a aconseguir els millors resultats de salut en els col·lectius de població vulnerable o en situació d'exclusió social.

Una altra font de desequilibri pot donar-se per la localització geogràfica del lloc de residència. En aquest cas s'han de valorar les necessitats no cobertes i els recursos disponibles per a facilitar l'accés a les persones amb diabetis als serveis de salut que necessiten.

Grup de treball:

- Pediatria.
- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Salut Pública.
- Infermeria.
- Infermeria educadora de diabetis.
- Associacions de persones amb diabetis.
- Entitats locals (ajuntaments, associacions veïnals, …).
- Treball social.

Objectiu general 6.1. Reduir els desigualtats en tots els nivells d'actuació per la condició social, lloc de residència, ètnia, gènere, creença, edat o qualsevol altra circumstància que implique situacions d'exclusió social o vulnerabilitat.	
Objectius específics	Accions
OE 6.1.1. Identificar els grups de població en situació o risc de vulnerabilitat.	6.1.1.1. Determinar el mapa epidemiològic de vulnerabilitat o exclusió social i diabetis de la Comunitat Valenciana.
OE 6.1.2. Conéixer la situació real sociosanitària d'aquests col·lectius per departaments de salut.	6.1.2.1. Analitzar la situació administrativa de les persones en aquestes situacions.
	6.1.2.2. Estudiar la situació sociosanitària dels determinants de salut, el context i els condicionants que influeixen sobre la diabetis en aquests grups de persones.
	6.1.2.3. Millorar el coneixement del personal sanitari dels costums dels diferents col·lectius, especialment de l'ètnia gitana (com a grup majoritari entre els minories i major prevalença de diabetis), amb relació a la salut i la malaltia.
	6.1.2.4. Millorar el coneixement sobre els usos i costums de la població musulmana i de les dates del període del ramadà.
	6.1.2.5. Incloure els variables socials en la història clínica.
OE 6.1.3. Avaluar les necessitats dels	6.1.3.1. Identificar i caracteritzar les necessitats d'aquests

grups vulnerables.	grups per a desenvolupar els programes de mesura específics.
OE 6.1.4. Avaluar el risc de falta d'equitat per lloc de residència	6.1.4.1. Estudiar l'accessibilitat de pacients amb diabetis als recursos d'assistència especialitzada per lloc de residència.

Objectiu general 6.2. Promoció de l'equitat en tots els nivells d'actuació: Promoció de la salut, prevenció primària, secundària i terciària i en l'assistència sanitària.	
Objectius específics	Accions
OE 6.2.1. Promoció de la prevenció, atenció primerenca, tractament i seguiment de la DM.	6.2.1.1. Promoure campanyes d'informació d'accés universal a l'assistència sanitària en diversos idiomes i en entorns pròxims a persones que ho necessiten.
	6.2.1.2. Promoure l'educació en salut per a la prevenció i el tractament dirigida a pacients i persones del seu entorn, adaptant-la a les circumstàncies i necessitats de cada col·lectiu.
	6.2.1.3. Crear protocols específics, segons els necessitats de cada grup, per a facilitar l'accés a l'assistència sanitària.
	6.2.1.4. Organitzar campanyes per a diagnòstic en diversos idiomes i en entorns pròxims a aquests grups.
OE 6.2.2. Estimular la participació social en la consecució dels objectius.	6.2.2.1. Oferir informació i formació per a promoure conscienciació i sensibilització entre professionals i població general per a evitar l'estigmatització.
	6.2.2.2. Estimular la creació de grups solidaris de voluntaris per a la promoció d'hàbits saludables i col·laborar en l'educació terapèutica
	6.2.2.3. Facilitar la formació d'actius de salut a través dels líders de les comunitats vulnerables.
	6.2.2.4. Afavorir l'apoderament individual i col·lectiu a través de la participació de la comunitat per a millorar els coneixements i habilitats dels seus membres i fer-los partícips de la presa de decisions.

Objectiu general 6.3. Garantir l'aplicació dels mesures de l'estratègia a tots els persones.	
Objectius específics	Accions
OE 6.3.1. Estimular la implicació dels professionals en la consecució dels objectius.	6.3.1.1. Creació d'equips multidisciplinaris per al maneig consensuat i coordinat de la diabetis en els poblacions vulnerables.
	6.3.1.2. Promocionar la incorporació de l'equitat en la salut i la sanitat en els temaris de formació de grau i postgrau, i també en els programes de formació contínua i continuada.
	6.3.1.3. Requerir als societats científiques formació en equitat als seus socis.
	6.3.1.4. Promoure accions comunitàries en atenció primària a través d'aliances intersectorials (educació, serveis socials, agents locals, salut pública, …).
	6.3.1.5. Crear equips sociosanitaris coordinats per a la detecció en el medi d'aquests grups, en àmbits de les organitzacions no governamentals (ONG), en centres d'allotjament i restauració.
	6.3.1.6. Realitzar la gestió de casos amb seguiment per equips mixts dels casos detectats per a evitar complicacions en la mesura que siga possible.

OE 6.3.2. Eliminar barreres d'accés a serveis i prestacions socials.	6.3.2.1. Facilitar informació per a completar els tràmits administratius, com l'accés a targetes sanitàries.
OE 6.3.3. Facilitar accés als recursos sociosanitaris.	6.3.3.1. Elaborar catàlegs i guies detallades de recursos humans, institucionals i sociosanitaris per a professionals i per a pacients, adaptades en idiomes i pictogrames per a facilitar la seua comprensió; l'àmbit dels recursos ha d'incloure els serveis comunitaris, departamentals, per localitats i mancomunat en zones amb població escassa.
	6.3.3.2. Garantir l'accés als fàrmacs i productes sanitaris a través dels recursos sociosanitaris i dels seues condicions de manteniment.
	6.3.3.3. Proveir una alimentació adequada a través de menjadors col·lectius i bancs d'aliments per a les persones que ho necessiten.
	6.3.3.4. Habilitar espais amb condicions higièniques adequades per a garantir la salut i l'alimentació, i també la conservació i administració dels tractaments per a les persones que ho necessiten.
	6.3.3.5. Elaboració i implantació de protocols en situacions d'hospitalització i després de l'alta hospitalària per a facilitar l'acompanyament quan és necessite i la simplificació de tràmits per a accedir als recursos sociosanitaris.

9.7. LÍNIA ESTRATÈGICA 7: FORMACIÓ I INVESTIGACIÓ

Objectius:

7.1. Assegurar la presència de professionals d'infermeria amb tasques d'educació en diabetis en les unitats de diabetis.

7.2. Oferir formació a professionals de medicina d'atenció primària i altres especialitats.

7.3. Oferir formació a infermeria d'atenció primària en educació terapèutica en diabetis.

7.4. Col·laborar en la formació de professionals de l'educació en les necessitats dels xiquets, de les xiquetes i del joves amb diabetis mellitus en els centres educatius.

7.5. Promoure la investigació en diabetis.

El IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, per a aconseguir l'objectiu 2.4, "*Frenar la tendència creixent de la diabetis*", considera l'acció 2.4.4, "Garantir *l'oferta sistemàtica reglada d'educació terapèutica individual i d'educació grupal en autocures a tots els pacients des de l'inici del diagnòstic, impartida per educadors/es adequadament entrenats/ades*".

L'adquisició de coneixements i habilitats en diabetis és un element clau per a l'adequat exercici de l'activitat assistencial i la consecució dels objectius de l'estratègia de diabetis. La diabetis és una de les àrees de la medicina que més ha evolucionat en els últims anys. És una exigència derivada dels avanços científics i tecnològics i del desafiament que generen les necessitats assistencials i les demandes socials. El camí per a aconseguir-ho és la formació, que com ja s'ha vist prèviament es proposa per a ciutadania i pacients, però que també és fonamental per als i per a les professionals de la salut. Ha de promocionar-se la participació en activitats de formació en diabetis impartides per entitats acreditades i per les unitats de diabetis.

Per a garantir l'educació terapèutica en diabetis a pacients, és indispensable que el personal d'infermeria adquirisca el coneixement del programa educatiu estructurat i la capacitat per a la seua transmissió. Es recomana l'adquisició d'aquestes competències a través de cursos formatius de l'Escola Valenciana de la Salut (EVES) o bé amb programes locals, impartits pel personal de les unitats de diabetis i amb acreditació de l'EVES, però consensuats i avaluats des de l'oficina del Pla de Diabetis per a garantir un abordatge global i un missatge comú entre nivells assistencials i entre departaments de salut.

L'educació terapèutica en les unitats de diabetis és essencial i irrenunciable, és

necessari garantir la continuïtat assistencial en la formació a pacients i el record periòdic. El contingut educatiu en aquest nivell és més complex i necessita un coneixement més ampli per part del personal d'infermeria amb tasques d'educació terapèutica en diabetis. Fa falta, doncs, un perfil professional, amb un nivell d'instrucció i d'habilitats adquirides superior al que es desenvoluparia en atenció primària. Es recomana al personal d'infermeria que desenvolupe la seua activitat d'educació de diabetis que adquirisca l'acreditació suficient per a l'exercici de les funcions específiques en diabetis abans d'accedir a les unitats de diabetis.

En l'avaluació global de les necessitats de formació destaca el col·lectiu infantil. En la vida dels xiquets després de la llar familiar, l'altre eix principal és l'escola. Aquest és un entorn en què el professorat és font de coneixement cap als seus alumnes i podrien exercir una labor d'apreciat valor en la promoció dels hàbits alimentaris saludables i la pràctica de l'exercici físic. D'altra banda, la infància i joventut afectada per la diabetis tipus 1 en edat pediàtrica i juvenil pot necessitar atencions específiques derivades del seu problema de salut. En ambdues situacions es podrien realitzar intervencions selectives, des dels equips de salut, cap als equips docents per a proveir-los dels recursos en cas de necessitat. També s'ha de promoure la realització de cursos de formació al professorat en col·laboració amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.

La investigació és un element bàsic de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Púbica, per la qual cosa s'ha de fomentar la investigació en diabetis, coordinada i multidisciplinària entre els departaments de salut. La finalitat és promoure la innovació sanitària i ajudar a la presa de decisions en matèria de salut, sobretot orientada a la pràctica clínica; per això és important l'avaluació de les intervencions. S'ha de potenciar l'anàlisi de les dades de la història clínica electrònica a través d'investigadors experts, societats científiques i universitats per a la millora de l'atenció de la diabetis. A més, es prioritzarà la investigació sobre l'existència i l'evolució de les desigualtats en la diabetis i els seus determinants.

Grup de treball:

- Pediatria.
- Medicina familiar i comunitària.
- Endocrinologia.
- Salut pública.
- Infermeria.
- Infermeria dedicada a tasques d'educació terapèutica en diabetis.
- Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport.

- Associacions de persones amb diabetis.

OG 7.1. Assegurar la presència de professionals d'infermeria amb tasques d'educació en diabetis en les unitats de diabetis.	
Objectius específics	Accions
OE 7.1.1. Conéixer la situació dels educadors i educadors de diabetis en les unitats de diabetis.	7.1.1.1. Analitzar la dotació del personal d'infermeria dedicat a educació terapèutica en diabetis en les unitats de diabetis i la seua previsible edat de jubilació.
OE. 7.1.2. Establir un relleu ordenat en les unitats amb personal pròxim a la jubilació.	7.1.2.1. Elaboració d'un informe amb les futures necessitats de personal d'educació terapèutica.
	7.1.2.2. Desenvolupar propostes per a evitar la mancança d'infermers/eres d'educació terapèutica en les unitats de diabetis per raó de jubilació laboral.
OE 7.1.3. Promocionar la formació en educació terapèutica en diabetis.	7.1.3.1. Desenvolupar un programa de formació en educació terapèutica en diabetis per a unitats de diabetis dirigit a professionals d'infermeria.
	7.1.3.2. Crear cursos de formació continuada d'educació terapèutica en diabetis per a unitats de diabetis, dirigit a infermeria, en col·laboració amb l'EVES.

OG 7.2. Oferir formació a professionals de medicina d'atenció primària i altres especialitats.	
Objectius específics	Accions
OE 7.2.1. Elaborar programes de formació en diabetis d'àmbit autonòmic.	7.2.1.1. Establir un programa de formació en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a professionals de medicina.
	7.2.1.2. Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis dirigida a professionals de medicina, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.
OE.7.2.2. Promoure les activitats de formació en els departaments.	7.2.2.1. Promocionar la participació de professionals de medicina del departament en coordinació amb les unitats de diabetis, per a l'avaluació dels necessitats formatives.
	7.2.2.2. Potenciar el desenvolupament activitats de formació multidisciplinària en els departaments de salut.
OE. 7.2.3. Promocionar las noves tecnologies de la informació i la comunicació per a impulsar la formació.	7.2.3.1. Facilitar la formació a través de les noves tecnologies.
	7.2.3.2. Disposar el material formatiu en la xarxa informàtica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
	7.2.3.3. Difusió a través dels canals de comunicació en línia de la Conselleria.

OG 7.3. Oferir formació a la infermeria d'atenció primària en educació terapèutica en diabetis.	
Objectius específics	Accions
OE 7.3.1. Elaborar programes de formació en diabetis d'àmbit autonòmic.	7.3.1.1. Establir un programa de formació en educació terapèutiques i cures i atencions en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a infermeria d'atenció primària.
	7.3.1.2. Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis i la seua prevenció dirigida a infermeria d'atenció

	primària, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.
OE.7.3.2. Promoure les activitats de formació en els departaments.	7.3.2.1. Promocionar la participació de professionals d'infermeria d'atenció primària del departament en coordinació amb les unitats de diabetis, per a l'avaluació de les necessitats formatives.
	7.3.2.2. Potenciar el desenvolupament activitats de formació multidisciplinària en els departaments de salut.
OE. 7.3.3. Promocionar les noves tecnologies de la informació i la comunicació per a impulsar la formació.	7.3.3.1. Facilitar la formació a través de les noves tecnologies.
	7.3.3.2. Disposar el material formatiu en la xarxa informàtica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
	7.3.3.3. Difusió a través dels canals de comunicació en línia de la Conselleria.

OG 7.4. Col·laborar en la formació dels i de les professionals de l'educació en les necessitats dels xiquets, xiquetes i joves amb diabetis mellitus en els centres educatius.	
Objectius específics	Accions
OE 7.4.1. Contribuir a la transmissió de coneixements en diabetis a professionals de l'educació.	7.4.1.1. Cooperar amb professionals de l'educació, a través d'accions de formació específiques segons les necessitats d'escolars amb diabetis mellitus tipus 1.
	7.4.1.2. Col·laborar amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per a desenvolupar un programa de formació en diabetis dirigit a docents.
OE.7.4.2. Promoure millores en la comunicació intersectorial entre sanitat i educació.	7.4.2.1. Avaluar els circuits de comunicació entre els centres educatius i els centres sanitaris.
	7.4.2.2. Establir les millores de comunicació i resposta entre els centres educatius i els recursos sanitaris.

10. OFICINA DEL PLA PER A L'ASSISTÈNCIA INTEGRAL AL PACIENT AMB DIABETIS.

L'Oficina del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana és una estructura funcional dependent de la Sotsdirecció de Planificació i Organització Assistencial inclosa en l'organigrama de la Direcció General d'Assistència Sanitària de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. La seua funció principal és prestar suport cientificotècnic sobre les qüestions relacionades amb la diabetis mitjançant tasques de planificació, assessorament, coordinació i avaluació dels serveis de salut i les seues activitats, d'acord amb el que estableix l'Estratègia del Pla de Diabetis de la Comunitat Valenciana i les instruccions que l'autoritat sanitària dispose. Qui coordina l'oficina del Pla de Diabetis és coordinador/a del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana, mencionat en aquest document com a coordinador/a del Pla de Diabetis.

Coordinador/a del Pla de Diabetis

El coordinador o la coordinadora del Pla de Diabetis és un metge o una metgessa especialista en endocrinologia i nutrició, anomenat/ada per la consellera de Sanitat Universal i Salut Publica. Les funcions del/de la coordinador/a del pla són:

- Elaboració del pla o estratègia de diabetis, i també realitzar seguiment de la implementació, l'avaluació dels objectius assolits i les actualitzacions progressives.
- Redacció de propostes a la Comissió de Coordinació per al desenvolupament dels programes continguts en el pla o l'estratègia, seguiment i avaluació periòdica d'aquests.
- Planificar, desenvolupar i implementar processos assistencials, protocols i programes específics per a millorar l'atenció a les persones amb diabetis o en risc de patir-ne, augmentar la qualitat de la sanitat i garantir l'equitat en tots els nivells d'actuació.
- Nomenar als que són responsables de les unitats de diabetis.
- Acreditar les unitats de diabetis per a actuacions específiques complexes.
- Coordinació amb les estructures de les diferents direccions generals de la conselleria per al desenvolupament de plans i accions dirigides a la prevenció i control de la diabetis, i també contribuir a la sostenibilitat de la sanitat pública valenciana.
- Assessorament i recomanacions sobre problemes relacionats amb la diabetis que puguen sorgir en el desenvolupament del pla o de l'estratègia.
- Coordinació entre els recursos sanitaris de distints nivells i institucions per a l'abordatge integral de la diabetis en tota la xarxa assistencial de la Comunitat

Valenciana.

- Coordinació entre els diferents equips de treball i comités tècnics per a desenvolupar les accions encaminades a la consecució dels objectius del pla o de l'estratègia.

- Activitats de coordinació amb diversos equips o grups de treball dedicats a l'estudi i investigació de la diabetis, tant en l'àrea de l'epidemiologia, com en prevenció, assistència, informació, formació i docència, entre d'altres.

- Impulsar, facilitar i recolzar la participació ciutadana, de les persones amb diabetis i els seus familiars en les tasques d'assessorament i avaluació de les necessitats i resultats, formant part dels equips de treball i comités tècnics d'experts

- Fomentar la comunicació de les associacions de persones amb diabetis amb l'oficina del Pla de Diabetis.

- Col·laborar amb les Federació de Diabètics de la Comunitat de Valenciana i altres associacions de persones amb diabetis o compromeses amb la lluita contra la diabetis i treballar en defensa dels drets de les persones amb diabetis.

- Cooperar amb l'EVES en els programes de formació continuada per a millorar les competències professionals i capacitats dels professionals de la sanitat.

- Promoure la participació i assessorament de les societats científiques valencianes.

- Fomentar intervencions col·laboratives intersectorials o entre institucions encaminades a millorar la prevenció del sobrepés, l'obesitat, la diabetis, i també l'atenció a la diabetis.

- Convocar les reunions de la Comissió de Coordinació a instàncies de qualsevol dels seus membres o per una altra motivació.

- Coordinació i seguiment del sistema d'informació de diabetis.

- Participació i seguiment en els objectius i activitats de l'Estratègia de Diabetis del Sistema Nacional de Salut.

- Col·laborar amb altres comunitats autònomes en projectes i accions relacionades amb la diabetis d'interés comú.

Comissió Coordinadora del Pla de Diabetis de la Comunitat

La composició de la Comissió Coordinadora del Pla està definida en el Decret 74/1995 del *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana;* no obstant això, des del moment

de la seua publicació fins a la data actual, la denominació, l'estructura i l'organigrama de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública ha variat. Per aquest motiu en el moment de l'aprovació d'aquesta Estratègia, la comissió es va desenvolupar amb els càrrecs que més s'aproximaven a l'antiga descripció. Actualment la comissió està constituïda per:

- Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Director general d'assistència sanitària.
- Directora general de Salut Pública.
- Sotsdirector general de Planificació i Organització Assistencial.
- President de la Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició.
- Coordinador del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana.

En el moment d'aprovar l'actual estratègia de diabetis també es va proposar modificar el Decret 74/1995 per a ampliar la comissió amb l'objectiu de fer-la més participativa i amb representació ciutadana, de tal manera que s'ha proposat aquesta composició futura, atenent als principis de representació equitativa de dones i homes i després del nomenament de la consellera, amb els/les titulars de:

- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Direcció General d'Assistència Sanitària.
- Direcció General de Salut Pública.
- Sotsdirecció General de Planificació i Organització Assistencial.
- Coordinació del Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana.
- Presidència de la Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició.
- Presidència de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària.
- Presidència de SEMERGEN-CV.
- Presidència de SEMG-CV.
- Presidència de l'Associació Valenciana d'Educadors de Diabetis.
- Presidència de l'Associació Valenciana d'Infermeres Comunitàries.
- Presidència de la Federació de Diabètics de la Comunitat Valenciana (FEDICOVA).

Les funcions de la Comissió del Pla són:

- Aprovar el contingut del Pla o l'Estratègia
- Control i seguiment del desplegament i aplicació del Pla.
- Determinar els diferents nivells de coordinació entre les parts implicades en l'assistència del pacient diabètic.
- Establir i mantindre la necessària coordinació amb altres institucions públiques o privades i amb altres comunitats que tinguen plans o programes anàlegs, inclosa l'Estratègia en Diabetis del Sistema Nacional de Salut.

11. IMPLEMENTACIÓ DE L'ESTRATÈGIA

Es planteja la implementació de les mesures de l'estratègia de forma progressiva, a partir de les mesures prioritàries. Per a aconseguir que puguen dur-se a terme es compta amb la implicació de tots els col·lectius, institucions i agents interessats: persones amb diabetis i els seus familiars, professionals, conselleria, societats científiques i agents i institucions socials.

El focus de gran part de les mesures es basa a traspassar els límits de l'activitat assistencial dels professionals i fer-los partícips de la gestió i reorganització de les activitats, inicialment amb gran representació en els comités tècnics i en la fase de desenvolupament de l'estratègia amb la seua participació en les unitats funcionals integrades de diabetis departamentals. L'atenció passa per centrar els esforços en les persones amb diabetis i per això des de l'inici s'ha comptat amb elles i els seus familiars, d'aquesta manera s'ha aconseguit transmetre en tot moment l'essència del diàleg i la consideració, perquè amb la suma d'esforços de tots els agents implicats siga possible el suport i impuls a l'estratègia.

La implicació dels professionals és clau per a l'èxit de l'estratègia. Per això, és necessari visualitzar i comunicar els resultats que s'aconseguisquen. La pertinença a un equip que avança cap a l'excel·lència és un estímul per a continuar treballant en la consecució dels objectius. En aquest sentit, les accions que s'aconseguisquen i els resultats dels objectius de salut han d'arribar als professionals, individualment i a través de la unitat funcional integrada de diabetis. D'aquesta manera, el paper de les unitats funcionals és el de proposar els aspectes de millora, una vegada s'han rebut els resultats i s'han avaluats les seues accions, sempre en comunicació contínua amb el coordinador del pla de diabetis. Aquesta aproximació permet compartir objectius comuns en tot el territori de la Comunitat, però al seu torn, descentralitzar la gestió i donar major representativitat i responsabilitat als protagonistes de l'atenció a les persones amb diabetis.

L'altre aspecte nou és la col·laboració basada en la participació intersectorial, ja que així, a través d'objectius compartits, es promouen accions per a afrontar amb equips de diferents àmbits professionals i institucionals.

A més, es considera necessari avançar en la inclusió de nous professionals a les unitats de diabetis amb dedicació a la podologia i la nutrició.

12. PRIORITZACIÓ I CRONOGRAMA

Aconseguir que puguen dur-se a terme les mesures de l'Estratègia és la qüestió clau. Per aquest motiu és imprescindible comptar amb els comités d'experts i subcomités de les set línies estratègiques, i també cal realitzar una adequada divulgació, difusió i formació en els departaments. Per a això es compta amb el suport dels serveis centrals amb l'objectiu de coordinar-se amb les direccions departamentals.

Es consideren prioritàries les mesures que han de desenvolupar-se en els dos primers anys, segons aquests criteris:

- Benefici per a la població.
- Factibilitat.
- Equitat.
- Eficiència.
- Necessitats no resoltes.
- Satisfacció d'usuaris i professionals.

Objectius i accions destacades com a prioritàries:

Objectius	Accions
1.1.2. Protocol·litzar la intervenció en educació en alimentació saludable i activitat física de la població amb patrons alimentaris de risc i amb sedentarisme o amb excés de pes.	1.1.2.1. Elaborar i implementar protocols estructurats d'actuació en matèria d'alimentació saludable i activitat física per a la prevenció i tractament del sobrepés i l'obesitat, amb especial atenció a persones i grups en risc de vulnerabilitat socioeconòmica.
	1.1.2.2. Promoció en atenció primària de la prescripció de consells en alimentació saludable i pràctica d'activitat física, en totes les etapes de la vida en població sana, i també en els diferents estats de salut.
	1.1.2.4. Implantació de la prescripció d'activitat física en els centres d'atenció primària.
OE 1.2.1. Donar suport a la participació ciutadana i impulsar-la.	1.2.1.1. Estimular la implicació i participació de la població en accions de promoció d'hàbits saludables en la prevenció de l'excés de pes.
	1.2.1.5. Estimular el desenvolupament per a la comunitat de projectes o tallers grupals d'alimentació saludable i/o exercici físic amb la implicació de pacients experts.
OE 1.3.1. Fomentar el desenvolupament d'entorns habitables que faciliten la prevenció del sobrepés i l'obesitat.	1.3.1.1. Col·laborar amb les entitats municipals en el foment d'espais públics per a afavorir la pràctica de l'activitat física.
	1.3.1.2. Estimular l'aprofitament dels espais públics destinats a la pràctica de l'activitat física

	per les persones.
OE 2.1.2. Reduir el percentatge de pacients amb DM-2 no diagnosticada.	2.1.2.2. cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones majors de 45 anys amb glucèmia alterada sense diagnòstic previ de DM-2.
	2.1.2.3. cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones entre 20 i 45 anys amb hipertrigliceridèmia i HDL baix sense diagnòstic previ de DM-2.
	2.1.2.4. Disseny de via clínica per a l'atenció de pacients amb diagnòstic de diabetis mitjançant el cribatge oportunista de laboratori.
OE 3.1.2. Millorar la coordinació entre professionals i entre nivells assistencials.	3.1.2.1. Creació de les UFID departamentals
	3.1.2.2. Potenciar la comunicació i participació en el si de les UFID.
	3.1.2.3. Promoure les activitats entre nivells assistencials en l'àmbit de la UFID.
OE 3.2.1. Elaboració i desenvolupament dels processos assistencials integrats (PAI) en DM-1 i DM-2.	3.2.1.1. Elaboració dels processos assistencials integrats en DM-2 i DM-1.
	3.2.1.2. Difusió i formació dirigida als professionals dels PAI de diabetis.
	3.2.1.3. Disseny de la ruta assistencial de DM-2 i DM-1 en cada departament, basades PAI de diabetis.
OE 3.4.1. Assegurar una educació terapèutica en diabetis, comú i de qualitat, en tota la Comunitat.	3.4.1.1. Elaboració del programa d'educació terapèutica en mellitus tipus 1 infantojuvenil i d'adults.
	3.4.1.2. Elaboració del programa d'educació terapèutica en diabetis mellitus tipus 2.
	3.4.1.3. Difusió i formació dels manuals d'educació terapèutica en diabetis dirigida a professionals.
	3.4.1.4. Implementar intervencions educatives en els centres de tota la Comunitat Valenciana.
OE 3.4.2. Facilitar l'accés als professionals del material d'educació terapèutica en diabetis.	3.4.2.1. Integrar el material d'educació terapèutica en diabetis en els recursos digitals corporatius.
OE 3.4.3. Afavorir la implicació de les persones amb diabetis en l'adquisició d'habilitats per a l'autogestió de la diabetis.	3.4.3.1. Col·laborar amb pacients a través de les associacions de persones amb diabetis en l'elaboració de material educatiu i divulgatiu per a la seua difusió per ells.
OE 4.1.2. Disminuir la variabilitat en l'atenció a la diabetis pregestacional.	4.1.2.1. Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a la dona embarassada amb diabetis pregestacional.
	4.1.2.2. Definició del programa d'educació terapèutica.
	4.1.2.3. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.
	4.1.2.4. Realitzar consulta preconcepcional.
	4.1.2.8. Difusió de les recomanacions als professionals.
OE 4.2.2. Disminuir la variabilitat en l'atenció a la diabetis gestacional.	4.2.2.1. Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a l'embarassada amb diabetis gestacional.
	4.2.2.2. Definició del programa d'educació terapèutica.

	4.4.2.3. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.
	4.4.2.7. Revaluar la situació de l'alteració del metabolisme hidrocarbonat postpart.
	4.4.2.8. Difusió de les recomanacions a professionals.
OE 5.1.1. Facilitar l'accés a noves teràpies i tecnologies.	5.1.1.1. Creació de grups de treball multidisciplinari per a l'avaluació, priorització i assessorament de noves teràpies i tecnologies.
	5.1.1.2. Assessorament a les direccions generals corresponents en la presa de decisions.
OE 5.2.1. Afavorir l'ús racional dels tractaments farmacològics	5.2.1.1. Creació del subcomité multidisciplinari de posicionament terapèutic en diabetis.
	5.2.1.2. Redacció de documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.
	5.2.1.3. Difusió dels documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.
	5.2.1.4. Formació als professionals sobre l'ús racional dels recursos terapèutics.
	5.2.1.5. Potenciar la participació dels professionals en la gestió en el marc de la UFID.
OE 5.2.3. Establir mesures de correcció de les situacions d'inadequació farmacològica.	5.2.3.3. Afavorir la participació de les unitats de diabetis, serveis de farmàcia departamentals i atenció primària en l'àmbit de les UFID per a proposar les accions de millora necessària en cada departament de salut.
OE 5.3.1. Impulsar iniciatives per al desenvolupament de la Diabetis 2.0 a la Comunitat Valenciana	5.3.1.1. Crear un espai web sobre diabetis en el domini de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
OE 5.3.3. Afavorir accions de telemedicina	5.3.3.1. Potenciar l'ús de les consultes no presencials entre nivells assistencials.
	5.3.3.2. Proposar agendes de teleconsulta per a l'atenció de persones amb diabetis.
OE 6.1.1. Identificar els grups de població en situació o risc de vulnerabilitat.	6.1.1.1. Determinar el mapa epidemiològic de vulnerabilitat o exclusió social i diabetis de la Comunitat Valenciana.
OE 6.1.2. Conéixer la situació real sociosanitària d'aquests col·lectius per departaments de salut.	6.1.2.1. Analitzar la situació administrativa de les persones en aquestes situacions.
	6.1.2.2. Estudiar la situació sociosanitària dels determinants de salut, el context i els condicionants que influeixen sobre la diabetis en aquests grups de persones.
	6.1.2.3. Millorar el coneixement del personal sanitari dels costums dels diferents col·lectius, especialment de l'ètnia gitana (com a grup majoritari entre les minories i major prevalença de diabetis), amb relació a la salut i la malaltia.
	6.1.2.4. Millorar el coneixement sobre els usos costums de la població musulmana i de les dates del període del ramadà.
	6.1.2.5. Incloure les variables socials en la història clínica.
OE 6.2.1. Promoció de la prevenció, atenció primerenca, tractament i seguiment de la DM.	6.2.1.1. Promoure campanyes d'informació d'accés universal a l'assistència sanitària en diversos idiomes i en entorns pròxims a persones que ho necessiten.

	6.2.1.2. Promoure l'educació en salut per a la prevenció i el tractament dirigida al pacient i persones del seu entorn, adaptant-la a les circumstàncies i necessitats de cada col·lectiu.
	6.2.1.3. Crear protocols específics, segons les necessitats de cada grup, per a facilitar l'accés a l'assistència sanitària.
OE 6.3.1. Estimular la implicació dels professionals en la consecució dels objectius.	6.3.1.1. Creació d'equips multidisciplinaris per al maneig consensuat i coordinat de la diabetis en les poblacions vulnerables.
	6.3.1.2. Promocionar la incorporació de l'equitat en la salut i la sanitat en els temaris de formació de grau i postgrau, i també en els programes de formació contínua i continuada.
OE 6.3.3. Facilitar accés als recursos sociosanitaris.	6.3.3.1. Elaborar catàlegs i guies detallades de recursos humans, institucionals i sociosanitaris per a professionals i per a pacients, adaptades en idiomes i pictogrames per a facilitar la seua comprensió. L'àmbit dels recursos ha d'incloure els serveis comunitaris, departamentals, per localitats i mancomunat en zones amb població escassa.
OE 7.1.1. Conéixer la situació de les educadores i educadors de diabetis en les unitats de diabetis.	7.1.1.1. Analitzar la dotació de personal d'infermeria dedicat a educació terapèutica en diabetis en les unitats de diabetis i la seua previsible edat de jubilació.
OE. 7.1.2. Establir un relleu ordenat en les unitats amb personal pròxim a la jubilació.	7.1.2.1. Elaboració d'un informe amb les futures necessitats de personal d'educació terapèutica.
	7.1.2.2. Desenvolupar propostes per a evitar la mancança d'infermers/eres d'educació terapèutica en les unitats de diabetis per raó de jubilació laboral.
OE 7.1.3. Promocionar la formació en educació terapèutica en diabetis.	7.1.3.1. Desenvolupar un programa de formació en educació terapèutica en diabetis per a unitats de diabetis dirigit a professionals d'infermeria.
OE 7.2.1. Elaborar programes de formació en diabetis d'àmbit autonòmic.	7.2.1.1. Establir un programa de formació en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a professionals de medicina.
	7.2.1.2. Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis dirigida a professionals de medicina, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.
OE 7.3.1. Elaborar programes de formació en diabetis d'àmbit autonòmic.	7.3.1.1. Establir un programa de formació en educació terapèutiques i cures i atencions en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a infermeria d'atenció primària.
	7.3.1.2. Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis i la seua prevenció dirigida a infermeria d'atenció primària, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.
OE 7.4.1. Contribuir a la transmissió de coneixements en diabetis als professionals de l'educació.	7.4.1.1. Cooperar amb professionals de l'educació, a través d'accions de formació específiques segons les necessitats dels escolars amb diabetis mellitus tipus 1.
	7.4.1.2. Col·laborar amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per a

	desenvolupar un programa de formació en diabetis dirigit als docents.
OE.7.4.2. Promoure millores en la comunicació intersectorial entre sanitat i educació.	7.4.2.1. Avaluar els circuits de comunicació entre els centres educatius i els centres sanitaris.
	7.4.2.2. Establir les millores de comunicació i resposta entre els centres educatius i els recursos sanitaris.
OE 7.5.1. Incorporar l'activitat investigadora a l'activitat assistencial.	7.5.1.1. Creació d'un comité d'investigació en diabetis.
	7.5.1.3. Investigar l'impacte i la qualitat de les accions dutes a terme en l'àmbit de l'estratègia de diabetis per a implementar accions de millora contínua.
OE. 7.5.2. Promoure la innovació sanitària en diabetis.	7.5.2.2. Analitzar els resultats de l'activitat a través de la història clínica electrònica i les TIC.
	7.5.2.3. Investigar l'existència i evolució de les desigualtats en diabetis i els seus determinants.
OE. 7.5.3. Estimular la participació dels professionals i la ciutadania en la investigació.	7.5.3.1. Fomentar la participació dels ciutadans amb els professionals en el disseny dels projectes d'investigació.

Cronograma previst per a l'execució de les accions prioritàries.

Accions	**2017**	**2018**				**2019**	
	4t-T	**1r-T**	**2n-T**	**3r-T**	**4t-T**	**1r-T**	**2n-T**
Elaborar i implementar protocols estructurats d'actuació en matèria d'alimentació saludable i activitat física per a la prevenció i tractament del sobrepés i l'obesitat, amb especial atenció a persones i grups en risc de vulnerabilitat socioeconòmica.							
Promoció en atenció primària de la prescripció de consells en alimentació saludable i pràctica d'activitat física, en totes les etapes de la vida en població sana, i també en els diferents estats de salut.							
Implantació de la prescripció d'activitat física en els centres d'atenció primària.							
Estimular la implicació i participació de la població en accions de promoció d'hàbits saludables en la prevenció de l'excés de pes.							
Estimular el desenvolupament per a la comunitat de projectes o tallers grupals d'alimentació saludable i/o exercici físic amb la implicació de pacients experts.							
Col·laborar amb les entitats municipals en el foment d'espais públics per a afavorir la pràctica de l'activitat física.							
Estimular l'aprofitament dels espais públics destinats a la pràctica de l'activitat física per les persones.							

cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones majors de 45 anys amb glucèmia alterada sense diagnòstic previ de DM-2.							
cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones entre 20 i 45 anys amb hipertrigliceridèmia i HDL baix sense diagnòstic previ de DM-2.							
Disseny de via clínica per a l'atenció dels pacients diagnosticats mitjançant el cribatge oportunista de laboratori.							
Creació de les UFID departamentals							
Potenciar la comunicació i participació en el si de les UFID.							
Promoure les activitats entre nivells assistencials en l'àmbit de la UFID.							
Elaboració dels processos assistencials integrats en DM-2 i DM-1.							
Difusió i formació dirigida a professionals dels PAI de diabetis.							
Disseny de la ruta assistencial de DM-2 i DM-1 en cada departament, basades PAI de diabetis.							
Elaboració del programa d'educació terapèutica en mellitus tipus 1 infantojuvenil i d'adults.							
Elaboració del programa d'educació terapèutica en diabetis mellitus tipus 2.							
Difusió i formació dels manuals d'educació terapèutica en diabetis dirigida a professionals.							
Implementar intervencions educatives en els centres de tota la Comunitat Valenciana.							
Integrar el material d'educació terapèutica en diabetis en els recursos digitals corporatius.							
Col·laborar amb pacients a través de les associacions de persones amb diabetis en l'elaboració de material educatiu i divulgatiu per a la seua difusió.							
Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a la dona embarassada amb diabetis pregestacional.							
Diabetis pregestacional. Definició del programa d'educació terapèutica.							
Diabetis pregestacional. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.							
Diabetis pregestacional. Realitzar consulta preconcepcional.							
Diabetis pregestacional. Difusió de les recomanacions a professionals.							
Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a la dona embarassada amb diabetis gestacional. Diabetis gestacional.							
Diabetis gestacional. Definició del programa d'educació terapèutica.							

Diabetis gestacional. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.							
Diabetis gestacional. Reavaluar la situació de l'alteració del metabolisme hidrocarbonat postpart.							
Diabetis gestacional. Difusió de les recomanacions als professionals.							
Creació de grups de treball multidisciplinari per a l'avaluació, priorització i assessorament de noves teràpies i tecnologies.							
Assessorament a les direccions generals corresponents en la presa de decisions.							
Creació del subcomité multidisciplinari de posicionament terapèutic en diabetis.							
Redacció de documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.							
Difusió dels documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.							
Formació a professionals sobre l'ús racional dels recursos terapèutics.							
Potenciar la participació dels professionals en la gestió en el marc de la UFID.							
Afavorir la participació de les unitats de diabetis, serveis de farmàcia departamentals i atenció primària en l'àmbit de les UFID per a proposar les accions de millora necessària en cada departament de salut.							
Crear un espai web sobre diabetis en el domini de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.							
Potenciar l'ús de les consultes no presencials entre nivells assistencials.							
Proposar agendes de teleconsulta per a l'atenció de persones amb diabetis.							
Determinar el mapa epidemiològic de vulnerabilitat o exclusió social i diabetis de la Comunitat Valenciana.							
Analitzar la situació administrativa de les persones en aquestes situacions.							
Estudiar la situació sociosanitària dels determinants de salut, el context i els condicionants que influeixen sobre la diabetis en aquests grups de persones.							
Millorar el coneixement del personal sanitari dels costums dels diferents col·lectius, especialment de l'ètnia gitana (com a grup majoritari entre les minories i major prevalença de diabetis), amb relació a la salut i la malaltia.							
Millorar el coneixement sobre els usos costums de la població musulmana i de les dates del període del ramadà.							
Incloure les variables socials en la història clínica.							

Promoure campanyes d'informació d'accés universal a l'assistència sanitària en diversos idiomes i en entorns pròxims a persones que ho necessiten.							
Promoure l'educació en salut per a la prevenció i el tractament dirigida al pacient i persones del seu entorn, adaptant-la a les circumstàncies i necessitats de cada col·lectiu.							
Crear protocols específics, segons les necessitats de cada grup, per a facilitar l'accés a l'assistència sanitària.							
Creació d'equips multidisciplinaris per al maneig consensuat i coordinat de la diabetis en les poblacions vulnerables.							
Promocionar la incorporació de l'equitat en la salut i la sanitat en els temaris de formació de grau i postgrau, i també en els programes de formació contínua i continuada.							
Elaborar catàlegs i guies detallades de recursos humans, institucionals i sociosanitaris per a professionals i per a pacients, adaptades en idiomes i pictogrames per a facilitar la seua comprensió. L'àmbit dels recursos ha d'incloure els serveis comunitaris, departamentals, per localitats i mancomunat en zones amb població escassa.							
Analitzar la dotació de personal d'infermeria dedicat a educació terapèutica en diabetis en les unitats de diabetis i la seua previsible edat de jubilació.							
Elaboració d'un informe amb les futures necessitats de personal d'educació terapèutica.							
Desenvolupar propostes per a evitar la mancança d'infermers/eres d'educació terapèutica en les unitats de diabetis per raó de jubilació laboral.							
Desenvolupar un programa de formació en educació terapèutica en diabetis per a unitats de diabetis dirigit a professionals d'infermeria.							
Establir un programa de formació en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a metges.							
Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis dirigida a metges, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.							
Establir un programa de formació en educació terapèutiques i cures i atencions en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a infermeria							

d'atenció primària.							
Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis i la seua prevenció dirigida a infermeria d'atenció primària, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.							
Cooperar amb professionals de l'educació, a través d'accions de formació específiques segons les necessitats d'escolars amb diabetis mellitus tipus 1.							
Col·laborar amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per a desenvolupar un programa de formació en diabetis dirigit a docents.							
Avaluar els circuits de comunicació entre els centres educatius i els centres sanitaris.							
Establir les millores de comunicació i resposta entre els centres educatius i els recursos sanitaris.							
Creació d'un comité d'investigació en diabetis.							
Investigar l'impacte i la qualitat de les accions dutes a terme en l'àmbit de l'estratègia de diabetis per a implementar accions de millora contínua.							
Analitzar els resultats de l'activitat a través de la història clínica electrònica i les TIC.							
Investigar l'existència i evolució de les desigualtats en diabetis i els seus determinants.							
Fomentar la participació de la ciutadania amb professionals en el disseny dels projectes d'investigació.							

Taula 5. Cronograma de les accions prioritàries

13. AVALUACIÓ I INDICADORS

Objectiu general 1.1. Millorar el coneixement i els recursos per a la promoció d'hàbits saludables	
Acció	Indicador
1.1.1.1. Accions formatives dirigides al personal sanitari per a millorar el coneixement sobre els factors de risc associats a DM-2 i la seua prevenció.	Nombre d'activitats formatives en prevenció.
	Nombre de professionals sanitaris formats/nombre total de professionals sanitaris x100.
1.1.1.2. Potenciació d'activitats de formació sobre prescripció d'activitat física en atenció primària.	Nombre d'activitats formatives en prescripció d'activitat física.
	Nombre de professionals sanitaris formats/nombre total de professionals sanitaris x100.
1.1.1.3. Dotació de recursos en temps de consulta i en espais físics que permeten als professionals sanitaris realitzar promoció d'alimentació saludable i activitat física (programes d'educació grupal, programes de cuina saludable, programa de prevenció obesitat, etc.), en l'entorn sanitari i amb l'ajuda dels municipis.	Nombre de centres d'atenció primària i unitats hospitalàries amb agendes d'atenció programada per a Promoció de la salut.
	Nombre de centres de salut i unitats hospitalàries amb espai físic per a poder desenvolupar aquests programes.
1.1.2.1. Elaborar i implementar protocols estructurats d'actuació en matèria d'alimentació saludable i activitat física per a la prevenció i tractament del sobrepés i l'obesitat, amb especial atenció a persones i grups en risc de vulnerabilitat socioeconòmica.	Existència de protocols estructurats en alimentació saludable i activitat física.
1.1.2.2. Promoció en atenció primària de la prescripció de consells en alimentació saludable i pràctica d'activitat física, en totes les etapes de la vida en població sana, i també en els diferents estats de salut.	Nombre total de pacients atesos en AP als quals s'han prescrit consells d'alimentació saludable i d'activitat física / Nombre total de pacients x 100.
1.1.2.3. Integració dels recursos comunitaris disponibles per a la promoció d'activitat física en la història clínica electrònica.	Nombre de centres de salut amb integració de recursos comunitaris en la història clínica / Nombre total de centres de salut x 100.
1.1.2.4. Implantació de la prescripció d'activitat física en els centres d'atenció primària.	Nombre de centres de salut amb implantació de la prescripció electrònica d'activitat física / Nombre total de centres de salut x 100.
1.1.3.1. Incloure les dades de pes, talla i índex de massa corporal en la història clínica.	Nombre de pacients amb registre en la història clínica de pes, talla i índex de massa corporal en atenció primària / Nombre total de pacients x 100.
1.1.3.2. Incorporar variables d'alimentació i activitat física en la història clínica informatitzada d'atenció primària.	Nombre de pacients amb registre en la història clínica d'hàbits d'alimentació i activitat física / Nombre total de pacients x 100.
1.1.3.3. Monitoritzar els hàbits d'alimentació i activitat física i els seus determinants en salut a través dels sistemes d'informació sanitaris	Nombre de pacients amb registre en la història clínica d'activitat física en atenció primària / Nombre total de pacients x 100.
1.1.3.4. Sincronitzar dades d'app Salut (Wearable health) de la conselleria o altres amb història clínica electrònica	Existència de possibilitat de sincronització.
1.1.4.1 Participar en les diferents estratègies i plans de la Generalitat Valenciana per a la promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física.	Nombre de participacions en les diferents estratègies per a la promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física.

Objectiu general 1.2. Impulsar la participació ciutadana en la prevenció de l'excés de pes.	
Acció	Indicador
1.2.1.1. Estimular la implicació i participació de la població en accions de promoció d'hàbits saludables en la prevenció de l'excés de pes.	Nombre d'activitats destinades a pacients dedicades a la promoció d'hàbits saludables.
1.2.1.2. Col·laborar amb els representants dels ciutadans en l'elaboració de material audiovisual per a la promoció d'hàbits saludables d'alimentació i d'activitat física.	Nombre d'iniciatives audiovisuals dedicades a la promoció d'hàbits saludables d'alimentació i d'activitat física.
1.2.1.3. Difusió de les accions i activitats exercides a través de la web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública i els seus canals de comunicació.	Nombre d'accions publicades a través de la web de la Conselleria.
1.2.1.4. Estimular la participació ciutadana en el programa del Pacient Actiu.	Nombre de pacients que participen en el programa del Pacient Actiu / Nombre total de pacients x 100
1.2.1.5 Estimular el desenvolupament per a la comunitat de projectes o tallers grupals d'alimentació saludable i/o exercici físic amb la implicació de pacients experts	Nombre de tallers o projectes grupals realitzats amb pacients experts

Objectiu general 1.3. Promoure entorns saludables per a la prevenció	
Acció	Indicador
1.3.1.1. Col·laborar amb les entitats municipals en el foment d'espais públics per a afavorir la pràctica de l'activitat física.	Nombre de projectes de col·laboració amb els municipis per a afavorir l'activitat física.
1.3.1.2. Estimular l'aprofitament dels espais públics destinats a la pràctica de l'activitat física per les persones.	Nombre d'activitats programades en espais públics per a la pràctica d'activitat física.
	Nombre d'activitats programades en espais públics per a la pràctica d'activitat física a cost zero per als col·lectius vulnerables.
1.3.1.3. Promoure l'estudi i disseny d'entorns habitables que faciliten l'adherència als hàbits saludables.	Nombre de projectes per a promoure l'estudi i disseny d'entorns habitables per a facilitar l'adherència als hàbits saludables.
1.3.1.4. Col·laborar amb entitats privades a través del mecenatge en el foment d'espais i accions encaminades a la pràctica de l'activitat física	Nombre de projectes de col·laboració per a afavorir l'activitat física.

Objectiu general 2.1. Diagnòstic precoç de diabetis mellitus tipus 2	
Acció	Indicador
2.1.1.1. Accions formatives en el personal sanitari sobre els factors de risc associats a DM-2.	Nombre d'accions formatives dirigides a personal sanitari sobre els factors de risc associats a DM-2.
	Nombre de professionals sanitaris formats/nombre total de professionals sanitaris x100.
2.1.1.2. Col·laboració amb agents de la comunitat que tinguen relació amb les persones amb factors de risc de diabetis.	Nombre d'iniciatives dutes a terme pels agents de la comunitat sobre persones amb factors de risc de diabetis.
2.1.2.1. cribatge oportunista en la consulta d'atenció primària en població amb factors de risc de DM-2.	Nombre de pacients majors de 45 anys amb registre de glucosa en sang en els últims 3 anys /

	Nombre total de pacients majors de 45 anys assignats a la consulta d'AP.
2.1.2.2. cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones majors de 45 anys amb glucèmia alterada sense diagnòstic previ de DM-2.	Nombre de pacients majors de 45 anys amb glucosa en sang >110 mg/dl, sense diagnòstic previ de diabetis amb HbA1c >6.5% detectada per cribatge automatitzat / Nombre de pacients majors de 45 anys amb glucosa en sang >110 mg/dl, sense diagnòstic previ de diabetis amb determinació de HbA1c realitzada per cribatge automatitzat.
2.1.2.3. cribatge oportunista automatitzat de laboratori en persones entre 20 i 45 anys amb hipertrigliceridèmia i HDL baix sense diagnòstic previ de DM-2.	Nombre de pacients entre 20-45 anys amb glucosa en sang >100 mg/dl, hipertrigliceridèmia i HDL baixos, sense diagnòstic previ de diabetis amb HbA1c >6.5% detectada per cribatge automatitzat / Nombre de pacients entre 20-45 anys amb glucosa en sang >100 mg/dl, hipertrigliceridèmia i HDL baix, sense diagnòstic previ de diabetis amb determinació de HbA1c realitzada per cribatge automatitzat.
2.1.2.4. Disseny de via clínica per a l'atenció de pacients diagnosticats mitjançant el cribatge oportunista de laboratori.	Existència de via clínica para per a l'atenció en AP dels pacients diagnosticats per cribatge oportunista de laboratori.

Objectiu general 2.2. Detecció precoç de la diabetis mellitus tipus 1.	
Acció	Indicador
2.2.1.1. Accions divulgatives a la població de les manifestacions clíniques de la diabetis mellitus tipus 1.	Nombre d'intervencions divulgatives dirigides a la població.
2.2.1.2. Accions divulgatives i formatives dirigides al personal docent de les manifestacions clíniques de la diabetis mellitus tipus 1.	Nombre d'intervencions divulgatives i formatives dirigides a personal docent.
2.2.2.1. Elaboració de ruta clínica en cas d'hiperglucèmia població infantojuvenil.	Existència de ruta clínica en cas d'hiperglucèmia en població infantojuvenil.
2.2.2.2. Elaboració de ruta clínica en cas d'hiperglucèmia associada a símptomes cardinals, en majors de 18 anys, objectivada en atenció primària.	Existència de ruta clínica en cas d'hiperglucèmia associada a símptomes cardinals en majors de 18 anys.

Objectiu general 2.3. Detecció precoç de la diabetis mellitus tipus 2	
Acció	Indicador
2.3.1.1. Accions divulgatives a la població dels factors de risc de DM-2.	Nombre d'intervencions divulgatives dirigides a la població.
2.3.1.2. Accions divulgatives a la població de les manifestacions clíniques de la DM-2.	Nombre d'intervencions divulgatives i formatives dirigides a la població.
2.3.2.1. Col·laboració amb actius de la societat per a detectar pacients amb risc de DM-2 i que acudisquen a atenció primària.	Nombre d'accions de col·laboració amb actius de la societat.
2.3.2.2 Col·laboració amb actius de la societat per a detectar pacients amb símptomes de DM-2 i que acudisquen a atenció primària.	Nombre d'accions de col·laboració amb actius de la societat.

Objectiu general 3.1. Establir millores en l'organització i coordinació entre especialitats i nivells assistencials per a aconseguir una atenció integral i integrada a les persones amb diabetis mellitus.	
Acció	Indicador
3.1.1.1. Definició de l'estructura i cartera de serveis de l'atenció primària en l'abordatge de la diabetis.	Existència de la descripció de l'estructura i cartera de serveis de l'atenció primària en l'abordatge de la diabetis.
3.1.1.2. Definició de l'estructura i cartera de serveis de les unitats de diabetis.	Existència de la descripció de l'estructura i cartera de serveis de les unitats de diabetis en l'abordatge de la diabetis.
3.1.1.3. Definició de l'estructura i cartera de serveis de les unitats de diabetis de referència.	Existència de la descripció de l'estructura i cartera de serveis de les unitats de diabetis de referència en l'abordatge de la diabetis.
3.1.1.4. Definició de l'estructura i cartera de serveis de les UFID.	Existència de la descripció de l'estructura i cartera de serveis de les UFID en l'abordatge de la diabetis.
3.1.2.1. Creació de les UFID departamentals.	Nombre d'UFID / Nombre total de departaments.
3.1.2.2. Potenciar la comunicació i participació en el si de les UFID.	Nombre d'UFID amb almenys una reunió anual / Nombre total d'UFID.
3.1.2.3. Promoure les activitats entre nivells assistencials en l'àmbit de la unitat funcional de diabetis.	Descripció de memòria d'objectius i accions de les UFID.
3.1.3.1. Elaboració del mapa de recursos per departament.	Existència del mapa de recursos per departament.
3.1.3.2. Afavorir el treball en xarxa entre departaments.	Descripció de les vies assistencials per a l'atenció dels problemes de salut per altres centres quan els cal atenció més enllà del departament d'origen.
3.1.3.3. Fomentar la comunicació entre departaments per a identificar accions i activitats que ja s'estan duent a terme en algun centre i que puguen ser beneficioses per a la resta.	Reunions interdepartamentals de representants d'UFID per a l'intercanvi d'experiències i identificació d'accions locals que puguen desenvolupar-se en l'àmbit de la Comunitat.

Objectiu general 3.2. Disminuir la variabilitat en l'assistència a les persones amb diabetis.	
Acció	Indicador
3.2.1.1. Elaboració dels processos assistencials integrats (PAI) en DM-2 i DM-1.	Existència dels documents de PAI en diabetis.
3.2.1.2. Difusió i formació dirigida als professionals dels PAI de diabetis.	Nombre d'activitats de difusió i formació dels PAI dirigides a professionals.
	Nombre de professionals sanitaris formats/nombre total de professionals sanitaris x100.
3.2.1.3. Disseny de la ruta assistencial de DM-2 i DM-1 en cada departament, basades PAI de diabetis.	Nombre de departaments amb rutes assistencials en DM / Nombre total de departaments.

Objectiu general 3.3. Millorar els resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis, i també reduir la morbiditat i la mortalitat de les persones amb diabetis.	
Acció	Indicador
3.3.1.1. Avaluar el grau de compliment de les recomanacions de la ruta assistencial de DM en cada departament.	Indicadors de resultats de salut i procés del programa Alumbra.
3.3.1.2. Implicar en la gestió a les UFID per a millorar el grau de compliment de les recomanacions de la ruta de DM.	Nombre d'intervencions de les UFID amb aportacions en la millora del compliment de les recomanacions de la ruta de DM en el departament.
3.3.1.1. Desenvolupar mesures per a millorar l'adherència terapèutica a les recomanacions farmacològiques i no farmacològiques de la diabetis i els factors de risc cardiovascular.	Existència de les mesures per a millorar l'adherència terapèutica.
3.3.1.2. Controlar l'adherència terapèutica a les recomanacions farmacològiques i no farmacològiques.	Nombre de registres d'adherència terapèutica.
3.3.3.1. Analitzar els resultats de control de la diabetis i els factors de risc cardiovascular, incidència de complicacions i mortalitat en la població amb DM.	Indicador de control de DM (Alumbra).
	Indicador de control de tensió arterial <140/90 mmHg (Alumbra).
	Indicador de control de LDL <100 mg/dl (Alumbra).
	Indicador d'IMC <30 kg/m^2 (Alumbra).
	Indicador de tabaquisme (Alumbra).
	Incidència d'accident cerebrovascular (Alumbra).
	Incidència de cardiopatia isquèmica (Alumbra).
	Incidència d'amputacions no traumàtiques (Alumbra).
	Incidència de diàlisi (Alumbra).
	Indicador arteriopatia perifèrica (Alumbra).
	Indicador de nefropatia diabètica (Alumbra).
	Indicador de neuropatia diabètica (Alumbra).
	Indicador de retinopatia diabètica (Alumbra).
	Indicador d'hipoglucèmia (Alumbra).
	Indicador de descompensació hiperglucèmica (Alumbra).
	Indicador d'ingrés hospitalària i acidosi (Alumbra).

Objectiu general 3.4. Empoderar al pacient amb diabetis mellitus en la gestió de la seua malaltia a través de l'educació terapèutica en diabetis.	
Acció	Indicador
3.4.1.1. Elaboració del programa d'educació terapèutica en mellitus tipus 1 infantojuvenil i d'adults.	Existència del programa d'educació terapèutica en diabetis mellitus tipus 1 infantojuvenil i d'adults.
3.4.1.2. Elaboració del programa d'educació terapèutica en diabetis mellitus tipus 2.	Existència del programa d'educació terapèutica en diabetis mellitus tipus 2.
3.4.1.3. Difusió i formació del programa d'educació terapèutica en diabetis dirigida a professionals.	Nombre d'activitats destinades a difusió i formació.
	Nombre de professionals sanitaris formats/nombre total de professionals sanitaris x100.

3.4.1.4. Implementar intervencions educatives en els centres de salut.	Nombre de centres que introduïsquen pacients en plataforma de seguiment de les intervencions educatives / Nombre total de centres a la Comunitat Valenciana.
3.4.1.5. Participació imprescindible de professionals d'infermeria en el desenvolupament de les intervencions educatives en els centres de la Comunitat Valenciana.	Existència per escrit d'infermera o infermer responsable en cada centre de la Comunitat amb revisió anual.
3.4.1.6. Adaptació d'agendes d'infermeria a les recomanacions consensuades en els programes d'educació terapèutica.	Existència d'agendes específiques per a les intervencions educatives que constitueixen els programes d'educació terapèutica.
3.4.2.1. Integrar el material d'educació terapèutica en diabetis en els recursos digitals corporatius.	Disponibilitat dels materials d'educació terapèutica en diabetis en els recursos digitals corporatius.
3.4.2.2. Fomentar l'ús del material d'educació terapèutica en diabetis.	Nombre de professionals d'infermeria que utilitzen el material d'educació terapèutica en diabetis / Nombre total de professionals d'infermeria.
3.4.3.1. Col·laborar amb pacients a través de les associacions de persones amb diabetis en l'elaboració de material educatiu i divulgatiu per a la seua difusió per ells.	Nombre de documents de material educatiu i divulgatiu elaborat amb la col·laboració de les persones amb diabetis per a la seua difusió per ells.
3.4.3.2. Promocionar les activitats d'autocures en diabetis dins del programa del Pacient Actiu.	Desenvolupament de les intervencions d'autocures en diabetis en el programa del Pacient Actiu.

Objectiu general 3.5. Optimitzar i homogeneïtzar els registres relacionats amb la diabetis	
Acció	Indicador
3.5.1.1. Selecció i normalització dels codis CIE més apropiats per a l'assignació diagnòstica i posterior elaboració del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.	Descripció del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.
3.5.1.2. Difusió del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.	Nombre d'intervencions de difusió del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.
3.5.1.3. Formació dirigida als professionals a través de la unitat funcional integral de diabetis en el catàleg de diagnòstics CIE relacionats amb la diabetis.	Nombre d'intervencions de formació del catàleg CIE relacionat amb la diabetis.
3.5.2.1. Col·laboració amb SIA per a l'adaptació de la història clínica electrònica i que es facilite la recollida de dades relacionades amb la diabetis.	Nombre d'intervencions de millora en SIA per a l'adaptació de la història clínica electrònica amb la finalitat de millorar els registres relacionats amb la diabetis.

Objectiu general 4.1. Millorar l'atenció a la dona embarassada amb diabetis pregestacional.	
Acció	Indicador
4.1.1.1. Col·laborar en l'Estratègia d'alimentació saludable i activitat física.	Participació en l'Estratègia d'alimentació saludable i activitat física.
4.1.2.1. Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a l'embarassada amb diabetis pregestacional.	Existència del document de processos assistencials per a l'atenció a la dona amb diabetis pregestacional.
4.1.2.2. Definició del programa d'educació	Existència del programa d'educació terapèutica

terapèutica.	per a l'embarassada amb diabetis pregestacional.
4.1.2.3. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.	Existència de la ruta d'atenció a la dona amb diabetis pregestacional en els departaments.
4.1.2.4. Realitzar consulta preconcepcional.	Nombre de dones embarassades amb diabetis pregestacional ateses en UD prèviament a la gestació / Nombre total de dones embarassades amb diabetis pregestacional x 100.
4.1.2.5 Elaboració de la guia de cures i atencions peripart.	Existència de guia de cures i atencions peripart.
4.1.2.6. Avaluació de la hipoglucèmia neonatal i d'altres complicacions del nounat.	Nombre de nounats de mares amb diabetis pregestacional amb avaluació d'hipoglucèmia neonatal / Nombre total de nounats de mares amb diabetis pregestacional x 100.
4.1.2.7. Revaluació de les necessitats del tractament antidiabètic postpart.	Nombre de mares amb diabetis pregestacional prèvia amb ajust del tractament antidiabètic en el puerperi / Nombre total de mares amb diabetis pregestacional x 100.
4.1.2.8. Difusió de les recomanacions a professionals.	Nombre d'activitats de formació i difusió dirigides als professionals.

Objectiu general 4.2. Millorar l'atenció a la dona embarassada amb diabetis gestacional.	
Acció	Indicador
4.2.1.1. Col·laborar en l'Estratègia d'alimentació saludable i activitat física.	Participació en l'Estratègia d'alimentació saludable i activitat física.
4.2.1.2. Desenvolupar la guia amb informació a totes les dones en edat fèrtil per a mantindre hàbits de vida saludables.	Existència de documentació amb informació dirigida a les dones en edat fèrtil per a mantindre hàbits de vida saludables.
4.2.2.1. Elaboració dels processos assistencials per a l'atenció a l'embarassada amb diabetis gestacional.	Existència del document de processos assistencials per a l'atenció a la dona amb diabetis gestacional.
4.2.2.2. Definició del programa d'educació terapèutica.	Existència del programa d'educació terapèutica per a l'embarassada amb diabetis gestacional.
4.4.2.3. Facilitar la comunicació entre nivells assistencials.	Existència de la ruta d'atenció a la dona amb diabetis gestacional en els departaments.
4.4.2.4. Realitzar cribatge universal de diabetis gestacional	Nombre de dones gestants amb cribatge de diabetis gestacional / Nombre total de dones gestants.
4.4.2.5. Elaboració de la guia de cures i atencions peripart.	Existència de guia de cures i atencions peripart.
4.4.2.6. Avaluació de la hipoglucèmia neonatal i d'altres complicacions del nounat.	Nombre de nounats de mares amb diabetis gestacional amb avaluació d'hipoglucèmia neonatal / Nombre total de nounats de mares amb diabetis gestacional x 100.
4.4.2.7. Revaluar la situació de l'alteració del metabolisme hidrocarbonat postpart.	Nombre de dones amb diabetis gestacional que han rebut revaluació de l'alteració del metabolisme hidrocarbonat postpart / Nombre total de dones amb antecedents de diabetis gestacional x 100.
4.4.2.8. Difusió de les recomanacions a professionals.	Nombre d'activitats de formació i difusió dirigides als professionals.
Objectiu general 4.3. Promoció de la lactància materna.	
Objectius específics	Accions

4.3.1.1. Redactar el document de consells saludables i de la lactància materna per a dones amb diabetis gestacional o pregestacional dirigit a professionals.	Existència de document de promoció de la lactància materna.
4.3.1.2. Difusió i formació a professionals.	Nombre d'activitats dirigides a professionals.
4.3.2.1. Difusió de la guia de consells saludables i de lactància materna dirigida a dones amb diabetis gestacional i pregestacional.	Nombre d'activitats dirigides a les dones.

Objectiu general 5.1. Avaluar i facilitar l'accés a les noves teràpies i tecnologies que puguen millorar les cures i atencions, els resultats de salut i la qualitat de vida de les persones amb diabetis.	
Acció	Indicador
5.1.1.1. Creació de grups de treball multidisciplinari per a l'avaluació, priorització i assessorament de noves teràpies i tecnologies.	Existència de grup de treball per a l'avaluació, priorització i assessorament de noves teràpies i tecnologies.
5.1.1.2. Assessorament a les direccions generals corresponents en la presa de decisions.	Nombre d'activitats d'assessorament
5.1.2.1. Avaluació dels resultats de les iniciatives aprovades.	Creació d'indicadors específics segons les noves iniciatives.
5.1.2.2. Difusió dels resultats	Nombre d'informes de comunicació.

Objectiu general 5.2. Vetlar per l'ús racional dels tractaments farmacològics.	
Acció	Indicador
5.2.1.1. Creació del subcomité multidisciplinari de posicionament terapèutic en diabetis.	Existència de subcomité.
5.2.1.2. Redacció de documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.	Nombre de documents elaborats.
5.2.1.3. Difusió dels documents amb les pautes per a l'ús racional dels fàrmacs antidiabètics.	Nombre d'iniciatives de difusió.
5.2.1.4. Formació a professionals sobre l'ús racional dels recursos terapèutics.	Nombre d'activitats de formació.
	Nombre de professionals sanitaris formats/Nombre total de professionals sanitaris x100.
5.2.1.5. Potenciar la participació de professionals en la gestió en el marc de la UFID.	Nombre d'activitats de participació en la gestió en el marc de la UFID.
5.2.2.1. Avaluar els patrons de prescripció segons combinació de fàrmacs i condicions clíniques.	Nombre d'avaluacions de patrons de prescripció.
5.2.2.2. Estimar les situacions d'inadequació terapèutica.	Nombre d'inadequacions detectades.
5.2.3.1. Preparar butlletins periòdics amb els patrons de prescripció recomanats i els resultats de les accions avaluades.	Nombre de butlletins elaborats.
5.2.3.2. Comunicar els resultats als professionals per a promoure l'autoavaluació i iniciatives d'optimització en la prescripció.	Nombre d'activitats de difusió.
	Nombre d'inadequacions farmacològiques corregides/Nombre d'inadequacions detectades x 100.
	Nombre de pacients que han millorat el control de la diabetis després de la revisió/Nombre de pacients revisats x100.
5.2.3.3. Afavorir la participació de les Unitats de Diabetis, Serveis de Farmàcia departamentals i	Nombre d'activitats de les UFID.

atenció primària en l'àmbit de les UFID per a proposar les accions de millora necessària en cada departament de salut.	

Objectiu general 5.3. Impulsar iniciatives per al desenvolupament de la Diabetis 2.0 a la Comunitat Valenciana.	
Acció	Indicador
5.3.1.1. Crear un espai web sobre diabetis en el domini de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.	Existència d'espai web per a contingut en diabetis.
5.3.1.2. Aportar informació a la ciutadania sobre prevenció, tractaments, recursos sociosanitaris, material educatiu i aquells temes la difusió dels quals puga suposar un benefici per als usuaris i usuàries a través de les TIC.	Nombre d'activitats i documents.
5.3.1.3. Estimular la participació dels professionals i de les persones amb diabetis en l'elaboració del contingut digital.	Nombre d'activitats i documents elaborats amb la col·laboració entre professionals i persones amb diabetis.
5.3.1.4. Promoure l'elaboració de materials educatius amb la participació de persones amb diabetis.	Nombre de materials educatius amb participació de persones amb diabetis.
5.3.2.1. Facilitar l'accés i la formació a les aplicacions informàtiques de Conselleria per a estimular la participació en la gestió clínica.	Nombre d'activitats de formació sobre les aplicacions informàtiques.
5.3.2.2. Treballar per a la integració dels resultats de les variables de salut, com la glucèmia o la glucosa intersticial, en les ferramentes de gestió clínica.	Nombre d'iniciatives d'integració en la història clínica.
5.3.2.3. Col·laborar amb els recursos informàtics de la Conselleria per a oferir recursos sobre diabetis a la població.	Nombre de recursos sobre diabetis oferits.
5.3.2.4. Creació d'app connectada amb Health wearable que registre les variables de salut i que puguen exportar-se a la història clínica electrònica.	Existència d'aplicació
	Nombre d'usuaris de l'aplicació
	Nombre d'històries clíniques amb integració de la informació.
5.3.3.1. Proposar agendes de teleconsulta per a l'atenció de persones amb diabetis.	Nombre d'UD amb agenda de teleconsulta / Nombre total d'UD x 100.
	Nombre d'atencions en agenda de teleconsulta.
5.3.3.2. Potenciar l'ús de les consultes no presencials entre nivells assistencials.	Nombre de consultes no presencials sobre diabetis en AP / Nombre total de consultes sobre diabetis en AP x 100.
	Nombre de pacients consultats que milloren el control de la diabetis/ Nombre de pacients consultats x 100.

Objectiu general 6.1. Reduir les inequitats en tots els àmbits d'actuació per la condició social, lloc de residència, ètnia, gènere, creença, edat o qualsevol altra circumstància que implique situació d'exclusió social o vulnerabilitat	
Acció	Indicador
6.1.1.1. Determinar el mapa epidemiològic de vulnerabilitat o exclusió social i diabetis de la Comunitat Valenciana.	Existència del mapa.

6.1.2.1. Analitzar la situació administrativa de les persones en aquestes situacions.	Existència de l'estudi.
6.1.2.2. Estudiar la situació sociosanitària dels determinants de salut, el context i els condicionants que influeixen sobre la diabetis en aquests grups de persones.	Existència de l'anàlisi.
6.1.2.3. Millorar el coneixement del personal sanitari dels costums dels diferents col·lectius, especialment de l'ètnia gitana (com a grup majoritari entre les minories i més prevalença de diabetis), en relació amb la salut i la malaltia.	Nombre d'accions formatives al personal sanitari.
6.1.2.4. Millorar el coneixement sobre els usos i costums de la població àrab i de les dates del període del ramadà.	Existència d'avís en SIA de les dates del ramadà amb text que invite a revisar la medicació antidiabètica en els pacients que seguiran el ramadà.
6.1.2.5. Incloure les variables socials en la història clínica.	Nombre d'històries clíniques de persones vulnerables amb diabetis que continguen variables socials / nombre total d'històries clíniques de persones vulnerables amb diabetis x 100.
6.1.3.1. Identificar i caracteritzar les necessitats d'aquests grups per a desenvolupar els programes de mesura específics.	Existència d'informes de necessitats per grups
6.1.4.1. Estudiar l'accessibilitat de pacients amb diabetis als recursos d'assistència especialitzada per lloc de residència.	Nombre de pacients amb diabetis remés a endocrinologia segons la categoria del nucli poblacional departamental / nombre de pacients amb diabetis del departament x 100.

Objectiu general 6.2. Promoció de l'equitat en tots els nivells d'actuació: Promoció de la salut, prevenció primària, secundària i terciària i en l'assistència sanitària.	
Acció	Indicador
6.2.1.1. Promoure campanyes d'informació d'accés universal a l'assistència sanitària en diversos idiomes i en entorns pròxims a persones que ho necessiten.	Existència de campanyes i documents informatius.
6.2.1.2. Promoure l'educació en salut per a la prevenció i el tractament dirigida al pacient i persones del seu entorn, adaptant-la a les circumstàncies i necessitats de cada col·lectiu.	Existència de material d'educació per a cada col·lectiu.
6.2.1.3. Crear protocols específics, segons les necessitats de cada grup, per a facilitar l'accés a l'assistència sanitària.	Existència de protocols específics d'accés a l'assistència sanitària.
6.2.1.4. Organitzar campanyes per a diagnòstic en diversos idiomes i en entorns pròxims a aquests grups.	Existència de campanyes informatives per a diagnòstic amb adaptació idiomàtica.
6.2.2.1. Oferir informació i formació per a promoure conscienciació i sensibilització entre professionals i la població general per a evitar l'estigmatització.	Nombre d'activitats informatives i formatives dirigida a professionals.
	Nombre de professionals sanitaris formats/Nombre total de professionals sanitaris x100.
6.2.2.2. Estimular la creació de grups solidaris de voluntaris per a la promoció d'hàbits saludables i col·laborar en l'educació terapèutica.	Nombre de grups solidaris voluntaris amb dedicació a la promoció d'hàbits saludables.
6.2.2.3. Facilitar la formació d'actius de salut a través dels líders de les comunitats vulnerables.	Nombre d'actius de salut en les comunitats vulnerables.

6.2.2.4. Afavorir l'apoderament individual i col·lectiu a través de la participació de la comunitat per a millorar els coneixements i habilitats dels seus membres i fer-los partícips de la presa de decisions.	Nombre d'intervencions comunitàries.

Objectiu general 6.3. Garantir l'aplicació de les mesures de l'estratègia a totes les persones.	
Acció	Indicador
6.3.1.1. Creació d'equips multidisciplinaris per al maneig consensuat i coordinat de la diabetis en les poblacions vulnerables.	Existència d'equips multidisciplinaris.
6.3.1.2. Promocionar la incorporació de l'equitat en la salut i la sanitat en els temaris de formació de grau i postgrau, i també en els programes de formació contínua i continuada.	Existència de proposta dirigida a les universitats.
	Nombre d'intervencions de formació contínua i continuada amb contingut en equitat.
6.3.1.3. Requerir a les societats científiques formació en equitat als seus socis.	Existència de proposta dirigida a les societats científiques.
	Nombre d'intervencions formatives amb contingut en equitat.
6.3.1.4. Promoure accions comunitàries en atenció primària a través d'aliances intersectorials (educació, serveis socials, agents locals, salut pública, …).	Nombre d'accions comunitàries intersectorials.
6.3.1.5. Crear equips sociosanitaris coordinats per a la detecció en el medi d'aquests grups, en àmbits de les organitzacions no governamentals (ONG), en centres d'allotjament i restauració.	Existència d'equips sociosanitaris.
6.3.1.6. Realitzar la gestió de casos amb seguiment per equips mixts dels casos detectats per a evitar en la mesura que siga possible complicacions.	Existència de protocols de gestió de casos.
	Nombre de pacients que han requerit la gestió del cas.
6.3.2.1. Facilitar informació per a completar els tràmits administratius, com l'accés a targetes sanitàries.	Existència de via informativa.
6.3.3.1. Elaborar catàlegs i guies detallades de recursos humans, institucionals i sociosanitaris per a professionals i per a pacients, adaptades en idiomes i pictogrames per a facilitar la seua comprensió. L'àmbit dels recursos ha d'incloure els serveis comunitaris, departamentals, per localitats i mancomunat en zones amb població escassa.	Nombre de documents de recursos.
	Nombre de departaments amb documents de recursos / Nombre total de departaments x 100.
6.3.3.2. Garantir l'accés als fàrmacs i productes sanitaris a través dels recursos sociosanitaris i de les seues condicions de manteniment.	
	Nombre de recursos.
	Nombre de departaments amb recursos / Nombre total de departaments x 100.
6.3.3.3. Proveir una alimentació adequada a través de menjadors col·lectius i bancs d'aliments per a les persones que ho necessiten.	Nombre de recursos.
	Nombre de departaments amb recursos / Nombre total de departaments x 100.
6.3.3.4. Habilitar espais amb condicions higièniques adequades per a garantir la salut i l'alimentació, i també la conservació i administració dels tractaments per a les persones que ho necessiten	Nombre de recursos.
	Nombre de departaments amb recursos / Nombre total de departaments x 100.
6.3.3.5. Elaboració i implantació de protocols en situacions d'hospitalització i després de l'alta hospitalària per a facilitar l'acompanyament quan es	Existència de protocols.
	Nombre de departaments amb protocols / Nombre total de departaments x 100.

necessite i la simplificació de tràmits per a accedir als recursos sociosanitaris.	

OG 7.1. Assegurar la presència de professionals d'infermeria amb tasques d'educació en diabetis de diabetis en les unitats de diabetis	
Accions	Indicador
7.1.1.1. Analitzar la dotació de personal d'infermeria dedicat a educació terapèutica en diabetis en les unitats de diabetis i la seua previsible edat de jubilació.	Existència de l'informe.
7.1.2.1. Elaboració d'un informe amb les futures necessitats de personal d'educació terapèutica.	Existència de l'informe.
7.1.2.2. Desenvolupar propostes per a evitar la carència d'infermeria d'educació terapèutica en les unitats de diabetis per raó de jubilació laboral.	Nombre de propostes.
7.1.3.1. Desenvolupar un programa de formació en educació terapèutica en diabetis per a unitats de diabetis dirigit a professionals d'infermeria.	Existència del programa.
7.1.3.2. Crear cursos de formació continuada d'educació terapèutica en diabetis per a unitats de diabetis, dirigit a infermeria, en col·laboració amb l'EVES.	Nombre de cursos.

OG 7.2. Oferir formació a professionals de medicina d'Atenció Primària i altres especialitats	
Accions	Indicador
7.2.1.1. Establir un programa de formació en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a professionals de medicina.	Existència del programa.
7.2.1.2. Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis dirigida a professionals de medicina, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.	Nombre de cursos.
7.2.2.1. Promocionar la participació dels professionals de medicina del departament en coordinació amb les unitats de diabetis, per a l'avaluació de les necessitats formatives.	Nombre de reunions de la UFID amb determinació de les necessitats formatives.
7.2.2.2. Potenciar el desenvolupament d'activitats de formació multidisciplinària en els departaments de salut.	Nombre d'accions formatives en els departaments.
7.2.3.1. Facilitar la formació a través de les noves tecnologies.	Nombre de cursos a través de les TIC.
7.2.3.2. Disposar el material formatiu en la xarxa informàtica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.	Nombre de documents i activitats formatives disponibles en el web de Conselleria.
7.2.3.3. Difusió a través dels canals de comunicació en línia de la Conselleria.	Nombre d'intervencions de comunicació en línia.

OG 7.3. Oferir formació a infermeria d'Atenció Primària en educació terapèutica en diabetis	
Objectius específics	Accions
7.3.1.1. Establir un programa de formació en educació terapèutiques i cures en diabetis i la seua prevenció, en col·laboració amb l'EVES dirigit a infermeria d'Atenció Primària.	Existència del programa de formació.
7.3.1.2. Desenvolupar cursos de formació continuada en diabetis i la seua prevenció dirigida a infermeria d'Atenció Primària, en col·laboració amb l'EVES, d'àmbit autonòmic.	Nombre de cursos de formació continuada.
7.3.2.1. Promoure la participació de professionals d'infermeria d'Atenció Primària del departament en coordinació amb les unitats de diabetis, per a l'avaluació de les necessitats formatives.	Nombre de reunions de professionals. d'infermeria de la UFID amb determinació de les necessitats formatives.
7.3.2.2. Potenciar el desenvolupament d'activitats de formació multidisciplinària en els departaments de salut.	Nombre d'activitats formatives multidisciplinàries.
7.3.3.1. Facilitar la formació a través de les noves tecnologies.	Nombre d'activitats a través de les TIC.
7.3.3.2. Disposar el material formatiu en la xarxa informàtica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.	Nombre de documents i activitats formatives disponibles en el web de Conselleria.
7.3.3.1. Difusió a través dels canals de comunicació en línia de la Conselleria.	Nombre d'intervencions de comunicació en línia.

OG 7.4. Col·laborar amb la formació de professionals de l'educació en les necessitats dels xiquets, xiquetes i joves amb diabetis mellitus als centres educatius	
Accions	Indicador
7.4.1.1. Cooperar amb professionals de l'educació, a través d'accions de formació específiques segons les necessitats dels escolars amb diabetis mellitus tipus 1.	Nombre d'accions formatives dirigides als docents.
7.4.1.2. Col·laborar amb la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport per a desenvolupar un programa de formació en diabetis dirigit als docents.	Existència del programa.
7.4.2.1. Avaluar els circuits de comunicació entre els centres educatius i els centres sanitaris.	Existència de l'informe.
7.4.2.2. Establir les millores de comunicació i resposta entre els centres educatius i els recursos sanitaris.	Nombre de propostes de millores.

OG 7.5. Promoure la investigació en diabetis	
Accions	Indicador
7.5.1.1. Creació d'un comité d'investigació en diabetis.	Existència del comité d'investigació en diabetis.
7.5.1.2. Desenvolupar una xarxa d'investigació interdepartamental i multidisciplinària en diabetis.	Existència de xarxa d'investigació.
	Nombre de projectes d'investigació.
7.5.1.3. Investigar l'impacte i la qualitat de les accions dutes a terme en l'àmbit de l'estratègia de	Nombre d'avaluacions.

diabetis per a implementar accions de millora contínua.	
7.5.2.2. Analitzar els resultats de l'activitat a través de la història clínica electrònica i les TIC.	Nombre d'informes de resultats.
7.5.2.3. Investigar l'existència i evolució de les desigualtats en diabetis i els seus determinants.	Nombre d'estudis en desigualtats en diabetis i els seus determinants.
7.5.3.1. Fomentar la participació de la ciutadania amb professionals en el disseny dels projectes d'investigació.	Nombre de projectes amb participació ciutadana.
7.5.3.2. Comunicar la importància dels resultats aconseguits a professionals i ciutadania.	Nombre d'intervencions de comunicació.
7.5.3.3. Compartir experiències en reunions interdepartamentals per a avaluar el seu impacte i proposar el desenvolupament en l'àmbit autonòmic d'aquelles que s'identifiquen com a beneficioses.	Nombre de reunions interdepartamentals.

14. BIBLIOGRAFIA

Artola Menéndez S, Rovira Loscos A, Ricart W. *Coordinación multidisciplinaria en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2*. Med Clin 2010; 135 (Suppl 2): 27-32.

Ascaso Gimilio JF, Henares Gómez F, Almenar Roig F, Borrás Moliner MJ, Revert Sempere R, Carmena Rodríguez R. *Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 1996*. Conselleria de Sanitat, 1996.

Chatterjee R, Venkat Narayan KM, Lipscomb J, Phillips LS. *Screening Adults for Pre-Diabetes and Diabetes May Be Cost-Saving. Diabetes Care 33*: 1484–1490, 2010.

Daniel Laparra Casado, Nicolás Jiménez González. Sastipen Aj Roma, *Desigualdad en salud y comunidad gitana*. Universitat d'Alacant, 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud*, actualización. Madrid, 2016.

Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M; en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud*. Med Clin 2010; 135: 600-7.

Francisco Javier García Soidán. *Centros de excelencia en diabetes: estándares de calidad*. Diabetes Práctica 2014; 5: 49-96.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Estudio Valencia: *Investigación de la prevalencia de diabetes mellitus y síndrome metabólico*, 2010.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estudio Valencia (II): *Prevalencia de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y resistencia a la insulina*, 2010.

Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana*, 2016.

Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Memoria de Gestión Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016, 2017*.

Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. *Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-201*, 2006.

Generalitat, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Direcció General de Salut Pública. *Promoció de la Salut en l'àmbit educatiu. Viure en Salut 107.* Juliol i octubre 2016.

Guía de práctica clínica sobre diabetes.
http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes_2017/completa/apartado01/presentacion.html

Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad. Hidalgo Á, Oliva J, Rubio M, Zozaya N, Villoro R, García S. "Estudios de coste de la diabetes tipo 2: una revisión de la literatura". Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Instituto de Salud Carlos III, febrero de 2015.

International Diabetes Federation. International Charter of Rights and Responsibilities of people with diabetes. https://www.idf.org/about-diabetes/charter-of-rights.html.

Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM. *Reduction in the incidence of type 2 with lifestyle intervention or metformin*. N Engl J Med 2002; 346: 393-403.

Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksoon J. *The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. Diabetes Care 2003*; 26: 3230-3236.

Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson J, Hemio K. *Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study*. Lancet 2006; 368: 1673-1679.

Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, Girbés J, Rica I; en nombre del Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Consensus on the detection and management of prediabetes. Consensus and Clinical Guidelines Working Group of the Spanish Diabetes Society*. Endocrinol Nutr. 2015; 62: e23-36.

McQueen DV, WismarM, Lin V, Jones CM, Davies M. *Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas, Estructuras, acciones y experiencias*. Organización Mundial de la Salud 2012, en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.

Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A, Vega J, Swift T. *Proceso formativo en equidad en salud en España: Integración del enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*.
Aquest document és part de la Sèrie de Discussion Papers de la OMS sobre Determinantes Sociales en Salud (DSS). La versió en anglés està disponible com a Discussion Paper 9 en: http://www.who.int/social_determinants/publications/en/
Edició en espanyol en curs.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio Aladino 2015. *Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015*. Madrid, 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana, 2014*. Madrid, 2016.

Naciones Unidas. Resolución 61/225 Día mundial de la diabetes. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/507/90/PDF/N0650790.pdf?OpenElement.

Pan X, Li g, Hu Y, Wang J, Yang W, An Z. *Effects of diet and exercise in preventing NIDMM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care 1997*; 20: 537-544.

Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar A, Vijay V. *The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1)*. Diabetologia 2006; 49: 289-297.

Salinas M, López-Garrigós M, Flores E, Leiva-Salinas M, Lugo J, Pomares FJ, Asencio A, Ahumada M, Leiva-Salinas C. *Automatic laboratory-based strategy to improve the diagnosis of type 2 diabetes in primary care*. Biochem Med (Zagreb). 2016; 26: 121-8.

Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. *Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study*. Diabetologia 2012; 55: 88-93.

The NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults*. Lancet. 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

15. ANNEXOS

Annex 1. Associacions de persones amb diabetis a la Comunitat Valenciana

Associacions adscrites a FEDICOVA:

Federació de Diabètics de la Comunitat Valenciana
Plaça de la Hispanitat, Nombre 3. 03600. Elda
Tel. 607 36 31 39
Adreça electrònica: informacion@fedicova.org

Associació Diabètics d'Alcoi i comarca
C/ La Sang, 1. 03801. Alcoi
TEL. 965545629 – 678450424
Adreça electrònica: diabeticosalcoi@telefonica.net

Unió Diabètics Alacant
C/ Olof Dinye ,9, local 8. 03010. Alacant
TEL. 965297849
Adreça electrònica: uniondiabeticosalicante@gmail.com

Associació de Diabètics de Dénia i comarca
C/ Sant Josep, 6. 03700. Dénia
TEL. 665588055
Adreça electrònica: diabeticosdenia@gmail.com

Associació de Diabètics d'Elx i comarca
Passeig de la Joventut, 3. 03201. Elx
TEL.966636787
Adreça electrònica: adec@adec.e.telefonica.net

Associació de Diabètics d'Orihuela i comarca
Av. Duc de Tamames, 39. 03300. Orihuela
TEL. 965302335
Adreça electrònica: adocorihuela@hotmail.com

Associació de Diabètics de Pego i comarca
C/Llavador, 5. – Apartat de correus,76. 03780. Pego
TEL. 966400106
Adreça electrònica: diabpego@gmail.com

Associació de Diabètics de la Plana Baixa
Colònia Segarra, 75, 12600 Vall D´Uixó.
TEL. 679685785
Adreça electrònica: nassioarnau@gmail.com

Associació de Diabètics de Villena i comarca
Sancho Medina, 38. 03400. Villena
TEL. 965826456
Adreça electrònica: adivic-diabeticos@hotmail.com

Associació Diabètics de Torrevieja
Calderón de la Barca, 9, 5-dreta. 03300. Orihuela
TEL: 965 30 12 72
Adreça electrònica: diabeticos12torrevieja@hotmail.com

Associació de Diabètics d'Elda i comarca
Plaça de la Hispanitat, s/n. 03600. Elda
TEL: 622 23 41 07
Adreça electrònica: adec.elda@gmail.com

Associació de Diabètics de Muro d'Alcoi i comarca
Dr. Fleming, 10. 03830. Muro d'Alcoi
TEL: 965 53 14 87
Adreça electrònica: murodiabeticos@gmail.com

Associació de Diabètics de Castelló
C/ Carcaixent, 17 entresòl. 12005. Castelló de la Plana
TEL: 964228126
Adreça electrònica: adicas@terra.es

Associacions no adscrites a FEDICOVA:

Associació de Diabetis de Gandia i la Safor
Passeig Germanies, 98, entresòl. 46702, Gandia
Adreça electrònica: presidencia@diabetesgandia.es

Associació Diabètics Burjassot
Centre Social Isaac Peral. Isaac Peral 67. 46100 Burjassot.
TEL: 607275142
Adreça electrònica: asociaciondiabeticosburjassot@hotmail.com

Associació Valenciana de Diabetis
Av. de l'Oest 48, 8-G. 46001 València
TEL: 963481588 - 678758925
Adreça electrònica: info@avdiabetes.org

Annex 2. Legislació autonòmica

DOGV 2510, de 18.05.1995
Conselleria de Sanitat i Consum
Decret 74/1995, de 2 de maig, del Govern Valencià, pel qual es crea el Pla per a l'Assistència Integral al Pacient Diabètic a la Comunitat Valenciana.

DOGV 2925, de 07.02.1997
Conselleria de Sanitat i Consum
RESOLUCIÓ de 10 de desembre de 1996, del secretari general de la Conselleria de Sanitat i Consum, per la qual s'autoritza la creació de la Unitat de Referència per a l'Assistència al Pacient Diabètic de l'Hospital General Universitari d'Alacant

DOGV 2943, de 03.03.1997
Conselleria de Sanitat
RESOLUCIÓ de 19 de desembre de 1996, del secretari general de la Conselleria de Sanitat i Consum, per la qual s'autoritza la creació de la Unitat de Referència per a l'Assistència al Pacient Diabètic de l'Hospital Doctor Peset, siti en l'avinguda de Gaspar Aguilar, 90, de València.

DOGV 2944, de 04.03.1997
Conselleria de Sanitat
RESOLUCIÓ de 19 de desembre de 1996, del secretari general de la Conselleria de Sanitat i Consum, per la qual s'autoritza la creació de la Unitat de Referència per a l'Assistència al Pacient Diabètic de l'Hospital Clínic Universitari, siti en l'avinguda de Blasco Ibáñez, 17, de València.

DOGV 2944, de 04.03.1997
Conselleria de Sanitat
RESOLUCIÓ de 19 de desembre de 1996, del secretari general de la Conselleria de Sanitat i Consum, per la qual s'autoritza la creació de la Unitat de Referència per a l'Assistència al Pacient Diabètic de l'Hospital la Fe, siti en l'avinguda de Campanar, 21, de València.

DOGV 7865, de 05/09/16
Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
RESOLUCIÓ d'1 de setembre de 2016, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, i també l'administració de medicaments i l'existència de farmacioles en centres escolars.

Annex3. Acrònims i abreviatures

AIC-CV: Associació d'Infermeria Comunitària - Comunitat Valenciana.

AVED: Associació Valenciana d'Educadors en Diabetis.

DM: Diabetis mellitus

DM-1: Diabetis mellitus tipus 1.

DM-2: Diabetis mellitus tipus 2.

FAGA: Federació autonòmica d'Associacions Gitanes de la Comunitat Valenciana

FEDICOVA: Federació de Diabètics de la Comunitat Valenciana.

OMS: Organització Mundial de la Salut.

ONG: Organització no governamental.

PAI: Procés assistencial integrat.

SEEP-CV: Societat Espanyola d'Endocrinologia Pediàtrica - Comunitat Valenciana.

SEMERGEN-CV: Societat Espanyola de Metges d'atenció primària - Comunitat Valenciana.

SEMES: Societat Espanyola de Medicina d'Urgències -Comunitat Valenciana

SEMG-CV: Societat Espanyola de Metges Generals i de Família - Comunitat Valenciana.

SOGCV: Societat d'Obstetrícia i Ginecologia de la Comunitat Valenciana.

SVEDIN: Societat Valenciana d'Endocrinologia, Diabetis i Nutrició.

SVMFiC: Societat Valenciana de Medicina de Família i Comunitària.

TIC: Tecnologies de la informació i la comunicació.

UBA:Unitat bàsica assistencial.

UFID: Unitat funcional integrada de diabetis.

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA