



V Plan de Salud 2022-2030

Más equidad, más bienestar, más salud



V Plan de Salud 2022-2030

Más equidad, más bienestar, más salud



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

TOTS
A UNA
veu

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública agradece y reconoce la contribución generosa de las numerosas personas que, tanto desde el ámbito profesional como desde la perspectiva ciudadana, han hecho posible la concreción de este V Plan de Salud

Coordinación general: Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Equipo técnico

Dirección del proyecto: Carmen Barona

Análisis de situación y redacción del documento: Rosa Mas, M^a Ángeles Irlles, Amelia Dobón,

Personas colaboradoras: Antonela Chis, Miriam Álamo, Mónica Martí, Ulises López, Patricia Bellmunt, Gemma Ronda y Beatriz Hernández

Captura de información: Grupo Calité. Universidad Miguel Hernández de Elche: Jose Joaquín Mira, Mercedes Guilabert, Ángel Marí.

Apoyo administrativo

Jose Manuel Giménez López

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención

Subdirección General de Epidemiología y Vigilancia de la Salud

Subdirección General de seguridad Alimentaria, Laboratorios de Salud Pública y Sanidad Ambiental

Direcciones y personal técnico de los Centros de Salud Pública

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Subdirección General de Planificación y Organización Asistencial

Subdirección General de Actividad Asistencial Integrada

Subdirección General de Evaluación de la Gestión Asistencial

Gerencias, personal directivo y profesionales de atención primaria y hospitalaria

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Subdirección General de Optimización e Integración Terapéutica

Dirección General de Planificación, Eficiencia tecnológica y Atención al Paciente

Subdirección General de Planificación, Calidad y Atención al Paciente

Subdirección General de Sistemas de Información para la Salud

Dirección General de Investigación y Alta Inspección Sanitaria

Subdirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad

Dirección General de Recursos Humanos

Subdirección de Administración de Personal y Salud Laboral

Escuela Valenciana de Estudios de Salud

Gabinete técnico

Unidad de Igualdad

Otras Consellerias

Educación

Dirección General de Centros Docentes

Dirección General de Inclusión Educativa

Dirección General de Deportes

Dirección General de Innovación y Calidad Educativa

IVAJ
Igualdad y Políticas Inclusivas
Dirección General de Infancia y Adolescencia
Dirección General de Personas Mayores
Instituto de las Mujeres
Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad Democrática
Delegación y subdelegación de protección de datos
Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo
Labora
Agricultura, Desarrollo Rural, Emergencia Climática y Transición Ecológica
Secretaría Autonómica de Agricultura y Desarrollo Rural
Política Territorial, Urbanismo y Paisaje
Direcció General d'Urbanisme

Administración local

Federación Valenciana de Municipios y Provincias
Municipios pertenecientes a la red *XarxaSalut*

Sociedades y asociaciones científicas y profesionales

Associació de Comares de la Comunitat Valenciana
Asociación de Economía de la Salud
Asociación de enfermería comunitaria
Asociación Española de Trabajo Social y Salud
Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària
Colegio farmacéuticos Castellón
Colegio Médicos València
Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunitat Valenciana (CODiNuCoVa)
Escuela de Enfermería Universitat de València
Escuela Universitaria de Enfermería Universidad de Alicante
FISABIO. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la CV
INCLIVA Fundación Hospital Clínico València. Instituto de Investigación Sanitaria.
Sociedad Española de Agricultura Ecológica
Sociedad Española de Epidemiología
Sociedad Española de Farmacia en Atención Primaria
Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Sociedad Valenciana de Medicina Interna
Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial
Sociedad Valenciana de Geriátría
Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria SEMFYC
Sociedad Valenciana de Pediatría
Sociodrogalcohol

Asociaciones ciudadanas y de pacientes

AEBHA. Asociación de Espina Bífida e Hidrocefalia, Alicante
AIEM. Asociación para la integración de enfermos mentales
ADEMA. Asociación de esclerosis múltiple de Alicante
ALCER Alicante. Asociación para la lucha contra las enfermedades renales
AMAMANTA, Grupo de apoyo a la lactancia
APSA
Arquitectos sin Fronteras
Asociación Alicantina de Síndrome de Down
Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios, Alicante

Asociación BABELIA, Alicante
Asociación El Parto es Nuestro
ASPANION. Asociación de Padres de niños con Náncer de la Comunitat Valenciana
AVEDAM: Asociación ciudadana de Educadores Ambientales
CAVE-COVA Confederació d'Associacions Veïnals de la CV
CEAR. Comisión Española de Ayuda al Refugiado Alicante
CERMI: Comité de Entidades representantes de personas con discapacidad de la Comunitat
Consejo de Personas Mayores
Consejo de la Juventud
DMD. Derecho a Morir Dignamente
FEDER: Federación Española de Enfermedades Raras
Federación de Mujeres Progresistas
FEDICOVA. Federación de Asociaciones de Diabetes de la Comunitat
FEVAFA. Federació Valenciana de Familiars de persones amb Alzheimer
Federación de Daño Cerebral Adquirido de la Comunitat
Federación Provincial de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios Lucentum de Alicante
Fundació PATIM Castelló
Fundación Arzobispo Miguel Roca. Proyecto Hombre Valencia
Fundación Noray. Proyecto Hombre Alicante
Justicia Alimentaria, delegación València
LACTALICANTE
LAMBDA. Col·lectiu LGTB+ per la diversitat sexual, de gènere i familiar
Plena inclusió Comunitat Valenciana
Solidaridad Internacional, Alicante

Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana

Este documento ha sido revisado por la Unidad de Igualdad de acuerdo con los principios del lenguaje inclusivo y no sexista

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

© de la presente edición: Generalitat, 2022

© de los textos: las autoras y los autores

1ª edición

Coordina: Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas de Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Edición online

Presentación

Decía nuestro recordado Ernest Lluch que invertir en Sanidad tiene un coste, pero no tiene precio. Esta mirada sintetiza el valor de la Sanidad como pilar fundamental de nuestro Estado del Bienestar. Desde esta certeza, la Generalitat asume el refuerzo constante de nuestra Sanidad como un eje vertebral de la acción pública.

La experiencia del último bienio, marcada por la pandemia y su impacto sobre la salud, subraya la urgencia de incidir en esa vocación. En primer lugar, con medidas estructurales de refuerzo, necesarias para consolidar y ampliar las capacidades del sistema sanitario valenciano. Pero los nuevos desafíos que afronta la sanidad en este siglo también marcan la idoneidad de ampliar la mirada. Debemos asumir una perspectiva que aborde todos los factores determinantes de la salud, desde la vivienda hasta el medio ambiente o la salud mental. Esa es la consigna de la propuesta *Una sola Salud*, que conecta la salud individual con el bienestar social y la sostenibilidad del planeta.

Es el momento, por tanto, de integrar la sanidad en el diseño y desarrollo de todas las políticas públicas. Esta es la vocación del V Plan de Salud 2022-2030. Un proyecto que aborda los retos de futuro y que se sustenta en los valores y principios básicos a los que responde una buena gobernanza del sistema sanitario público: la calidad, la eficiencia, la sensibilidad ante las demandas y expectativas de la ciudadanía, la transparencia y la integridad.

Ximo Puig

President de la Generalitat

Prólogo

La elaboración de planes de salud, como instrumentos de planificación para guiar las políticas de salud de la Comunitat Valenciana es un mandato recogido en La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. Su objetivo es mejorar el nivel de salud y bienestar individual y colectivo y reducir las desigualdades en salud en nuestra sociedad.

El enfoque que ha inspirado la elaboración de este V Plan de Salud 2022-2030 está alineado con las principales tendencias en materia de salud en el contexto internacional. Esto implica reconocer el papel fundamental e imprescindible de los servicios sanitarios para dar respuesta a los problemas de salud, pero también asumir que la salud se gana y se pierde en los diferentes entornos en los que se desarrolla nuestra vida cotidiana.

El Plan parte de un análisis exhaustivo de los datos que reflejan la situación de salud y bienestar de la población valenciana en la actualidad, como punto de referencia y clave fundamental sobre la cual establece las metas a alcanzar en términos de resultados en salud al final de su periodo de vigencia en 2030.

La definición de sus propuestas se ha ido formalizando a lo largo de un proceso participado de diálogo y reflexión con la ciudadanía, diferentes sectores de la sociedad y profesionales, al que se han sumado las experiencias y conocimientos que ya se venían desarrollando a través de diferentes estrategias, programas y planes sanitarios y no sanitarios.

De este modo, las actuaciones que plantea para mejorar la salud de los valencianos y valencianas en los próximos años, se enmarcan en tres grandes líneas de actuación. La primera pone especial acento en la equidad en todas las políticas desarrolladas desde los servicios públicos como garantes del bienestar de la población. La segunda pretende alcanzar un mayor bienestar a través de la promoción de la salud en todas las etapas de la vida, considerando y actuando sobre los entornos donde vivimos. La tercera línea centra su atención en la necesidad de reorientar, reforzar y adaptar el Sistema Sanitario a la dinámica y las necesidades de la sociedad, con el fin último de contribuir a aumentar el nivel de salud de los valencianos y valencianas.

Así pues, para hacer efectiva la propuesta acuñada en su lema **“más equidad, más bienestar, más salud”**, el importante reto para este V Plan de Salud es servir de referencia y ser el instrumento inspirador que nos guíe para conseguir el mejor estado de salud y bienestar de la población de la Comunitat Valenciana, sin perder de vista el contexto de complejidad e incertidumbre en el que nos encontramos.

Miguel Mínguez

Conseller de Sanitat Universal i Salut pública

Índice

Presentación

Prólogo

Abreviaturas y acrónimos

Introducción

Metodología

Situación de salud en la Comunitat Valenciana

Principios y Líneas Estratégicas

Objetivos y Acciones

Línea 1: Ganancia en salud desde un enfoque transversal y de equidad

Línea 2: Personas y comunidades sanas en entornos favorecedores de la salud

Línea 3: Plasticidad del sistema sanitario para que sea capaz de adaptarse a la dinámica y las necesidades de la sociedad

Seguimiento y Evaluación

Metas e indicadores del Plan

Recursos financieros

Anexos

1. Captura de información: técnica Metaplan
2. Estudio Delphi
3. Glosario terminológico

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AG	<i>Acuerdos de Gestión</i>	EVES	<i>Escuela Valenciana de Estudios de la Salud</i>
ALUMBRA	<i>Plataforma de Análisis Corporativa de la Conselleria de Sanitat</i>	FISABIO	<i>La Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica</i>
AP	<i>Atención Primaria</i>	FVMP	<i>Federación Valenciana de Municipios y Provincias</i>
ARPE	<i>At Risk of Poverty and/or Exclución</i>	GD	<i>Grupo de Dirección</i>
CIPS	<i>Centro de Información y Prevención del SIDA</i>	HACLE	<i>Hospitales de Atención a la Cronicidad y Larga Estancia</i>
CSSR	<i>Centro de Salud Sexual y Reproductiva</i>	HGUA	<i>Hospital General Universitario de Alicante</i>
CSUSP	<i>Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública</i>	ICCC	<i>Atención Innovadora a las Condiciones Crónicas</i>
CV	<i>Comunitat Valenciana</i>	INCLASNS	<i>Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud</i>
DGAS	<i>Dirección General de Asistencia Sanitaria y Políticas Inclusivas</i>	INE	<i>Instituto Nacional de Estadística</i>
DGATII	<i>Dirección General de Alta Tecnología, Inversiones e Infraestructuras</i>	IRAG	<i>Infección Respiratoria Aguda Grave</i>
DGCD	<i>Dirección General de Centros Docentes</i>	IRAs	<i>Infección Respiratoria Aguda</i>
DGFPS	<i>Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios</i>	ITS	<i>Infecciones de Transmisión Sexual</i>
DGIA	<i>Dirección General de Infancia y Adolescencia</i>	IVAJ	<i>Instituto Valenciano de Juventud</i>
DGIAI	<i>Dirección General de Investigación y Alta Inspección Sanitaria</i>	IVEs	<i>Interrupciones Voluntarias del Embarazo</i>
DGIE	<i>Dirección General de Inclusión Educativa</i>	MoMo	<i>Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria por todas las Causas</i>
DGPETAP	<i>Dirección General de Planificación, Eficiencia Tecnológica y Atención al Paciente</i>	ODS	<i>Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>
DGPM	<i>Dirección General de Personas Mayores</i>	OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
DGRRHH	<i>Dirección General de Recursos Humanos</i>	PIB	<i>Producto Interior Bruto</i>
DGSPA	<i>Dirección General de Salud Pública y Adicciones</i>	PrEP	<i>Profilaxis Preexposición</i>
DSS	<i>Desigualdades Sociales en Salud</i>	RMCV	<i>Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana</i>
ECHI	<i>Indicadores Esenciales Europeos de Salud</i>	SAETS	<i>Secretaría Autónoma de Eficiencia y Tecnología Sanitaria</i>
EDADES	<i>Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España</i>	SAS	<i>Secretaría Autónoma de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público</i>
EDO	<i>Enfermedades de Declaración Obligatoria</i>	SIA	<i>Sistema de Información Ambulatoria</i>
EL	<i>Entidades Locales</i>	SISP	<i>Sistema de Información de Salud Pública</i>
EPOC	<i>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</i>	SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i>
Eps	<i>Educación para la Salud</i>	SP	<i>Salud Pública</i>
ESCV	<i>Encuesta Salud de la Comunitat Valenciana</i>		

STP	<i>Salud en Todas las Políticas</i>
TDAH	<i>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</i>
TIC	<i>Tecnologías de la Información y las Comunicaciones</i>
TMPAE	<i>Tasa Mortalidad Prematura Ajustada por Edades</i>
VEUS	<i>Visor de Espacios Urbanos Sensibles</i>
VICIPI	<i>Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad</i>
VIH	<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana</i>

Introducción

Marco normativo

La elaboración y desarrollo de planes periódicos de salud, como instrumentos de planificación para guiar las políticas de salud de la Comunitat Valenciana, ha sido una constante desde que se estableció el primer Plan 2001-2005, que posteriormente se siguió de otros tres (2006-2009, 2010-2013 y 2016-2020).

La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana lo recoge como un compromiso explícito que debe ser asumido por el conjunto del Consell para impulsar y contribuir al desarrollo de políticas públicas saludables desde sus diferentes departamentos (Art. 12). Esto implica asumir un enfoque de la salud y el bienestar desde una mirada amplia e integradora con propuestas que van más allá del sistema sanitario, al entender que muchas de las iniciativas adoptadas desde otros sectores repercuten claramente en la salud.

El Plan de Salud propiciará que la salud y la equidad en salud formen parte de todas las políticas públicas, favoreciendo la acción intersectorial en esta materia...

En la definición de este instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud, es especialmente importante considerar los puntos de vista de diferentes sectores profesionales, así como las percepciones y opiniones de las personas y los y las pacientes, expresadas en los foros de participación realizados a tal fin.

Así mismo, la Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana incorpora un elemento fundamental para el desarrollo y la implementación del Plan de Salud, como es la implicación del ámbito local municipal:

En la Comunitat Valenciana, las políticas de salud municipales desarrolladas a través de planes, programas y proyectos de acción local en salud, se alinearán con las líneas estratégicas, objetivos y acciones del plan de salud vigente y se ejecutarán de manera coordinada con los servicios asistenciales y de salud pública.

Enfoque del Plan

El V Plan de Salud adopta una perspectiva global e integradora a modo de hoja de ruta con directrices generales, no aspira a definir todas las acciones concretas a implementar, sino más bien a reforzar acciones y proyectos que ya están en marcha y a inspirar aquellas que se realicen en el futuro.

Su formalización ha sido posible tras un proceso participado de diálogo y reflexión con la ciudadanía, diferentes sectores de la sociedad y profesionales a lo largo del último año, al que se han sumado las experiencias y conocimientos que ya se venían desarrollando a través de diferentes estrategias, programas y planes sanitarios y no sanitarios.

El V Plan de Salud se plantea con un horizonte temporal amplio a 2030, para poder evaluar las propuestas y medir resultados en salud a largo plazo, alineándose tanto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como con las metas propuestas en otras políticas de ámbito internacional, nacional y autonómico con el mismo horizonte temporal.

Su enfoque estratégico, estableciendo las bases de las políticas de salud, se acompaña a su vez de un planteamiento dinámico, mediante un proceso de evaluación y revisión periódico. Para ello contará con una comisión para el seguimiento, evaluación y aprendizaje, que analizará el avance del proceso mediante el cumplimiento de las acciones propuestas, así como los factores facilitadores y/o obstaculizadores y la identificación de lecciones aprendidas.

Se prevé la elaboración de dos evaluaciones intermedias en 2025 y 2028 con la finalidad de reorientar las acciones propuestas para alcanzar los objetivos.

Este V Plan no puede plantearse al margen de la profunda crisis social, ecológica, sanitaria y económica agravada por la irrupción de la pandemia de COVID-19 y los impactos desproporcionados ocasionados sobre las condiciones de vida y la salud de las personas y sobre todo de los colectivos más vulnerables^{1,2}. A pesar de la resiliencia

¹ Dirección General de Salud pública. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad (Coord). Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud. Ministerio de sanidad, 2021.

² López Rodríguez Rosa M^a, Soriano Villarroel Isabel, Coord. Informe Salud y Género 2022: aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

mostrada por el sistema sanitario ante la pandemia, ésta se ha mostrado insuficiente ante la magnitud y complejidad de los retos a los que ya se enfrenta la salud poblacional.

De las lecciones aprendidas, este Plan pone especial acento en la **equidad** en todas las políticas y acciones que se desarrollan desde los servicios públicos y en su importancia como garantes del bienestar de la población valenciana, desde un planteamiento transversal, interdepartamental, intersectorial y de participación, centrado en las personas y en las comunidades.

Apuesta por aumentar el **bienestar** mediante la promoción de la salud en todas las etapas de la vida para conseguir que las personas y las comunidades sean más resilientes, considerando y actuando sobre los entornos donde vivimos.

Pone énfasis en la necesidad de reorientar, reforzar y adaptar el Sistema Sanitario a la dinámica y las necesidades de la sociedad, con el fin último de contribuir a aumentar el nivel de **salud** de los valencianos y valencianas.

Así pues, para hacer efectiva la propuesta acuñada en su lema “**más equidad, más bienestar, más salud**” el valor estratégico y el importante reto para este V Plan de Salud es sentar las bases actuales y de futuro de las políticas de salud de la Comunitat Valenciana, considerando el contexto de complejidad e incertidumbre en el que nos encontramos.

Bases conceptuales

Desde el Plan de salud se concibe la salud de la población desde un planteamiento holístico, resultado de la interrelación de un conjunto de factores del entorno físico y social, los **determinantes de la salud**³, que comprenden tanto las características biológicas como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, se relacionan y envejecen y que a su vez están condicionadas por factores políticos, socioeconómicos, educativos, culturales, ambientales, de condiciones de empleo y

³ Organización Mundial de la Salud. Health Promotion Glossary of Terms 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349>

trabajo, de apoyo sociofamiliar y de la comunidad, así como por la calidad y accesibilidad del sistema sanitario (Figura 1).⁴

La distribución desigual de estos determinantes en la sociedad se traduce en **desigualdades e inequidades** en salud que son diferencias en salud injustas, sistemáticas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y geográficamente.⁵ Por ello, es fundamental evitar la discriminación, incluyendo los ejes de desigualdad en la formulación de las políticas de salud: edad, género, clase social, territorio, diversidad funcional, diversidad sexual.^{6,7}

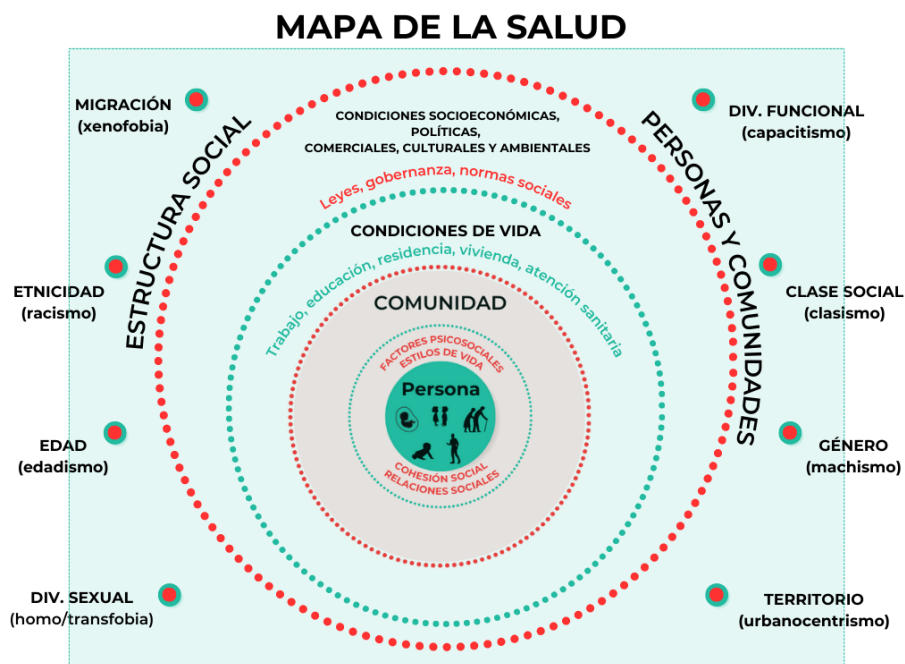


Figura 1. Mapa de la Salud. Elaboración propia a partir de la propuesta de Barton H y Grant M. sobre los determinantes de la salud y el bienestar en nuestras poblaciones (2006)

⁴ Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. *Jurnal of the Royal Society for the Promotion of Health*.2006;126:252-3.

⁵ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. marzo de 2012;26(2):182-9.

⁶ Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España (2010).

El Plan de Salud también apuesta por reforzar la **promoción de la salud**⁸ e incorpora la mirada del **modelo salutogénico**, centrado en la identificación y comprensión de aquello que genera salud desde un enfoque positivo. Pone en valor la identificación de activos para la salud, definidos como los factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y mejorar la salud y el bienestar, y que ayudan a avanzar hacia la equidad en salud.

Dado que el sector de la salud por sí solo no puede modificar los determinantes sociales de la salud, responsables en gran medida de la salud de las poblaciones, se hace necesario potenciar la coordinación intersectorial y la participación de diferentes ámbitos. Es necesario incorporar el enfoque de **Salud en Todas las Políticas**⁹ (STP) para integrar la mirada de la salud en la formulación y desarrollo de las políticas procedentes de sectores como vivienda, educación, transporte, empleo, urbanismo, medio ambiente, por mencionar algunos fuera de la esfera de influencia del sector salud.

Esta mirada de STP, a nivel global tiene su máximo exponente en la **Agenda 2030 para alcanzar los ODS** que adopta un planteamiento holístico de la salud de las personas como inseparable de la salud de las sociedades y del planeta. El ODS 3, con una propuesta de 13 objetivos sobre salud, pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Sin embargo, su logro va a depender en gran medida del progreso y las mejoras alcanzadas por otros ODS (Figura 2) por lo que requiere del trabajo conjunto del sector sanitario en asociación en todos los sectores y niveles de gobierno para promover el liderazgo para la salud y el bienestar.

⁸ La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986. Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghái, 2016.

⁹ Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

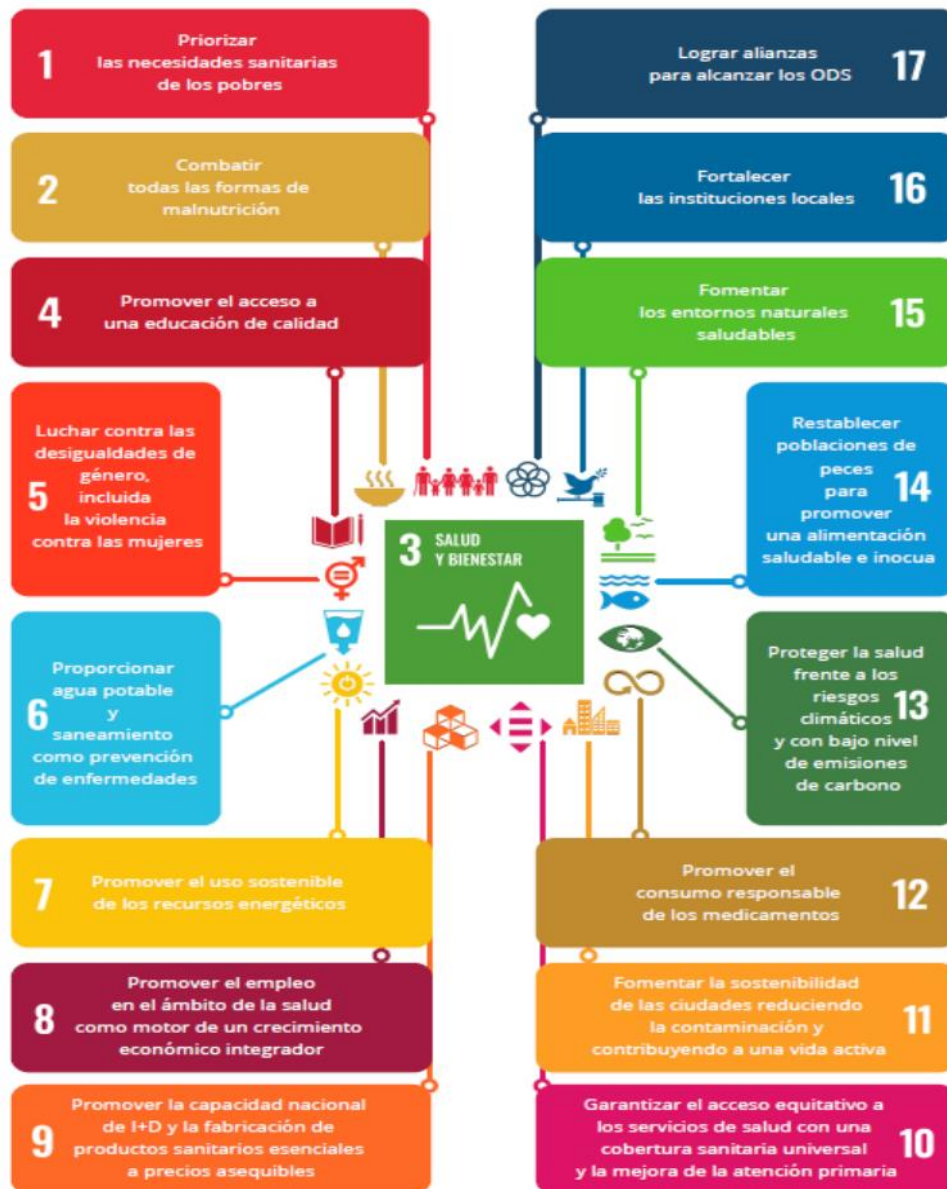


Figura 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la Salud. Elaboración propia a basada en el documento de la OMS¹⁰

El Plan de Salud no puede ser ajeno al impacto sobre la salud de la población, derivado de los cambios en las interacciones entre personas, animales, plantas y nuestro medio ambiente. Las previsiones nada optimistas a corto plazo, además de la aparición y

¹⁰ E4As guide for advancing health and sustainable development. Resources and tools for policy development and implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342345/9789289055772-eng.pdf>

aumento exponencial de la resistencia a los antimicrobianos entre otros aspectos, hacen imprescindible asumir el enfoque **Una sola Salud** (*One Health*) acuñado por la OMS, para promover respuestas multisectoriales que vinculen la salud humana con la ambiental y animal, desde sectores como la seguridad alimentaria, la zoonosis, la microbiología y resistencia a antibióticos, la virología, la ecología, etc.

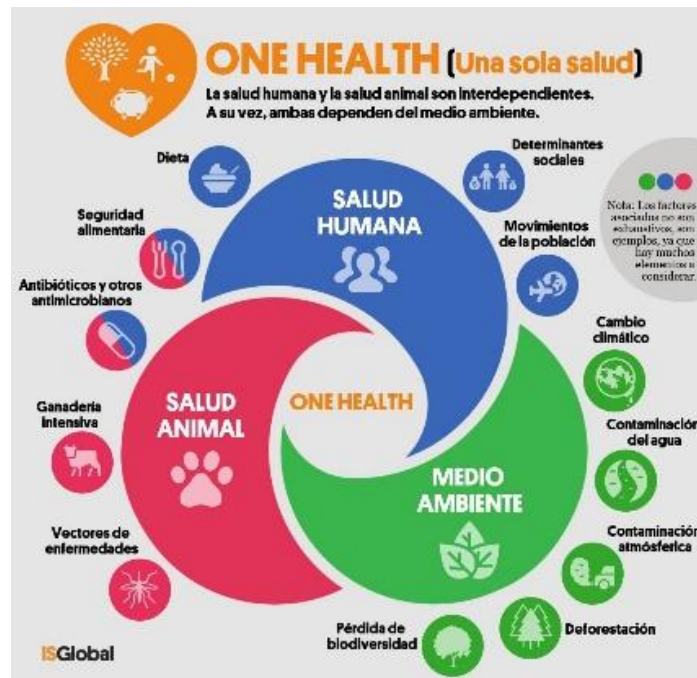


Figura 3. Una sola Salud. Fuente: Tomado de ISGlobal. One Health (una sola salud) o cómo lograr a la vez una salud óptima para las personas, los animales y nuestro planeta¹¹

El perfil demográfico de nuestra población se caracteriza por un evidente incremento del peso de edades maduras y longevas y se acompaña de un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, que hace necesario adaptar los servicios de salud a este modelo de enfermar. Ante el reto que supone reorientar el Sistema Valenciano de Salud hacia un modelo que contemple el curso de la enfermedad a lo largo de su ciclo vital completo y responda a las necesidades de las personas con problemas crónicos de salud, el V Plan mantiene la apuesta por el modelo de **Atención Innovadora a las Condiciones Crónicas (ICCC)** de la OMS ya que la trayectoria de este

¹¹ <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/one-health-una-sola-salud-o-como-lograr-a-la-vez-una-salud-optima-para-las-personas-los-animales-y-nuestro-planeta/90586/0>

modelo, respaldada por la evidencia, está mostrando los beneficios en términos de mejora de la calidad de la atención y resultados de salud. Se centra en la provisión de asistencia sanitaria de manera proactiva, planificada, integrada y centrada en la persona. Propone que los elementos clave que ha de reunir un sistema sanitario orientado a la cronicidad son: comunidad, sistema sanitario, apoyo a la autogestión, diseño del sistema de prestación y sistemas de información clínica. Este enfoque ha demostrado mejorar tanto los resultados clínicos como las experiencias de las personas con enfermedad crónica.



Figura 4. “Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas” en el informe Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas: Agenda para el Cambio. Fuente: OMS

Para fomentar la mejora continua de la calidad de los servicios, el Plan de Salud apuesta por enfocar la atención a la salud desde la perspectiva de la **Cuádruple meta**¹². Se trata de buscar el máximo nivel de calidad en la atención de la salud para mejorar la experiencia de las personas con su atención, obtener los mejores resultados en salud poblacional y reducir el costo per cápita de la atención sanitaria, sin perder de vista un

¹² Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008;27:759-769.

cuarto elemento: la mejora de la satisfacción y bienestar laboral de los y las profesionales.¹³

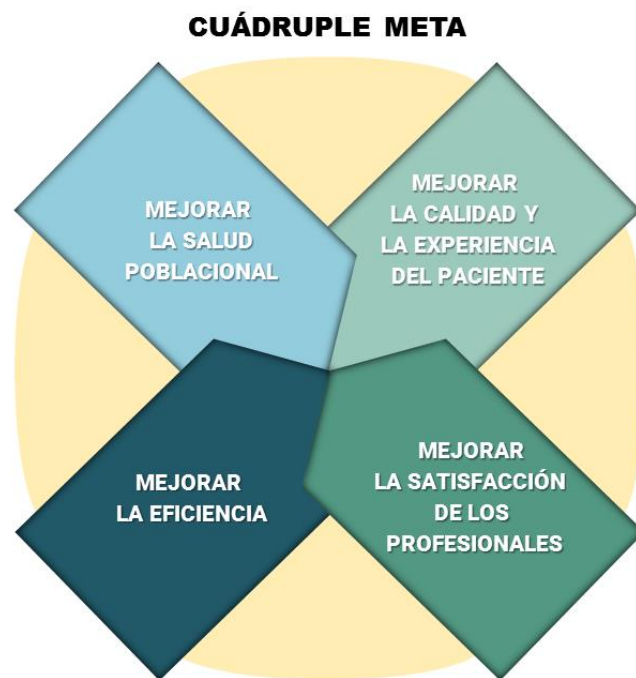


Figura 5. Fuente: Elaboración propia

¹³ Thomas Bodenheimer, Christine Sinsky. From Triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-576. doi: 10.1370/afm.1713.

Metodología

Etapas del proceso para la elaboración del Plan

La elaboración del V Plan de Salud ha seguido un proceso de trabajo de aproximadamente un año de duración desarrollado en diferentes etapas:

Primera etapa

Junio 2021:

- Revisión documental: referencias en políticas, estrategias de salud y directrices de organismos e instituciones internacionales, estatales y autonómicas.
- Informe de evaluación y conclusiones del IV Plan de Salud publicado en la web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUSP).
- Presentación de propuesta de trabajo y aprobación en el Consejo de Dirección de la CSUSP.

Julio-agosto 2021:

- Grupo de Dirección (GD): conferencia de consenso para identificación de los grupos de interés para consulta, canal de consulta y calendario.
- Aprobación de guiones de trabajo para captura de información con cada grupo de interés

Segunda etapa

Septiembre-diciembre 2021:

- Proceso de participación mediante reuniones presenciales y en línea para captura de información: metodología METAPLAN con diferentes colectivos y grupos de interés.
- Revisión de resultados y aprobación de cuestionario 0 – Delphi

Enero-abril 2022:

- Conducción de la consulta Delphi en dos oleadas a través de una plataforma en línea de los grupos de interés.

- Análisis de resultados con las prioridades identificadas por cada uno de los grupos (personal técnico de salud, personal directivo, mandos intermedios de sanidad, personal técnico de otras administraciones, sociedades científicas, colegios profesionales y sindicatos, asociaciones ciudadanas y de pacientes, junto a personas expertas en nuevas tecnologías y salud digital) y de forma integrada.

Tercera etapa

Mayo-agosto 2022:

- Borrador del V Plan para presentación al Consejo de Dirección

Septiembre-octubre 2022:

- Consulta interna en la CSUSP y consulta interdepartamental
- Segundo proceso de participación: Foro abierto en la web de la CSUSP del 24 de octubre al 4 de noviembre, para propuestas y alegaciones al borrador del Plan

Cuarta etapa

Diciembre 2022:

- Presentación al Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana el 15 de diciembre
- Aprobación por el Pleno del Consell el 23 de diciembre

Referencias en políticas y estrategias de salud

El Programa de Salud EU4 de la Unión Europea 2021-2027 con cuatro grandes objetivos: prevención y promoción de la salud, protección frente a amenazas transfronterizas, disponibilidad de medicamentos y fortalecimiento del sistema sanitario, su resiliencia y eficiencia, mediante la mejora de la información en salud, herramientas, servicios y transformación digitales.

Congreso de los Diputados de España. Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (2020). Destaca la necesidad de reafirmar los valores y principios de la buena gobernanza en salud, acabar con la temporalidad y precariedad laboral del personal de salud, reforzar la atención primaria y comunitaria urgentemente, fortalecer las estructuras y servicios de salud pública, impulsar la investigación, fármacos y vacunas, implementar una estrategia de transformación digital en salud, mayor coordinación de servicios sanitarios y sociales, reforzar la política farmacéutica, optimización de medicamentos y el fomento de la utilización de genéricos y biosimilares.¹⁴

Plan de recuperación, Transformación y Resiliencia. Gobierno de España. El **Componente 18** se centra en cinco reformas y seis inversiones. Las reformas dirigidas a fortalecer la atención primaria y comunitaria, reformar el sistema de salud pública, consolidación de la cohesión, equidad y universalidad, refuerzo de capacidades profesionales y reducción de la temporalidad, reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos. Las inversiones se centran en equipos de alta tecnología, refuerzo de la prevención y promoción de la salud, aumento de las capacidades para responder a crisis sanitarias, formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento, racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad y data lake sanitario.¹⁵

España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia nacional de Largo Plazo. 5º Desafío: Preparar nuestro estado de bienestar para una sociedad más longeva. Un primer frente consiste en situar la salud como eje principal de las políticas públicas para mejorar la resiliencia de la población en edades avanzadas. Pasa por elaborar una

¹⁴ https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

¹⁵ <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondosrecuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>

Estrategia Nacional de envejecimiento Saludable desde una perspectiva de Salud en Todas las Políticas que ponga énfasis en la salud mental y las enfermedades neurodegenerativas. En segundo lugar, plantea establecer una Agencia de Evaluación de Políticas en Salud que evalúe las intervenciones con mayor potencial para mejorar la esperanza de vida en buena salud y reducir las desigualdades. La tercera propuesta apunta a establecer cambios institucionales y organizativos, con un modelo más centrado en la cronicidad, la prevención secundaria y la terciaria, la mejora de la atención primaria y su coordinación con la hospitalaria, así como la orientación de los servicios y prestaciones sanitarias a una obtención eficiente y equitativa de resultados en salud.¹⁶

Generalitat Valenciana. Propuesta de Estrategia Valenciana para la recuperación 2020.

Plantea unos servicios sanitarios y sociales eficaces y eficientes, con los recursos humanos, tecnológicos, organizativos y económicos adecuados para garantizar el acceso equitativo de la ciudadanía. El refuerzo del sistema sanitario pasa por el fortalecimiento y transformación de la atención primaria, refuerzo de la salud pública y aprovechar las oportunidades que ofrece el campo de la salud digital sobre la tecnología, Big Data, inteligencia artificial y las TIC para mejorar la relación con la ciudadanía y los y las pacientes. Además, apuesta por la perspectiva conjunta de “Curar y Cuidar”, en la que aspectos como la participación y el empoderamiento de ciudadanía y pacientes sean esenciales y se acompañen de un modelo de coordinación sociosanitaria bien definido.¹⁷

Estrategias de Salud Estatales

- [Estrategia de Promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco de la cronicidad. Aprobada en 2013](#)
- [Estrategia de Enfermedades Raras del SNS. Actualización 2014.](#)
- [Estrategia en EPOC del SNS. Actualización en 2014.](#)
- [Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020](#)
- [Plan Nacional frente a las Resistencias a los Antibióticos 2019-2021](#)
- [Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 2022-2026](#)
- [Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud 2021-2026](#)
- [Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del SNS 2022](#)
- [Estrategia de Salud Pública 2022](#)
- [Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023](#)
- [Estrategia de Salud Mental 2022-2026](#)
- [Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023](#)

¹⁶ https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf

¹⁷ <https://gvaoberta.gva.es/documents/7843050/172202279/Acuerdo+social+CAS.pdf/cf78e37b-f6d3-44a3-8054-98830088d5e9>

- [Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. 2021](#)
- [Plan de Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS 2021-2030](#)
- [Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030](#)

Planes y estrategias autonómicas de contexto

- [Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social 2017-2022](#)
- [Estrategia Valenciana de Infancia y Adolescencia 2022-2026](#)
- [Estrategia valenciana de la Juventud 2019-2023 \(IVAJ. Pag 89 y pág. 100 en documento de bases\)](#)
- [I Estrategia Valenciana contra las Violencias Sexuales 2021-2025](#)
- [Estrategia Valenciana de Cambio Climático](#)
- [II Plan Valenciano de Transición Agroecológica \(pág. 53\)](#)
- [Guía para incorporar la perspectiva de género en actuaciones urbanas. Dirección General de Urbanismo](#)
- [Guía de participación ciudadana de la Generalitat y su sector público. Conselleria de Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad Democrática](#)

Estrategias autonómicas de salud

- [Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021](#)
- [Estrategia de Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-2020](#)
- [Estrategia contra el cáncer de la Comunitat Valenciana 2019-2022](#)
- [Estrategia de Diabetes de la Comunitat valenciana 2017-2021](#)
- [Plan de Seguridad Alimentaria 2021-2025](#)
- [Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana 2019-2023](#)
- [Plan de Atención a la epilepsia 2019-2023](#)
- [Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023](#)
- [Plan para la optimización de tiempos y mejora de la atención. OPTIMA 2020-2023](#)
- [Extracto de Sanidad del Plan Estratégico de Digitalización de la Administración de la Generalitat 2020-2025](#)
- [Estrategia de prevención y atención al Tabaquismo en la Comunitat Valenciana 2018-2023](#)

Planes de Salud de otras CCAA

- [Plan de Salud de Aragón](#)
- [Plan de Salud de Asturias](#)
- [Pla de Salut de Catalunya](#)

Evaluación del IV Plan de Salud 2016-2020

La evaluación del IV Plan se llevó a cabo desde una doble perspectiva basada, en primer lugar, en **fuentes de información directa** mediante el análisis de los 187 indicadores disponibles, vinculados a sus 33 objetivos definidos en el seguimiento del propio Plan, pese a la complejidad que conllevó la obtención de algunos de ellos a consecuencia de la pandemia. A modo de síntesis, en la siguiente figura se destacan algunos de los aspectos más relevantes considerados como logros derivados de la implementación del Plan, así como aquellos sobre los que habría que incidir porque no se alcanzaron, presentando un importante margen de mejora. El informe completo de evaluación se encuentra disponible en la página web de la CSUSP¹⁸:

AVANCES IMPORTANTES	MÁRGEN DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none">➤ Acceso universal a la atención sanitaria➤ Ayudas al copago farmacéutico➤ Políticas sobre género, salud sexual y reproductiva➤ Ley derechos y garantías dignidad final de la vida➤ Recursos humanos: procesos selectivos y bolsas trabajo➤ Estrategias de salud: Cardiovascular, crónicos complejos y paliativos➤ Promoción de la salud en el ámbito local: XarxaSalut	<ul style="list-style-type: none">➤ Inversión en Atención primaria y comunitaria➤ Coordinación socio-sanitaria: historia compartida➤ Sistemas información: interoperatividad➤ Alfabetización en salud, autonomía para el autocuidado➤ Listas de espera quirúrgica y diagnóstica➤ Estrategias de salud: Diabetes, salud mental, cáncer, tabaquismo, atención temprana, sobrepeso y obesidad➤ Contaminación atmosférica: Vigilancia sanitaria

El segundo abordaje para evaluar el IV Plan consistió en incorporar la **valoración de informantes clave** que participaron en las técnicas de investigación cualitativa, aportando sus percepciones y puntos de vista sobre los resultados de la implantación del IV Plan y al mismo tiempo delimitar áreas de intervención preferente, aspectos relevantes e innovaciones para el despliegue del V Plan y proponer los principales valores que debiera incorporar el nuevo Plan.

¹⁸ http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Informe_Evaluacion_Final_Plan_Salud_IV_cas.pdf

Proceso de participación

Conferencia de consenso

El 2 de julio de 2021 se constituyó el GD del V Plan de Salud. Mediante la técnica de la conferencia de consenso se aprobaron las diferentes fases de este estudio, revisión y propuesta de contenidos, estableciéndose diferentes reuniones de análisis y discusión de los resultados. Se llevaron a cabo hasta 3 reuniones presenciales en los meses de julio, agosto y noviembre de 2021 con una duración aproximada de 1 hora y media, en las instalaciones de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Participaron representantes del Gabinete de la Conselleria, de las Direcciones y Subdirecciones Generales, así como de FISABIO.

Captura inicial de información mediante la técnica Metaplan

Esta técnica combina los enfoques de la técnica del grupo nominal y del grupo focal, incluyendo un sistema de priorización de propuestas. Durante los meses de septiembre a diciembre de 2021 se llevaron a cabo 15 sesiones grupales con los diferentes colectivos que había aprobado previamente el GD para ser consultados. El número total de participantes fue de 142 (90 mujeres y 52 hombres).

Las sesiones se celebraron en Valencia (DGSPA y EVES) y Alicante (HGUA). Todas las sesiones tuvieron, aproximadamente, 2 horas de duración.

Distribución de las sesiones por fechas y ubicación

Fecha	Colectivo	Sede	Nº de grupos	Nº participantes
23 de septiembre	Personal técnico de la CSUSP	EVES	2	19
23 de septiembre	Profesionales líderes de estrategias	EVES	2	21
24 de septiembre	Mandos intermedios de hospitales, atención primaria y salud pública	EVES	2	23
15 y 18 de octubre	Equipos directivos centros	ONLINE Plataforma ZOOM	2	15
24 de septiembre	Personal técnico otras Consellerias y Administración Local	EVES	2	17
14 y 18 de octubre	Asociaciones ciudadanas y de pacientes	EVES y HGUA	4	35
16 de diciembre de	Personas expertas en salud digital	DGSPA	1	12

En cada una de las sesiones se planteó un guion de preguntas con elementos comunes a todos los grupos. Adicionalmente y de acuerdo con el perfil de cada uno de los grupos de trabajo, se sumaron otras preguntas con el objetivo de poder recopilar información concreta del grupo en cuestión. De esta forma todas las cuestiones relevantes inicialmente definidas eran exploradas desde diferentes perspectivas, posibilitando la triangulación de respuestas a las preguntas clave incluidas en los guiones de trabajo.

Pregunta clave 1

- Principales logros del Plan de Salud 2016-20: hitos, distintos aspectos, lo mejor, lo que más valoran.
- Líneas estratégicas, objetivos específicos o líneas de actuación no han cumplido con las expectativas: Qué no ha cambiado, lo que requiere mayor atención, intensificación o no estuvo bien planteado.

Pregunta clave 2

- Qué aspectos consideran más relevantes para el V Plan. Objetivos y líneas que no pueden faltar.
- Innovaciones, cambios como consecuencia de la pandemia y nuevos retos en salud.

Las preguntas fueron presentadas de forma secuencial, recogiendo y priorizando las aportaciones tras provocar un debate abierto sobre las ideas volcadas por los participantes en cada una de ellas.

Cabe destacar que en el caso del grupo de salud digital el guion fue completamente diferente debido a que en este caso se perseguían unos objetivos diferentes acorde a la innovación que las tecnologías disruptivas aportaban.

En el anexo 1 se resumen las aportaciones más relevantes.

Consenso de prioridades mediante la técnica Delphi

La elección de la técnica Delphi responde a la necesidad de obtener unos estimadores cuantitativos a partir de estrategias cualitativas, determinando el grado de acuerdo existente entre participantes con respecto a un tema ya propuesto y a una serie de cuestiones específicas. Se solicita a las personas expertas que participan responder a un cuestionario que contiene las preguntas clave o temas sobre los que se desea obtener un consenso. Se realizan varias rondas de priorización de las cuestiones a valorar. De esta forma, se facilita en mayor medida alcanzar el consenso entre puntos de vista dispares sobre unos mismos elementos. Las ventajas que aporta esta técnica son que permite la participación en forma anónima de un amplio número de participantes, que disponen de feedback de su respuesta y de la respuesta global del grupo, perfilando de forma independiente su visión para cada una de las temáticas presentadas.

Se aplicó mediante un sitio Web diseñado para realizar las diferentes consultas, cumpliendo con todos los requisitos de la técnica.

Para elaborar el cuestionario 0 requerido, se recurrió a las aportaciones del METAPLAN, al análisis del logro de objetivos y de los indicadores del IV Plan de Salud, revisión de las propuestas e iniciativas de agencias nacionales e internacionales sobre el horizonte 2030 y los compromisos de la Generalitat Valenciana en materia de salud. A partir de toda esta información se elaboró un listado inicial de ámbitos que debían explorarse para identificar prioridades para todos los grupos de interés en la formulación de este nuevo plan.

El estudio Delphi "Identificación de las prioridades que debe contemplar el V Plan de Salud (2022-2030)" se inició con fecha 1 de febrero de 2022 en su primera ola, terminando el 18 de febrero de 2022. La segunda ola del estudio se inició con fecha 3 de marzo de 2022 finalizando el 31 de marzo de 2022. Se realizaron en paralelo un total de 7 consultas online (7 consultas x 2 rondas). Cada una de estas consultas respondía a un colectivo diferente de forma que no todos los colectivos valoraron todos los bloques y todas las cuestiones. El objetivo de esta selección era intentar generar consultas lo más dinámicas y ágiles, sin producir cansancio en las personas participantes e incrementar la validez de la consulta. No obstante, todos los elementos fueron valorados por diferentes colectivos buscando la mayor representatividad.

El cuestionario 0 del estudio Delphi constaba inicialmente, en su conjunto, de 14 bloques y 149 elementos (Tabla 5) que se debían valorar en una escala de 0 a 10 puntos, dónde el 0 hacía referencia a que no consideraban que el elemento mostrado fuese prioritario, mientras que una puntuación de 10 hacía referencia a que el elemento presentado tuviese una alta prioridad. Cabe señalar que aquellas cuestiones que fueron sugeridas en la primera ola por los diferentes colectivos pasaron a ser valoradas, en la segunda ola, junto con aquellas cuestiones que no habían alcanzado el suficiente consenso en la primera ola.

Bloques y número de cuestiones

BLOQUE	N.º DE CUESTIONES
Prioridades en salud más urgentes (1). Enfoque de Desigualdades en salud y equidad	15
Prioridades en salud más urgentes (2). Enfoque entornos saludables	13
Prioridades en salud más urgentes (3). Enfoque salud a lo largo del ciclo vital	18
Prioridades en salud más urgentes (4). Enfoque problemas emergentes	10
Prioridades para lograr una mayor participación de la ciudadanía, pacientes y profesionales (1). Participación y órganos de participación	9
Prioridades para lograr una mayor participación de la ciudadanía, pacientes y profesionales (2). Empoderamiento, alfabetización en salud	13
Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (1). Modelo organizativo	20
Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (2). Calidad, seguridad y eficiencia	14
Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (3). Transformación digital	15
Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (4). Profesionales	8
Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (1). Enfoque intersectorial	6
Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (2). Gobernanza	4
Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (3). Comunicación y difusión	4

En la segunda ola las personas que formaban parte de los diferentes colectivos accedían a la información sobre el valor que habían asignado en el cuestionario 0 y la puntuación de su grupo normativo para cada una de las propuestas. El procedimiento para obtener las respuestas en este caso fue el mismo que en las primeras rondas.

Porcentajes de participación en primera y segunda ola

PARTICIPACIÓN PRIMERA OLA

GRUPO	N.º INVITACIONES	N.º RESPUESTAS	% RESPUESTA
Personal técnico	91	73	80,22%
Ciudadanía	81	56	69,14%
Soc. Científicas, colegios profesionales y sindicatos	55	33	60,00%
Otras administraciones	55	37	67,27%
Personal directivo sanitario	88	74	84,09%
Mandos intermedios sanitarios	45	34	75,56%
Personal asistencial de salud	30	19	63,33%
TOTAL	445	326	73,26%

PARTICIPACIÓN SEGUNDA OLA

GRUPO	N.º INVITACIONES	N.º RESPUESTAS	% RESPUESTA
Personal técnico	73	70	95,89%
Ciudadanía	56	54	96,43%
Soc. Científicas, colegios profesionales y sindicatos	33	29	87,88%
Otras administraciones	37	36	97,30%
Personal directivo sanitario	74	70	94,59%
Mandos intermedios sanitarios	34	34	100,00%
Personal asistencial de salud	19+55	17+38	74,32%
TOTAL	325+55	310+38	91,34%

En el anexo 2 puede consultarse un resumen gráfico de la priorización realizada de forma global y conjunta por todos los colectivos implicados, así como en los diferentes bloques en que se estructuró la consulta.

De forma paralela a la consulta de prioridades se realizó una consulta con el objetivo de identificar los valores prioritarios a los que debía responder el V Plan de Salud. En este caso el conjunto de personas expertas debía responder a un listado de 13 valores con

sus definiciones operativas y asignarles un valor en una escala de 0 a 10 puntos (mínima – máxima prioridad). Se invitó a participar a 29 personas que formaban parte de los diferentes grupos que participaban en la consulta sobre prioridades del V Plan, junto a representantes del grupo promotor o grupo de dirección. De las 29 personas invitadas respondieron en plazo finalmente 19 personas, lo que supuso un 65% de participación.

Foro de participación en la web de la CSUSP

El objetivo fue recoger opiniones y propuestas de mejora sobre los contenidos del Plan a través de un foro de discusión público y abierto.

Para participar en la consulta solo había que registrarse facilitando un nombre o alias y una dirección de correo electrónico, en la que se recibía la contraseña para poder aportar comentarios. Cualquier persona registrada podía escribir su opinión y/o propuesta de mejora (no más de 600 caracteres, unas 100 palabras) en los espacios habilitados del foro, y acceder a la definición de los diferentes objetivos si tenía interés en consultarlos.

El foro de discusión se organizó en las tres líneas estratégicas que configuran el Plan:

1. Ganancia en salud desde un enfoque transversal y de equidad
2. Personas y comunidades sanas en entornos favorecedores de la salud
3. Plasticidad del sistema sanitario para que sea capaz de adaptarse a la dinámica y las necesidades de la sociedad

Dentro de cada una de estas líneas se enumeraban los objetivos vinculados y algunas de las acciones propuestas para conseguirlos.

Preguntas de la consulta

Para orientar las aportaciones en los espacios habilitados para ello, se propusieron las siguientes preguntas en relación con cada una de las líneas u objetivos sobre los que quisieran opinar:

¿Qué opinas sobre la línea estratégica? ¿Consideras que podría enunciarse de forma distinta, que debería completarse con alguna otra línea, que podría eliminarse?

¿Qué opinas sobre el objetivo? ¿Consideras que se podría mejorar su enunciado, que deberían incluirse más objetivos, o que podría eliminarse?

¿Tienes alguna propuesta concreta de acción sobre el objetivo?

¿Sugieres algún indicador que consideres idóneo para medir la consecución del objetivo?

¿Quiénes han participado?

Durante el periodo de consulta, la página de introducción del foro recibió 1684 visitas. En esta página se encuentra información de interés como por ejemplo un documento con los objetivos del Plan u otro donde se detalla el procedimiento de participación. La página que da acceso al foro en sí recibió 7390 visitas.

La línea estratégica más visitada fue la *Línea 3. Plasticidad del sistema sanitario para que sea capaz de adaptarse a la dinámica y las necesidades de la sociedad*, mientras que la dimensión más visitada dentro de esta línea fue la *3.5 Adecuar los recursos humanos para mejorar la calidad del empleo en el sistema sanitario público y adaptar las infraestructuras sanitarias*.

Se registraron 81 personas, de las cuales 47 participaron activamente aportando mensajes. En total, durante el periodo de consulta se recogieron en el foro 202 mensajes con opiniones o propuestas. La mayoría pertenecen a colegios oficiales, asociaciones, administraciones locales y algunas proposiciones se realizaron a título individual.

De los hilos de conversación creados por quienes participaron, el que recibió más visitas (1.168 accesos) y el que recogió el mayor número de discusiones (5), se engloba dentro de la *Línea 2. Personas y comunidades sanas en entornos favorecedores de la salud*, concretamente en la dimensión *2.4 Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles*. Se titula *Enfermera escolar para todos y todas* y es una propuesta a la que se le da cobertura en la acción *2.4.4 Garantizar la atención de las necesidades de salud de los niños y niñas con problemas crónicos en el ámbito escolar, asignando centros sanitarios de referencia*.

Principales aportaciones

En la *Línea 1: Ganancia en salud desde un enfoque transversal y de equidad* se recibieron 68 mensajes, de los cuales 37 se centraron en la dimensión “Gobernanza en salud y Salud en Todas las Políticas”, 10 hicieron alusión a la “Participación en Salud”, 1 a “Situaciones y problemas de salud emergentes” y 20 a “Salud Digital”.

En la *Línea 2: Personas y comunidades sanas en entornos favorecedores de la salud* se recibieron 90 mensajes, 37 de los cuales se dirigieron a la dimensión “Entornos de vida saludables”, 20 relacionados con “Salud en todas las edades”, 29 con la dimensión “Cultura de la Salud” y 4 con “Salud positiva”.

En la *Línea 3: Plasticidad del sistema sanitario para que sea capaz de adaptarse a la dinámica y las necesidades de la sociedad* se recibieron 117 mensajes, de los cuales 37 se centraron en la dimensión “Reorientación de los servicios”, 47 en la dimensión “Refuerzo de la capacidad y resiliencia”, 18 en “Mejores resultados en salud” y 15 aportaciones para “Experiencia de los y las profesionales”.

Como resultado de todo ello, el Plan ha incorporado modificaciones en 4 de sus objetivos y ha incluido una nueva acción.

El informe más detallado con los resultados de esta consulta pública puede consultarse en la web

Situación de Salud en la Comunitat Valenciana

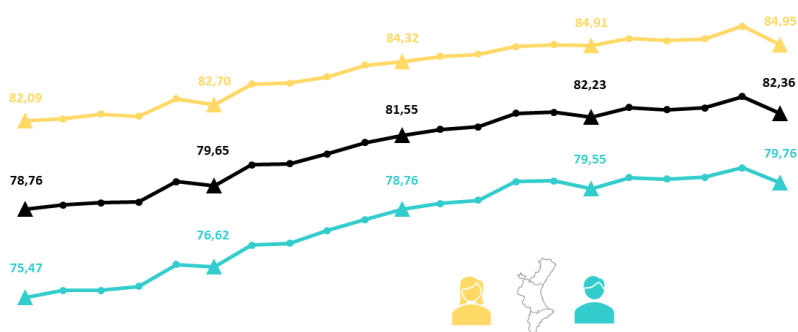
En este apartado se presenta una visión resumida, a modo de una fotografía, con los datos más relevantes de la situación de salud y bienestar en la Comunitat Valenciana. La estructura de la información se basa en el modelo de resultados y determinantes de la salud referido en las bases conceptuales que inspiran el Plan.

Existe una versión más pormenorizada que puede consultarse en la web a través del enlace www.san.gva.es

Nuestro contexto y condiciones de vida

La **población de la Comunitat Valenciana**, con 5.058.138 habitantes, tiene un **perfil mayoritariamente urbano que se concentra en las comarcas del litoral**, siendo las del interior de las provincias de Castellón y València las que presentan una menor densidad de población y a su vez mayores índices de dependencia. Cerca del 15% es población de nacionalidad extranjera que se concentra en una elevada proporción en las comarcas costeras de la provincia de Alicante y en segundo lugar en las de Castellón.

Evolución de la esperanza de vida al nacimiento, 2000-2020



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

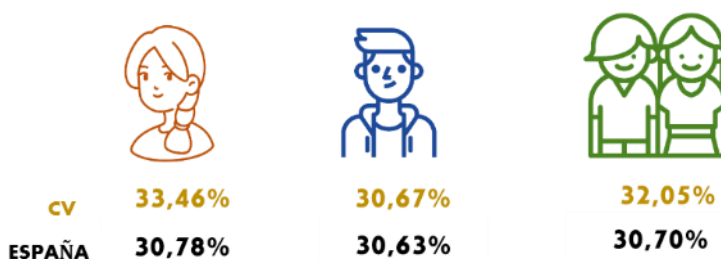
El incremento mantenido de la **esperanza de vida** hasta 2019, troncado por el descenso de 0,64 años en 2020 debido a la pandemia de COVID-19, ha provocado en las dos últimas décadas lo que se ha denominado **envejecimiento de la vejez**. Esta situación lleva aparejada una evidente **feminización con un número de mujeres de 80 o más años**

que casi dobla al de hombres, lo que las convierte en un grupo de población especialmente vulnerable desde el punto de vista sociosanitario.

El **patrón reproductivo** sigue caracterizado por el **incremento de la edad de las madres y el descenso del número de hijos**. Los nacimientos de madres adolescentes descienden ligeramente mientras que asciende la proporción de madres de origen extranjero a una de cada cuatro. Todo ello implica la necesidad de adaptar los cuidados prenatales a la realidad demográfica y la diversidad cultural de las mujeres.

Respecto al mercado laboral, la **tasa de paro** es ligeramente superior a la de la media estatal. Se aprecian **profundas desigualdades** que impiden el acceso equitativo a un empleo de calidad, seguro y bien remunerado. **Las mujeres, las personas jóvenes, las migrantes y aquellas que presentan una discapacidad experimentan las cifras de desempleo más elevadas**, incluido el de larga duración. La tasa de paro juvenil se sitúa en un 32,05%, y afecta de manera especial a las mujeres jóvenes.

Tasa de paro juvenil (2021)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En las últimas décadas se ha producido un **incremento significativo en el nivel educativo** alcanzado por las generaciones más jóvenes, en especial, en el caso de las mujeres. A pesar de ello persiste la brecha de género en el mercado laboral, que se agudiza en los estratos inferiores.

Otro aspecto a destacar es la **reducción prácticamente a la mitad del abandono escolar temprano** en la última década, aunque continúa existiendo un margen de mejora. También es positivo el descenso en la edad de inicio de la escolaridad, con una **tasa de escolaridad a los 2 años** que ha aumentado en el último quinquenio, **superando el 60%**.

El **impacto de la crisis sanitaria en términos de pobreza y vulnerabilidad social** ha sido **mayor en las mujeres**, mientras que en los hombres la variación ha sido mínima, acentuando la brecha de género. Por edad y sexo, **la población infantil y juvenil son los grupos más expuestos**, con un 33,5% de menores de 16 años en riesgo de pobreza y/o exclusión social y una proporción similar en el grupo de 16 a 29 años.

Población en riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE) según sexo



Fuente: El estado de la pobreza. XI Informe. European Anti Poverty Network, 2021.

Del mismo modo, existe un patrón de **gradiente inverso entre educación y pobreza** y alcanza valores máximos en aquellos hogares formados por una persona adulta con hijos o hijas a cargo y en las personas extranjeras.

En síntesis, podemos afirmar que la crisis sanitaria ha abocado a una sociedad menos equitativa, si consideramos que el incremento de la renta media de 2020 respecto al año anterior ha favorecido exclusivamente a la población con mayores ingresos y ha perjudicado a la más pobre. La **polarización hacia los extremos** pone de manifiesto el **incremento de la desigualdad social**.

El 7,4% de la población adulta declara haber sido víctima de **malos tratos** en alguna ocasión en su vida. Esta **proporción es superior en las mujeres en todos los grupos de edad y en especial, entre la población más joven**. Dos de cada tres mujeres que manifiestan malos tratos, los sufren de manera muy habitual o frecuentemente.

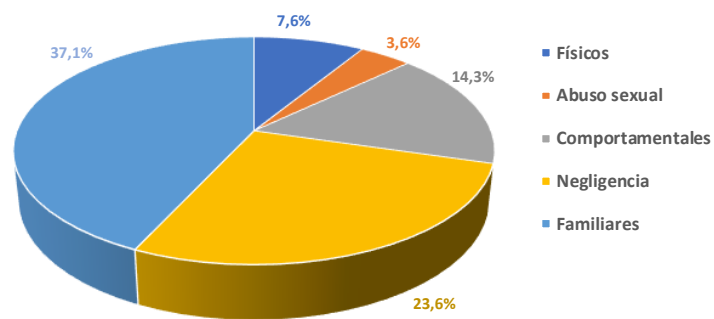
A través de las nuevas tecnologías, un 5,4% de las mujeres y un 2,7% de los hombres refieren haberse sentido acosados con mensajes o imágenes. El **ciberacoso** es más

frecuente en las **mujeres jóvenes**, 1 de cada 6 chicas se ha visto afectada por esta situación.

La Comunitat Valenciana se encuentra entre las comunidades autónomas con mayor número de **víctimas por violencia de género** inscritas en el Registro Central para la Protección de las víctimas de la Violencia Doméstica y de Género. En 2021, esta cifra alcanzó las 4.548 mujeres, lo que corresponde a una tasa de 2 mujeres por cada 1.000.

El **maltrato en la infancia** afecta más a las niñas que a los niños, es más frecuente en las edades más tempranas, especialmente en menores de un año y aproximadamente, un tercio de estas situaciones se produce en un contexto de exclusión social. La brecha de género se intensifica al llegar a la adolescencia.

Distribución de los indicadores de riesgo sociosanitario infantil

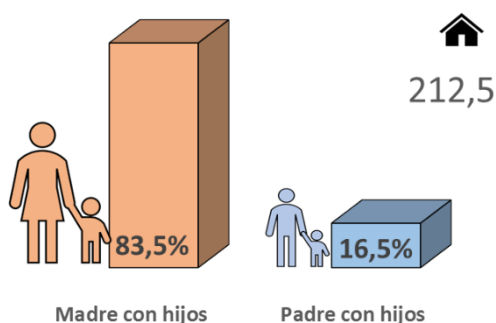


Fuente: Informe sobre las situaciones de violencia en la infancia detectadas en el ámbito sanitario. Comunitat Valenciana, 2020. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

Nuestros entornos

Los **hogares unipersonales** se han incrementado tras la pandemia y afectan a más de medio millón de personas en la Comunitat Valenciana, de manera que **4 de cada 10 personas que viven solas son mayores de 64 años y mayoritariamente mujeres**. También 8 de cada 10 **hogares monoparentales** están encabezados por mujeres y por lo general, se encuentran en una situación de **mayor vulnerabilidad social y presentan cifras más elevadas de pobreza**.

Hogares monoparentales, 2020



Fuente: Encuesta Continua de Hogares. Instituto Nacional de Estadística

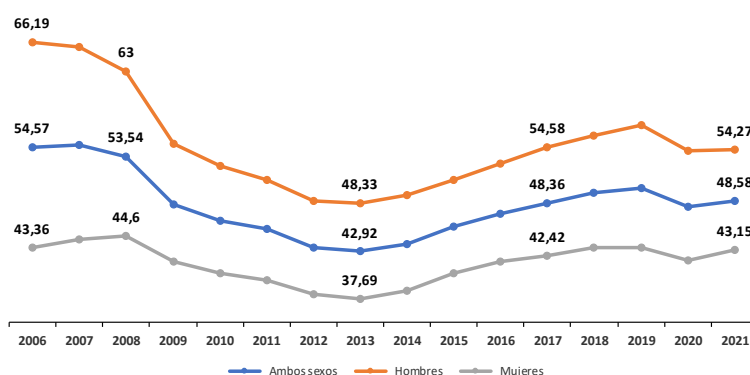
Respecto al **entorno residencial** cabe destacar que una de cada cuatro viviendas se encuentra ubicada en un entorno con una calidad acústica deficiente que es percibida como molesta por sus habitantes, a lo que se suma el **empeoramiento de los indicadores de pobreza energética** a consecuencia de la pandemia. Desde el mapa de la vulnerabilidad urbana (VEUS) **se han identificado en la Comunitat 778 secciones censales clasificadas como espacios urbanos sensibles**, en los que viven más de un millón de personas.

A través de **XarxaSalut, la red de municipios valencianos por la salud** creada en 2017, se impulsan acciones de **promoción de la salud** de la población con la **participación comunitaria, la intersectorialidad y la equidad** como ejes transversales y basándose en el principio de **Salud en Todas las Políticas**. Son apoyadas por medio de subvenciones competitivas para el despliegue del Plan de Salud de la CV en sus municipios, la

promoción de la salud y acceso a servicios y programas de salud en poblaciones que viven en situación de especial vulnerabilidad, y la puesta en marcha de iniciativas salutogénicas en el ámbito local mediante ayudas a entidades sin ánimo de lucro.

La **tasa de empleo** en la población de 16 y más años, con un valor global del 62,35% de nuevo presenta **diferencias marcadas entre hombres (67,7%) y mujeres (56,98%) y son ellas también las más afectadas por la temporalidad** en el empleo, sobre todo en el sector público, así como por la jornada a tiempo parcial, resultando en este caso el cuidado de los hijos e hijas o de otras personas dependientes, el segundo motivo de más peso.

Tasa de empleo según sexo, 2006-2021



Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística

La **constatación de que las mujeres de la CV soportan una carga de trabajo doméstico casi tres veces superior a la de los hombres y de que a pesar de estar más formadas que los hombres continúan estando infrarrepresentadas en puestos de responsabilidad**, hace pensar que todavía queda un gran recorrido para superar el **techo de cristal**.

Disponer de **redes de apoyo** de calidad contribuye al bienestar emocional de las personas, potencia su resiliencia y la salud positiva. El **83,4% de la población adulta valenciana tiene tres o más personas cercanas con las que puede contar ante un problema grave y 7 de cada 10 disponen de apoyo vecinal informal**.

Destaca el impulso que han tomado las asociaciones que trabajan en el área del **voluntariado**, componiendo un foco de solidaridad activo, que contribuye a incrementar la cohesión social y a crear **comunidades más resilientes**.

La **Comunitat Valenciana** es un **espacio geográfico considerado muy vulnerable para el cambio climático**. El aumento de la temperatura global y los fenómenos meteorológicos extremos –olas de calor, tormentas e inundaciones– **están teniendo impactos claros en la salud de la población** afectada.



Junto con el cambio climático, la contaminación del aire es una de las mayores amenazas medioambientales para la salud humana en términos de pérdida significativa de años de vida saludable y como causa indirecta de muertes prematuras por problemas cardiocirculatorios y respiratorios fundamentalmente.

Frente a los factores ambientales con influencia negativa sobre la salud, **los espacios verdes y azules y el contacto con la naturaleza en general** ofrecen numerosas **oportunidades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**. Pueden tener un impacto positivo en el bienestar social y psicológico de la población, además de favorecer la práctica de actividad física.

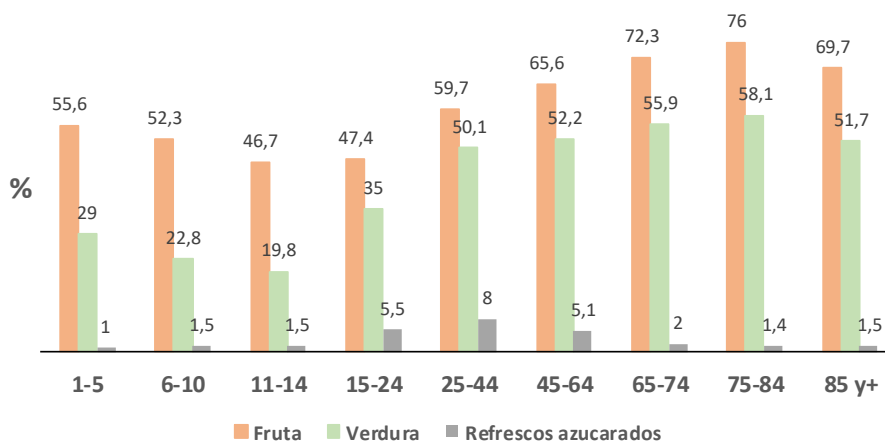
El **crecimiento de la superficie ecológica certificada** en un 134,5% entre 2011 y 2021 supone una importante apuesta por la **mejora en la sostenibilidad** de los sistemas de producción agroalimentarios.

Nuestras conductas relacionadas con la salud

Los niños y las niñas tienen un comportamiento similar relacionado con la **alimentación**, 1 de cada 2 consume diariamente fruta y solo 1 de cada 4 verduras. Entre la población adulta, **las mujeres** tienen una alimentación **más saludable** que los hombres, con una proporción mayor de consumidoras a diario de fruta y verdura y un porcentaje menor de mujeres que añaden sal a los alimentos ya cocinados.

El consumo diario de **refrescos azucarados** ha **descendido** entre la **población infantil** y presenta un gradiente social tanto en población adulta como en menores.

Consumo diario de fruta, verdura y bebidas azucaradas según grupo de edad

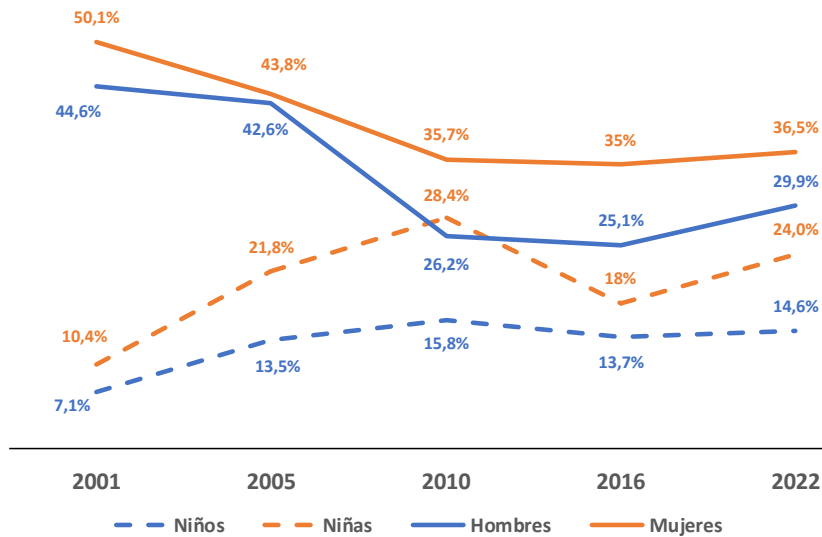


Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, 2022 (datos provisionales). Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

Un tercio de la población adulta realiza actividad física beneficiosa para la salud. Esta conducta saludable está **más extendida entre el sexo masculino** en todos los grupos de edad. En la población infantil, la actividad física en tiempo libre presenta un gradiente social.

El sedentarismo en el tiempo de ocio es menor entre la población infantil, pero al igual que en las personas adultas, **las chicas adolescentes son más sedentarias que los chicos**. Aproximadamente, **1 de cada 2 adolescentes** de 10 a 14 años **excede el tiempo de exposición a pantallas recomendado**, para su edad, en los fines de semana.

Evolución de la población infantil y adulta sedentaria en el tiempo libre, según sexo



Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, 2001, 2005, 2010, 2016 y 2022 (datos provisionales). Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Se mantiene la **tendencia descendente en el consumo de tabaco** y se estabiliza el **consumo de bebidas alcohólicas**. En general, los hombres son más consumidores que las mujeres, principalmente de alcohol, excepto en la población joven, donde prácticas como el botellón o el consumo por atracón están más extendidas entre las chicas. El descenso en el consumo de tabaco se aprecia en todos los grupos de edad excepto en las mujeres de 45 a 84 años. Las personas con nivel socioeconómico más alto (Clase social I) son más consumidoras de bebidas alcohólicas, pero menos fumadoras.

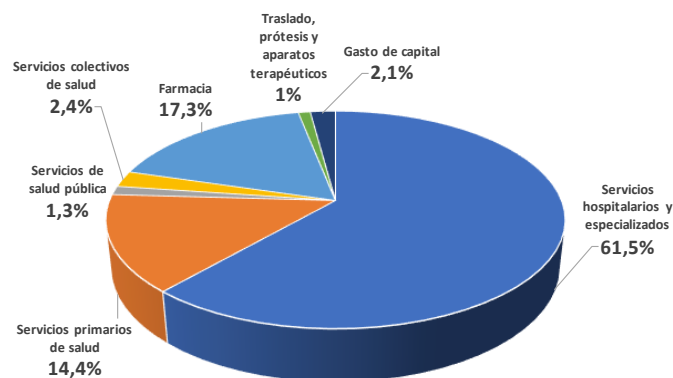
A pesar de la normativa existente, **la mitad de la población estudiantil (14-18 años) ha consumido bebidas alcohólicas en el último mes y una cuarta parte ha fumado**. Se inician en el consumo de alcohol a edad más temprana que en el de tabaco y ambas conductas son más prevalentes en las chicas que en los chicos.

El uso generalizado de las nuevas tecnologías ha adquirido un papel relevante como facilitador del acceso o potenciador de ciertos comportamientos adictivos. **El juego con dinero ha aumentado**, especialmente en su modalidad online, que ha tenido un incremento del 38% en los dos últimos años, situándose la Comunitat Valenciana por encima de la media estatal. Respecto al **uso de videojuegos, 8 de cada 10 estudiantes han jugado** en el último año, con una frecuencia muy superior en los chicos.

Nuestro sistema sanitario

Se mantiene el crecimiento del gasto sanitario público iniciado en 2014 y cuya cuantía alcanzó la cifra de 7.985 millones en 2020 (7,6% PIB). El gasto sanitario público por habitante protegido fue de 1.692,32 euros, similar a la media estatal pero inferior a la de la Unión Europea. Los **servicios hospitalarios y especializados** son los de **mayor peso con un 61,5% del gasto**, seguidos del gasto en **farmacia** y los **servicios primarios de salud**.

Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Comunitat Valenciana, 2020



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad.

Respecto a la dotación de recursos humanos, la urgencia sanitaria surgida con motivo de la pandemia de COVID-19 supuso un **incremento notable de la plantilla gestionada por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública** que ascendió a **64.461 plazas** en 2021. Se trata de una **plantilla ampliamente feminizada**, 3 de cada 4 son mujeres, pero con una **presencia limitada en puestos directivos**. Frente a la elevada tasa de **temporalidad** se han puesto en marcha diversas ofertas de empleo público para mejorar esta situación.

La Comunitat Valenciana dispone de 40 centros sanitarios integrados, 244 centros de salud y 567 consultorios auxiliares, desde donde se proveen las **prestaciones propias de la Atención Primaria**. Para la prestación de la atención sanitaria en régimen de internado se cuenta con 34 **hospitales públicos**, 6 son hospitales de crónicos y larga estancia (HACLE) y el resto hospitales de agudos.

Además, existen 16 **centros de salud pública** responsables del despliegue de las acciones y programas en materia de salud pública en los departamentos de salud. Y como apoyo en materia de formación, docencia e investigación se cuenta con la **Escuela Valenciana de Estudios de la Salud** y 7 **fundaciones de investigación**.

La atención a la emergencia sanitaria por la COVID-19 ha tenido un impacto elevado sobre el conjunto de actividades del Sistema Valenciano de Salud que se ve reflejado en la mayoría de los indicadores. Respecto a la **satisfacción y calidad percibida**, 1 de cada 2 personas usuarias manifiesta estar muy satisfecha con la atención sanitaria recibida, otorgando las puntuaciones más bajas a la atención primaria. La **demora en el acceso a la atención no urgente** se ha acentuado, aunque comienzan a recuperarse los valores previos a la crisis sanitaria.

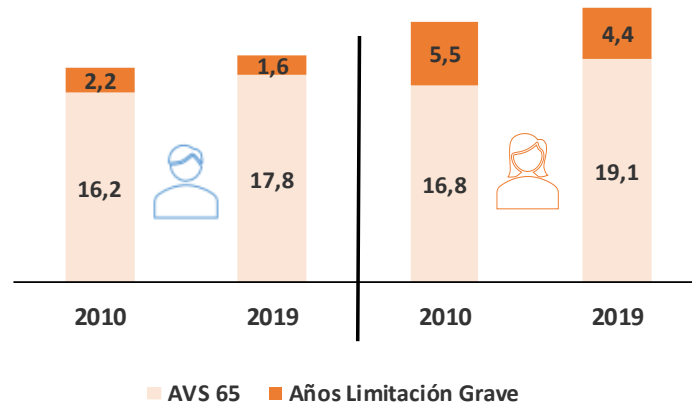
Nuestros resultados en salud

El 76,6% de la población adulta percibe su estado de salud como bueno o muy bueno. Esta valoración positiva de la salud es superior en los hombres, disminuye conforme avanza la edad en ambos sexos y muestra un **gradiente social, más evidente en las mujeres**.

Tras años de crecimiento sostenido, **la esperanza de vida a los 65 años alcanzó los 21,5 años en 2019, con un valor más favorable para las mujeres** que esperan vivir 4 años más que los hombres. Sin embargo, la irrupción de la pandemia de COVID-19 en 2020 supuso, prácticamente, la pérdida de la ganancia obtenida en la última década.

Vivir más años no es sinónimo de vivir con buena calidad de vida. **Una de cada 10 mujeres de más de 64 años tiene limitaciones graves** para el desarrollo de la vida diaria por motivos de salud, mientras que **en los hombres se presentan en uno de cada 15**. Aunque las mujeres viven más años de vida saludable, también es superior el número de años que viven con algún tipo de limitación o discapacidad.

Años de vida saludable a los 65 años y años de limitación a los 65 años



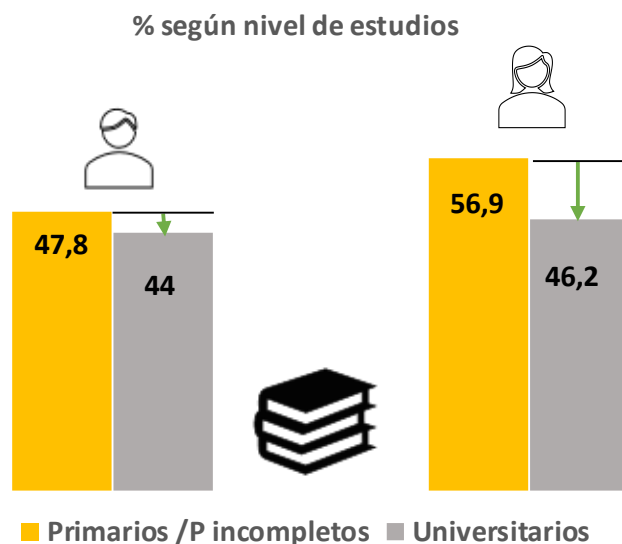
Fuente: Esperanzas de vida en España, 2019. Ministerio de Sanidad

La **salud mental** de la población **ha empeorado** en las últimas décadas. **Cuatro de cada 9 personas se encuentran en riesgo de mala salud mental**, con un **impacto mayor entre las mujeres**. Esta proporción aumenta en los adultos más jóvenes y en los de mayor edad. El **consumo de psicofármacos** ha sufrido un incremento progresivo y aproximadamente es el doble en mujeres que en hombres.

Existe un claro **gradiente social**, con una **relación positiva entre el nivel educativo y la salud mental**, en especial en las mujeres. En ambos sexos, **el apoyo social juega un papel relevante** como protector de la salud mental.

En la **población infantil**, los problemas de **hiperactividad** en los chicos y los **síntomas emocionales** en las chicas son los trastornos más frecuentes.

Población a riesgo de padecer mala salud mental

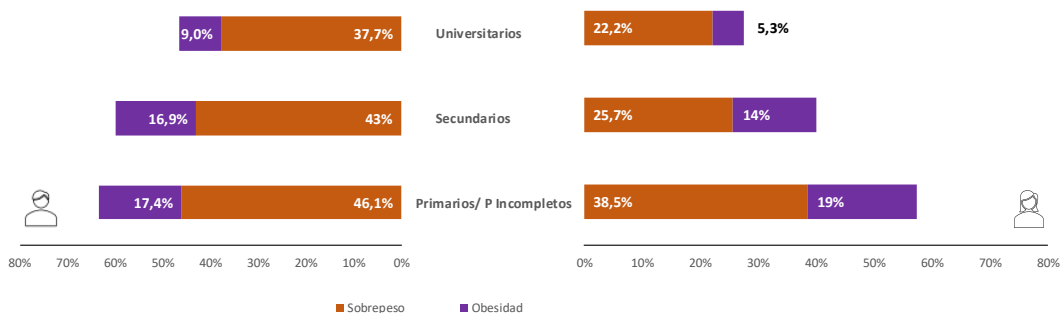


Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, 2022 (datos provisionales). Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

El 76% de la población adulta valora de forma positiva su **salud bucodental**. Los **problemas en la masticación** están presentes en 1 de cada 7 personas mayores de 64 años y su distribución en la población muestra un claro gradiente social inverso. En la **población infantil** destaca la **evolución favorable en los hábitos higiénicos orales**, así como, en la consulta anual al odontólogo. Esta mejoría se manifiesta en todos los estratos sociales, pero con menor intensidad en las familias que partían de una situación más desfavorable.

La **epidemia de sobrepeso y obesidad** continúa siendo uno de los mayores desafíos para la salud pública, tanto por su magnitud como por su **impacto en las desigualdades sociales en salud**. En la CV **una cuarta parte de la población infantojuvenil y la mitad de la población adulta vive con sobrepeso o es obesa**. El exceso de peso afecta más al sexo masculino y su prevalencia aumenta con la edad en ambos sexos, llegando a afectar al 66,8% de los hombres de 65 o más años y al 57% de las mujeres de esa edad. Existe una **relación inversa entre el nivel de educación y el exceso de peso**, de forma que a menor nivel de estudios mayor es la proporción de personas que presentan sobrepeso u obesidad, con un patrón más marcado entre las mujeres adultas.

Sobrepeso y obesidad, por sexo y nivel educativo

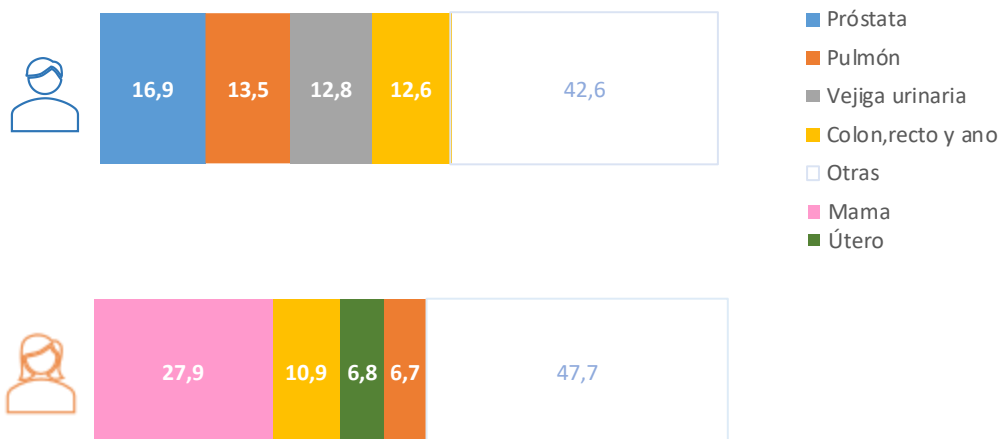


Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, 2022 (datos provisionales). Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

El **patrón epidemiológico actual** se caracteriza por un **predominio de las enfermedades no transmisibles** ligado al incremento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población. El **impacto de los problemas de salud crónicos** continúa siendo mayor entre las mujeres, la brecha de género se ha acentuado en los últimos años y presenta un claro gradiente social en ambos sexos. Las enfermedades del aparato locomotor y las del sistema nervioso, ambas vinculadas a una mala calidad de vida, son más prevalentes entre las mujeres, mientras que la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón afectan más a los hombres. Conforme avanza la edad se agravan los problemas crónicos y surgen complicaciones como la enfermedad renal crónica por diabetes cuya prevalencia, en su etapa más avanzada, se ha incrementado en un 35% desde 2013.

Se estima que uno de cada 4 hombres y una de cada 6 mujeres padecerá un **cáncer** antes de los 75 años. El **cáncer colorrectal** es el más frecuentemente diagnosticado, con una tasa de incidencia ajustada de 48,8 casos por 10^5 habitantes en 2020, es **más frecuente en hombres** y la supervivencia a los 5 años es del 60%, valor que se incrementa hasta el 83% en los tumores locales. El **cáncer de mama** es el **más frecuente en mujeres**, su tendencia es ascendente, probablemente como resultado de los cambios demográficos y del incremento en el diagnóstico por los programas de detección precoz, y la supervivencia a los 5 años es la mayor de todos los tumores en mujeres. Por su parte, el **cáncer de pulmón**, más frecuente en hombres y con una incidencia creciente en mujeres en la última década, tiene una supervivencia a los 5 años del 13%.

Primeras localizaciones del cáncer según porcentaje de casos por sexo, 2020



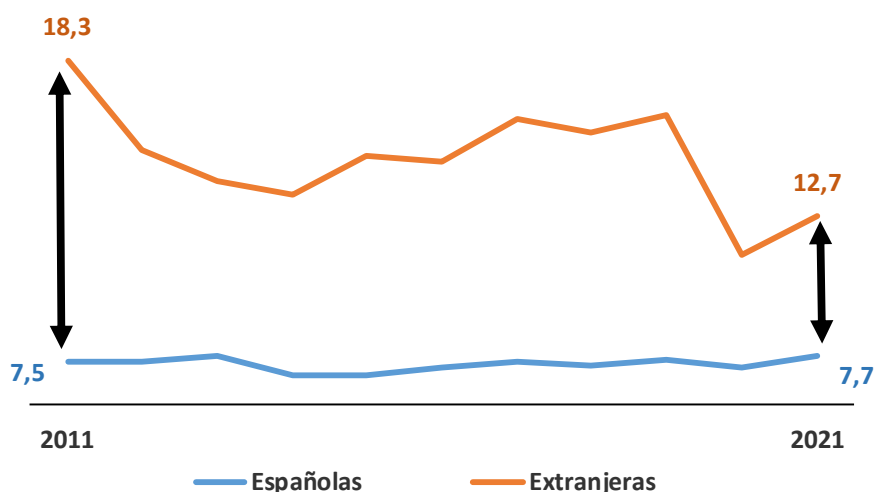
Fuente: Informe Día Mundial del Cáncer 2022. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Se tienen registradas **313 enfermedades raras**, de las que **27 se vigilan de forma sistemática y continua**. La cardiopatía congénita continúa siendo la anomalía congénita más prevalente.

Las **infecciones de transmisión sexual** recuperan la **tendencia ascendente** de los últimos años, interrumpida en 2020 debido al impacto de las medidas adoptadas para hacer frente a la pandemia de COVID-19. La **infección por Chlamydia Trachomatis**, de predominio en mujeres muy jóvenes, y la **infección gonocócica**, más frecuente en hombres jóvenes, presentan las tasas de incidencia más elevadas (32,7 y 25,3 por 10⁵ habitantes, respectivamente). La incidencia de **sífilis**, tras unos años estable, ha sufrido también un incremento en 2021, al igual que la incidencia de casos de **VIH**. La mayoría de los casos nuevos de VIH siguen siendo hombres y la principal vía de transmisión la sexual.

En la última década se ha reducido la tasa de **interrupciones voluntarias del embarazo** en mujeres extranjeras, aunque continúa siendo más elevada que en las mujeres autóctonas. Las mujeres originarias de África Subsahariana y América Latina son las que presentan los valores más altos.

Evolución de la tasa de Interrupciones Voluntarias del Embarazo en mujeres de 15-44 años, por nacionalidad

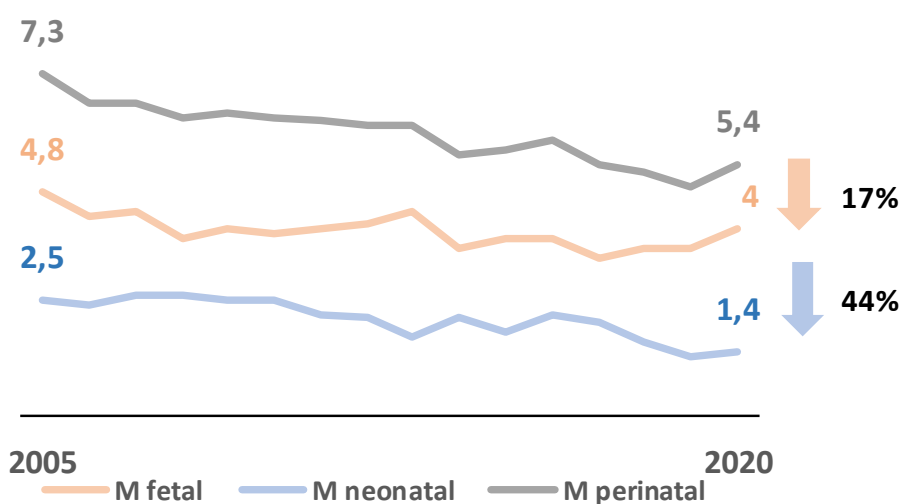


Fuente: Informe Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

La **atención al embarazo, parto y puerperio** ha alcanzado un **nivel de calidad óptimo**, pero aún se dispone de margen de mejora en la reducción de las inequidades. La mortalidad perinatal mantiene una evolución favorable, con un descenso de la tasa del 26% en los últimos 15 años, más acusado en su componente neonatal que en el fetal. El impacto de la mortalidad perinatal es mayor en las mujeres extranjeras, en especial en las procedentes del Norte de África que presentan las tasas, tanto fetales como neonatales, más elevadas. La **prematuridad y el bajo peso al nacer** muestran un ligero descenso, aunque su magnitud varía según el país de origen de la madre.

A pesar de las buenas cifras en el inicio de la **lactancia materna**, **4 de cada 5 recién nacidos** inicia la alimentación con leche materna, **solo la mantiene el 63% a los 6 meses de edad**. Este descenso es más acusado entre las familias de clase social más favorecida.

Evolución de la tasa de mortalidad fetal, neonatal y perinatal

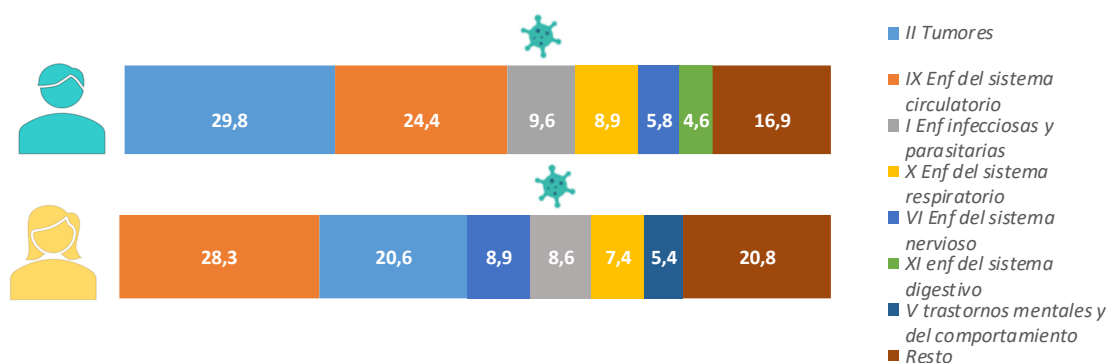


Fuente: Informe Registro Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana 2020. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

El **impacto de la pandemia de COVID-19** en la Comunitat Valenciana fue mayor en 2021, con **tres periodos epidémicos** y un total de 1.199.190 casos. La **vacunación**, con una **cobertura del 80,2% de la población con pauta completa** al final del año, fue decisiva en la caída de la mortalidad y el descenso en la gravedad de la enfermedad. Los casos fueron más frecuentes en población joven, pero 9 de cada 10 defunciones se produjeron en mayores de 60 años.

El patrón de distribución de la mortalidad por grupos de grandes causas, consolidado en años anteriores, se ha visto alterado en 2020 como consecuencia del impacto de la pandemia. Los **tumores** se mantienen como la **primera causa de muerte en los hombres** y la segunda **en las mujeres**, mientras que las **enfermedades del sistema circulatorio** ocupan el primer lugar en ellas y el segundo en ellos. El grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias, que incluye las defunciones causadas por la COVID-19, irrumpe entre los 5 grandes grupos de causas en ambos sexos.

Mortalidad proporcional por sexo y grupos de grandes causas de muerte, 2020



Fuente: Sistema de Información en Salud Pública. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

El **cáncer** es la primera causa de **mortalidad prematura** entre las enfermedades no transmisibles. El segundo lugar lo ocupan las **enfermedades isquémicas del corazón** seguidas de las **enfermedades cerebrovasculares**. Se trata de muertes prematuras que pueden evitarse si se actúa sobre los factores de riesgo modificables que comparten las principales enfermedades crónicas y se promueven intervenciones para su detección precoz y tratamiento temprano.

La **tasa de mortalidad prematura** (<75 años) ajustada por edad (TMPAE) **por cáncer** fue de 124,8 por 10⁵ habitantes en 2020, lo que supone un descenso del 7,8% respecto a 2011. La mortalidad prematura por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón desciende en los hombres mientras que en las mujeres es a la inversa, con una TMPAE en aumento (un 38,8% respecto a 2011). La mortalidad prematura por cáncer de mama se reduce, al igual que la del cáncer colorrectal.

La **mortalidad prematura por enfermedades isquémicas del corazón**, con una tasa más elevada en hombres que en mujeres, sigue una **evolución descendente** con una caída de la TMPAE del 24% respecto a 2011, descenso más acusado entre las mujeres. Respecto a las **enfermedades cerebrovasculares**, con una evolución similar, la reducción de la tasa fue del 16,3% y en este caso, el descenso ligeramente superior en los hombres.

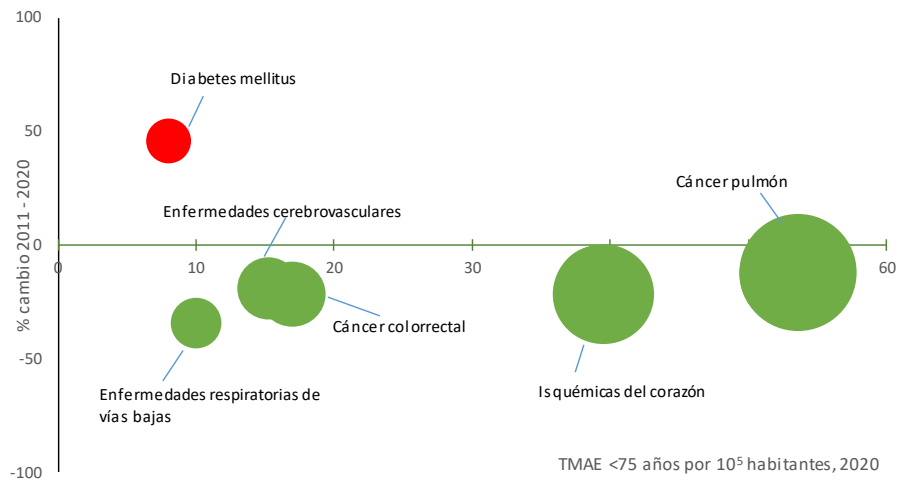
La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** tiene un impacto mayor en los hombres que en las mujeres, pero mientras que en ellos la mortalidad en menores de 75 años por esta causa se ha reducido, en ellas ha aumentado. La **diabetes**, sin embargo, se agrava, con un incremento de la mortalidad prematura en ambos sexos, especialmente intenso entre los hombres.

Las **causas externas** son la **principal causa de mortalidad en la población joven**, conllevan un alto impacto familiar y social y son **potencialmente evitables**. El **suicidio** es la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 34 años y ocupa el tercer lugar entre las mujeres de 35 a 54 años. En la última década la tasa de mortalidad ajustada por edad ha aumentado un 36%.

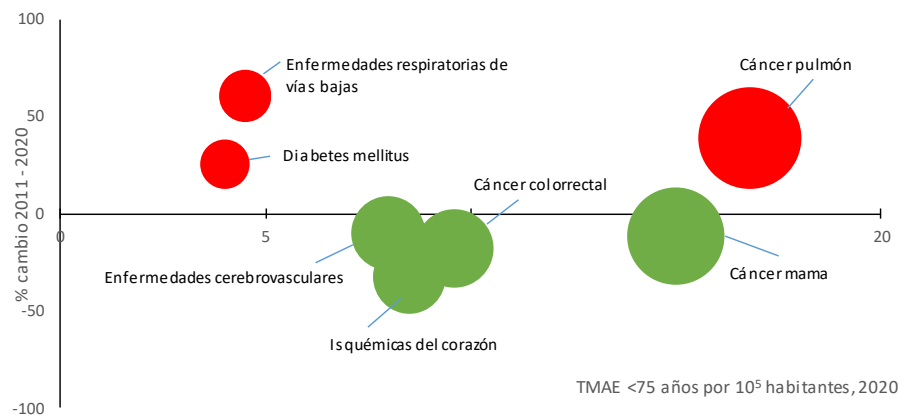
El 95% de las defunciones por la **enfermedad de Alzheimer** se produce en mayores de 74 años. En 2020, la tasa de mortalidad ajustada por edad por esta causa fue de 40,9 por 10⁵ habitantes, superior en las mujeres que en los hombres.

% de cambio de la tasa mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad, 2011 - 2020

Hombres



Mujeres



El tamaño de los círculos son proporcional a la Tasa de mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad, 2020

Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública) e Instituto Valenciano de Estadística (Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo).

Principios y Líneas Estratégicas

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

VISIÓN

La visión del Plan de Salud es la de una sociedad valenciana en la que todas las personas disfruten del derecho al máximo nivel de salud sin distinción por razón de género o cualquier otra condición económica o social. Lograrlo no es exclusivamente responsabilidad del sistema sanitario, sino de todos los sectores cuyas acciones contribuyen a asegurar las condiciones para una buena salud de la población.

MISIÓN

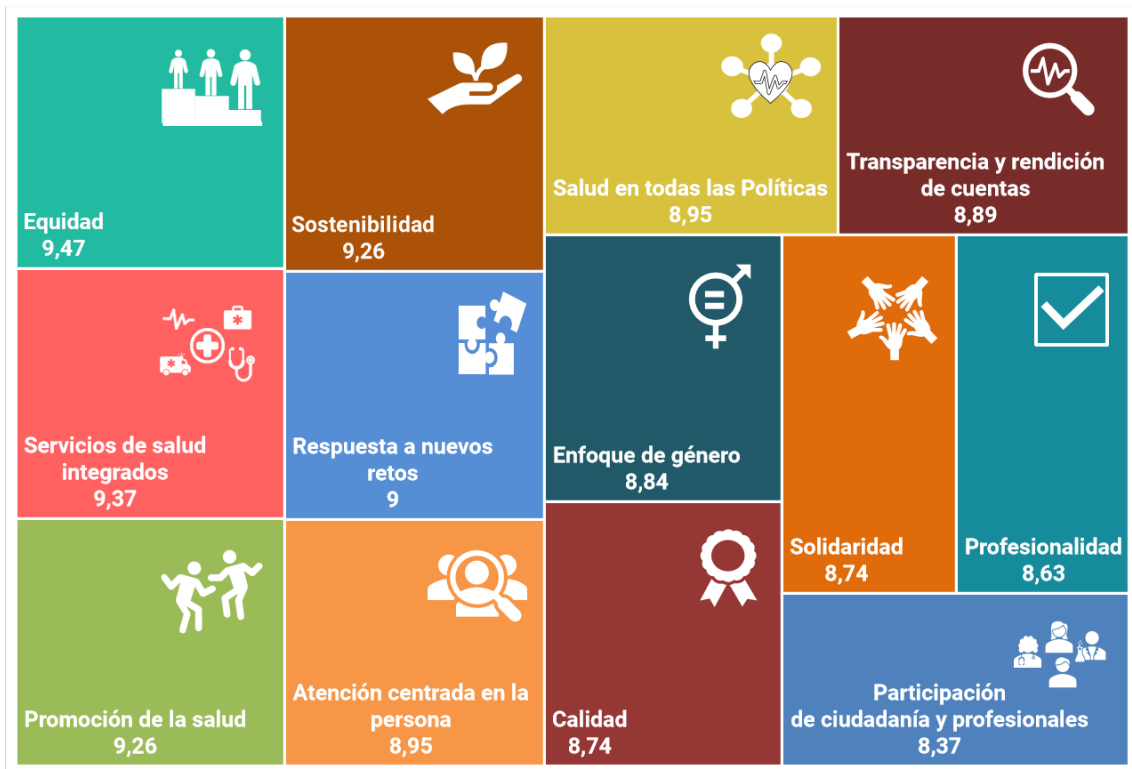
Establecer las bases para el desarrollo de políticas que mejoren la salud y el bienestar de la población valenciana en los próximos ocho años, desde una perspectiva de equidad. Esta mejoría ha de alcanzar a las personas y las poblaciones y dirigir la mirada hacia un compromiso global más allá del sistema sanitario.

VALORES

Los principios inspiradores del Plan de Salud son:

Equidad, Servicios de salud integrados, Promoción de la salud, Sostenibilidad, Respuesta a nuevos retos, Atención centrada en la persona, Salud en todas las políticas, Transparencia y rendición de cuentas, Enfoque de género, Calidad, Solidaridad, Profesionalidad, Participación de la ciudadanía y de los y las profesionales.

En la siguiente figura se describen estos valores con la puntuación asignada en el proceso de priorización (puntuación entre 0-10 de menos a más importancia) como parte del estudio Delphi llevado a cabo.



Para conseguir alcanzar las metas propuestas el V Plan de Salud plantea 3 líneas estratégicas principales, de las que se derivan 35 objetivos específicos agrupados en 12 dimensiones y se explicitan en 203 acciones concretas.

LÍNEA 1. GANANCIA EN SALUD DESDE UN ENFOQUE TRANSVERSAL Y DE EQUIDAD	LÍNEA 2. PERSONAS Y COMUNIDADES SANAS EN ENTORNOS FAVORECEDORES DE LA SALUD	LÍNEA 3. PLASTICIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PARA QUE SEA CAPAZ DE ADAPTARSE A LA DINÁMICA Y LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD
<p>Dimensión Gobernanza en salud y Salud en todas las políticas</p> <p>1.1. Conseguir que la salud, el bienestar y la equidad sean metas transversales del conjunto de las políticas públicas del Gobierno Valenciano.</p> <p>1.2. Identificar y promover las políticas impulsadas desde los diferentes departamentos del Gobierno Valenciano con impacto en la equidad y los determinantes de la salud.</p> <p>1.3. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario público de forma global</p> <p>1.4. Intensificar la vigilancia de las desigualdades sociales en salud orientada a la toma de decisiones, para reducirlas</p> <p>1.5. Potenciar la comunicación y la abogacía por la salud, informando sobre las actuaciones y resultados de forma clara, sencilla, comprensible y adaptada a las diferentes audiencias y perfiles</p> <p>Dimensión Participación en salud</p> <p>1.6. Fomentar la participación de la ciudadanía, el movimiento asociativo y los espacios de participación</p> <p>Dimensión Situaciones y problemas de salud emergentes</p> <p>1.7. Preparar el sistema sanitario ante alertas y amenazas relativas a enfermedades transmisibles y cualquier otro tipo de catástrofes.</p>	<p>Dimensión Entornos de vida saludables</p> <p>2.1. Avanzar hacia un medioambiente más saludable</p> <p>2.2. Desarrollar intervenciones y programas para garantizar la seguridad alimentaria</p> <p>2.3. Favorecer que el entorno laboral garantice el bienestar de las personas trabajadoras con medidas de protección, prevención y promoción de la salud, desde la perspectiva de género</p> <p>2.4. Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles</p> <p>2.5. Promover la salud y el bienestar desde el entorno local</p> <p>2.6. Avanzar hacia un entorno seguro y libre de violencia, con especial énfasis en la violencia de género</p> <p>Dimensión Salud en todas las edades</p> <p>2.7. Promover que la infancia y adolescencia se desarrollen con plenitud, como base para una vida activa y saludable</p> <p>2.8. Avanzar hacia una vivencia activa y autónoma del envejecimiento</p> <p>2.9. Garantizar la dignidad al final de la vida y el buen morir</p> <p>2.10. Garantizar el abordaje equitativo de las políticas y programas de salud para que cubran las necesidades de todas las personas</p>	<p>Dimensión Reorientación de los servicios</p> <p>3.1. Apostar por la Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema de salud y garantía de acceso universal del conjunto de la población a los servicios.</p> <p>3.2. Dotar de mayor solidez a la Salud Pública para que sea capaz de adaptarse y responder a los retos y demandas de la sociedad.</p> <p>3.3. Reorientar el modelo de atención a la salud mental y las adicciones potenciando la perspectiva comunitaria y la recuperación e inclusión social de las personas con problemas de salud mental de forma equitativa.</p> <p>3.4. Establecer modelos de organización que mejoren la equidad en el acceso y potencien el trabajo en red entre los centros, departamentos, niveles asistenciales y categorías profesionales para avanzar hacia una atención integrada.</p> <p>Dimensión Refuerzo de la capacidad y resiliencia</p> <p>3.5. Adecuar los recursos humanos para mejorar la calidad del empleo en el sistema sanitario público y adaptar las infraestructuras sanitarias</p> <p>3.6. Aumentar la calidad en todos sus componentes y en los diferentes ámbitos y niveles del sistema sanitario</p> <p>3.7. Reforzar los sistemas de información del sistema sanitario desarrollando una política de transparencia y ayuda a la toma de decisiones</p>

<p>1.8. Abordar la epidemia silenciosa que suponen las resistencias a los antibióticos y su impacto en la salud de la población mediante el enfoque de "Una sola Salud".</p> <p>1.9. Avanzar en la implementación de medidas que contribuyan a reducir la huella de carbono y el impacto del cambio climático sobre la salud, con especial atención a las iniciativas impulsadas desde el ámbito sanitario.</p> <p>Dimensión de Salud digital</p> <p>1.10. Orientar los sistemas de información sanitarios hacia el Gobierno del dato garantizando la interoperabilidad, para favorecer el funcionamiento integrado del sistema de salud, reforzar la calidad asistencial y la seguridad de los y las pacientes, evitando desigualdades en salud.</p> <p>1.11. Avanzar en la adquisición de competencias digitales por parte de la ciudadanía para que tengan un papel protagonista en las decisiones que afectan a su salud.</p> <p>1.12. Potenciar las TIC para facilitar la toma de decisiones en un ecosistema más ágil y eficiente, basado en resultados de salud y potenciar la experiencia interactiva con la ciudadanía</p>	<p>Dimensión Cultura de salud</p> <p>2.11. Promover conductas saludables a lo largo de todo el ciclo vital</p> <p>2.12. Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y las comunidades para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a largo de todo el curso de vida</p> <p>Dimensión Salud positiva</p> <p>2.13. Promover los activos para la salud a nivel individual, familiar y comunitario</p>	<p>Dimensión Mejores resultados en salud</p> <p>3.8 Prestar atención especial a las enfermedades y problemas de salud que aportan la mayor carga de morbilidad.</p> <p>3.9 Dar respuesta a las enfermedades transmisibles con especial vinculación a situaciones de vulnerabilidad social</p> <p>Dimensión Experiencia profesional</p> <p>3.10 Considerar al personal del ámbito sanitario como valor esencial para la transformación del sistema sanitario</p>
--	---	---

Objetivos y Acciones

LÍNEA 1. GANANCIA EN SALUD DESDE UN ENFOQUE TRANSVERSAL Y DE EQUIDAD

Dimensión Gobernanza en salud y Salud en todas las políticas

- 1.1. Conseguir que la salud, el bienestar y la equidad sean metas transversales del conjunto de las políticas públicas del Gobierno Valenciano.
- 1.2. Identificar y promover las políticas impulsadas desde los diferentes departamentos del Gobierno Valenciano con impacto en la equidad y los determinantes de la salud.
- 1.3. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario público de forma global
- 1.4. Intensificar la vigilancia de las desigualdades sociales en salud orientada a favorecer la toma de decisiones para reducirlas
- 1.5. Potenciar la transparencia, la comunicación y la abogacía por la salud, informando sobre las actuaciones y resultados de forma clara, sencilla, comprensible y adaptada a las diferentes audiencias y perfiles

Dimensión Participación en salud

- 1.6. Fomentar la participación de la ciudadanía, el movimiento asociativo y los espacios de participación

Dimensión Situaciones y problemas de salud emergentes

- 1.7. Preparar el sistema sanitario ante alertas y amenazas relativas a enfermedades transmisibles y cualquier otro tipo de catástrofes.
- 1.8. Abordar la epidemia silenciosa que suponen las resistencias a los antibióticos y su impacto en la salud de la población mediante el enfoque de "Una sola Salud".
- 1.9. Avanzar en la implementación de medidas que contribuyan a reducir la huella de carbono y el impacto del cambio climático sobre la salud, con especial atención a las iniciativas impulsadas desde el ámbito sanitario.

Dimensión de Salud digital

- 1.10. Orientar los sistemas de información sanitarios hacia el Gobierno del dato, garantizando la interoperabilidad, para favorecer el funcionamiento integrado del sistema de salud, reforzar la calidad asistencial y la seguridad de los y las pacientes, evitando desigualdades en salud.
- 1.11. Avanzar en la adquisición de competencias digitales por parte de la ciudadanía para que tengan un papel protagonista en las decisiones que afectan a su salud.
- 1.12. Potenciar las TIC para facilitar la toma de decisiones en un ecosistema más ágil y eficiente, basado en resultados de salud y potenciar la experiencia interactiva con la ciudadanía

LÍNEA 1. GANANCIA EN SALUD DESDE UN ENFOQUE TRANSVERSAL Y DE EQUIDAD

Objetivo General: Consolidar la visión holística e intersectorial de la salud con actuaciones conjuntas y complementarias que permitan avanzar en equidad, contando con la participación de la ciudadanía para afrontar nuevos retos y posibles amenazas para la salud, haciendo efectivos los objetivos del V Plan de Salud

Objetivos Específicos

Dimensión Gobernanza en salud y STP: Pretende establecer mecanismos eficaces de gobernanza en salud y coordinación transversal de Salud en Todas las Políticas

1.1. Conseguir que la salud, el bienestar y la equidad sean metas transversales del conjunto de las políticas públicas del Gobierno Valenciano

- 1.1.1. Establecer un espacio de co-gobernanza interdepartamental e intersectorial de STP con participación de otras consellerias y de la administración local para abordar los objetivos comunes del V Plan de Salud.
Liderazgo: SAS-SAETS
- 1.1.2. Crear la Comisión de seguimiento del Plan de Salud en el seno de la Conselleria de Sanitat Universal y salud Pública.
Liderazgo: DGSPA
- 1.1.3. Apoyar la gobernanza local en promoción de la salud y el trabajo en red de los municipios y entidades locales a través de la red de municipios que se adhieren al Plan de Salud de la Comunitat Valenciana XarxaSalut.
Liderazgo: DGSPA- FVMP/Entidades locales
- 1.1.4. Avanzar en la implementación de la Evaluación del Impacto en Salud y la equidad en las políticas sectoriales y locales y definir procedimientos para integrar el impacto en salud en las evaluaciones ambientales.
Liderazgo: DGSPA
- 1.1.5. Fomentar las comisiones intersectoriales establecidas desde sanidad para el abordaje de programas específicos con áreas como agricultura, medio ambiente, educación, igualdad, trabajo, juventud, deporte...
Liderazgo: DGSPA-DGAS- DGPETAP

1.2. Identificar y promover las políticas impulsadas desde los diferentes departamentos del Gobierno Valenciano con impacto en la equidad y los determinantes de la salud.

- 1.2.1 Crear una plataforma de coordinación sociosanitaria estable que incluya los ámbitos de las consellerias competentes en relación con la salud mental, incluyendo drogodependencias, tutelas, personas menores de edad y servicios sociales de base, así como en materia de personas mayores, especialmente el programa de atención domiciliaria.
Liderazgo: VICIPI/DGIA/DGPM-CSUSP/DGAS-DGFPS
- 1.2.2 Mejorar la coordinación sanitaria y social dentro de los Departamentos de Salud consolidando el funcionamiento de las comisiones sociosanitarias que se constituyeron durante la pandemia, especialmente en las residencias de personas mayores dependientes.
Liderazgo: DGAS/Gerencias-DGFPS-VICIPI/DGPM
- 1.2.3 Avanzar en la coordinación de los servicios sociales y sanitarios de atención primaria en la detección de la soledad no deseada.
Liderazgo: VICIPI/DGPM
- 1.2.4 Garantizar el acceso a la educación en los niños y niñas de 2 a 3 años hasta alcanzar la implantación del acceso de manera universal.
Liderazgo: Educación/DGCD
- 1.2.5 Facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral y avanzar en la compensación de desigualdades tanto socioeconómicas como de género facilitando la compatibilidad de horarios laborales y escolares. Para ello fomentará la oferta de servicios que permitan la apertura de los centros educativos en periodos y horarios no lectivos, y facilitará el uso de instalaciones educativas como recursos de atención social.
Liderazgo: Educación/DGCD- FVMP/EL
- 1.2.6 Facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral mediante concesión de ayudas económicas destinadas a ayuntamientos para el cuidado profesional para familias con hijas e hijos de hasta 16 años, habilitando o utilizando espacios habilitados mientras su/s progenitores/as trabajan, se forman para insertarse laboralmente o están en búsqueda activa de empleo.
Liderazgo: VICIPI-DG INSTITUT VALENCIÀ DE LES DONES/EELL
- 1.2.7 Aumentar las oportunidades y estabilidad de empleo y adaptar los entornos laborales especialmente entre los colectivos con más dificultades potenciando la perspectiva territorial, sectorial, social y de género. Prestar especial atención a las personas jóvenes menores de 30 años, mediante el desarrollo de programas que propicien la orientación y adquisición de experiencia laboral.
Liderazgo: Economía Sostenible, Comercio y Trabajo/Labora
- 1.2.8 Incluir en el diseño de los entornos urbanos la perspectiva de los derechos de la infancia y adolescencia y aplicar la perspectiva de género y equidad enfocando las actuaciones hacia el desarrollo de la ciudad

cuidadora y de proximidad. El uso de la “Guía para incorporar la perspectiva de género en actuaciones urbanas de la Comunitat Valenciana” permite establecer criterios de priorización para seleccionar las actuaciones urbanas que contribuyan a disminuir dicha desigualdad, bien sean mediante el diseño urbano, el planeamiento urbano o la gestión urbana.

Liderazgo: Urbanismo- FVMP/EL

- 1.2.9 Potenciar en la agenda urbana las estrategias de movilidad que favorezcan un desarrollo urbano sostenible e integrador, priorizando el transporte público y los modos de movilidad no motorizados, especialmente en ciudades y áreas metropolitanas, considerando la perspectiva de género y las necesidades de los grupos de población más vulnerables (infancia, personas mayores, mujeres, personas con distintas capacidades).

Liderazgo: Política Territorial, Obras Públicas y Movilidad- FVMP/EL

1.3. Garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario público de forma global

- 1.3.1 Orientar el sistema sanitario al universalismo proporcional para que las intervenciones en salud tengan una escala de intensidad proporcional a las necesidades de las personas y grupos de población, independientemente de su género, edad, clase social, ocupación, lugar de residencia, etnia, orientación sexual, identidad de género, religión o situación de diversidad funcional.

Liderazgo: SAS-SAETS

- 1.3.2 Mantener la Comisión mixta de seguimiento para la universalidad en la atención sanitaria, como instrumento de garantía del cumplimiento de la normativa, su seguimiento y la resolución de situaciones concretas identificadas desde las entidades de apoyo que la componen.

Liderazgo: DGPETAP-DGAS

- 1.3.3 Apostar por una atención primaria de salud robusta y accesible para poder atender al conjunto de la población, garantizar el acceso universal a los servicios y disminuir las inequidades en salud. En esta línea, el desarrollo del *Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria en la Comunitat Valenciana (2022-2023)* debe ser el punto de referencia.

Liderazgo: DGAS

- 1.3.4 Establecer compromisos para la reducción de la demora asistencial mediante una estrategia integral que garantice el acceso en tiempos adecuados a las personas incluidas en las listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas externas. El desarrollo del Plan Óptima 2020-2023 de la CSUSP constituye un punto de referencia para el autoconcierto a través de un programa especial de productividad.

Liderazgo: SAETS

- 1.3.5 Mejorar la equidad en el acceso a la tecnología sanitaria, corrigiendo posibles desigualdades territoriales y nivelando el acceso de la ciudadanía a la misma independientemente del departamento de salud que tengan asignado.
Liderazgo: SAETS- DGPETAP- DGAS
- 1.3.6 Mejorar el acceso de la ciudadanía a los medicamentos y productos sanitarios, actualizando las ayudas del copago farmacéutico y ortoprotésico a los colectivos más vulnerables.
Liderazgo: DGFPS

1.4. Intensificar la vigilancia de las desigualdades sociales en salud orientada a favorecer la toma de decisiones para reducirlas

- 1.4.1 Avanzar hacia un sistema de vigilancia en salud pública integrado que incorpore la monitorización de las desigualdades en salud, considerando los ejes de género, edad, vulnerabilidad social, nivel de educación y renta, áreas pequeñas u otros que puedan influir o determinar peores resultados en salud.
Liderazgo: DGSPA
- 1.4.2 Definir indicadores y elaborar mapas de determinantes de la salud por barrios, municipios y departamentos de salud.
Liderazgo: DGSPA- FVMP/EL- DGAS
- 1.4.3 Impulsar la realización de estudios e investigaciones sobre problemas de salud que afecten especialmente a las mujeres, así como la incorporación de la categoría analítica de sexo-género en todas las investigaciones sanitarias
Liderazgo: DGIAl-Unidad de Igualdad-DGSPA
- 1.4.4 Utilizar herramientas para el análisis de la de la equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de salud, tales como la “Lista de chequeo” propuesta desde el Ministerio de Sanidad (2022), con la finalidad de identificar y extraer propuestas de mejora.
Liderazgo: DGSPA

1.5. Potenciar la transparencia, la comunicación y la abogacía por la salud, informando sobre las actuaciones y resultados de forma clara, sencilla, comprensible y adaptada a las diferentes audiencias y perfiles

- 1.5.1 Elaborar una estrategia de comunicación para difundir los objetivos del Plan de Salud a la ciudadanía y profesionales.
Liderazgo: DGSPA-Gabinete de Comunicación
- 1.5.2 Publicar informes periódicos de evaluación del Plan de Salud y difundir resultados en formatos accesibles y comprensibles, adaptados para profesionales y para la ciudadanía.
Liderazgo: DGSPA

- 1.5.3 Potenciar el Observatorio Valenciano de Salud como espacio de acceso a la información a la ciudadanía y profesionales y para difundir informes orientados a facilitar la toma de decisiones en planificación y gestión en salud.
Liderazgo: DGSPA
- 1.5.4 Continuar facilitando la elaboración de “Cartas de Servicios” con los compromisos de calidad de los diferentes servicios que se ofrecen a la ciudadanía, proporcionando información sobre las actividades prestadas de forma actualizada a través del portal web de la Generalitat y posibilitando en un ejercicio de transparencia, que la ciudadanía haga un seguimiento de dichos compromisos.
Liderazgo: DGPETAP
- 1.5.5 Continuar publicando anualmente la memoria de gestión de la Conselleria con competencias en materia de sanidad, con las acciones más relevantes de las diferentes unidades administrativas, como ejercicio de transparencia y rendición de cuentas.
Liderazgo: Gabinete técnico del Conseller/a

Dimensión Participación en salud: Pretende reforzar los espacios de participación ciudadana en salud en sus diferentes modalidades

1.6. Fomentar la participación ciudadana, el movimiento asociativo y los espacios de participación

- 1.6.1 Establecer la normativa sobre consejos de salud de zona básica y fomentar su implementación progresiva como mecanismo de participación ciudadana en el sistema de salud.
Liderazgo: SAS-DGSPA- DGAS
- 1.6.2 Potenciar distintos cauces de participación infantil y juvenil, así como en personas mayores, donde puedan expresarse y proponer ideas sobre los temas que afectan a su salud y bienestar, como parte de sus derechos. El Consejo Valenciano de Personas Mayores, el Consejo de Infancia y Adolescencia de la Comunitat Valenciana y la potenciación de los consejos municipales representan una oportunidad en este sentido.
Liderazgo: VICIPI/DGPM/DGIA-FVMP/Entidades locales
- 1.6.3 Fomentar la creación de mesas multidisciplinares intersectoriales para la promoción de la salud en el ámbito local municipal. Ofrecer recursos y apoyo metodológico para favorecer el trabajo en procesos comunitarios locales, en línea con las propuestas de las diferentes guías *XarxaSalut*.
Liderazgo: DGSPA- FVMP/Entidades locales
- 1.6.4 Fomentar la incorporación de la perspectiva de género en los programas de ayuda mutua y autoayuda a la cronicidad a cargo de las asociaciones

o entidades sin ánimo de lucro de pacientes, de sus familiares, de voluntariado sanitario, cuya finalidad sea mejorar la calidad de vida.

Liderazgo: DGPETAP

- 1.6.5 Realizar anualmente la Encuesta de Opinión a pacientes/familiares que se atienden en el Sistema Valenciano de Salud para identificar y poner en marcha acciones de mejora derivadas del análisis y difundir entre profesionales y población general los resultados.

Liderazgo: DGPETAP

- 1.6.6 Establecer mecanismos para la participación de pacientes y familias con problemas de salud mental sobre planificación e implementación de programas y actividades relacionadas: comisiones de salud mental, erradicación del estigma, pacientes expertos para el apoyo mutuo.

Liderazgo: DGAS

- 1.6.7 Mantener la apertura pública del “Forum Acuerdos de Gestión” para recoger las propuestas y sugerencias de profesionales y ciudadanía en la elección de los indicadores anuales utilizados para evaluar el Sistema Valenciano de Salud, cuyos resultados sirven como base para aplicar el complemento de productividad variable del personal al servicio de instituciones sanitarias de la Conselleria y otros sistemas de diferenciación retributiva.

Liderazgo: DGAS

Dimensión Situaciones y problemas de salud emergentes: Pretende identificar precozmente y anticipar la respuesta a las situaciones que pueden suponer amenazas para la salud individual y colectiva

1.7.Preparar el sistema sanitario ante alertas y amenazas relativas a enfermedades transmisibles y cualquier otro tipo de catástrofes.

- 1.7.1 Incrementar la capacidad de respuesta ante posibles amenazas sanitarias globales, reforzando el modelo de vigilancia en salud pública para que aporte información rápida ante situaciones de crisis y emergencias sanitarias.

Liderazgo: DGSPA

- 1.7.2 Avanzar en la monitorización y gestión de los programas de vacunación, contribuyendo al desarrollo de un sistema nacional integrado de registro de vacunas interoperable a nivel europeo.

Liderazgo: DGSPA

- 1.7.3 Actualizar y adaptar los planes de emergencias para la coordinación de las actuaciones necesarias para controlar crisis y emergencias para la salud pública producidas por agentes ambientales, laborales, estructurales o sociales.

Liderazgo: DGSPA- DGAS

- 1.7.4 Consolidar un Sistema de Vigilancia Genómica que permita avanzar en las técnicas de secuenciación masiva para vigilar las enfermedades transmisibles, las resistencias antimicrobianas y la posible aparición de nuevos microorganismos que puedan tener impacto sobre la salud pública.
Liderazgo: DGSPA-DGAS
- 1.7.5 Implementar la vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas leves (IRAs) en atención primaria y graves (IRAG) en atención hospitalaria.
Liderazgo: DGSPA- DGAS
- 1.7.6 Incrementar la formación conjunta con otros órganos implicados en la respuesta a catástrofes, mediante la realización de simulacros de forma programada.
Liderazgo: DGAS-DGSPA-EVES
- 1.7.7 Formar al personal asistencial de las Zonas Rurales Remotas (Plan REMOT) en la atención a emergencias: soporte vital, politraumatizados, síndromes coronarios agudos, ictus, accidentes de múltiples víctimas y coordinación de emergencias.
Liderazgo: DGAS-EVES
- 1.7.8 Establecer una reserva de productos considerados estratégicos de cara a afrontar nuevas crisis epidémicas. Garantizar la disponibilidad de material sanitario fundamental y de equipos de protección personal para minimizar los riesgos de exposición.
Liderazgo: DGATII

1.8. Abordar la epidemia silenciosa que suponen las resistencias a los antibióticos y su impacto en la salud de la población mediante el enfoque de “Una sola Salud”.

- 1.8.1 Desarrollar el programa oficial de Vigilancia de Resistencias Antimicrobianas (RAM) de agentes zoonóticos en alimentos y fomentar el Plan Voluntario de Vigilancia RAM de la Comunitat Valenciana con el fin de detectar con anticipación patrones de resistencia emergentes y tendencias de patógenos zoonóticos en productos específicos de interés en la Comunitat.
Liderazgo: DGSPA-DGAS
- 1.8.2 Valorar la posibilidad de incorporar en los sistemas de vigilancia de resistencias antimicrobianas y de antibióticos el análisis en aguas residuales. Liderazgo: DGSPA
- 1.8.3 Impulsar programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) y de prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en el ámbito hospitalario, sociosanitario y de atención primaria.
Liderazgo: DGSPA-DGFPS-DGAS

- 1.8.4 Proporcionar formación a los profesionales sanitarios mediante programas de optimización para lograr un uso adecuado y seguro de antibióticos.
Liderazgo: DGFPS-EVES

1.9. Avanzar en la implementación de medidas que contribuyen a reducir la huella de carbono y el impacto del cambio climático sobre la salud, con especial atención a las iniciativas impulsadas desde el ámbito sanitario.

- 1.9.1 Alinear todas las actuaciones para avanzar en el cumplimiento de los compromisos que plantea la Estrategia Valenciana de Cambio Climático y Energía 2030, tanto en lo que se refiere a medidas de mitigación como de adaptación.
Liderazgo: Emergencia Climática y Transición Ecológica
- 1.9.2 Procurar un sistema de salud respetuoso con el medio ambiente impulsando estrategias para minimizar el impacto negativo a través del compromiso medioambiental y la adhesión de los centros sanitarios a iniciativas y redes en aras a la sostenibilidad y la reducción de la huella de carbono.
Liderazgo: Gerencias de los Departamentos de Salud-DGATII
- 1.9.3 Puesta en marcha de un programa de prácticas sostenibles en la cadena alimentaria que favorezca el impacto medioambiental neutro.
Liderazgo: DGSPA
- 1.9.4 Establecer medidas para la mitigación de las emisiones de gases de efecto invernadero enfocadas a promover la movilidad activa y el uso de transportes no contaminantes. Renovación del parque móvil sanitario hacia variantes eléctricas o híbridas.
Liderazgo: DGATII
- 1.9.5 Implementar medidas enfocadas a la reducción de la vulnerabilidad frente a los impactos negativos sobre la salud con intervenciones preventivas sobre las poblaciones más vulnerables frente a los efectos del cambio climático (especialmente, los vinculados a la exposición a temperaturas extremas).
Liderazgo: DGSPA
- 1.9.6 Mantener Programa de Vectores de Relevancia en la Salud Pública enfocado a prevenir los efectos en salud derivados de la extensión de *Aedes albopictus* y otros vectores de relevancia en salud pública (mosca negra, garrapatas, mosquitos de marjal).
Liderazgo: DGSPA

1.10. Orientar los sistemas de información sanitarios hacia el Gobierno del dato, garantizando la interoperabilidad, para favorecer el funcionamiento integrado del sistema de salud, reforzar la calidad asistencial y la seguridad de los y las pacientes, evitando desigualdades en salud.

1.10.1 Establecer el Espacio Sociosanitario digital que permita disponer de una visión integral de la ciudadanía desde las perspectivas social y sanitaria integrando todos los datos de origen asistencial en una historia sociosanitaria única. Este espacio digital personaliza cada situación individual e integra y concentra la información que se genere sobre las personas y su entorno próximo (familia, residencias, etc.).

Liderazgo: DGPETAP- DGAS

1.10.2 Establecer un Sistema de Información Hospitalaria (HIS) único y centralizado con el fin de poner a pacientes y sus datos en el centro. Con todos los beneficios que tiene para el paciente, la gestión asistencial, la gestión de recursos y la ayuda a la toma de decisiones.

Liderazgo: DGPETAP

1.10.3 Proporcionar una solución corporativa única y centralizada para la imagen médica en un repositorio centralizado para que perdure la información y esté disponible para los y las profesionales como parte de la historia clínica. Ejemplo son los ECGs de los diferentes dispositivos, la anatomía patológica digital, partograma, oftalmología, etc.

Liderazgo: DGPETAP-DGAS

1.10.4 Integrar la información entre los diferentes servicios de salud pública y de éstos con la red asistencial, poniendo en el centro el dato desde la perspectiva de una sola salud.

Liderazgo: DGPETAP- DGSPA-DGAS

1.11. Avanzar en la adquisición de competencias digitales por parte de la ciudadanía para que tengan un papel protagonista en las decisiones que afectan a su salud

1.11.1 Seguir desarrollando el Portal del Paciente para conseguir una participación más activa de las personas usuarias de la sanidad.

Liderazgo: DGPETAP

1.11.2 Ampliar la cartera de trámites telemáticos para la gestión de la tarjeta sanitaria y cita previa y disponer de nuevas funcionalidades en la app GVA+Salut para dotar de autonomía y responsabilidad a pacientes y personas cuidadoras. Liderazgo: DGPETAP

- 1.11.3 Desarrollar el programa de telefarmacia para la dispensación farmacéutica apoyada en APP.
Liderazgo: DGPETAP-DGFPS
- 1.11.4 Mejorar la accesibilidad de las personas con algún tipo de discapacidad cognitiva (sordera, ceguera, TEA) mediante desarrollo de sistemas de comunicación alternativa y aumentativa
Liderazgo: DGPETAP
- 1.11.5 Facilitar el acceso de la ciudadanía a los informes clínicos recogidos en la Historia de Salud Electrónica de la Comunitat, así como en la del SNS y en la Europea.
Liderazgo: DGPETAP
- 1.11.6 Establecer una plataforma que permita interactuar a profesionales y pacientes de forma remota para realizar la atención sanitaria que garantice que se presta en las mismas condiciones de calidad que la atención presencial: servicios de videollamadas, chats, mensajería...
Liderazgo: DGPETAP

1.12. Potenciar las TIC para facilitar la toma de decisiones en un ecosistema más ágil y eficiente, basado en resultados de salud y potenciar la experiencia interactiva con la ciudadanía

- 1.12.1 Mejorar la comunicación entre profesionales en el uso compartido de la información clínica, estableciendo de forma protocolizada y bidireccional la realización de interconsultas no presenciales del personal facultativo de atención primaria con especialistas del nivel hospitalario.
Liderazgo: DGPETAP-DGAS
- 1.12.2 Aumentar el ámbito de las aplicaciones de telemedicina y salud digital para acercar los servicios de salud a todas las personas usuarias.
Liderazgo: DGPETAP-DGAS
- 1.12.3 Establecer un espacio de datos único mediante centralización y unificación de los sistemas (HIS, Salud Pública, Recursos Humanos), la normalización de los datos y el uso de catálogos corporativos a través del gobierno del dato.
Liderazgo: DGPETAP-DGAS-DGSPA
- 1.12.4 Potenciar el despliegue de tecnologías avanzadas de análisis de datos, para la toma de decisiones aplicadas a la gestión y la planificación, la gestión de la salud poblacional, la información epidemiológica y la investigación: big data, business analytics, inteligencia artificial, etc.
Liderazgo: DGPETAP-DGIAI- DGAS-DGSPA

LÍNEA 2. PERSONAS Y COMUNIDADES SANAS EN ENTORNOS FAVORECEDORES DE LA SALUD

Dimensión Entornos de vida saludables

- 2.1. Avanzar hacia un medioambiente más saludable
- 2.2. Desarrollar intervenciones y programas para garantizar la seguridad alimentaria
- 2.3. Favorecer que el entorno laboral garantice el bienestar de las personas trabajadoras con medidas de protección, prevención y promoción de la salud, desde la perspectiva de género
- 2.4. Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles
- 2.5. Promover la salud y el bienestar desde el entorno local
- 2.6. Avanzar hacia un entorno seguro y libre de violencia, con especial énfasis en la violencia de género

Dimensión Salud en todas las edades

- 2.7. Promover que la infancia y adolescencia se desarrollen con plenitud, como base para una vida activa y saludable.
- 2.8. Avanzar hacia una vivencia activa y autónoma del envejecimiento
- 2.9. Garantizar la dignidad al final de la vida y un buen morir
- 2.10. Garantizar el abordaje equitativo de las políticas y programas de salud para que cubran las necesidades de todas las personas

Dimensión Cultura de salud

- 2.11. Promover conductas saludables a lo largo de todo el ciclo vital
- 2.12. Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y las comunidades para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a largo de todo el curso de vida

Dimensión Salud positiva

- 2.13. Promover los activos para la salud a nivel individual, familiar y comunitario

LÍNEA 2. PERSONAS Y COMUNIDADES SANAS EN ENTORNOS FAVORECEDORES DE LA SALUD

Objetivo General: Conseguir que las personas y las comunidades sean más resilientes, actuando sobre los entornos donde vivimos y promoviendo la salud en todas las etapas de la vida

Objetivos Específicos

Dimensión Entornos de vida saludables: Pretende contribuir a generar entornos saludables, salutogénicos, seguros, sostenibles y libres de discriminación y violencia

2.1. Avanzar hacia un medioambiente más saludable

- 2.1.1. Establecer un sistema de **vigilancia epidemiológica de la calidad medioambiental** basado en mediciones e indicadores de factores ambientales y sus efectos sobre la salud, orientado a la intervención: calidad del aire (contaminación atmosférica), ruido (contaminación acústica).
Liderazgo: DGSPA
- 2.1.2. Progresar en la introducción efectiva de elementos de evaluación de impactos en salud y equidad en las evaluaciones de impacto ambiental sometidas a la regulación.
Liderazgo: DGSPA- Conselleria de medio Ambiente
- 2.1.3. Promover la evaluación del riesgo de exposición externa e interna a contaminantes y residuos ambientales prioritarios y emergentes, identificando aquellos riesgos que, de acuerdo con la evidencia disponible, puedan representar mayor vulnerabilidad biológica para las mujeres (enfermedades endocrinas, inmunológicas, fibromialgia y endometriosis).
Liderazgo: DGSPA-Unidad de Igualdad-DGIAI
- 2.1.4. Aumentar la sensibilización y formación en salud y medio ambiente de la ciudadanía, con contenidos en formatos adaptados, accesibles, comprensibles y actualizados de forma permanente a los diferentes perfiles de población, incluyendo infancia y adolescencia y de acuerdo con la evidencia científica.
Liderazgo: DGSPA-EVES- Emergencia Climática y Transición Ecológica
- 2.1.5. Contemplar la salud ambiental en la formación continuada de los y las profesionales de la salud y la formación específica sobre la exposición a riesgos ambientales.
Liderazgo: DGSPA-EVES
- 2.1.6. Continuar impulsando las estrategias para el control de calidad sanitaria de las aguas de consumo público y de control de la legionelosis.
Liderazgo: DGSPA

- 2.1.7. Sensibilizar, hacer propuestas y recomendaciones para la mejora de la calidad del aire en interiores, con la finalidad evitar la transmisión de enfermedades de transmisión aérea como la COVID-19.
Liderazgo: DGSPA

2.2. Desarrollar intervenciones y programas para garantizar la seguridad alimentaria

- 2.2.1. Desarrollar los programas para garantizar la seguridad alimentaria contemplados en el **Plan de Seguridad Alimentaria** de la Comunitat Valenciana. <http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?CodPunto=3958&Opcion=SACO NTROFCADALIMCV&MenuSup=SACONTROFI&Seccion=SAPLANPROG&Nivel=2>
Liderazgo: DGSPA-Agricultura, Desarrollo Rural y Emergencia Climática
- 2.2.2. Colaborar intersectorialmente para acelerar la transición hacia un sistema alimentario sostenible con impacto medioambiental neutro: estrategia "de la granja a la mesa".
Liderazgo: DGSPA- Agricultura, Desarrollo Rural y Emergencia Climática
- 2.2.3. Establecer normativamente los requisitos para elaborar menús saludables en los servicios de restauración colectiva, apoyándose en la dieta mediterránea, que además de saludable es sostenible por estar basada en productos locales, de temporada y de producción ecológica, haciéndola respetuosa con el medio ambiente.
Liderazgo: DGSPA

2.3. Favorecer que el entorno laboral garantice el bienestar de las personas trabajadoras con medidas de protección, prevención y promoción de la salud, desde la perspectiva de género

- 2.3.1. Reforzar el sistema de **vigilancia de las enfermedades profesionales**, de manera que se reconozcan y comuniquen desde el sistema sanitario público (SISVEL) a los servicios de prevención de riesgos laborales, las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para facilitar su diagnóstico y reconocimiento como daño laboral y mejorar la prevención.
Liderazgo: DGSPA
- 2.3.2. Analizar los riesgos derivados de los productos químicos, con la finalidad de proteger la salud de la población y de las personas trabajadoras.
Liderazgo: DGSPA
- 2.3.3. Informar a las diferentes empresas públicas y privadas de la CV sobre las características y periodicidades que han de tener los exámenes de salud a las personas trabajadoras, evitando pruebas innecesarias sin criterios de evidencia científica.
Liderazgo: DGSPA
- 2.3.4. Favorecer y apoyar las empresas generadoras de salud, centradas en actuaciones de prevención y promoción de la salud de las personas trabajadoras.
Liderazgo: DGSPA

2.4. Promover entornos educativos saludables, seguros y sostenibles

2.4.1. Promover en el entorno educativo (infantil, primaria y secundaria) itinerarios concretos de promoción de la salud que incorporen conocimientos básicos y avanzados en comportamientos relacionados con la salud, seguros y sostenibles, tales como programas de comedor escolar, caminos seguros a la escuela, ocio saludable, salud bucodental, almuerzo saludable y uso de la bicicleta.

Liderazgo: DGSPA- DGCD-DGIE

2.4.2. Promover el desarrollo de Escuelas Promotoras de Salud y colaborar con la Red Española de Universidades Saludables.

Liderazgo: DGSPA-DG de Centros Docentes

2.4.3. Establecer una colaboración efectiva entre profesionales de los dos ámbitos (según artículo 38 ley 26/2018) para desarrollar una educación sexual integral, en todas las etapas y niveles de enseñanza no universitaria, tanto mediante actuaciones directas como transversales, basadas en el fomento de las relaciones igualitarias y herramientas para construir relaciones saludables.

Liderazgo: DGIE -DGSPA

2.4.4. Garantizar la atención de las necesidades de salud de los niños y niñas con problemas crónicos en el ámbito escolar, asignando centros sanitarios de referencia.

Liderazgo: DGAS

2.5. Promover la salud y el bienestar desde el entorno local

2.5.1. Participar en las **Comisiones de Salud Comunitaria** departamentales, que plantean el trabajo coordinado de atención primaria, salud pública, los municipios y otras entidades locales supramunicipales, los barrios y la ciudadanía, para identificar y proponer programas e intervenciones de promoción de la salud en su ámbito territorial.

Liderazgo: FVMP/Entidades locales

2.5.2. Desplegar proyectos de acción comunitaria en salud en los municipios, cuya eficacia haya sido demostrada y que estén vinculados a los objetivos del Plan de Salud y con los ODS. Prestar especial atención a los barrios más vulnerables y las situaciones de segregación urbana. La Guía 4 de XarxaSalut puede ser un punto de referencia para su selección y puesta en marcha.

http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/20181030_xarxa_salut_guiia_4_cas.pdf

Liderazgo: FVMP/Entidades locales

2.5.3. Potenciar en los pueblos y barrios de las ciudades, redes comunitarias y de participación ciudadana de apoyo y soporte que contribuyan a mejorar situaciones de malestar cotidiano y afrontar los cuidados, evitando situaciones de soledad no deseada entre las personas mayores

Liderazgo: FVMP/Entidades locales

2.5.4. Contemplar en el planeamiento urbanístico de los pueblos y ciudades la activación y dinamización de equipamientos y espacios de convivencia que

incluyan espacios verdes, azules y soluciones basadas en la naturaleza, contando con la participación ciudadana. La evidencia ha demostrado su impacto positivo en el bienestar social y psicológico, además de favorecer la práctica de actividad física.

Liderazgo: FVMP/Entidades locales

2.6. Avanzar hacia un entorno seguro y libre de violencia, con especial énfasis en la violencia de género.

2.6.1. Avanzar en la detección temprana de la violencia de género en el ámbito sanitario, utilizando la **herramienta SIVIO**. Poner énfasis y adecuar el protocolo de actuación a la situación de especial vulnerabilidad que supone el embarazo.

Liderazgo: DGSPA-DGAS-Unidad de Igualdad

2.6.2. Garantizar la atención a las mujeres que acuden a las unidades de conductas adictivas con problemas de adicción y que son víctimas de violencia de género, creando entornos seguros, garantías de protección y aplicando la terapia adecuada a cada situación.

Liderazgo: DGAS

2.6.3. Potenciar la labor de las comisiones de Igualdad y contra la violencia de género departamentales para la implementación de las medidas del plan de igualdad y en la sensibilización sobre las diferentes violencias contra las mujeres.

Liderazgo: Unidad de Igualdad-Gerencias departamentales

2.6.4. Apoyar las acciones de sensibilización y formación para prevenir las diferentes manifestaciones de la violencia sexual contra las mujeres, independientemente de su orientación sexual y de género, considerando los grupos de especial protección como personas menores de edad (abuso sexual, sexo forzado, mutilación genital femenina) en los distintos entornos (familiar, escolar, laboral, sanitario, comunitario).

Liderazgo: Unidad de Igualdad-DGSPA-DG Instituto Valenciano de las Mujeres

2.6.5. Desarrollar actuaciones formativas sobre el abordaje del riesgo y la violencia hacia la infancia con una mirada integral de sanidad, educación, fuerzas y cuerpos de seguridad y servicios sociales.

Liderazgo: DGSPA-VICIPI/DGIA-EVES

2.6.6. Desarrollar herramientas de prevención de la violencia en el entorno escolar que desembocan en situaciones de acoso escolar motivado por cuestiones de género o LGTBIfobia y generan importantes problemas de salud mental en este grupo de población.

Liderazgo: DGIE

Dimensión Salud en todas las edades: Pretende mejorar las oportunidades en salud en todas las etapas de la vida con perspectiva de equidad

2.7. Promover que la infancia y adolescencia se desarrollen con plenitud, como base para una vida activa y saludable

2.7.1. Impulsar las acciones de la **Estrategia Valenciana de Infancia y Adolescencia** (2022-2026) orientadas a atender las necesidades de salud de la población infantil más vulnerable que como consecuencia de cambios sociales y económicos está más expuesta a situaciones de riesgo: desprotección, migraciones, interculturalidad, identidad sexual, maltrato en todas sus manifestaciones.

Liderazgo: Liderazgo: DGIA-DGSPA- DGAS

2.7.2. Favorecer la adhesión de los centros sanitarios para su acreditación por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia – IHAN. Promover la lactancia materna de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Liderazgo: Liderazgo: DGSP-DGAS-Gerencias departamentales

2.7.3. Plantear de forma integral la epidemia que representa la obesidad para la salud, con especial atención a la obesidad infantil, mediante la elaboración y desarrollo de una estrategia específica que contemple un abordaje integral multisectorial, alineada con el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030).

Liderazgo: DGSPA-DGAS

2.7.4. Identificar población infantil no vacunada y promover la vacunación, de acuerdo al calendario oficial de vacunaciones.

Liderazgo: DGSPA-DGAS

2.7.5. Fomentar el bienestar emocional de los niños y las niñas, impulsando dinámicas familiares positivas a través de programas y protocolos de parentalidad positiva en el ámbito sanitario, educativo y comunitario, incluyendo a las familias de riesgo psicosocial.

Liderazgo: DGIA-DGAS-DGSP

2.7.6. Avanzar en la atención temprana para dar respuesta a las necesidades de niños y niñas con problemas de desarrollo, incluyendo tanto a los neonatos prematuros como otros trastornos (espectro autista, TDAH) en Centros de Atención Temprana y de manera coordinada con el sector de bienestar social y el sector educativo.

Liderazgo: DGIA- DGAS

2.7.7. Reforzar los programas de promoción de una sexualidad segura y con garantías para prevenir las ITS, el VIH y los embarazos no deseados entre jóvenes, garantizando el acceso a la información, la formación y los recursos para el ejercicio de una sexualidad plena y segura.

Liderazgo: DGSPA-IVAJ

- 2.7.8. Colaborar en la elaboración de protocolos para la detección temprana de problemas de salud mental en jóvenes con carácter intersectorial, incluyendo los trastornos de la conducta alimentaria.
Liderazgo: DGSPA-DGAS

2.8. Avanzar hacia una vivencia activa y autónoma del envejecimiento

- 2.8.1. Promover el **envejecimiento saludable** y la autonomía de las personas mayores y de las dependientes colaborando en la implementación de la Estrategia de envejecimiento activo liderada desde la VICIPI.
Liderazgo: VICIPI-DGSPA-DGAS
- 2.8.2. Llevar a cabo un abordaje integrado e interdisciplinar de la fragilidad con puerta de entrada en AP y de manera coordinada con servicios sociales, comunidad, cuidados intermedios y los centros hospitalarios
Liderazgo: DGAS
- 2.8.3. Considerar a la población de los centros residenciales como un grupo específico para vigilancia y actuaciones de salud pública
Liderazgo: DGSPA-DGAS

2.9. Garantizar la dignidad al final de la vida y un buen morir

- 2.9.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida mediante difusión entre la población del "Documento de voluntades anticipadas".
Liderazgo: DGPETAP
- 2.9.2. Formación del personal sanitario en relación con la atención al paciente al final de la vida y sus derechos, incluyendo la prestación de eutanasia.
Liderazgo: EVES- DGPETAP-DGAS
- 2.9.3. Disponer de profesionales con cualificación en estos aspectos en cada departamento de salud que puedan orientar a profesionales y a la ciudadanía sobre el ejercicio de estos derechos.
Liderazgo: DGPETAP-DGAS

2.10. Garantizar el abordaje equitativo de las políticas y programas de salud para que cubran las necesidades de todas las personas

- 2.10.1. Impulsar la ampliación progresiva de la cartera pública de los servicios de salud bucodental, con actividades preventivas centradas en las necesidades de los grupos de personas más vulnerables: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del área cervicofacial.
Liderazgo: DGAS
- 2.10.2. Implementar la estrategia de vacunación alineada con el calendario común a lo largo de la vida del SNS, de acuerdo con los cambios epidemiológicos y la

disponibilidad de nuevas vacunas. Reforzar las estrategias de vacunación de las ITS prevenibles con vacunas como la Hepatitis A, la Hepatitis B y el Virus del Papiloma humano.

Liderazgo: DGSPA-DGAS-DGFPS

2.10.3. Desarrollar y promover los programas de cribado poblacional con fines preventivos basados en la evidencia científica.

Liderazgo: DGSPA-DGAS

2.10.4. Revisar y actualizar la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la CV para garantizar los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de todo el ciclo vital, desde un enfoque positivo, teniendo en cuenta los determinantes sociales, culturales, económicos, de género y diversidad sexual, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad en los distintos grupos poblacionales.

Liderazgo: DGSPA-DGAS

2.10.5. Abordar el malestar emocional debido a situaciones vitales estresantes ofreciendo alternativas para su afrontamiento que contribuyan a la disminución del excesivo consumo de psicofármacos.

Liderazgo: DGAS

2.10.6. Promover la formación y capacitación del personal de atención primaria de medicina, enfermería y trabajo social en identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo suicida.

Liderazgo: DGAS-EVES

2.10.7. Desarrollar las medidas para mejorar la salud y bienestar de la Estrategia Valenciana para la Igualdad y la Inclusión del Pueblo Gitano (2018-2023).

Liderazgo: DGSPA-Unidad de Igualdad

Dimensión Cultura de salud: Pretende fomentar acciones para que las opciones más saludables sean las más fáciles de realizar para la ciudadanía

2.11. Promover conductas saludables a lo largo de todo el ciclo vital

2.11.1. Promover actuaciones intersectoriales para fomentar una **alimentación saludable** durante el curso de vida y en todos los entornos (especial énfasis en el educativo, sanitario y laboral) y para favorecer que la población elija opciones de consumo de alimentos saludables y sostenibles.

Liderazgo: DGSP-Agricultura, Desarrollo Rural y Emergencia Climática-Educación

2.11.2. Garantizar la adecuación de la oferta alimentaria en comedores colectivos de los centros escolares y residencias de personas mayores de cualquier titularidad o sistemas de gestión, ubicados en la Comunitat Valenciana.

Liderazgo: DGSPA-VICIPI/DGPM

2.11.3. Garantizar que las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas situadas en centros educativos, sanitarios y de servicios sociales de titularidad pública,

privada sostenida con fondos públicos o privada, tengan la composición establecida en la normativa autonómica vigente a tal efecto. En estos mismos ámbitos estará prohibida la venta o distribución de alimentos y bebidas no saludables como golosinas, bollería industrial o bebidas con alto contenido de azúcares.

Liderazgo: DGSPA

- 2.11.4. Potenciar espacios para la producción y la venta de productos agroalimentarios de proximidad en los municipios.

Liderazgo: FVMP/Entidades locales

- 2.11.5. Potenciar la movilidad activa, sostenible y segura considerando las necesidades de los diferentes grupos de población. Generar itinerarios peatonales y que favorezcan el uso de la bicicleta en las áreas metropolitanas y municipios.

Liderazgo: Obras Públicas, Transporte y Movilidad-FVMP/Entidades locales

- 2.11.6. Fomentar la actividad física, adaptándola a cada etapa del ciclo vital y promocionar la práctica del deporte fomentando la participación y el trato igualitario en la práctica deportiva.

Liderazgo: DG Deporte-DGSPA

- 2.11.7. Impulsar e implantar la prescripción de actividad y ejercicio físico desde las consultas de atención primaria, por sus efectos beneficiosos demostrados en la mayor parte de los problemas crónicos de salud, además de en las situaciones de sobrepeso y obesidad.

Liderazgo: DGSPA-DGFPS-DGAS-DGD-FVMP

- 2.11.8. Favorecer el uso educativo, creativo, saludable y seguro de las tecnologías de la información, comunicación y ocio, mediante la alfabetización digital de personas mayores, padres, madres, tutores y tutoras, en la infancia y adolescencia.

Liderazgo: DGSPA- VICIPI/DGPM-DGIA-EL

- 2.11.9. Promover iniciativas tendentes a la disminución del consumo de tabaco, alcohol y resto de adicciones relacionadas o no con el consumo de sustancias, mediante la actualización e implementación de un nuevo Plan Estratégico de Adicciones en la CV.

Liderazgo: DGSPA

- 2.11.10. Avanzar en el control del tabaquismo, desde la sensibilización y concienciación de las repercusiones sobre la salud con perspectiva de género, favoreciendo la generación de espacios sin humo, y facilitando el acceso al tratamiento del tabaquismo.

Liderazgo: DGSPA-DGAS-FVMP/Entidades locales

- 2.11.11. Promover iniciativas locales de ocio activo y saludable en medio rural y urbano dirigido a adolescentes y jóvenes mediante programas de prevención de los consumos de sustancias nocivas y las adicciones, incluyendo el abuso de los juegos de azar, apuestas y TIC.

Liderazgo: DGSP-FVMP/EL

2.12. Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y las comunidades para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a largo de todo el curso de vida

- 2.12.1. Potenciar la Escuela de Salud para la Ciudadanía, con actividades presenciales y en línea, con la finalidad de mejorar la alfabetización, la autonomía y el empoderamiento en salud. Reforzar los programas de EpS entre iguales como el programa *Pacient Actiu* con pacientes expertos que trabajan como agentes de apoyo mutuo (salud mental, diabetes y enfermedades crónicas en general...)
Liderazgo: EVES
- 2.12.2. Promover la oferta de formación a la ciudadanía sobre la búsqueda de información sobre temas de salud en fuentes fiables.
Liderazgo: EVES
- 2.12.3. Desarrollar intervenciones grupales en autocuidado desde atención primaria dirigidas a promover el bienestar emocional y a la capacitación para personas que ejercen la labor de cuidadoras no profesionales.
Liderazgo: DGAS-EVES
- 2.12.4. Continuar con la formación como agentes de salud de base comunitaria con perspectiva intercultural a personas migrantes y de otras etnias, para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de la violencia de género, impulsando la coordinación con los centros de atención primaria de la zona.
Liderazgo: DGSPA-EVES
- 2.12.5. Elaborar y mantener un portal de información sobre medicamentos para la ciudadanía: MedicamenTIC
Liderazgo: DGFPS

Dimensión Salud positiva: Pretende visibilizar y hacer abogacía de las riquezas y recursos identificados y reconocidos por la propia comunidad que contribuyen a mantener y mejorar la salud y el bienestar y que ayudan a reducir las desigualdades en salud

2.13. Promover los activos para la salud a nivel individual, familiar y comunitario

- 2.13.1. Incorporar el **mapeo de activos** en salud en el análisis de la situación de salud de barrios, municipios y departamentos, de forma complementaria al análisis de riesgos y con participación de la ciudadanía.
Liderazgo: DGSPA-DGAS-FVMP/EL
- 2.13.2. Fomentar la prescripción social de activos para la salud y recursos comunitarios desde las consultas de atención primaria del sistema sanitario en su práctica clínica (cultura, naturaleza, actividad física) para contribuir a desmedicalizar los problemas sociales y/o emocionales de la población. Enlazar dichos activos a la Historia de Salud de AP para que tenga acceso todo el personal sociosanitario.

Liderazgo: DGSPA-DGAS-DGFPS

2.13.3. Apoyar los proyectos para la promoción de entornos salutogénicos impulsados por el movimiento asociativo, con impacto positivo sobre la salud de las personas en todas las edades, tales como generación de espacios inclusivos para personas mayores, proyectos de recuperación de alimentación saludable y sostenible, caminos seguros, saludables y sostenibles a la escuela, etc.

Liderazgo: DGSPA-FVMP/EL

2.13.4. Facilitar la utilización de las instalaciones deportivas escolares como espacios abiertos con la finalidad de promover la actividad física en tiempo de ocio.

Liderazgo: FVMP/Entidades locales-DGCD

2.13.5. Identificar, adaptar y facilitar el acceso a espacios urbanos abiertos a la ciudadanía con confort térmico en episodios de temperaturas extremas (refugios climáticos), prestando especial atención a la población más vulnerable (personas mayores, bebés, personas con enfermedades crónicas, personas en situación de pobreza energética), en línea con las actuaciones del Programa de Prevención y Atención de los Problemas de Salud derivados de las Temperaturas Extremas en la Comunitat Valenciana.

Liderazgo: DGSPA - FVMP/EL

LÍNEA 3. PLASTICIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PARA QUE SEA CAPAZ DE ADAPTARSE A LA DINÁMICA Y LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD

Dimensión Reorientación de los servicios

- 3.1** Apostar por la Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema de salud y garantía de acceso universal del conjunto de la población a los servicios.
- 3.2** Dotar de mayor solidez a la Salud Pública para que sea capaz de adaptarse y responder a los retos y demandas de la sociedad.
- 3.3** Reorientar el modelo de atención a la salud mental y las adicciones potenciando la perspectiva comunitaria y la recuperación e inclusión social de las personas con problemas de salud mental de forma equitativa.
- 3.4** Establecer modelos de organización que mejoren la equidad en el acceso y potencien el trabajo en red entre los centros, departamentos, niveles asistenciales y categorías profesionales para avanzar hacia una atención integrada.

Dimensión Refuerzo de la capacidad y resiliencia

- 3.5** Adecuar los recursos humanos para mejorar la calidad del empleo en el sistema sanitario público y adaptar las infraestructuras sanitarias
- 3.6** Aumentar la calidad en todos sus componentes y en los diferentes ámbitos y niveles del sistema sanitario
- 3.7** Reforzar los sistemas de información del sistema sanitario desarrollando una política de transparencia y ayuda a la toma de decisiones

Dimensión Mejores resultados en salud

- 3.8** Prestar atención especial a las enfermedades y problemas de salud que aportan la mayor carga de morbilidad.
- 3.9** Dar respuesta a las enfermedades transmisibles con especial vinculación a situaciones de vulnerabilidad social

Dimensión Experiencia profesional

- 3.10** Considerar al personal del ámbito sanitario como valor esencial para la transformación del sistema sanitario

LÍNEA 3. PLASTICIDAD AL SISTEMA SANITARIO PARA QUE SEA CAPAZ DE ADAPTARSE A LA DINÁMICA Y LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD

Objetivo General: Alcanzar los mejores resultados en salud con los máximos niveles de satisfacción y de experiencia de las personas con su atención en términos de calidad y servicio, con el menor coste y mejores experiencias y satisfacción de los y las profesionales.

Objetivos Específicos

Dimensión Reorientación de los servicios: Pretende adaptar las funciones de los diferentes ámbitos asistenciales para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas y la comunidad, con una orientación hacia los resultados en salud

3.1. Apostar por la Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema de salud y garantía de acceso universal del conjunto de la población a los servicios sanitarios

- 3.1.1. Implementar las acciones propuestas en el **Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria** de la Comunitat Valenciana, con la finalidad de articular los cambios hacia un modelo basado en los valores de accesibilidad y equidad, eficacia y sostenibilidad, coordinación y longitudinalidad, orientación a la prevención y la cronicidad y que tiene en cuenta la participación en la comunidad y la gobernanza local.
Liderazgo: DGAS
- 3.1.2. Elaborar una Estrategia de Salud Comunitaria adaptada a la realidad de la Comunitat Valenciana, para reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud, de manera coordinada con Salud Pública y otros sectores y contando con la ciudadanía. Se adaptará a las Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico del Ministerio de Sanidad.
Liderazgo: DGAS-DGSPA
- 3.1.3. Implementar un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica a nivel departamental y de centro de salud, potencie la participación de profesionales y ciudadanía y oriente la gestión a mejorar los resultados en salud.
Liderazgo: DGAS
- 3.1.4. Revisar, actualizar y ampliar la cartera de servicios de atención primaria equitativamente en todo el territorio, proporcionándole un marco normativo.
Liderazgo: DGAS
- 3.1.5. Reforzar la integración de las unidades de apoyo a la atención primaria para garantizar la continuidad asistencial y la capacidad de resolución en relación con la atención a la salud mental, nuevas adicciones, salud bucodental, salud sexual y reproductiva y atención de fisioterapia.
Liderazgo: DGAS

3.2. Dotar de mayor solidez a la Salud Pública para que sea capaz de adaptarse y responder a los retos y demandas de la sociedad

3.2.1. Fortalecer y dar solidez a la estructura de los servicios centrales y periféricos de salud pública, dotándolos de profesionales integrados en equipos multidisciplinares con capacidades y competencias para el desarrollo de la cartera de servicios de salud pública (Decreto 173/2021).

Liderazgo: DGSPA

3.2.2. Regular normativamente la gestión de la alerta precoz y respuesta rápida en salud pública para cumplir los requerimientos establecidos en los reglamentos sanitarios de nivel internacional, europeo y estatal.

Liderazgo: DGSPA

3.2.3. Generar, facilitar y regular mecanismos de coordinación y gobernanza para trabajar en salud comunitaria y en promoción de la salud y prevención en toda la estructura asistencial y, muy especialmente, entre AP, SP, entidades locales, educación, servicios sociales, ciudadanía, asociaciones de pacientes y otros agentes comunitarios.

Liderazgo: DGSPA-DGAS

3.3. Reorientar el modelo de atención a la salud mental y las adicciones potenciando la perspectiva comunitaria y la recuperación e inclusión social de las personas con problemas de salud mental de forma equitativa

3.3.1. Reforzar la estructura asistencial para la atención a la **salud mental infantil y juvenil**, incluyendo la atención a los problemas de adicción, mediante la dotación de equipos multidisciplinares y recursos específicos en una red de centros de día y comunidades terapéuticas.

Liderazgo: DGAS

3.3.2. Mejorar la coordinación del trabajo de las unidades, servicios y programas de salud mental y de las unidades de conductas adictivas, con otros servicios asistenciales y de salud pública, otros departamentos del Consell así como organismos o entidades públicas o privadas.

Liderazgo: SAS-DGAS-DGSPA-DGFPS

3.3.3. Garantizar que las personas con algún tipo de adicción sean atendidas en el recurso asistencial adecuado a sus necesidades.

Liderazgo: DGAS

3.3.4. Reforzar el papel de la atención primaria en la detección y seguimiento del malestar emocional y los trastornos mentales leves.

Liderazgo: DGAS

3.3.5. Potenciar las terapias en intervenciones grupales, bien en consultas con grupos, talleres, sesiones formativas etc., cuya efectividad está altamente demostrada en el abordaje de muchos de los problemas de salud mental.

Liderazgo: DGAS

3.4. Establecer modelos de organización que mejoren la equidad en el acceso y potencien el trabajo en red entre los centros, de departamentos, niveles asistenciales y categorías profesionales para avanzar hacia una atención integrada

3.4.1. Elaborar y establecer **fórmulas organizativas integradoras de la prestación asistencial** mediante la coordinación entre todos los niveles de actuación profesional y con las instituciones públicas y sociales, con una perspectiva global para conseguir desarrollar intervenciones multidisciplinares e intersectoriales.
Liderazgo: DGAS

3.4.2. Avanzar hacia la Integración y coordinación sociosanitaria, adaptando la organización sanitaria para la atención plena de las personas que viven en centros residenciales (mayores, personas dependientes...).
Liderazgo: DGAS-VICIPI

3.4.3. Disponer de las estructuras farmacéuticas asistenciales necesarias para llegar a las personas en cualquier ámbito y localización mediante el Programa de Atención Farmacéutica Sociosanitaria de la CSUSP.
Liderazgo: DGFPS

3.4.4. Continuar con el fomento de redes asistenciales integradas (RAI) para mejorar la gestión de problemas de salud existentes en el ámbito específico de cada departamento de salud, aplicando criterios de buena práctica basados en la evidencia, optimizando los circuitos asistenciales y planificando respuestas ante escenarios previsibles.
Liderazgo: DGAS

3.4.5. Desarrollar programas de colaboración entre las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de los hospitales y los centros sanitarios y/o las oficinas de farmacia para la entrega de medicamentos próxima a domicilio de las personas.
Liderazgo: DGFPS

3.4.6. Fomentar el despliegue progresivo de la medicina personalizada de precisión mediante acciones clínico-asistenciales que permitan incrementar la eficacia en personas y servicios de salud de diferentes procedimientos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
Liderazgo: DGAS

3.4.7. Designar y desarrollar las unidades de referencia del sistema sanitario público valenciano que cumplan los criterios de calidad establecidos.
Liderazgo: DGAS- DGPETAP

Dimensión Refuerzo de la capacidad y resiliencia: Pretende adaptar de forma equitativa los recursos humanos, tecnológicos y económicos del sistema sanitario desde la perspectiva de continuidad de cuidados, eficiencia y calidad

3.5. Adecuar los recursos humanos para mejorar la calidad del empleo en el sistema sanitario público y adaptar las infraestructuras sanitarias

- 3.5.1. Consolidar la inversión en el **25% del presupuesto de sanidad destinado a la AP**. Aumentar el número de profesionales de AP, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales para favorecer su estabilidad laboral y la reducción de la temporalidad a través de las ofertas de empleo público necesarias hasta alcanzar el máximo del 8% de temporalidad estructural.
Liderazgo: Subsecretaría. DGRRHH
- 3.5.2. Implementar una política de recursos humanos para el personal dedicado a la salud pública que garantice la generación y retención del talento, el relevo generacional y la dimensión adecuada de la plantilla a las funciones desempeñadas para afrontar los retos presentes y futuros con efectividad y calidad, en consonancia con las propuestas de la Declaración de Zaragoza sobre vigilancia en salud pública.
Liderazgo: Subsecretaría. DG Recursos Humanos
- 3.5.3. Planificar las necesidades de profesionales aplicando medidas que incentiven la incorporación en zonas rurales o de difícil cobertura y con una visión territorial equitativa.
Liderazgo: Subsecretaría. DGRRHH-DGSPA
- 3.5.4. Adaptar y dimensionar los perfiles y roles de competencias profesionales a las necesidades impuestas por la reorientación de los servicios y el modelo de atención centrado en las personas y su entorno comunitario. Promover la incorporación de nuevas profesiones sanitarias y no sanitarias, favoreciendo la interdisciplinariedad de los equipos.
Liderazgo: Subsecretaría. DGRRHH
- 3.5.5. Adecuar y adaptar las infraestructuras sanitarias mediante el desarrollo del Plan de Infraestructuras de la CSUSP
Liderazgo: DGATII

3.6. Aumentar la calidad en todos sus componentes y en los diferentes ámbitos y niveles del sistema sanitario

- 3.6.1. Mejora de la **calidad y seguridad farmacoterapéutica** en la atención a pacientes con fragilidad, comorbilidad, enfermedades crónicas o necesidades de atención complejas. Mejora de la calidad farmacoterapéutica en la atención de personas polimedicadas.
Liderazgo: DGFPS

- 3.6.2. Potenciar las adquisiciones centralizadas de productos y servicios para los centros sanitarios públicos a través de la Central de Compras en aras a obtener la máxima eficiencia y la homogeneización de productos y servicios.
Liderazgo: DGATII
- 3.6.3. Implantar un plan de incentivación, asociado al presupuesto del autoconcerto, del personal sanitario para la reducción de la lista de espera quirúrgica programada en el sistema sanitario público ajustado al cumplimiento de objetivos de actividad por servicios y por profesional sanitario.
Liderazgo: SAETS
- 3.6.4. Potenciar la notificación de incidentes y eventos adversos, garantizando anonimato y confidencialidad de quien notifica y gestiona y el diseño de estrategias dirigidas a minimizar las consecuencias sobre las víctimas de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
Liderazgo: DGPETAP
- 3.6.5. Reforzar los planes de humanización priorizando los entornos sanitarios más amables y accesibles; poniendo en valor el derecho a la información y el consentimiento informado; impulsando los órganos garantes de los derechos de los y las pacientes; protocolizando la actuación de las unidades de admisión/mostrador y potenciando la formación en habilidades de comunicación de todo el personal.
Liderazgo: DGPETAP-DGAS-EVES
- 3.6.6. Garantizar la participación activa de todos los centros sanitarios de los departamentos de salud en los principales programas de seguridad clínica (proyectos Zero, cirugía segura, higiene de manos, seguridad del medicamento, heridas por presión, etc.).
Liderazgo: DGPETAP-DGFPS-DGAS
- 3.6.7. Impulsar la cultura de calidad y seguridad en el ámbito departamental a través de las unidades funcionales de calidad, utilizando modelos de gestión de la calidad tanto en centros asistenciales como en la estructura de salud pública, dentro del marco del Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.
Liderazgo: DGPETAP-DGSP

3.7. Reforzar los sistemas de información del sistema sanitario, desarrollando una política de transparencia y ayuda a la toma de decisiones

- 3.7.1. Implantar un único programa informático hospitalario para todos los hospitales de la Comunitat Valenciana para disponer de manera centralizada de toda la información clínica del paciente.
Liderazgo: SAETS- DGPETAP-DGAS
- 3.7.2. Mejorar las infraestructuras tecnológicas en atención primaria, hospitalaria y salud pública, mediante la adecuación y renovación de equipos informáticos y de los sistemas de información y digitalización.
Liderazgo: SAETS- DGPETAP
- 3.7.3. Diseñar e implantar un sistema de Historia Clínica Electrónica para las emergencias sanitarias extrahospitalarias.

Liderazgo: SAETS-DGAS- DGPETAP

- 3.7.4. Avanzar en el desarrollo de herramientas para la explotación de la información basadas en los sistemas de información corporativos de atención primaria, hospitalaria y salud pública.
Liderazgo: DGPETAP- DGAS – DGSPA
- 3.7.5. Desarrollar las distintas herramientas que han de incorporarse a los Sistemas de Información Asistencial en relación con las diferentes estrategias del SNS que contemple la estratificación por variables de interés
DGPETAP -DGAS
- 3.7.6. Facilitar el registro y análisis de la información para la detección y vigilancia de la obesidad infantil y sus determinantes en el Sistema de Información Ambulatorio (SIA).
DGPETAP -DGAS-DGSPA
- 3.7.7. Mejorar los sistemas de información relacionados con la salud mental para que sean de utilidad tanto en la atención como en la planificación y evaluación.
DGPETAP -DGAS
- 3.7.8. Establecer un benchmarking en resultados en salud en todos los centros hospitalarios
Gerencias-DGAS

Dimensión Mejores resultados en salud: Pretende adecuar las atenciones que se prestan a las personas enfermas a sus expectativas y necesidades

3.8. Prestar atención especial a las enfermedades y problemas de salud que aportan la mayor carga de morbilidad

- 3.8.1. Mejorar la atención a la cronicidad mediante la **estratificación** y adaptación de la atención que se ofrece a la población en función del nivel de cronicidad, en el ámbito más adecuado y por el personal sanitario que mejor pueda dar respuesta a sus necesidades: promoción de salud a la población sana, prevención en personas con factores de riesgo, continuidad de cuidados, planificación de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y paliativa y de las personas que las cuidan, así como educación en autocuidados.
Liderazgo: DGAS
- 3.8.2. Aplicar el enfoque de atención centrada en la persona, basado en el análisis de sus preferencias, la formación, información y comunicación. Desarrollar intervenciones individuales y grupales para fomentar el autocuidado en las personas con condiciones de cronicidad, así como en las personas cuidadoras.
Liderazgo: DGAS
- 3.8.3. Garantizar la atención domiciliaria de las personas en situación clínica o social compleja o de dependencia, desde un enfoque multidisciplinar integrado

fundamentalmente por equipos de atención primaria y unidades de hospitalización a domicilio (UHD) y contando con otros recursos sanitarios y sociales.

Liderazgo: DGAS

- 3.8.4. Reforzar la estrategia de atención paliativa avanzada en el domicilio tanto en personas adultas como en la población pediátrica y adolescente. Prestar especial atención a la formación y unificación de criterios y protocolos clínicos en este campo.

Liderazgo: DGAS

- 3.8.5. Avanzar en la implementación, actualización, seguimiento y evaluación de las principales estrategias de Enfermedades Crónicas No Transmisibles: cardiovasculares, diabetes, cáncer, EPOC, neurodegenerativas y demencias, desde un abordaje integral y multidisciplinar centrado en las personas. Abordar la vigilancia de las enfermedades no transmisibles.

Liderazgo: DGAS-DGSPA- DGFPS

- 3.8.6. Abordar la atención a las personas con enfermedades minoritarias (raras) desde una perspectiva sociosanitaria, implementando un plan de mejora de la atención sanitaria alineado con las propuestas de la Estrategia Nacional de Enfermedades Raras e incluir la notificación en el sistema de información SIER-CV de los casos desde los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR), consultas especializadas y consultas de coordinación y asistencia general para enfermedades raras de la Comunitat Valenciana.

Liderazgo: DGAS-DGSPA- DGFPS-VICIPI-Educación

- 3.8.7. Potenciar las actividades de rehabilitación y soporte con programas especializados para la recuperación funcional y la consecuente ganancia en salud y calidad de vida de las personas con limitación funcional derivada del desarrollo en enfermedades altamente incapacitantes (neuromusculares y respiratorias degenerativas, traumatismos, daño neurológico sobrevenido y otras).

Liderazgo: DGAS- DGFPS

- 3.8.8. Garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor crónico en el Sistema Valenciano de Salud, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y desde la perspectiva de atención integral centrada en la persona, mediante la elaboración e implantación del "Proceso de Atención a pacientes con dolor crónico en la Comunitat Valenciana".

Liderazgo: DGAS- DGFPS

- 3.8.9. Elaborar e implementar la Estrategia de Salud Mental de la CV, inspirada en la del Estado y dando respuesta a la que se está definiendo a nivel autonómico.

Liderazgo: DGAS- DGFPS

- 3.8.10. Proponer una línea de formación continuada para profesionales en el marco de la cronicidad y la atención integrada de casos complejos, así como en salud mental.

Liderazgo: DGAS-EVES

3.9. Dar respuesta a las enfermedades transmisibles con especial vinculación a situaciones de vulnerabilidad social

- 3.9.1. Impulsar y coordinar acciones para la **prevención combinada del VIH y otras ITS** dirigidas tanto a los grupos de población clave o que presentan una mayor vulnerabilidad como a población general, con especial atención a la población adolescente, jóvenes adultos y mujeres. Se tomarán como referencia las propuestas del “Plan de Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030”.
Liderazgo: DGAS-DGSPA
- 3.9.2. Incrementar y mejorar la accesibilidad a la realización de las pruebas diagnósticas de la infección por el VIH, especialmente en las poblaciones más vulnerables al VIH o que no tienen acceso a la atención sanitaria normalizada, recurriendo a ámbitos comunitario.
Liderazgo: DGAS-DGSPA
- 3.9.3. Ofrecer una atención efectiva en los diferentes dispositivos de asistencia a las ITS para llegar a todas las poblaciones y fundamentalmente para diagnosticar lo más pronto posible para tratar y disminuir la transmisión, tanto en salud pública (CIPS) como en asistencia sanitaria (CSSR, AP, urgencias y otros servicios de atención especializada).
Liderazgo: DGAS-DGSPA
- 3.9.4. Establecer mecanismos de coordinación entre salud pública, AP y Hospital para el desarrollo de programas como la PrEP y hacer frente cuanto antes al incremento de las ITS y a graves problemas de salud mental.
Liderazgo: DGAS-DGSPA
- 3.9.5. Adaptar a la CV las actuaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con Hepatitis C propuestas en el Plan Estratégico de Abordaje de la Hepatitis C del SNS.
Liderazgo: DGAS-DGSPA-DGFPS
- 3.9.6. Reducir la incidencia de la TBC a través de la mejora del diagnóstico precoz, del tratamiento supervisado y directamente observado en los casos pertinentes e independientemente de la resistencia a fármacos, así como la mejora de la vigilancia epidemiológica de la enfermedad. Todo ello alineado con el Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España 2019-2030
Liderazgo: DGAS-DGSPA-DGFPS
- 3.9.7. Adaptar los protocolos de actuación a la evolución de la epidemia de COVID-19 en cuanto a recomendaciones de vacunación y abordaje terapéutico, prestando especial atención a los casos Covid-persistentes y en el marco de las recomendaciones del SNS.
Liderazgo: DGAS-DGSPA-DGFPS

Dimensión Experiencia profesional: Pretende reconocer el liderazgo profesional en el funcionamiento del sistema sanitario

3.10. Considerar al personal del ámbito sanitario como valor esencial para la transformación del sistema sanitario

3.10.1. Vincular la **formación continuada** del personal de salud a las líneas estratégicas y al desarrollo de los objetivos y acciones planteados en el Plan de Salud, así como a las necesidades cambiantes del sistema.

Liderazgo: EVES

3.10.2. Mejorar la comunicación entre profesionales estableciendo de forma protocolizada y bidireccional la realización de interconsultas no presenciales del personal facultativo de atención primaria con los facultativos especialistas del segundo nivel de atención.

Liderazgo: DGAS

3.10.3. Desarrollar programas de apoyo emocional dirigidos a al personal del sistema sanitario con el objeto de “Cuidar a quienes cuidan”.

Liderazgo: DGRRHH-EVES-Colegios profesionales

3.10.4. Fomentar la aplicación de la perspectiva de género en el día a día de la actividad profesional del personal sanitario garantizando la oferta formativa sobre esta materia.

Liderazgo: Unidad de Igualdad-EVES

3.10.5. Realizar encuestas para conocer el nivel de satisfacción y/o detección del síndrome de desgaste profesional (síndrome de burnout) en el personal de salud y aplicar la perspectiva de género en su análisis.

Liderazgo: DGPETAP

3.10.6. Motivar al personal sanitario mediante actividades formativas específicas, para dejar de hacer prácticas de poco valor o con balance beneficio/riesgo negativo según la evidencia científica, dando continuidad a las “recomendaciones de no hacer” basadas en las propuestas de las sociedades científicas.

Liderazgo: DGAS-DGSPA-DGFPS

3.10.7. Potenciar estructuras e instrumentos de apoyo y soporte a la actividad investigadora en el ámbito biomédico, de salud pública y de los determinantes de salud.

Liderazgo: DGIAI

3.10.8. Proveer incentivos que potencien la actividad investigadora entre profesionales y dotar de ayudas para fomentar la difusión y transferencia de resultados mediante publicaciones científicas.

Liderazgo: DGIAI

Seguimiento y Evaluación

PROPUESTA PARA SEGUIMIENTO E IMPLANTACIÓN

Para el seguimiento del Plan se plantea

- ✓ La utilización de vías de **coordinación interdepartamental** en el desarrollo conjunto de políticas de alcance transversal, que afectan a la globalidad de la organización de la Generalitat y que resultan necesarias para aplicar el principio de Salud en Todas las Políticas que fundamenta el Plan de Salud.
- ✓ La colaboración de los **Consejos de Salud** autonómico, departamentales y locales, como órganos de participación social en las políticas de salud, en la revisión, validación y adaptación de las propuestas del Plan de Salud al ámbito territorial.
- ✓ La creación de un **Comité de Seguimiento** que llevará a cabo la coordinación de los procesos de difusión, implantación y evaluación del plan y elaborará los pertinentes informes para su monitorización.

Estrategias clave para la implantación

- ✓ Alineación de los **Acuerdos de Gestión** a las líneas estratégicas y objetivos del Plan de Salud, priorizando indicadores que midan mejoras asistenciales y en salud de la población.
- ✓ Alineación de las **políticas de salud municipales** desarrolladas a través de planes, programas y proyectos de acción local en salud, con las líneas estratégicas, objetivos y acciones del Plan de Salud que se ejecutarán de manera coordinada con los servicios asistenciales y de salud pública.
- ✓ Vinculación de la oferta de **formación** continuada del personal de salud a las líneas estratégicas y objetivos del Plan de Salud.

EVALUACIÓN DEL PLAN

Se proponen dos niveles de evaluación:

- ✓ **Evaluación de proceso** para medir la evolución del nivel de cumplimiento de las distintas acciones planteadas, así como los factores facilitadores y/o obstaculizadores y la identificación de lecciones aprendidas. Se prevé la elaboración de dos evaluaciones intermedias en 2025 y 2028 con la finalidad de reorientar las acciones propuestas para alcanzar los objetivos. Para la primera evaluación en 2025 se considerarán las siguientes propuestas clave, como trazadoras del Plan de Salud:

Prioridades para ganar salud y reducir desigualdades

- ✓ Prevención y control de la obesidad
- ✓ Prevención y atención a la salud mental
- ✓ Prevención y atención de drogodependencias y otras adicciones
- ✓ Avance en la estrategia de salud bucodental
- ✓ Prevención y control de VIH e ITS
- ✓ Elaboración e implantación del “Proceso de Atención a pacientes con dolor crónico”

Prioridades del sistema sanitario

- ✓ Desarrollo del marco estratégico de atención primaria y comunitaria
- ✓ Avance en la Integración y coordinación Sociosanitaria
- ✓ Desarrollo del programa oficial de Vigilancia de Resistencias Antimicrobianas
- ✓ Avance en la transformación digital del sistema sanitario

- ✓ **Evaluación de resultados** a partir de una serie de indicadores cuantitativos definidos por la comisión de seguimiento del Plan, con las metas a alcanzar al final del periodo, tal como se plantea en el siguiente apartado.

Metas e Indicadores del Plan

El objetivo general del V Plan de Salud es mejorar la salud y el bienestar de la población valenciana desde una perspectiva de equidad. Esta mejoría ha de alcanzar a las personas de manera individual y colectiva, partiendo de un compromiso global que, además del sistema sanitario, implique a diferentes administraciones, instituciones y cuente con la participación de la ciudadanía.

Para establecer las metas se han tenido en cuenta los resultados obtenidos en la fase previa de análisis de situación e identificación de necesidades de salud, que se ha realizado desde un enfoque holístico y en el marco de los determinantes sociales y las desigualdades en salud. Además, se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la propuesta de indicadores utilizados por organismos nacionales e internacionales (ECHI, OMS-Europa, INCLASNS, Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y DSS del Ministerio de Sanidad), así como en planes de salud de otras comunidades autónomas (Asturias, Cataluña, Aragón).

Por otro lado, se ha valorado la disponibilidad de información procedente de los sistemas de información de salud pública (SISP) y de los servicios de salud (ALUMBRA, Acuerdos de Gestión) que proporcionan indicadores ya definidos o tienen posibilidad de construirlos, como herramienta fundamental para el establecimiento de estándares y metas.

A partir de este análisis, se han planteado una serie de metas en salud y equidad en salud a alcanzar a lo largo del periodo 2022-2030, que se presentan agrupadas en 6 grandes áreas:


- Estado de salud
- Reducción del riesgo
- Problemas de salud a lo largo del ciclo vital
- Mortalidad
- Calidad de los servicios de salud
- Resultados en salud especialmente sensibles a la equidad

Además, se ha considerado adecuado incluir un apartado inicial con un listado de indicadores que permitan valorar determinantes del contexto.

Las metas y los indicadores propuestos para su evaluación se han definido y consensado en la comisión de seguimiento del Plan y, siempre que ha sido posible por existir indicadores de referencia, se han utilizado como punto de partida para establecer

la meta. Siempre que sea posible, estos indicadores se mostrarán desagregados en función de los diferentes ejes de desigualdad.

A.- CONTEXTO

	INDICADOR	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Población	<ul style="list-style-type: none"> Índice de dependencia de personas mayores de 64 años 	INE	30% (2021)
Pobreza y desigualdad	<ul style="list-style-type: none"> Población en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE) Personas por decil de renta por unidad de consumo 	INE	29,3% σ : 26,4% - φ : 32,2% (2020) <hr/> 1 ^{er} decil: 14% 9 ^o y 10 ^o decil: 15,7% (2020) <hr/> 15,5%
Educación	<ul style="list-style-type: none"> Abandono escolar temprano Acceso temprano a la educación (tasa de escolaridad a los 2 años) 	Ministerio de Educación	σ : 19,0% - φ : 11,6% (2020) <hr/> 62,3% (Curso 2019-2020)
Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de paro juvenil Tasa de paro de larga duración Tiempo dedicado a los cuidados 	INE	32,05% σ : 30,67% - φ : 33,46% (2021) <hr/> 6,36% σ : 5,30% - φ : 7,61% (2021)
		ESCV	Cuidado de menores 7,70 horas/día σ : 6,58 - φ : 8,50 Cuidado de mayores 6,98 horas/día σ : 6,13 - φ : 7,49 (2022)*
Medioambiente	<p><u>Calidad del aire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Proporción de ocasiones en las que se supera el valor límite establecido y el valor recomendado por la OMS en la concentración de contaminantes atmosféricos (PM10 y PM2.5, NO₂, O₃ y SO₂) Concentraciones y niveles medios de partículas moleculares (PM10 y PM2.5) en suspensión en el aire. <p><u>Ruido</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Proporción de personas que en su vivienda sufren problemas de ruidos procedentes del vecindario o del exterior 	Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico	Valores RD 102/2011 <ul style="list-style-type: none"> O₃: se superan en 3 de las zonas de calidad de aire Valores - OMS <ul style="list-style-type: none"> PM2.5: se superan en toda la CV excepto en 2 de las zonas de calidad de aire O₃: se superan en toda la CV (2021) <hr/>  25,6% (2020)

- Proporción de personas que viven en hogares con determinadas deficiencias en la vivienda



15,5% (2020)

Urbanismo

- % de población próxima a zonas verdes urbanas o áreas de esparcimiento
- % de población próxima a los principales servicios básicos

Agenda Urbana Española

Maltrato o violencia

- Instrumentos de coordinación interdepartamental establecidos para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y otras violencias sobre la mujer
- Instrumentos de coordinación interdepartamental establecidos para la atención a las niñas y niños víctimas de maltrato

* Datos provisionales

B.- ESTADO DE SALUD

META	INDICADOR	EJES DE DESIGUALDAD	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Mejorar la autopercepción de buena salud	Proporción de población con valoración positiva de su estado de salud	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	76,6% ♂: 79,7% - ♀: 73,6% (2022)*
Mantener la prematuridad y el bajo peso al nacer igual o por debajo de los valores actuales	• Proporción de partos pretérmino (<37 semanas)	Edad de la madre, departamento de salud	Registro de detección precoz de alteraciones metabólicas	6,3% (2021)
	• Proporción de recién nacidos a término con bajo peso al nacer (<2.500 g)			3,8% (2021)
Aumentar el bienestar emocional en la población adolescente y joven	• Calidad de vida relacionada con la salud en población de 8-14 años (Kidscreen-10)	Sexo	ESCV	Estado de depresión/ansiedad
	• Calidad de vida relacionada con la salud en población de 15-29 años (EuroQol-5D-5L: dimensión de ansiedad o depresión)			13,7% ♂: 9,4% - ♀: 18,1% (2022)*
Aumentar los años de vida saludable a los 65 años	Años de vida saludable a los 65 años	Sexo, departamento de salud	Registro de Mortalidad y ESCV	18,5 años ♂: 17,8 - ♀: 19,1 (2019)

* Datos provisionales

C.- REDUCCIÓN DEL RIESGO

META	INDICADOR	EJES DE DESIGUALDAD	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Avanzar hacia una alimentación saludable y sostenible	• Prevalencia de lactancia materna a los 6 meses	Nivel educativo, clase social	ESCV	63%
	• Prevalencia de adherencia a la dieta mediterránea en población infantil y adulta	Sexo, edad, nivel educativo, clase social		≥15 años: 5,2% ♂: 5,7% - ♀: 4,7%
	• Proporción de población infantil y adulta con un consumo diario de bebidas azucaradas			<15 años: 1,4% ♂: 1,4% - ♀: 1,3% (2022)*
Incrementar la actividad física	• Prevalencia de actividad física beneficiosa para la salud en población infantil y adulta	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	≥18 años: 37,8% ♂: 46,0% - ♀: 30,2%
	• Prevalencia de sedentarismo en tiempo de ocio población infantil y adulta			≥15 años: 33,3% ♂: 29,9% - ♀: 36,5% <15 años: 19,1% ♂: 14,6% - ♀: 24% (2022)*
Reducir la prevalencia del consumo de tabaco	• Prevalencia tabaquismo (≥ 15 años)	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	20,8% ♂: 23,2% - ♀: 18,4% (2022)*
	• Proporción mujeres embarazadas fumadoras	Departamento de salud, país de nacimiento	SIA	16,5% (2021)
	• Proporción de hogares con menores en los que se fuma en el interior de la vivienda	Clase social	ESCV	17,2% (2022)*

Reducir la prevalencia del consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia del consumo de alcohol habitual y diario (≥ 15 años) • Prevalencia del consumo en atracción de bebidas alcohólicas en jóvenes de 15-34 años (al menos 1 vez al mes) 	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	Habitual: 36,5% σ : 47,1% - ρ : 26,6% Diario: 8,2% σ : 13,7% - ρ : 3,1% <hr/> 15% σ : 15,6% - ρ : 14,1% (2022)*
Reducir el uso problemático de las nuevas tecnologías y las adicciones comportamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de menores (3-14 años) que no cumple las recomendaciones de la OMS sobre el tiempo de pantalla • Videojuegos de 15-39 años (frecuencia y percepción de riesgo en el uso) • Proporción de juego excesivo respecto al total de personas que juegan con dinero 	Sexo, edad, nivel educativo, clase social	ESCV	Lunes a viernes: 10,8% σ : 10,3% - ρ : 11,4% Fin de semana: 36,4% σ : 34,5% - ρ : 38,4% <hr/> Presencial: 5% Online: 19,9% (2022)*
Reducir el aislamiento social y la soledad no deseada	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas que se sienten solas 	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	21,4% (2022)*

* Datos provisionales

D.- PROBLEMAS DE SALUD A LO LARGO DEL CICLO VITAL

META	INDICADOR	EJES DE DESIGUALDAD	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Reducir la prevalencia del exceso de peso de 2-17 años	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 2-17 años	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	Sobrepeso: 15,5% ♂: 13,1% - ♀: 18,2% Obesidad: 10,2% ♂: 11,3% - ♀: 9,1% (2022)*
Reducir la prevalencia del exceso de peso en la población de 18 o más años	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población ≥ 18 años	Sexo, edad, nivel educativo, clase social, departamento de salud	ESCV	Sobrepeso: 34,3% ♂: 42,1% - ♀: 27,0% Obesidad: 13,8% ♂: 15,0% - ♀: 12,7% (2022)*
Reducir las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) en adolescentes	Tasa de IVE en el grupo de 15-19 años	Departamento de salud	Registro de IVEs	6,7 x 10 ³ (2021)
Invertir la tendencia creciente de las Infecciones de Transmisión Sexual	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de incidencia de infección por Chlamydia Trachomatis Tasa de incidencia de infección gonocócica Tasa de incidencia de sífilis 	Sexo, edad, departamento de salud	EDO	Clamidia: 32,68 x 10 ⁵ Gonocócica: 25,26 x 10 ⁵ Sífilis: 13,39 x 10 ⁵ (2021)
Reducir los casos nuevos de infección por VIH	Tasa de incidencia de infección por VIH	Sexo, edad	EDO	8,77 x 10 ⁵ (2021)
Invertir la tendencia ascendente de la mala salud mental	Proporción de población adulta en riesgo de mala salud mental	Sexo, edad, nivel educativo, clase	ESCV	44,5% ♂: 42,0% - ♀: 46,7% (2022)*

		social, departamento de salud		
Disminuir la prevalencia de diabetes en población adulta	Prevalencia de diabetes	Sexo, departamento de salud	ALUMBRA	8,19% ♂: 9,03% - ♀: 7,37% (2021)
Disminuir la prevalencia de EPOC	Prevalencia de EPOC en >40 años	Sexo, departamento de salud	ALUMBRA	5,66% ♂: 7,36% - ♀: 4,10% (2020)
Disminuir la incidencia de cáncer de pulmón	Tasa de Incidencia ajustada por edad de cáncer de tráquea, bronquios o pulmón	Sexo, departamento de salud	SISP	♂: 108 x 10 ⁵ ♀: 38,6 x 10 ⁵ (2020)
Disminuir la incidencia de cáncer colorrectal	Tasa de incidencia ajustada por edad de cáncer colorrectal	Sexo, departamento de salud	SISP	48,8 x 10 ⁵ ♂: 64,4 x 10 ⁵ ♀: 36,1 x 10 ⁵ (2020)
Frenar la tendencia creciente de la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas y demencias	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de enfermedades neurodegenerativas en personas >64 años • Prevalencia de demencias en personas >64 años 	Sexo, departamento de salud	SIA	
Reducir el impacto en la salud de factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos hospitalarios de tipo urgente por EPOC • Ingresos hospitalarios de tipo urgente por asma de naturaleza alérgica • Número de casos de enfermedades de declaración obligatoria transmitidas por vectores 		EDO	Dengue: 3 casos Zika: 2 casos (2021)

* Datos provisionales

E.- MORTALIDAD

META	INDICADOR	EJES DE DESIGUALDAD	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Reducir el riesgo de muerte prematura (en personas de 30 a 70 años) por ENT	Probabilidad de muerte prematura, entre 30 y 70 años, por enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes)	Sexo, departamento de salud	SISP	9,8% ♂: 13,0% - ♀: 6,69% (2020)
Reducir la mortalidad prematura por cáncer	Tasa de mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad por cáncer	Sexo, departamento de salud	RMCV - IVE	124,8 x 10 ⁵ ♂: 162,5 x 10 ⁵ ♀: 90,9 x 10 ⁵ (2020)
Reducir la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica	Tasa de mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad por enfermedades isquémicas del corazón	Sexo, departamento de salud	RMCV - IVE	23,4 x 10 ⁵ ♂: 39,5 x 10 ⁵ ♀: 8,5 x 10 ⁵ (2020)
Reducir la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular	Tasa de mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad por enfermedades cerebrovasculares	Sexo, departamento de salud	RMCV - IVE	11,8 x 10 ⁵ ♂: 15,2 x 10 ⁵ ♀: 8,7 x 10 ⁵ (2020)
Reducir la mortalidad prematura por EPOC	Tasa de mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad por EPOC	Sexo, departamento de salud	RMCV - IVE	7,4 x 10 ⁵ ♂: 10,0 x 10 ⁵ ♀: 4,5 x 10 ⁵ (2020)
Reducir la mortalidad prematura por diabetes	Tasa de mortalidad prematura (<75 años) ajustada por edad por diabetes	Sexo, departamento de salud	RMCV - IVE	5,9 x 10 ⁵ ♂: 8,0 x 10 ⁵ ♀: 4,0 x 10 ⁵ (2020)

Disminuir la mortalidad por suicidio	Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio	Sexo, departamento de salud	RMCV	8,7 x 10 ⁵ ♂: 12,7 x 10 ⁵ ♀: 4,8 x 10 ⁵ (2020)
Reducir la mortalidad por fenómenos de temperaturas extremas (frío, calor)	<ul style="list-style-type: none"> Defunciones atribuibles al exceso o defecto de temperatura Mortalidad atribuible al exceso de temperatura (% exceso de mortalidad) 	Sexo, edad,	MoMo	281 defunciones 1,9% (2021)

F.- CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

META	INDICADOR	EJES DE DESIGUALDAD	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Aumentar el gasto sanitario público en Atención Primaria hasta alcanzar el 25%	Proporción del gasto sanitario público asignado a la Atención Primaria		Estadística de Gasto Sanitario Público	14,4% (2020)
Garantizar la calidad y calidez en la atención obstétrica	Proporción de cesáreas sobre partos totales	Departamento de salud	ALUMBRA AG 2023	24,04% (2021)
Reducir el tiempo promedio que llevan esperando los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica	Demora media estructural en lista de espera quirúrgica	Departamento de salud	ALUMBRA AG 2023	100 días (diciembre 2021)
Mejorar la seguridad de los pacientes a partir de la notificación y análisis de los eventos adversos	Proporción de adecuación de la notificación de eventos adversos al estándar establecido y del tratamiento y actuaciones derivados	Departamento de salud	ALUMBRA AG 2023	

Asegurar las prácticas de cirugía segura	Proporción de intervenciones quirúrgicas en las que se aplica una lista de verificación de seguridad quirúrgica	Departamento de salud	ALUMBRA AG 2023	98,38% (2021)
Reducir el uso de antibióticos	Dosis habitante día del grupo ATC J01	Departamento de salud	ALUMBRA AG 2023	13,4 (2021)
Mejorar la calidad y seguridad en la atención a pacientes polimedidados	Adecuación de polifarmacia en personas mayores	Departamento de salud		
Garantizar el control adecuado de la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones potencialmente evitables en complicaciones por diabetes Prevalencia de nefropatía diabética avanzada 	Departamento de salud	SISP	213,9 x 10 ⁶ (2020)
Mejorar la calidad diagnóstica en casos de tuberculosis	Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar en adultos con cultivo positivo que tienen realizado el antibiograma a fármacos de primera línea			96,7% (2020)
Reducir la mortalidad tras fractura de cadera	Tasa de mortalidad por fractura de cadera	Departamento de salud		
Reducir los reingresos postinfarto	Tasa de reingreso por ICM	Departamento de salud		
Acortar los tiempos de demora en la atención primaria	Demora en atención primaria	Departamento de salud		
Mejorar la calidad en la atención a las urgencias	<ul style="list-style-type: none"> Demora media entre registro y primera atención médica Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas 	Departamento de salud		5,8% (2019)
Mejorar el estado vacunal de la población a lo largo de toda la vida	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de vacunación frente a la gripe en personas de 18 a 64 años con factores de riesgo 	Sexo, departamento de salud	Sistema de Información Vacunal	Total: 25,1% ♂: 23,9% / ♀: 26,3% (Campaña 2021-2022)

	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de vacunación frente al herpes zóster en personas de 65 y más años (por cohorte incorporada) 		
Mejorar la calidad de la atención en la etapa final de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas de 15 y más años, que susceptibles de cuidados paliativos, han fallecido en el domicilio 		Ministerio de Sanidad 35,9% (2015-2019)
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de personas inscritas en el Registro Nacional de Instrucciones Previas 	Edad, sexo	Registro Nacional de Instrucciones Previas 7,08 x 10 ³ (octubre 2022)

G.- RESULTADOS EN SALUD ESPECIALMENTE SENSIBLES A LA EQUIDAD

META	INDICADOR	EJES DE DESIGUALDAD	FUENTE	PUNTO DE PARTIDA
Reducir la brecha en la salud autopercibida debida al gradiente social	Proporción de población con valoración positiva de su estado de salud por clase social	Sexo	ESCV	Clase social I: 85,4% Clase social VI: 70,3% (2022)*
Reducir las desigualdades en la mortalidad perinatal	Tasa de mortalidad perinatal en mujeres 15-49 años autóctonas y extranjeras	País de nacimiento (grandes grupos)	Registro de Mortalidad Perinatal	Españolas: 6,3 x 10 ³ Extranjeras: 8,7 x 10 ³ (2020)
Reducir la brecha de género en el exceso de peso en la población infantil	Prevalencia del exceso de peso en población de 2-17 años según sexo		ESCV	♂: 24,38% - ♀: 27,7% (2022)*
Reducir la brecha social en la obesidad infantil	Prevalencia de obesidad en población de 2-17 años según clase social	Sexo	ESCV	
Reducir la brecha de género en la dependencia funcional en >64 años	Proporción de población >64 años con limitaciones graves para realizar actividades de la vida diaria por sexo		ESCV	♂: 6,7% - ♀: 10,2% (2022)*

Mejorar el estudio de contactos en casos de tuberculosis pulmonar	Proporción de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva donde se ha realizado estudio de contactos	Sexo, edad, país de nacimiento	EDO	72% (2020)
Mejorar la capacidad del sistema sanitario para atender las situaciones de violencia de género detectadas	<ul style="list-style-type: none"> • % mujeres recribadas transcurrido un mes de su detección inicial como un caso posible de violencia de género (Total mujeres) • % mujeres embarazadas recribadas transcurrido un mes de su detección inicial como un caso posible de violencia de género 	Departamento de salud	SIVIO	
Avanzar en la atención integral a las agresiones sexuales	Número de mujeres atendidas en los servicios sanitarios que han sufrido una agresión sexual	Edad, departamento de salud	ABUCASIS	402 (2021)
Mejorar la atención y protección a las niñas y mujeres en entornos familiares de riesgo ante la mutilación genital femenina	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de mutilación genital femenina detectados 	Departamento de salud	ABUCASIS	27 (2021)
Reducir las diferencias en la magnitud de la tasa de IVE entre mujeres autóctonas y extranjeras	Tasa de IVEs en mujeres autóctonas y extranjeras	País de nacimiento (grandes grupos)	Registro de IVEs	Españolas: 7,7 x 10 ³ Extranjeras: 12,7 x 10 ³ (2021)
Avanzar en la perspectiva de género en la atención a la cardiopatía isquémica	Cálculo del riesgo cardiovascular por sexo		ALUMBRA	
Disminuir la brecha de género en el consumo de psicofármacos	Dosis habitante día de fármacos ansiolíticos (N05B), hipnóticos y sedantes (N05C) y antidepresivos (N06A) en mujeres y hombres	Edad, departamento de salud	ALUMBRA	
Reducir el consumo de sustancias psicoactivas en población joven	Número de casos nuevos, de 18 a 35 años, atendidos en las Unidades de Conductas Adictivas que inician tratamiento	Sexo, edad y departamento de salud	ALUMBRA	Cannabis: 1.067 casos Cocaína: 784 casos Alcohol: 412 casos

(2021)

Reducir la brecha social en la atención a la salud bucodental

Proporción de población que no cubre sus necesidades de atención dental por motivos económicos

ESCV

Reducir la brecha de género en la alfabetización en salud

Proporción de población ≥ 65 años con un nivel de alfabetización en salud adecuado según sexo

Edad,
departamento de
salud

ESCV

♂: 71,1% - ♀: 58,8%
(2022)*

* Datos provisionales

Recursos financieros

El Plan de salud de la Comunitat Valenciana es un plan estratégico de la Generalitat Valenciana cuyas propuestas se dirigen a la mejora de la salud y el bienestar de la población que reside en nuestra Comunidad. Se plantea con un horizonte temporal amplio a 2030, para poder evaluar las propuestas y medir resultados en salud a largo plazo, alineándose tanto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como con las metas propuestas en otras políticas de ámbito internacional, nacional y autonómico con el mismo horizonte temporal.

El alcance de sus objetivos trasciende a la organización y ámbito de intervención de los servicios sanitarios, especialmente en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Para ello, el Plan plantea un abordaje intersectorial mediante la implicación y responsabilización del conjunto de las administraciones públicas, entidades y organizaciones sociales que operan en nuestro territorio. En este sentido, el compromiso y participación de todas ellas resultan esenciales para el desarrollo de aquellas líneas estratégicas que persiguen promover la salud en las diferentes etapas y entornos de la vida

En el marco temporal 2022-2030, las líneas estratégicas y las acciones previstas en el Plan de Salud serán efectuadas con los recursos financieros disponibles en los diferentes presupuestos de las administraciones y organismos públicos vinculadas a las mismas de la Generalitat.

ANEXOS

1. CAPTURA DE INFORMACIÓN CON LA TÉCNICA METAPLAN. Propuestas más destacadas (transcripción literal)

Equidad	Colectivo
Atención prioritaria en las desigualdades en salud (equidad)	GS
Establecer un plan que aumente la equidad en las diferentes regiones geográficas de la comunidad	GS
Perseguir mejorar la salud con independencia del recurso económico de la persona	GS
Corregir desigualdades a través de indicadores puede ser un gran motor y promotor de la equidad	GS
Estrategias conjuntas desde todas las Consellerías en barrios con mayor privación social	GS
Apoyo a la población vulnerable, se han extremado las condiciones	GS
Se debe trabajar con los colectivos más vulnerables, los cuales, han aumentado debido a la pandemia	GS
Incrementar la perspectiva de género en todas las estrategias de salud (formar a las/los profesionales para la aplicación de la perspectiva de género en el día a día de su trabajo de forma concreta y definida)	GS
Potenciar en consulta de Atención Primaria la detección de violencia de género (screening)	GS
En el caso de los niños con trastorno del espectro autista, los centros de salud deberían dar una prioridad a su tratamiento	ASO
Intersectorialidad	Colectivo
Coordinación intersectorial en salud con sistemas de información conjuntos	GS
Es muy importante que otras Consellerías y administraciones consideren que también pueden participar en salud	GS
Establecer mecanismos de coordinación formal entre salud pública, asistencia, investigación y formación	GS
Reconocimiento a las asociaciones por parte de Sanidad	ASO
Multidisciplinariedad	Colectivo
Incorporar recursos multidisciplinarios	GS
Desarrollar unidades multidisciplinarias para que se le dé respuesta al paciente crónico activo	GS ASO
Participación ciudadana	Colectivo
Empoderamiento de la ciudadanía en salud	GS
Incorporar la percepción de la población en actuaciones de salud pública	GS
Fomentar la participación de la población en el plan de salud y en la atención sanitaria	GS
Legislación que potencie los órganos de participación en salud local	GS
Empoderar a la población (autocuidado y menos dependencia)	GS OC
Liderazgo	Colectivo
Mayor coordinación y liderazgo	GS
Asignación de responsabilidades en general	OC
Emergencias sanitarias	Colectivo
Establecer planes de contingencia ante emergencias sanitarias	GS ASO
Nuevas tecnologías: telemedicina	Colectivo
Desarrollar telemedicina	GS
Unificar las diferentes historias clínicas y plataformas para proveer asistencia sanitaria	GS
Mejorar los espacios de trabajo sobre todo para las teleconsultas	GS
Teleconsulta adaptada a las necesidades de cada individuo (no olvidar la presencialidad).	GS

Explorar en el V Plan de Salud la posibilidad de incorporar las nuevas tecnologías en un sistema de salud más integral	GS	ASO
Sistema de avisos para aquellos enfermos crónicos que no están acudiendo a sus revisiones (responsabilidad compartida con el centro de salud)		ASO
Salud comunitaria y activos en salud	Colectivo	
Dentro de la Atención Primaria, se debe potenciar la prescripción de activos en salud y pensar en el futuro mediante programas generales	GS	OC ASO
Mapear activos de salud	GS	
Promover los activos en salud y la Xarxa de Salut	GS	
Salud comunitaria	GS	
Fomentar comisiones locales de acción comunitaria para la salud	GS	
Fomentar redes comunitarias	GS	
Fomentar las intervenciones grupales con usuarios	GS	
Educación en salud	Colectivo	
Alfabetización sobre cómo evitar muertes evitables	GS	
Educación y alfabetización en salud de la población	GS	
Protocolos claves de educación sanitaria en la población	GS	
Incluir en el currículo escolar materiales para aprender a utilizar los recursos sanitarios	GS	
Fomentar las escuelas promotoras de salud	GS	ASO
Educación de la salud en colegios	GS	ASO
Evaluar la promoción de la salud en los centros educativos		OT
Salud mental	Colectivo	
Fortalecer las estrategias de salud mental	GS	
Se deben incorporar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, no solo los determinantes médicos	GS	
Salud mental y dolor	GS	
Colaborar entre Atención Primaria – Salud Mental	GS	
Prestar mayor atención a asuntos con menor incidencia (salud mental, cronicidad, poblaciones vulnerables, violencia de género, suicidio, trastornos alimenticios, redes sociales, y salud sexual reproductiva)	GS	
Ha aumentado la tasa de suicidio debido a las diferencias emocionales		OC
La posible crisis económica, que ha causado la pandemia, tiene como consecuencia que se incremente el malestar físico y psicológico de los habitantes		OC
Visibilización de la salud mental		ASO
Son necesarios más recursos humanos en salud mental, especialmente trabajadoras sociales		ASO
Humanización	Colectivo	
Fomentar una mayor humanización de la atención sanitaria	GS	
Poner el paciente en el centro y a su alrededor la atención hospitalaria, primaria, ayuntamientos	GS	
Trabajo en salud comunitaria	GS	
Promover la escucha		OC
Atención más específica al paciente		ASO
Envejecimiento de la población	Colectivo	
Definir estrategias específicas para dar respuesta al cambio demográfico de la población	GS	
El sistema sanitario está orientado a una población joven cuando actualmente la población está envejecida y requiere una sanidad distinta	GS	
Plan para actuar ante los casos con mayor fragilidad	GS	OC
Plan sobre demencia	GS	

Cada vez hay más demencias y patologías neurodegenerativas y el sistema no está preparado debido a la falta de la Salud Mental	GS
Se ha dejado ver la brecha digital que existe entre las distintas generaciones	OC
Determinantes sociales de la salud	Colectivo
Se deben incorporar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, no solo los determinantes médicos	GS
Elaborar un mapa de determinantes sociales de salud en municipio y/o barrios para la toma de decisiones	OC
Atención domiciliaria	Colectivo
Potenciar la atención domiciliaria integrada	GS
Se debe trabajar el tratamiento con aquellas personas que no pueden salir de su propio domicilio	GS
Hace falta que en Alicante esté implantado un sistema de atención domiciliaria en paliativos	ASO
Adicciones	Colectivo
Incorporar objetivos sobre la prevención de conductas adictivas para menores y jóvenes	GS
Prevención y tratamiento de las adicciones en menores y adolescentes	GS
Más campañas para la prevención de adicciones	GS
Atención a las nuevas adicciones	GS
Abordar los problemas de exceso de uso de las redes sociales en infancia y juventud	GS
Ampliar los protocolos teniendo en cuenta los nuevos contextos en adicciones	GS
La prevención de adicciones por parte de las instituciones debe ser mucho mayor	ASO
Investigación	Colectivo
Investigación y docencia en salud	GS
Fomentar la investigación en cribado poblacional	GS
Investigar el impacto del contacto con las áreas verdes en los resultados en salud de la población	OC
Innovación	Colectivo
Laboratorios de innovación en salud (compartir experiencias positivas y proyectos innovadores entre servicios y niveles)	GS OC
Fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales	GS
Atención primaria	Colectivo
Foco en Atención Primaria	GS
Potenciar la promoción de la salud desde Atención Primaria	GS
Reorientación del sistema hacia la Atención Primaria	GS
Mejora de recursos y reconocimiento de los servicios de urgencias en Atención Primaria	GS
Mejorar la coordinación entre profesionales de la Atención Primaria	GS
La Atención Primaria precisa una revisión en profundidad	GS
Dar visibilidad a la Atención Primaria	GS
Se debe dotar de personal a la Atención Primaria para aumentar su capacidad resolutive	GS
Prevención mediante Atención Primaria para tratar otras enfermedades	ASO
Atención integrada	Colectivo
Integración de las líneas estratégicas en Atención Primaria con el resto de las especialidades	GS
Mejora en la organización de los servicios sanitarios	GS
Canales más claros entre Atención Primaria y Atención Especializada	GS
Conseguir ciclos de cuidados completos desde la atención social, mental y sanitaria para todos los habitantes	OC

Atención integral para las personas mayores, sobre todo para la prevención de la fragilidad	OC
Recursos	Colectivo
Optimizar recursos	GS ASO
Reequilibrio presupuestario	GS
Equidad en recursos humanos y en la distribución de recursos según población	GS
Centralizar las compras en la administración central, donde sean los profesionales los que gestionen aquello que necesitan y no la población. Un sistema que no permita despilfarrar recursos públicos	GS
Ayudar al personal asistencial a mejorar la gestión de la consulta	GS
Disminuir la carga administrativa de los sanitarios	GS
Evaluación	Colectivo
Evaluación de resultados sistematizada	GS
Incorporar plan de mejora después de la evaluación de resultados	GS
Realizar un buen diagnóstico de la situación actual (diagnóstico situacional)	GS
Incorporación de indicadores y consenso en la evaluación y medición	GS
Evaluación de la calidad de los servicios	ASO

(GS) Grupos Salud: personal técnico de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, líderes de estrategias en salud, profesionales sanitarios y mandos intermedios, personal directivo de los diferentes departamentos de salud de la Comunitat Valenciana.

(OC) Grupo Otras Consellerias: diferentes Consellerias y otras entidades de carácter municipal.

(ASO) Grupo Asociaciones Ciudadanas y de pacientes: asociaciones representantes de patologías y temáticas de interés desde el punto de vista de pacientes y ciudadanía.

Ideas propuestas por las personas expertas en salud digital

Almacenamiento de la información	Colectivo
Nuevos desarrollos en el Historial clínico electrónico, incluyendo accesibilidad para pacientes	Personas expertas en salud digital
Accesibilidad a las bases de datos clínicas para investigación traslacional	
Nuevos recursos web para pacientes y para profesionales	
Información en formatos multimedia/inmersivo (vídeo en 360°, para gafas de realidad virtual)	
Ciberseguridad	
Unificación de los sistemas de información: salud y social	
Modificación de la normativa con el nuevo escenario sociosanitario	
Procesamiento de la información	Colectivo
Inteligencia artificial para apoyo al diagnóstico y toma de decisiones clínicas y para la planificación sanitaria (sistemas expertos)	Personas expertas en salud digital
Inteligencia artificial para detectar patrones en grandes bases de datos (Big Data)	
Procesamiento del lenguaje natural para el análisis automático de información textual (bases de datos de historias clínicas, eventos adversos, etc.)	

Explotación de la información a tiempo real de acuerdo con las necesidades y disponibilidad de la misma	
Interoperabilidad de los sistemas de información	
Telecomunicaciones	Colectivo
Teleformación	Personas expertas en salud digital
Teleconsulta y teleasistencia domiciliaria	
Telemonitorización o seguimiento remoto de pacientes	
Tele-UCI (telemonitorización en UCIs)	
Telerehabilitación	
Teleradiología	
Telecirugía (telerobótica)	
Telemedicina específica: telecardiología (transmisión de pruebas cardiacas vía telefónica o por internet), teledermatología (envío de fotografías), etc.	
Dispositivos móviles y m-Health	
Aplicaciones de salud para teléfonos y tabletas y también para asistentes virtuales (Alexa, Siri, Google, Cortana)	Colectivo
Activación física	Personas expertas en salud digital
Ayudas para la medicación	
Seguimiento de dieta	
Seguimiento de medidas de salud (presión arterial, glucosa, etc.)	
Control de adicciones: tabaco, alcohol	
Ayuda psicológica	
Ayuda para cuidadores de personas dependientes	
Seguimiento GPS de personas dependientes	
Prescripción social	
Mejorar la comunicación del paciente con el profesional de la salud	
Relojes y pulseras inteligentes (wearables) para medir nuestra actividad	
Asistentes virtuales con imagen y voz (Chatbot, Avatares, asistentes virtuales de voz)	
Píldoras explicativas sobre apps de salud	
Asistencia técnica para manejar las apps de salud	
Otros	Colectivo
Redes sociales, blog gestionados por pacientes	Personas expertas en salud digital
Aplicaciones de la realidad aumentada y de la realidad virtual	
Aplicaciones de la gamificación	
Mejorar las competencias digitales en profesionales sanitarios	
Repositorio de recursos para mejorar la comunicación con el profesional sanitario	
Apostar por las plataformas tecnológicas de soporte ya existentes	
Rediseñar los sistemas para que sean más intuitivos	
Favorecer el perfil "donantes de datos"	
Modelos tecnológicos que funcionan en otros países como benchmarking	
Repensar el modelo global de respuesta a las necesidades de salud y sobre cómo la salud digital puede dar respuesta (evitar parchear sobre lo existente)	

Personas participantes Metaplan

Grupo	Nombre y apellidos	Área de trabajo
Personal técnico de la Conselleria de Sanitat	Carolina Mateu Hernández	Servicio de Aplicaciones clínicas. DGAs
	María Gracia García Baquero	Servicio de atención y comunicación con el paciente. DGPERyAP
	Patricia Verdeguer Sancho	Servicio de Gestión Asistencial. DGAS
	María Jesús Mateu Aranda	Serv. de Gestión de las Drogodependencias. DGSPA
	Francesc Botella Quijal	Serv. Estudios epidemiológicos y estadísticas sanitarias. DGSPA
	Montserrat Piñaga Solé	Servicio de Promoción de la salud y prevención en el entorno laboral. DGSPA
	María Velázquez Puig	Médica de Salud Pública. CSP Castellón
	Beatriz Tomás Aguirre	Pediatra- CS Serrería II
	Rosa Llopis Penadés	Servicio de Gestión de proyectos de tecnologías de la información y la comunicación. DGPETAP
	Iulia Ioana Tudor	Servicio de atención y comunicación con el paciente. DGPETAP
	Eloi Sáiz Ramiro	Serv. de Transformación del modelo asistencial. DGAS
	Francisco Verdú Asensi	Serv. de Gestión de las Drogodependencias. DGSPyA
	Lidia Ferrer Bosch	Servicio de Promoción de la salud y prevención en el entorno laboral. DGSPyA
	M ^a Desamparados Ródenas Marco	Enfermera de Salud Pública. CSP Alzira
	Ana Egea Ronda	Médica de familia. CS San Antonio de Benageber
	Valero Sebastián Barberán	Pediatra. CS L'Eliana
	María Barberá Riera	Sub. Epidemiología – Sanidad Ambiental
	Mikel Munarriz Ferrandis	Estrategia Salud Mental. Hospital de La Plana
	Profesionales líderes de estrategias	Josefa Ibáñez Cabanell
María Dolores Cuevas Cuerda		Estrategia Cronicidad. DGAS
Rosana Peiró Pérez		Promoción de la salud DGSPA
Francisco Carrión Valero		Estrategia Tabaco. Hospital Clínico
Ana M ^a Palacios		Estrategia Salud Sexual y Reproductiva. HGUA
Julia Calabuig Pérez		Serv. Análisis de Sistemas de la Información Sanitaria. DGAS
Consuelo Peris Piqueras		Serv. de Planificación de programas y servicios sanitarios. DGAS
Ignacio Chapa Villalba		Seguridad Alimentaria. DGSPA
Sandra Guardiola		Estrategia Enfermedades Raras. DGSPA
Ángel Merchante Alfaro		Estrategia Diabetes. Hospital General de Castellón
Delia Mas Ferrer		Salud mental Drogodependencias. DGSPA
María Besó Delgado		Estrategia Cáncer. DGSPA
Juan Gallud Romero		Estrategia Cronicidad. DGAS
Joan Quiles Izquierdo		Educación para la salud. DGSPA
Ana M ^a Furió Martínez		Estrategia Tabaco. Grupo tabaco Semfyc
Sonia Alcover Giménez		Unidad Igualdad. CSUSP
M ^a Dolores Gisbert Millet		Serv. Atención sanitaria a las urgencias y emergencias. DGAS
Rosa Peyró Vilaplana		Seguridad Alimentaria. CSP Gandia
Óscar Zurriaga Lloréns		Estrategia Enfermedades Raras. DGSPA
Jorge Navarro Pérez	Estrategia Diabetes. Semfyc	
Soledad Carregui Vilar	Estrategia Salud Reproductiva Partos-Hosp	

		La Plana
Mandos intermedios de hospitales, atención primaria y salud pública	Gloria Rabanaque Mallen	Jefa Zona Básica. CS Segorbe
	Gonzalo Palomar Peris	Jefe Zona Básica. CS Faura
	Amparo Sánchez Máñez	Ayuntamiento de Quart de Poblet.
	M ^a Francis Soler Alberich	Coordinadora Enfermería. CS San Marcelino
	Amparo López Poveda	Trabajadora social. CS Tendetes
	Juan Manuel Cuenca Torres	USM Novelda
	Guillermina Campos Giménez	UPCCA Ayuntamiento de Alicante
	Fernando Lucas Gómez	Enfermero de Educación Terapéutica en Diabetes HGU de Alicante
	Jesús Barrachina	Enfermero líder programa Pacient Actiu
	Pilar Casares Badía	Unidad Promoción de la Salud-CSP València
	Silvia Furió Bonet	Coordinadora Enfermería. CS Sagunto
	Manel Monfort Lázaro	Coordinador médico. CS Morella
	Nuria Capilla Bolinches	Coordinadora médica CS Alzira I
	Teresa Orengo Caus	Médica Coordinadora UCA El Grao
	Julia Vindel Chaves	Coordinadora Enfermería. CS Paterna
	Concha Llopis Torres	Coordinadora Enfermería. CS Carcaixent
	Carlos Borrás Pallé	Médico. Centro de Salud Torrent I
	Josep Pena Garijo	USM Font de Sant Lluís
	Raquel Fenoll	UPCCA de la Mancomunidad de la Serranía
	Mercedes Soler Martínez	Enfermera de Educación Terapéutica en Diabetes. Hospital Universitario San Juan de Alicante
	Pilar Alonso	Enfermera CS Beniopa. Líder Pacient Actiu
	Josefina Belda Ibáñez	Médica. CIPS Alacant
	Equipos directivos centros	Joan Carles Escrig Monfort
Elena Pérez Sanz		Directora CSP València
Joan Paredes i Carbonell		Subdirector Médico La Ribera
Dantés Tórtola Graner		Dir Méd At Primaria Dr Peset
Manuela Ibarra Rizo		Dir Enf At Primaria Elche
Inés Montiel Higuero		Dir Méd At Primaria HG Alicante
José Álvaro Bonet Plà		Gerente Hosp Clínico València
Jaume Morera Guitart		Dir Médico HACLE La Pedrera
Eduardo Alonso Echabe		Director CSP Alicante
Enrique Orts Ríos		Director CSP Torrent
Carlos Herreros Gil		Dir.Enf. At Primaria La Ribera
Miquel Rovira Esteller		Gerente Hospital La Plana
M ^a José Gastaldo Zaragoza		Dir Enf Hospital Clínico València
Amparo Antonaya		Dir Enf At Primaria Dr Peset
M ^a José Monedero		Dir Méd. At Primaria HG Castelló
Personal técnico otras Consellerias y Administración Local	Jose Manuel Aparicio Moreno	Cons. Educación. SD Innovació i Qualitat Educativa
	Alfons Domínguez Gento	Cons Agricultura. Serv Producción ecológica e innovación
	Carlos Simón Sánchez	Cons de Educación. Serv Promoción del Deporte y Actividad Física
	Carmen Gonzalvo Cebrián	VICIP. Menores
	Jorge Segarra Gascón	Unitat Territorial de l'IVAJ Castelló
	Eva Aroca	Psicóloga UPCCA Aspe
	Nagore Navarrete	Enfermera. XarxaSalut. Ayuntamiento Gandía
	Gema Soria	Dinamizadora juvenil. Ayuntamiento Xirivella
	Beatriz Fatas Juberías	Cons Agricultura. Serv de Protección de la Atmósfera
	Concepción Barceló	Cons. Educación Formación permanente del profesorado
	Elena Puig Reig	VICIPI. Serv Inclusión Social, Desarrollo comunitario y voluntariado
Concha Navarro Penela	VICIPI. Personas mayores	
José Luis Pérez Sopena	Cap del servei d'Oci Educatiu i Emancipació	

	(IVAJ)
Elena Rocher Vicedo	Las Naves. Proyectos de Salud
Lourdes Alapont Pinar	Ayuntamiento Quart de Poblet (UPCCA)
Joan Francesc Aguado	Jefe de Sección de Cambio Climático y Transición Ecológica. Diputación de València
Andres Pedrón Giménez	Técnico de Juventud. Ayuntamiento Almussafes
Jorge Domingo	Consejo de la juventud
Eduardo Zafra	Consejo de personas mayores
Amparo de la Encarnación	Federación Mujeres Progresistas
Raquel Álvarez	Justicia Alimentaria Delegación València
José Cunyat	Asociaciones vecinales y de consumidores
Sera Huertas	AVEDAM: Asoc Valen de Educadores Ambientales
Amparo García	AMAMANTA
Tina Belando	LAMBDA
Susana Fernández	El Parto es Nuestro
Raquel Sanchis	El Parto es Nuestro
Bárbara Congost	FEDER (Federación Española de Enf Raras)
Luis Vaño	(Comité de Entidades Representantes de personas con discapacidad de la C.V.)
Fernando de la Torre	Federación Asociaciones Diabetes C.V
Inma Iñiguez	Federación de Daño Cerebral Adquirido de la C.V.
Marián Ferrús	Plena Inclusión C.V.
Santiago Llopis	Federación Valenciana d'Associacions de Familiars de persones amb Alzheimer
Inma Galmés	Fundació PATIM Castelló
Vicent Andrés	Fundación arzobispo Miguel Roca. Proyecto Hombre València
Irene Segura	Solidaridad Internacional, Alicante
Cristina Lomelino	LACTALICANTE
Vanesa Gómez	Asociación BABELIA. Alicante
M ^a Ángeles Pinilla	Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de Alicante
Bienvenida Morales	Federación Provincial de Amas de Casa, Consumidores y usuarios Lucentum de Alicante
Daniel Millor	Arquitectos sin Fronteras
Laura González	Comisión Española Ayuda Refugiado (CEAR) Alicante
José Infante	AEBHA -Asoc Espina Bífida e Hidrocefalia de Alicante
Maria Paz Pérez	ASPANION - Asociación de padres de niños con cáncer de la CV
Alejandro García	ASPANION - Asociación de padres de niños con cáncer de la CV
Consagración Jareño	Fundación Noray. Proyecto Hombre Alicante
José Luís Ferrández	Alcer Alicante - Asociación Alicantina para la lucha Contra las Enfermedades Renales
Patricia Sánchez	Alcer Alicante - Asociación Alicantina para la lucha Contra las Enfermedades Renales
Verónica Cremades	AIEM Asociación para la Integración de Enfermos Mentales de Alicante
Noelia García	Adema Alicante, Asociación Esclerosis Múltiple
Marisa Guillem	Asociación APSA
Pilar Hernández	Asociación Alicantina Síndrome Down
Óscar Zurriaga Llorens	Estudios Epidemiológicos y Estadística sanitaria

Asociaciones de pacientes, ciudadanos y consumidores

Personas expertas en salud digital	Miguel Ángel Sánchez Agulló	Creative manager · Multimedia Chefs
	Enrique Bausán Llamazares	SubdirGeneral Sistemas de Información para la Salud
	Jose M ^a Salinas Serrano	Jefe Servicio Informática. Hospital San Joan Alacant
	Vicente Traver Salcedo	Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Valencia
	M ^a Jesús Arilla Morell	Gerente Hospital. Arnau de Vilanova
	Ana Pedrosa Martínez	Impulsora del proyecto DALBY
	Guadalupe de Llanos Sánchez	Subdir General Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad
	Mariam de la Iglesia Vayá	Serv Gestión proyectos de tecnología de la información y comunicación
	Josep Redón Mas	INCLIVA (Instituto de Investigación Sanitaria)
	Joaquín Cañada González	Delegado protección de datos. Conselleria de transparencia
Emma Sarrión Navarro	Subdelegada protección datos: sanidad y educación	

USM: Unidad de Salud Mental, UPCCA: Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas, UCA: Unidad de Conductas Adictivas, CIPS: Centro de Información y Prevención del SIDA

2. **Estudio DELPHI** Se describen a continuación los resultados de forma gráfica a través de diferentes figuras. En primer lugar, se **muestran las 10 prioridades** con mayor puntuación de todas las cuestiones valoradas de forma global por todos los colectivos implicados. Posteriormente, se muestra para cada uno de los bloques y de acuerdo con la respuesta común a todos los colectivos, se representan en las siguientes figuras las cuestiones más prioritarias en cada uno de los bloques. (Figuras 2-14).

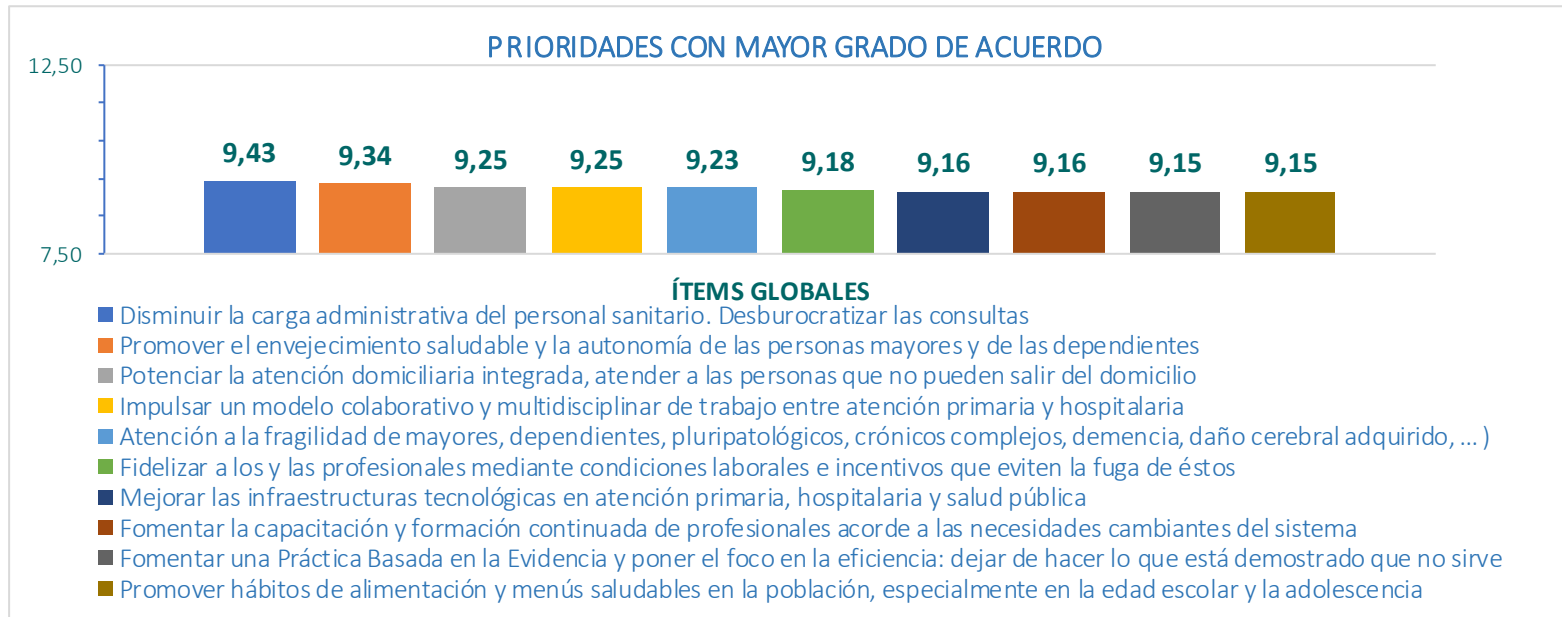


Figura 1. Prioridades con mayor grado de acuerdo

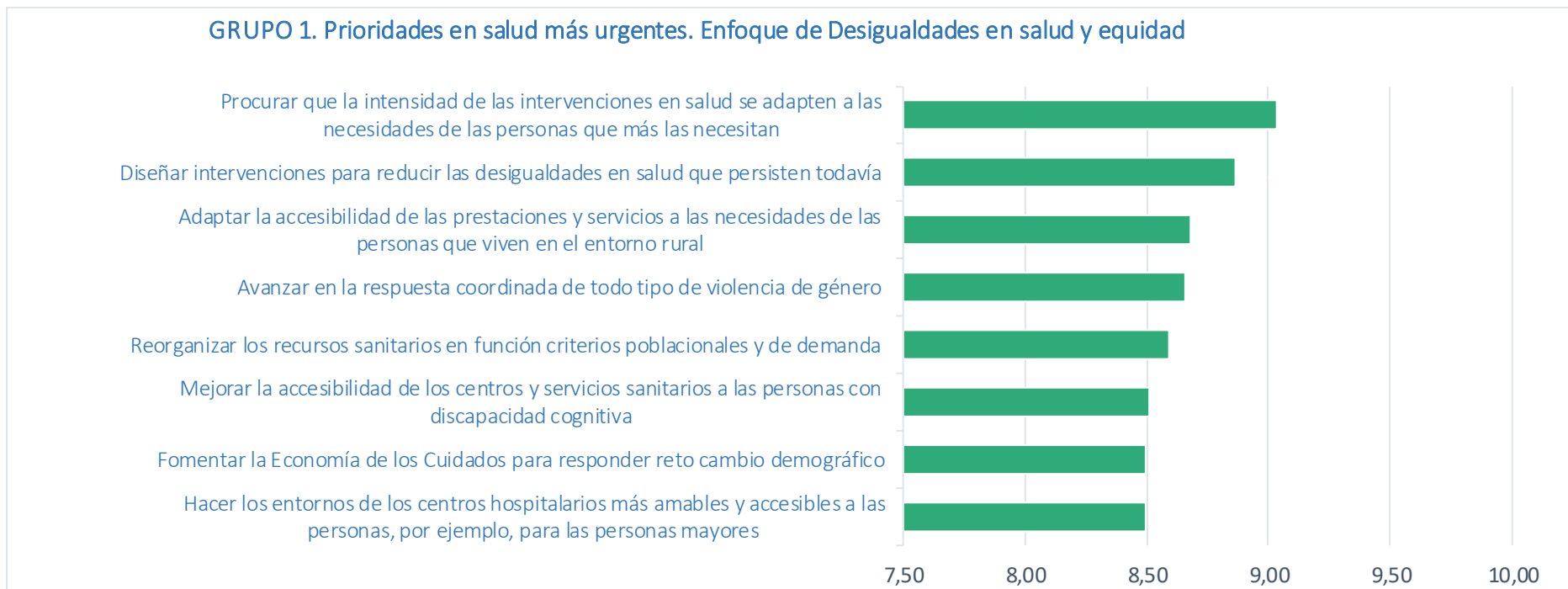


Figura 2. Prioridades en salud más urgentes. Enfoque de Desigualdades en salud y equidad

GRUPO 2. Prioridades en salud más urgentes (2). Enfoque entornos saludables

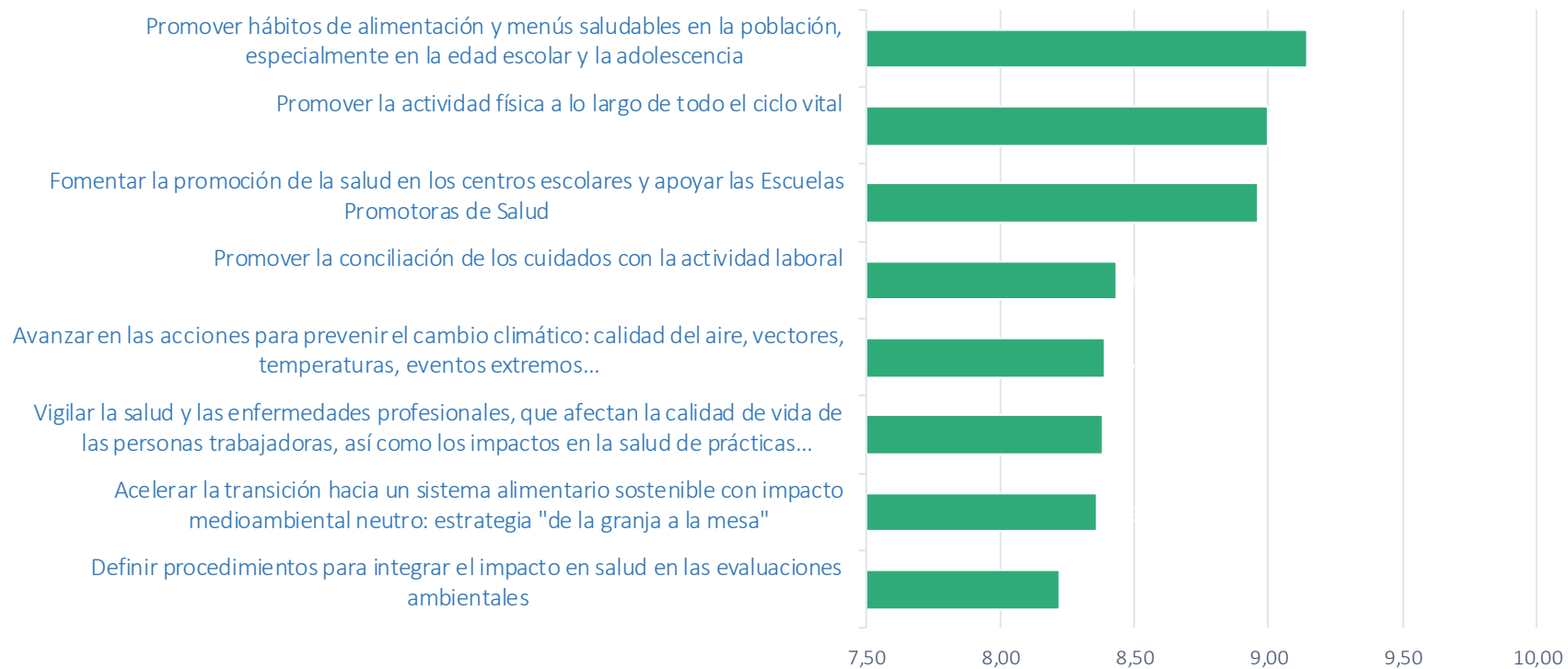


Figura 3. Prioridades en salud más urgentes (2). Enfoque entornos saludables

GRUPO 3. Prioridades en salud más urgentes (3). Enfoque salud a lo largo del ciclo vital



Figura 4. Prioridades en salud más urgentes. Enfoque salud a lo largo del ciclo vital

GRUPO 4. Prioridades en salud más urgentes (4). Enfoque problemas emergentes

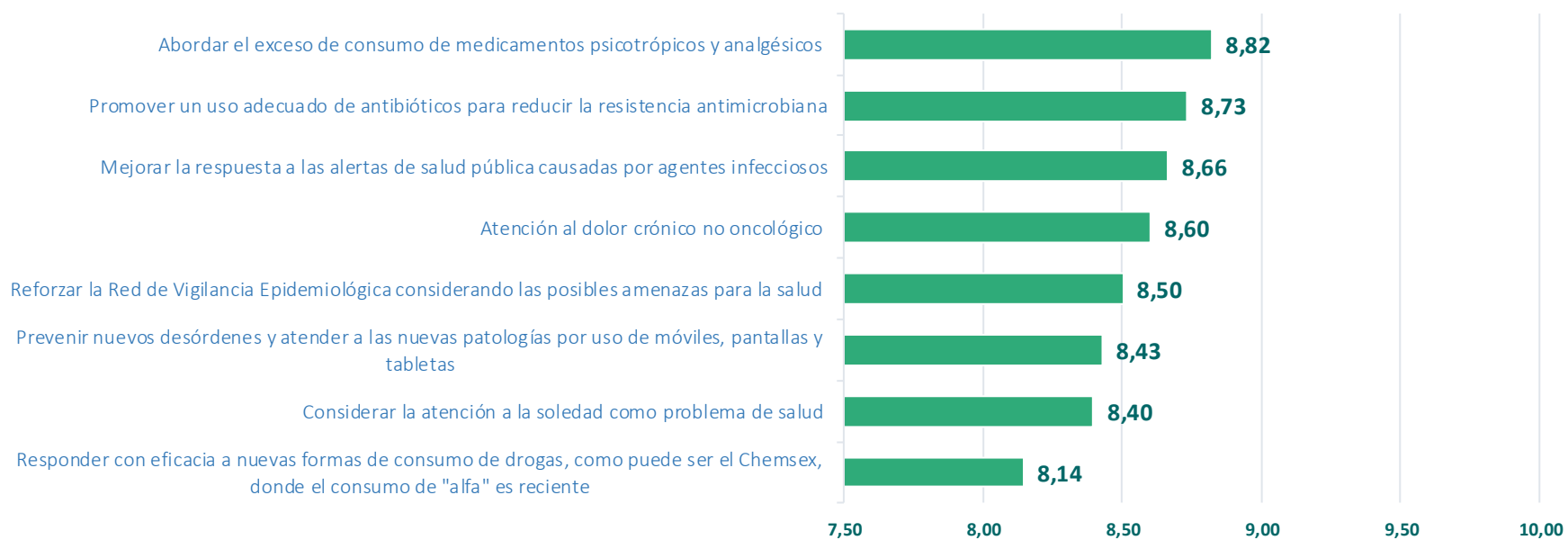


Figura 5. Prioridades en salud más urgentes (4). Enfoque problemas emergentes

**GRUPO 5. Prioridades para lograr una mayor participación de la ciudadanía, pacientes y profesionales (1).
Participación y órganos de participación**

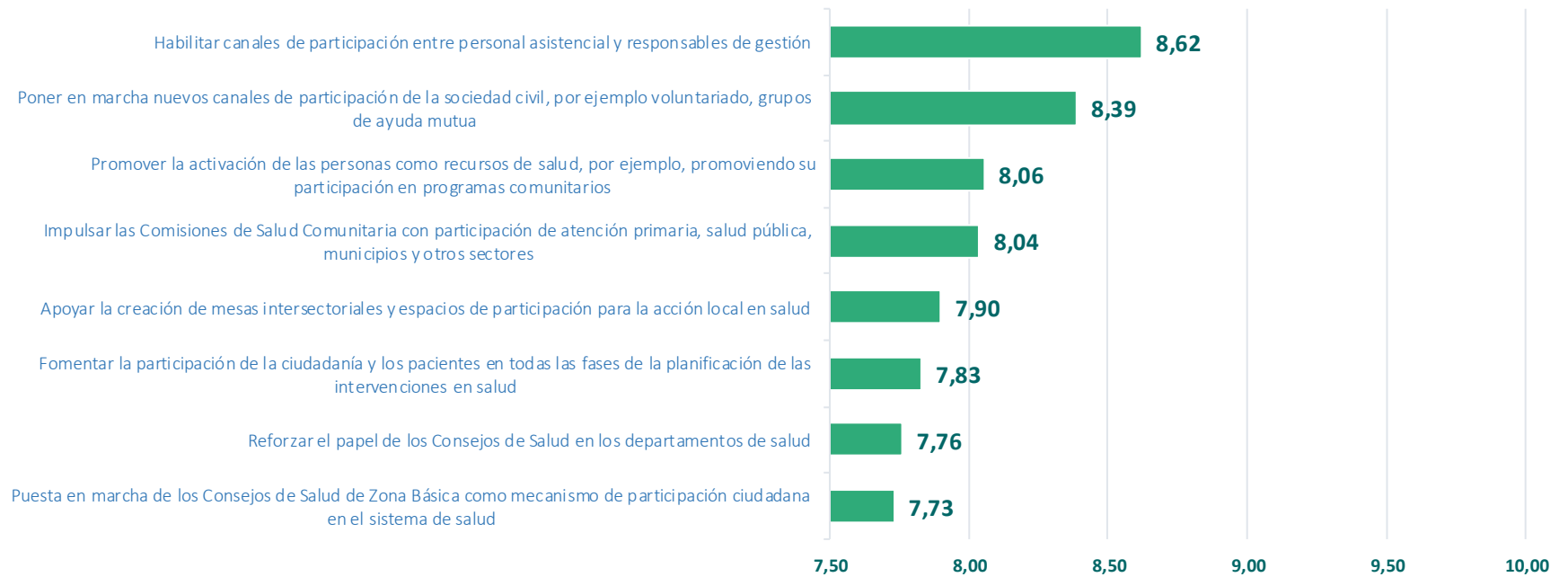


Figura 6. Prioridades para lograr una mayor participación de la ciudadanía, pacientes y profesionales (1). Participación y órganos de participación



Figura 7. Prioridades para lograr una mayor participación de la ciudadanía, pacientes y profesionales (2). Empoderamiento, alfabetización en salud

GRUPO 7. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (1). Modelo organizativo



Figura 8. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (1). Modelo organizativo

GRUPO 8. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (2). Calidad, seguridad y eficiencia



Figura 9. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (2). Calidad, seguridad y eficiencia

GRUPO 9. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (3). Transformación digital

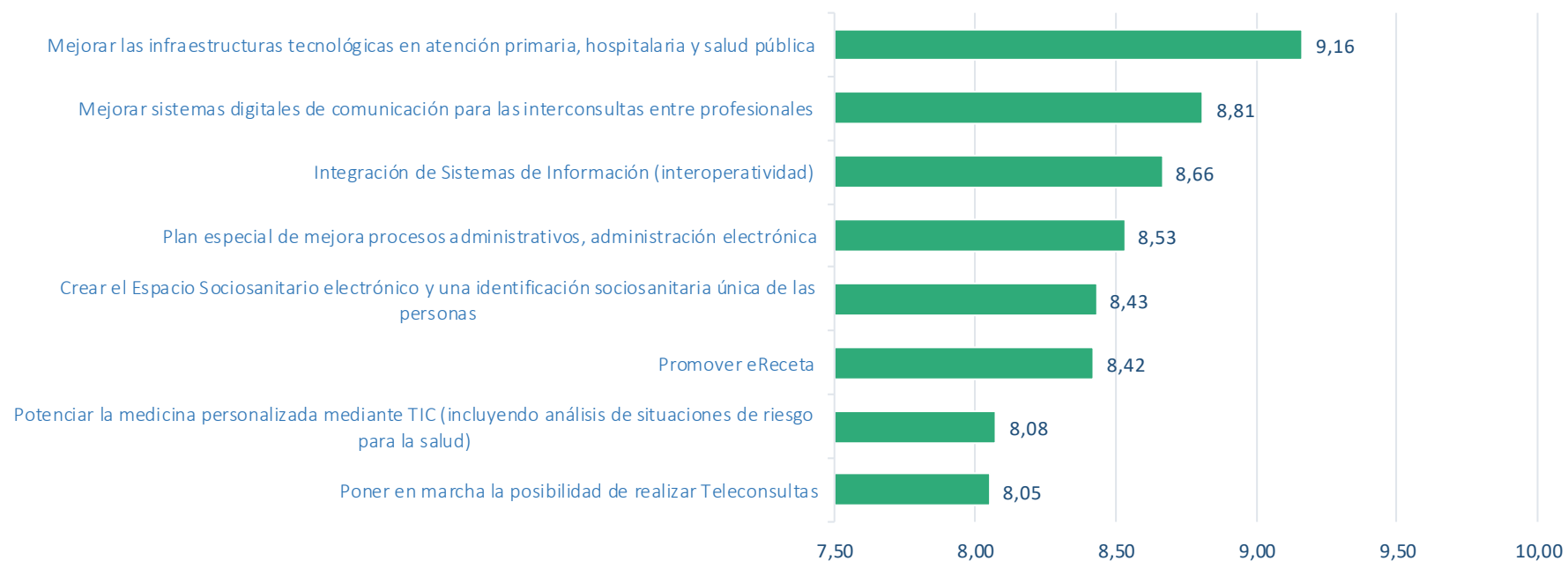


Figura 10. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (3). Transformación digital

GRUPO 10. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (4). Profesionales



Figura 11. Prioridades organizativas del Sistema Público de Salud Valenciano (4). Profesionales

GRUPO 11. Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (1). Enfoque intersectorial

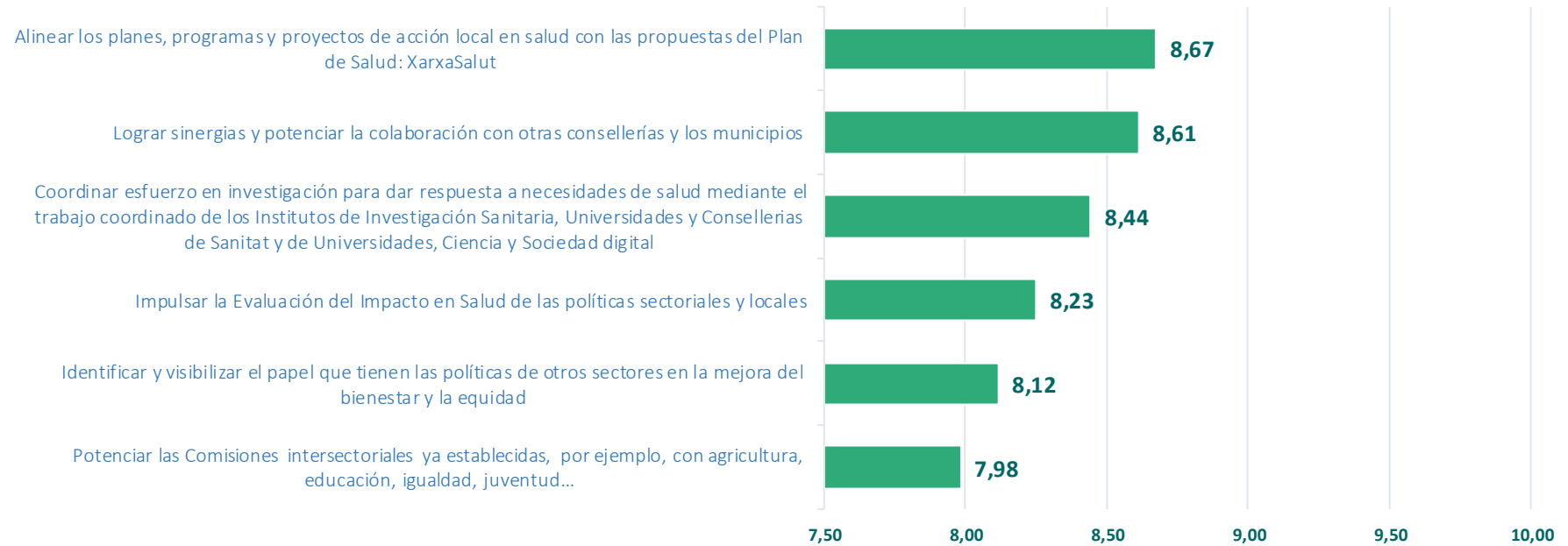


Figura 12. Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (1). Enfoque intersectorial

GRUPO 12. Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (2). Gobernanza

Figura 13. Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (2). Gobernanza

Alinear los indicadores en los acuerdos de gestión a los objetivos del plan de salud

Incluir indicadores de salud comunitaria en los acuerdos de gestión

Crear una comisión directora del Plan de Salud, para su seguimiento, actualización y evaluación

7,50 8,00 8,50 9,00 9,50 10,00

GRUPO 13. Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (3). Comunicación y difusión

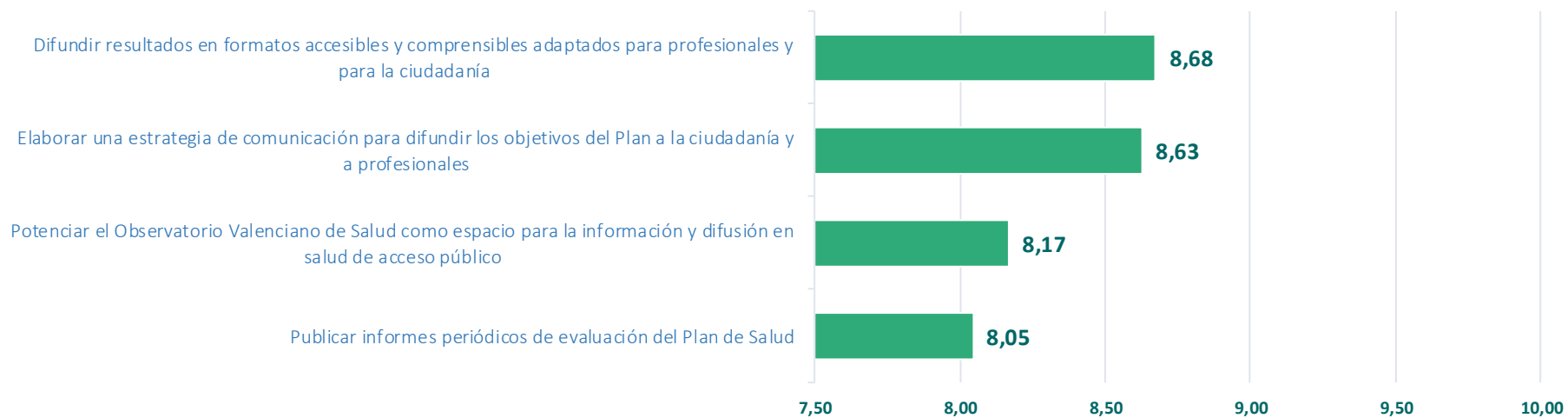


Figura 14. Prioridades para asegurar el éxito del V Plan de Salud (3). Comunicación y difusión

Personas participantes en la consulta Delphi

Grupo: Personal técnico de la Conselleria

Carolina Mateu Hernández	Trinidad Zafra Espinosa
Francesc Botella Quijal	Diana Patricia Botella de Maglia
Iulia Ioana Tudor	Isabel Robredo Hernández
María Gracia García Baquero Urbiola	Joan García Gasulla
Montserrat Piñaga Solé	Pilar Ors Zazoso
Lidia Ferrer Bosch	José Fenollar Belda
Lourdes Leticia Fernández Vidal	Vanesa Fenollar Vicedo
María Barberá Riera	Aida Huesa Perales
María Velazquez Puig	Juan Pedro Martí Vargas
M ^a Desamparados Ródenas Marco	Ana Boned Ombuena
Patricia Verdeguer Sancho	Asensio García Machí
Eloi Sáiz Ramiro	Josep Xavier Torremocha Vendrell
María Jesús Mateu Aranda	Cristòbal Llorens Ivorra
Francisco Verdú Asensi	Natalia Navarro Tarazaga
Sira San Jose Lluch	Ana Isabel Usero Ruiz
María Pilar López Sánchez	Victoria Adam Felici
María Nieves Alba Moratilla	Joan García Falcón
Encarna Santolaria Bartolomé	Andrea Chong Valvuená
María Ángela Torres Gracia	Marta Bononad Bruguer
Francesc Xavier Gómez Verdeguer	Celia Vendrell Almendros
Consol Sabater Gregori	María Besó Delgado
Aurora López Maside	Ignacio María Chapa Villalba
Francisco Ortiz Cervelló	Rosa Peyro Vilaplana
Valentín Esteban Buedo	Sandra Guardiola Vilarroig
Jose Antonio Lluch Rodrigo	Óscar Zurriaga Lloréns
Amparo Escuder Alejos	Consuelo Peris Piqueras
Pedro Eliseo Pastor Villalba	Delia Mas Ferrer
Silvia Marín Villuendas	Josefa Ibáñez Cabanell
Lourdes Zubeldia Lauzurica	María Dolores Cuevas Cuerda
María del Rocío Zurriaga Carda	Juan Gallud Romero
Aurora Hernández Jimenez	Rosana Peiró Pérez
M ^a Luisa Moreno Jiménez	Joan Quiles Izquierdo
Alfonso Jiménez López	Sonia Alcover Giménez
Vicent Morera Sobà	Susana Castan Cameo
María José Avilés Martínez	Palmira Muñoz Muñoz
Purificación Sánchez Cuesta	Clara Caveró Carbonell

Grupo: Asociaciones de pacientes y representantes de la ciudadanía

Rosa Bayarri Romar	Irene Segura
Bárbara Congost	Toño Abad
Luis Vaño Gisbert	Juan Carlos Victoria
Fernando De la Torre	M ^a Ángeles Pinilla Hompanera
Marian Ferrús	Bienvenida Morales Gisbert
Santiago Llopis	Mercedes Santiago
Sonia Pache González	Daniel Millor Vela
Inma Galmés Monferrer	Laura González
Vicent Andrés Martínez	Ana Pérez Solaz
José Luís Ferrández Ortega	Miguel Angel Rodriguez Bedamat
Verónica Cremades Millas	Alba Estarlich
Inmaculada Burgui García	Laura Paneque
Noelia García Molina	Marian Sintés
Marisa Guillem Diaz	Isabel Llorca
Pilar Hernández López-García	Patricia Villena

José Daniel Royo Sánchis	Mª Vicenta Alcacer
Leonor Martínez	Soledad Santiago Redondo
Carlos Manuel Gómez García	Emili Peña
José Jiménez Aroca	Cecilio Nieto Cánovas
Mar Quesada Ballester	Cristina Lomelino
Antonio Rico	Raquel Álvarez Herranz
Carmen Alberich Martí	José Cuñat de la Hoz
Fernando Moner Romero	Isabel Dolz Muñoz
Concha Vicedo Gómez	Sera Huertas Alcalá
Almudena López Onrrubia	Amparo García Escribano
Eduardo Zafra Galán	Rosario Polito
Jorge Domingo Fernando	Raquel Sanchís Ros
Amparo de la Encarnación Arrengol	Consuelo Cebolla Pastor

Grupo: Sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos

Ana M. García García	Ana Esplugues Cebrián
Ildefonso Hernández Aguado	Ferran Ballester Díez
Juan Francisco Navarro	Pedro Durán Mondéjar
Daniel Bautista Rentero	Ana Belén Montero Martínez
Rafael OrtíLucas	Mª Fe Ballesteroso
Fernando Simarro Mir	Mercedes Hurtado Sarrió
Ana Isabel Cava Ros	Bernardo Valdivieso Martínez
José Ramón Martínez Riera	José Mª Salinas Serrano
Mª José Alemany Anchel	Vicente Traver Salcedo
Ana Míguez Santiyán	Josep Redón Mas
Ana Mª Arbaizar Martínez	Salvador Francisco Peiró Moreno
Clara Isabel Pérez Ortiz	Inmaculada Cervera Pérez
Elena García Cuevas	Luis Cabañas Alite
Ana Ocaña Ortíz	Helena Sifre
Francisco Pascual Pastor	Sarai Fariñas
Mª Isabel Castelló López	Asunción Obiol
Juan José Tiredo Darder	

Grupo: Otras Consellerías y representantes municipales

Joaquín Cañada González	Eva Mauri
Elena Rocher Vicedo	Rosa Canet
Eva Aroca	Rafael Gadea Merino
Nagore Navarrete	María Ferrer
Andrés Pedrón Giménez	Joshua Alemany
Beatriz Fatas Juberías	Fortu Tapia
Lourdes Alapont Pinar	María Jesús Pérez Galant
Elena Puig Reig	Mª Isabel Granero Moya
José Manuel Aparicio Moreno	Manuel Gomicia Giménez
Concepción Barceló López	Antonio Quintana Martínez
Concha Navarro Penela	Rafael Carrió Company
Jorge Segarra Gascón	Paloma Gómez Monllor
José Luis Pérez Sopena	Alfons Domínguez Gento
Joan Francesc Aguado	Carmen Leal Casas
Carlos Simón Sánchez	Anna Pons Frigols
Josep Antoni Mascarell Roca	Empar Soriano
José Rafael Moriel Fernández	Jorge Lores Peña
Hermenegildo Puchades Company	Liduvina Gil
Laura Acuña Sánchez	Jesús Casero Camacho

Grupo: Personal directivo de los departamentos de salud

Elena Pérez Sanz	Ricardo García Callejas
Joan Carles Escrig Monfort	Juana M ^a Raya Millán
Joan Paredes i Carbonell	M ^a Luisa Mora Fernández-Caba
Dantés Tórtola Graner	Carlos Vilaplana Bernabeu
Manuela Ibarra Rizo	Rosa Louis Cereceda
Inés Montiel Higuero	Beatriz Massa Domínguez
José Álvaro Bonet Pla	Juana Requena Puche
Jaume Morera Guitart	Fernando Riera Giner
Eduardo María Alonso Echabe	Jaime José Sastre Barceló
Carlos Herrero Gil	Francisco Carrasco Agulló
Enrique Orts Ríos	Antonio Vizcaion Maciá
Maria José Gastaldo Zaragoza	M ^a José Alcocer Pertegal
M ^a Amparo Antonaya Campos	M ^a Pilar Santos Fuster
M ^a José Monedero Mira	Júlia López Arenas
Vanessa Jorge Vidal	Joaquín Vela Fernández
Enrique Manzano Porcar	Francisco Guerrero Torija
Inmaculada Cervera Medina	Pilar Pérez Rodríguez
Juan Puig Larrosa	Silvia Vilar Amorós
José Ramón Pons Prades	M ^a Ángeles Rueda Puente
Antonia Valera Cardona	Antonia María Soriano Fayos
José Luis Chover Lara	Miguel Ángel García Alonso
Amelia García Faya	Yolanda Gil Vila
Ana Sanmartín Almenar	Antonio López Manrique
Jaime Villalonga Musoles	Antonio Sarrión Auñón
M ^a Jesús Arilla Morell	Ana Esmeralda Gimeno Elorza
Ramón Juan Carrión Villanueva	José Añó Sais
Manuel Vicente Ballester Nogu	José Antonio Cañamás Sanchis
Carlos Ramírez Pérez	Guillermo Jorques Aracil
M ^a Jesús Company Lladró	Pascual Martí Miralles
Leandro Quiles Martínez	Clara Pastor Navarro
Tomás Aparicio Navarro	Teresa Revilla Lorenzo
Antonio Pla Piera	Francisco Albertos Bernabeu
Juan Manuel Campos Cervera	José Gabriel Cano Montoro
Jesús Ribes Romero	Vicent Villanueva Ballester
Cristina Altur Palomares	Miguel Barbero Giménez
Margarita Llaudes Llaudes	Jorge Navarro Pérez
Pilar Botija Yagüe	Julio Fernández Garrido

Grupo: Mandos intermedios de los Departamentos de Salud

Soledad Carregui Vilar	Mercedes Soler Martínez
Josefina Belda Ibáñez	Ana Pedrosa Martínez
Teresa Orenge Caus	Mariam de la Iglesia Vayá
Amparo Sánchez Mañez	David Selles Benavent
Carlos Borrás Pallé	M ^a Luisa Ruiz Miralles
Julia Vindel Chaves	Marisa Dorado García
Gloria María Rabanaque Mallen	Isabel Beviá Febrer
M ^a Francisca Soler Alberich	Carolina Martínez Albert
Nuria Capilla Bolinches	Lourdes Navarro Ortí
Concha Llopis Tortosa	Ignacio Giménez Ibáñez
Juan Manuel Cuenca Torres	Javier Ballester Ortí
Josep Andreu Pena Garijo	Sonia Sena Asensi
Fernando Lucas Gómez	Loreto Cruz Bonmatí
Jesús Barrachina Martínez	Fernando Quiles Añón
Pilar Alonso Díaz	Carmen Valero Barceló
Guillermina Campos Giménez	Rocío Broseta Solaz
Raquel Fenoll Marcilla	Guillermo Martínez Polo

Grupo: Personal asistencial de los departamentos de salud

Caterina Ortega	Josep Carles Sendra Marco
Domingo Orozco Beltrán	Iván García Suárez
Ángel Merchante Alfaro	Vicent Sauco Casanova
Francisco Pomares Gómez	Rebeca Rubio
Carolina Sánchez Ruano	Montserrat Niclós Esteve
Maria Pilar Gonzalez Nuñez	Vanessa Pinto Grau
Ana María Palacios Marqués	Francisco Ojeda Galdón
Ana Egea Ronda	Ignacio Alastrue Loscos
Valero Sebastián Barberán	Julio Álvarez Pitti
Eva Navarro Barrue	Anabel Marco
Dolores Andreu Borrego	Inmaculada Calafat Escriva
Marcelino Gómez Balaguer	Maria Isabel Lozano López
Carmen Borrás Garcés	Samia Hadjaj
Esther Serrano Poveda	Patricia Rodríguez Pérez
Antonio Belda Mas	Oksana Kokhtyak
Beatriz Tomás Aguirre	Lola Gil Estevan
Carlos Morillas Ariño	Sara Toledano Gómez
Francisco Carrión Valero	Francisco José Puche Cebrián
Rosa González Candelas	M ^a Cecilia Granero Iñiguez
Marisa García Tena	Ángeles Ferrero Gimeno
Lourdes Verdecho Saez	Juan José García Esteve
May Flores	Emma Asensi Algovia
Laura Prades Vila	Julia Villena Calleja
Mercedes Ríos	Germán Limiñana Alcaraz
Antoni Pastor Moneris	Francisca Camarena
Esther Brotons	Alberto Belvis Bañuls
Ana Pastor Morell	Concepción Albi Gascó
Rosa Albert Sanchís	Maite Pingarrón
Pedro Lozano Gago	

3. Glosario terminológico

Acción comunitaria en salud

La acción comunitaria en salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud. A través de la acción comunitaria en salud se trata de estimular las relaciones sociales de cooperación entre las personas que comparten un espacio de convivencia, atendiendo a la situación previa y al contexto, con el fin último de mejorar la salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

Activos para la salud

Cualquier factor (o recurso) identificado por personas, grupos y comunidades como apoyo para mantener la salud y el bienestar, así como para reducir las desigualdades en salud.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; Suppl 2: 17-22.

Alfabetización para la salud

La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud, además de posibilitar su participación en la promoción de la salud colectiva, creando un entorno de empoderamiento tanto individual como colectivo.

Fuente: WHO. Health Promotion Glossary of Terms. Geneva, 2021.

Apoyo social

Apoyo psicológico, físico y económico al que puede acceder una persona a través de vínculos sociales con otros individuos, grupos o comunidad, que puede amortiguar los eventos adversos de la vida, fomentar la resiliencia y proporcionar un recurso positivo para la salud.

Fuente: WHO. Health Promotion Glossary of Terms. Geneva, 2021.

Bienestar

Estado positivo que experimentan las personas y las sociedades. Al igual que la salud, es un recurso para la vida diaria y está determinado por las condiciones sociales, económicas y ambientales. El bienestar engloba la calidad de vida, así como la capacidad de las personas y las sociedades de contribuir al mundo conforme a un sentido y propósito.

Fuente: WHO. Health Promotion Glossary of Terms. Geneva, 2021.

Ciclo vital

Secuencia de etapas definida culturalmente por la que las personas pasan a medida que avanza su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. La salud y el bienestar están determinados por muchos factores individuales, sociales y ambientales diferentes a lo largo de la vida. La exposición a los factores de riesgo en los primeros años de vida puede afectar a la salud, al bienestar y a la participación socioeconómica décadas después. El riesgo y la resiliencia son acumulativos a lo largo del curso de la vida.

Fuente: WHO. Health Promotion Glossary of Terms. Geneva, 2021.

Desigualdades en salud

Son aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas y que vienen condicionadas por las diferencias de oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, género, edad, estatus migratorio, diversidad funcional, diversidad sexual, territorio o etnia.

Fuente: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2015. Disponible en: http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

Fuente: Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. València: Generalitat Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº2.

Determinantes sociales de la salud

Son las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, que depende a su vez de las decisiones políticas.

Fuente: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2015. Disponible en: http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

Fuente: Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. València: Generalitat Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº2.

Empoderamiento para la salud

Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento para la salud individual se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. Estas nociones están relacionadas y son recíprocas, cuando se empodera a las personas también se empodera a las comunidades, y al revés.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Entornos favorecedores de la salud

Los entornos favorables de la salud brindan protección a las personas frente a las amenazas a la salud y les permiten aumentar sus capacidades para abordar los determinantes de la salud. Existen numerosas formas de crear entornos beneficiosos para la salud. Entre ellas destacan la acción política directa para desarrollar e implementar políticas que ayuden a crear entornos de apoyo y la acción comunitaria para la salud.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Equidad en salud

La equidad en salud supone la inexistencia de desigualdades injustas, evitables o remediables en el estado de salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Implica, por tanto, que todas las personas deben tener una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial de salud. Las inequidades en salud están condicionadas por los determinantes sociales de la salud y es aquí donde la promoción de la salud juega un papel fundamental para alcanzar la equidad en salud y con ella, la justicia social.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Escuelas promotoras de salud

Una escuela promotora de salud es aquella que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar. Además, procura mejorar la salud del personal, de las familias y del alumnado y demás miembros de la comunidad escolar,

trabajando con las personas líderes de la comunidad para ayudar a comprender cómo la comunidad contribuye a la salud y la educación.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Evaluación del impacto en salud

Es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus efectos potenciales en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población.

Fuente: WHO-Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy. Health impact assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper. Brussels: WHO-Regional Office for Europe and European Centre for Health Policy; 1999.

Género

El término género se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que el sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. El análisis de género define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

Fuente: OSAGI Gender Mainstreaming. Concepts and definitions. UN Women. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>

Gobernanza para la salud

Acciones de los gobiernos y otros actores para conducir a las comunidades, países o grupos de países en busca de la salud como parte integral del bienestar a través de un enfoque de todo el gobierno y de toda la sociedad. La gobernanza para la salud fomenta la actuación colectiva de los sectores sanitario y no sanitario, del sector público y privado y de la ciudadanía, por un interés común. Una manera de posibilitar esta cooperación es a través del enfoque de la salud en todas las políticas.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Gradiente social

La relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente a lo largo de toda la escala social, es decir, aunque las diferencias en salud sean mayores entre los

grupos extremos de la escala social, existen diferencias entre todos los grupos sociales, siendo peor la salud a medida que descendemos hacia una posición socioeconómica inferior.

Fuente: Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº2.

Impacto/s en salud

Los impactos en la salud son los efectos globales, directos o indirectos, de una política, estrategia, programa o proyecto, en la salud de la población. Incluye tanto los efectos directos en la salud de los individuos como los efectos indirectos a través de factores intermedios que influyen en los determinantes de la salud de la población. A su vez, éstos pueden ser inmediatos o a medio o largo plazo.

Fuente: WHO-Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy. Health impact assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper. Brussels: WHO-Regional Office for Europe and European Centre for Health Policy; 1999.

Intersectorialidad

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Fuente: WHO. Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva, 2021.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Se trata de una llamada internacional a la acción tanto para proteger a las personas (poner fin a la pobreza, mejorar la salud, promover la educación, reducir las desigualdades, e impulsar el crecimiento económico) como al planeta (frenar el cambio climático, proteger bosques y océanos). Los 17 Objetivos forman parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, a través de la que se traza el plan y las metas a alcanzar antes del año 2030 y fueron aceptados por todos los Estados miembros de la ONU.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Participación comunitaria en salud

Proceso mediante el que diferentes agentes de la comunidad se involucran –de manera directa o indirecta– en la toma de decisiones, y/o en la planificación, diseño, coordinación, implementación o evaluación de servicios, usando métodos de consulta, colaboración y/o empoderamiento. Es imprescindible la participación efectiva y concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Se trata

por tanto de un proceso en virtud del cual los individuos y comunidades asumen responsabilidades respecto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad a contribuir su propio desarrollo y el comunitario.

Fuente: Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº2.

Prescripción social

Recomendación de activos para la salud, recursos y actividades comunitarias vinculadas a la salud y bienestar de la comunidad. Suele realizarse de forma individual dentro del proceso de atención en consulta sanitaria y normalmente es ejercida por parte de profesionales del ámbito sanitario.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

Prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas a reducir los factores de riesgo, a prevenir la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, centrándose en los determinantes que pueden ser modificados. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud y requiere la implicación de todos los sectores, no solo del sanitario.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Reorientación de los servicios sanitarios

La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población. Se trataría, por tanto, de poner a las personas y a los colectivos en el centro, reforzando las aportaciones que realizan los servicios de salud en cuanto a la

prevención, la salud pública y la promoción de la salud, con el fin último de optimizar el acceso justo a los servicios de salud.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Resiliencia

Las personas resilientes tienen las habilidades para resolver problemas, la competencia social y el sentido de propósito de recuperarse de los reveses, prosperar frente a las malas circunstancias, evitar comportamientos arriesgados y, en general, continúan llevando vidas productivas. La resiliencia también es determinada por la disponibilidad de entornos de apoyo. La capacidad de las personas y comunidades para manejar los problemas de manera efectiva y "reconstruir mejor" después de la adversidad se desarrolla y cambia con el tiempo. Intervenciones de promoción de la salud destinadas a fortalecer la resiliencia individual son más eficaces cuando se apoyan en entornos que promueven y protegen la salud y el bienestar de la población.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Resultados de salud

Un cambio en el estado de salud de una persona, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Salud

Según la definió la Organización Mundial de la Salud, la salud es: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Salud en todas las políticas

La incorporación de la salud a todas las políticas consiste en adoptar un enfoque intersectorial de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, se promuevan las sinergias y se eviten los efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Salud positiva/Salutogénesis

El enfoque de la salutogénesis pone el énfasis en lo que genera salud y no en lo que produce enfermedad. La salud positiva es una forma de ver acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y su bienestar. Con esta perspectiva en mente, se desarrollan propuestas de intervención para que en última instancia haya una mejora en la salud y el bienestar de la población.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

Salud pública

Se define como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuando sea necesario, restablecer la salud de las personas, prolongando la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la calidad de las personas mediante la promoción de la salud y otras formas de intervención sanitaria mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Fuente: WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, 2021.

Fuente: Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº2.

Vulnerabilidad social

Una población vulnerable es aquella que, a causa del contexto social, se encuentra expuesta a riesgos para la salud. Debido a esta situación desfavorable, generalmente su salud se ve comprometida.

Fuente: Conceptos de salud para escucharnos y comprendernos. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Serie Guías XarxaSalut, nº2.