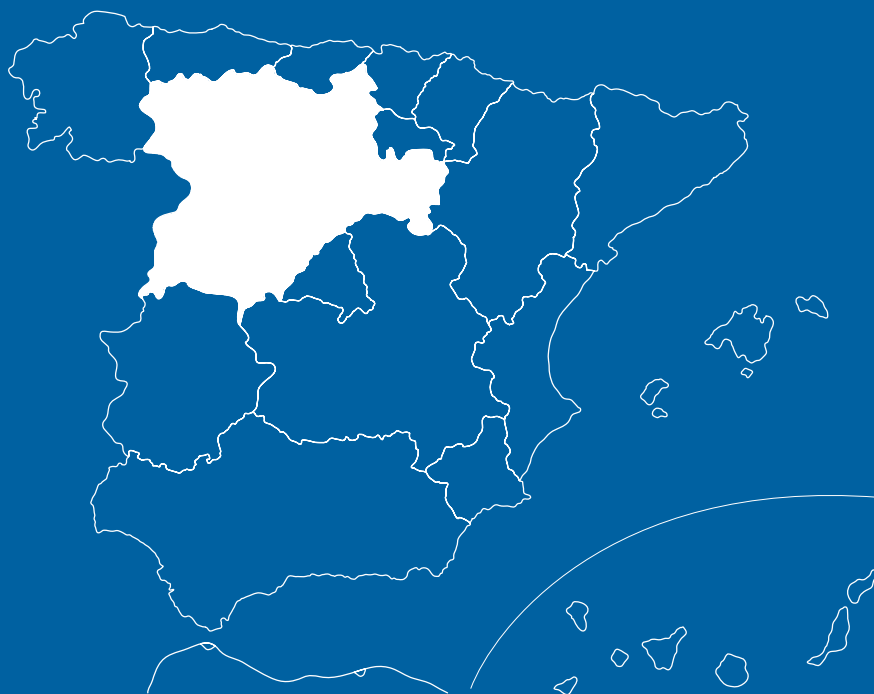


Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

Castilla y León



Características socioeconómicas y demográficas de la población

La comunidad autónoma de Castilla y León tiene una población de 2.528.417 habitantes; 1.251.082 son hombres y 1.277.335 son mujeres (fig. 1 y tablas 1 y 2).

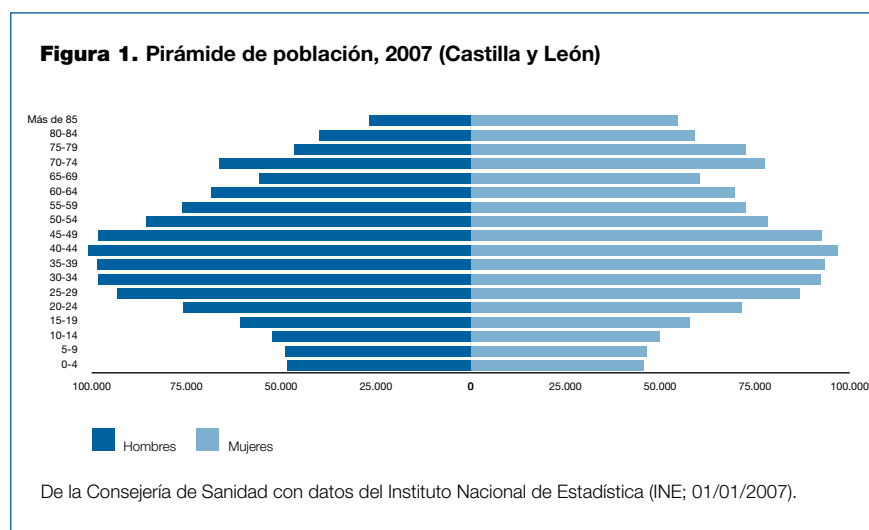


TABLA 1. Padrón municipal de habitantes, 2007 (Castilla y León)

	Total	Hombres	Mujeres
Ávila	168.638	84.897	83.741
Burgos	365.972	184.713	181.259
León	497.387	242.939	254.448
Palencia	173.281	85.505	87.776
Salamanca	351.326	171.572	179.754
Segovia	159.322	80.492	78.830
Soria	93.593	47.174	46.419
Valladolid	521.661	255.983	265.678
Zamora	197.237	97.807	99.430
Castilla y León	2.528.417	1.251.082	1.277.335

De la Consejería de Sanidad con datos del INE (01/01/2007).

TABLA 2. Datos de población extranjera, 2007 (Castilla y León)

	Total	Hombres	Mujeres
Ávila	8.500	4.466	4.034
Burgos	23.680	12.931	10.749
León	19.265	9.621	9.644
Palencia	4.631	2.194	2.437
Salamanca	12.307	6.036	6.271
Segovia	15.729	8.457	7.272
Soria	6.855	3.660	3.195
Valladolid	23.087	11.737	11.350
Zamora	5.727	3.063	2.664
Castilla y León	119.781	62.165	57.616

De la Consejería de Sanidad con datos del INE (01/012007).

La población extranjera, 119.781 personas, representa el 4,74 % del total (en el conjunto nacional es el 10 %).

Los factores más característicos de la población son:

- *Población envejecida*. El índice de vejez¹ es de 22,52; el de envejecimiento², 195,39, y el de sobre-envejecimiento³, 14,28 (siempre superiores a los de España).
- *Estancamiento del crecimiento de población*. Es un crecimiento lento respecto al año 2006 (0,21 %) debido al aumento de población inmigrante (12,83 %).
- *Población dispersa*. Aproximadamente, el 85 % de los municipios tienen baja población⁴; asimismo, alrededor del 1% de los municipios concentran el 55 % de los habitantes de la comunidad. Esto da una idea de que gran parte de la población de Castilla y León se distribuye en numerosas zonas rurales de pequeño tamaño, las cuales, además, están envejecidas (tabla 3).

1 Índice de vejez: porcentaje de población mayor de 65 años.

2 Índice de envejecimiento: relación entre la población mayor de 65 años y la población menor de 15 años.

3 Índice de sobre-envejecimiento: relación entre la población mayor de 85 años y la población mayor de 65 años.

4 Baja población: se han considerado los municipios con menos de 1.000 habitantes

TABLA 3. Dispersión de la población, 2007 (Castilla y León)

Grupos de tamaños de municipios (habitantes)	Año 2007				
	Número de municipios	Municipios (%)	Población	Población envejecida	Población envejecida en cada grupo (%)
1-100	515	22,91	31.455	13.030	41,42
101-1.000	1.462	65,04	467.735	160.422	34,30
1.001-10.000	247	10,99	622.120	132.232	21,26
Más de 10.000	24	1,07	1.407.107	263.654	18,74
Total	2.248	100,00	2.528.417	569.338	22,52

De la Consejería de Sanidad con datos del INE (01/012007).

El número de tarjetas sanitarias en 2007 asciende a 2.455.323, de las cuales 118.383 (4,82 %) pertenecen a personas extranjeras. Esto implica una cobertura del 97,11 % (tabla 4).

TABLA 4. Datos de población total y extranjera con tarjeta sanitaria individual, 2007 (Castilla y León)

	TSI (2007)				
	Total	Sexo		Nacionalidad	
		Hombres	Mujeres	Espanoles	Extranjeros
Ávila	160.634	80.504	80.130	150.931	9.703
Burgos	361.720	181.699	180.021	338.212	23.508
León	478.590	232.943	245.647	461.866	16.724
Palencia	165.788	82.258	83.530	160.934	4.854
Salamanca	340.575	163.674	176.901	330.347	10.228
Segovia	151.718	75.703	76.015	135.404	16.314
Soria	92.387	46.405	45.982	85.179	7.208
Valladolid	519.358	253.887	265.471	494.839	24.519
Zamora	184.470	91.181	93.289	179.151	5.319
Otros*	83	44	39	77	6
Castilla y León	2.455.323	1.208.298	1.247.025	2.336.940	118.383

*Población con tarjeta sanitaria de Castilla y León y residencia declarada en otra comunidad autónoma. De la Consejería de Sanidad con los datos de TSI (diciembre de 2007). TSI: tarjeta sanitaria individual.

En cuanto a la ocupación por sectores productivos, la Comunidad Autónoma de Castilla y León se distribuye de la forma que se presenta en la tabla 5.

TABLA 5. Distribución de la ocupación por sectores, 2007 (Castilla y León)

	Población ocupada (%)
Agricultura	7,58
Industria	17,40
Construcción	12,44
Servicios	62,58

De la Consejería de Sanidad con datos del INE.

Seguimiento del estado de salud de la población

La esperanza de vida al nacer es de 82,3 años para el total de la comunidad (79,0 años para los hombres y 85,6 años para las mujeres).

Las defunciones por causa de muerte y la morbilidad hospitalaria en Castilla y León del año 2006 se muestran en las tablas 6 y 7.

TABLA 6. Principales causas de muerte, número de fallecimientos por sexo y porcentaje sobre el total, 2006 (Castilla y León)

Causa de muerte (capítulos de la CIE-10)	Número de fallecimientos			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades infecciosas y parasitarias	273	272	545	2,00	2,17	2,08
Tumores	4.761	2.950	7.711	34,91	23,58	29,49
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan los mecanismos de la inmunidad	44	66	110	0,32	0,53	0,42
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	308	518	826	2,26	4,14	3,16
Trastornos mentales y del comportamiento	269	492	761	1,97	3,93	2,91
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	440	626	1.066	3,23	5,00	4,08
Enfermedades del sistema circulatorio	3.820	4.558	8.378	28,01	36,43	32,04
Enfermedades del sistema respiratorio	1.627	1.118	2.745	11,93	8,94	10,50
Enfermedades del sistema digestivo	673	634	1.307	4,93	5,07	5,00
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	27	55	82	0,20	0,44	0,31
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	80	195	275	0,59	1,56	1,05
Enfermedades del sistema genitourinario	371	362	733	2,72	2,89	2,80
Embarazo, parto y puerperio	0	1	1	0,00	0,01	0,00

Enfermedades originadas en el período perinatal	20	15	35	0,15	0,12	0,13
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29	11	40	0,21	0,09	0,15
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio NCOP	202	295	497	1,48	2,36	1,90
Causas externas de mortalidad	695	343	1.038	5,10	2,74	3,97
Todas las causas	13.639	12.511	26.150	100,00	100,00	100,00

NCOP, no clasificado/s en otra parte.
De la Consejería de Sanidad con datos del INE.

TABLA 7. Morbilidad hospitalaria. Pacientes dados(as) de alta por diagnóstico definitivo según provincia de hospitalización, 2006 (Castilla y León)

	Altas hospitalarias por diagnóstico principal según provincia de hospitalización									
	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora	Castilla y León
Enfermedades infecciosas y parasitarias	232	1.042	1.130	354	648	289	148	830	530	5.203
Neoplasias	1.349	4.686	5.613	1.750	3.614	1.122	846	5.741	1.644	26.366
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	276	846	985	235	851	157	120	1.075	455	4.999
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	128	601	534	152	437	120	107	692	252	3.025
Trastornos mentales	366	1.176	1.186	692	756	308	261	1.365	349	6.459
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	459	1.872	2.488	838	1.145	834	290	2.482	576	10.983
Enfermedades del sistema circulatorio	2.233	5.964	9.424	2.584	5.326	1.586	1.353	9.358	2.635	40.464
Enfermedades del aparato respiratorio	1.907	5.227	7.004	2.195	3.606	1.258	958	5.607	2.154	29.915
Enfermedades del aparato digestivo	2.095	6.166	7.924	2.667	5.046	2.006	1.201	7.871	2.745	37.720
Enfermedades del aparato genitourinario	1.053	3.189	3.884	1.304	2.395	946	586	3.622	1.067	18.044

Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1.796	4.628	5.140	1.396	3.671	1.530	955	6.164	1.562	26.844
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	132	540	687	183	365	156	66	497	151	2.777
Enfermedades del sistema osteo-miarticular y tejido conectivo	518	2.429	4.718	778	3.021	570	537	3.713	1.018	17.302
Anomalías congénitas	44	397	209	92	413	38	19	338	48	1.598
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	291	627	786	297	437	130	100	714	145	3.527
Síntomas, signos y estados mal definidos	623	3.216	3.352	967	1.181	724	314	3.736	1.023	15.138
Lesiones y envenenamientos	1.099	4.616	5.561	1.551	3.092	1.048	817	4.301	1.382	23.466
Todas las causas	15.024	48.014	63.360	18.426	37.211	13.073	8.840	59.525	18.060	281.531

De la Consejería de Sanidad con datos del INE (defunciones en 2006).

En cuanto al análisis de herramientas utilizadas, se citan todas las operaciones estadísticas dependientes de la Consejería de Sanidad incluidas en el Programa Estadístico de Castilla y León 2007:

- Explotación del CMBDH (conjunto mínimo básico de datos hospitalarios).
- Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado.
- Catálogo de hospitales de Castilla y León.
- Estadística sobre centros y vehículos de transporte sanitarios.
- Actividad asistencial en atención primaria.
- Actividad asistencial en atención especializada.
- Enfermedades de declaración obligatoria.
- Programas de prevención de salud pública.
- Interrupción voluntaria del embarazo en Castilla y León.
- Registro regional de sida.
- Registro de la red de médicos centinelas de Castilla y León.
- Recursos sanitarios públicos.
- Actividad inspectora de consumo.
- Calidad de las aguas de recreo.
- Calidad de las aguas de consumo humano.

- Control oficial de productos alimenticios.
- Actividad analítica de los laboratorios de salud pública.
- Cobertura del sistema de aseguramiento.
- Encuesta de tiempos de espera y de consulta en atención primaria y especializada.
- Encuesta de satisfacción de los usuarios de Sanidad Castilla y León (Sacyl).
- Reclamaciones de usuarios de sanidad en Castilla y León.
- Indicadores de prestaciones farmacéuticas.
- Actividad inspectora en los mataderos de Castilla y León.
- Incapacidad temporal.

Desarrollo normativo e institucional

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, durante 2007 se dieron importantes pasos en lo que se refiere a la garantía y desarrollo de los derechos de las personas usuarias del sistema de salud de Castilla y León. En este sentido, se ha aprobado un Plan de Garantía de los Derechos de las Personas en Relación con la Salud y, además, se ha regulado el derecho a la segunda opinión médica, así como el derecho de toda persona a formular las denominadas instrucciones previas.

Asimismo, en lo que se refiere al desarrollo normativo de los profesionales que prestan servicios en los centros o instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León, hay que destacar la promulgación de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

Las principales disposiciones de carácter general se indican en la tabla 8.

TABLA 8. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2007 (Castilla y León)

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León	07/03/2007 BOCyL núm. 52 de 14/03/2007, BOE núm. 80 de 03/04/2007	Personal	La Ley tiene por objeto desarrollar las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario, contenidas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, en la Comunidad de Castilla y León
Decreto 28/2007, de 15 de marzo, por el que se establece el Sistema de Información de Enfermedades Asistidas, se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios especializados y se crea el registro del CMBD de la Comunidad de Castilla y León	15/3/2007 BOCyL núm. 57 de 21/03/2007	Conjunto mínimo básico de datos	El Decreto tiene por objeto establecer el Sistema de Información de Enfermedades Asistidas, regular el CMBD al alta hospitalaria y los procedimientos ambulatorios especializados especificados en el Anexo de este Decreto y crear el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Comunidad de Castilla y León

<p>Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León</p>	<p>22/03/2007 BOCyL núm. 62 de 28/03/2007</p>	<p>Instrucciones previas</p>	<p>El Decreto tiene por objeto: a) Regular el documento de instrucciones previas b) Regular la formalización documental de instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración c) Crear y regular el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León d) Regular el procedimiento de inscripción en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León de los documentos de instrucciones previas, así como el de su sustitución y revocación</p>
<p>Decreto 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León</p>	<p>29/11/2007 BOCyL núm. 236 de 05/12/2007</p>	<p>Desarrollo de la Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León</p>	<p>El Decreto tiene por objeto desarrollar la ordenación del sistema sanitario de Castilla y León mediante: a) El establecimiento de las bases para la denominación y codificación de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud b) La clasificación de las Zonas Básicas de Salud c) La regulación del procedimiento de modificación de los límites territoriales de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud que las componen d) La ordenación general de los centros y servicios de referencia en atención especializada en la Comunidad de Castilla y León</p>
<p>Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el sistema de salud de Castilla y León</p>	<p>20/12/2007 BOCyL núm. 249 de 26/12/2007</p>	<p>Segunda opinión médica</p>	<p>El Decreto tiene por objeto regular el ejercicio del derecho a solicitar y recibir una segunda opinión médica en el sistema de salud de Castilla y León con el fin de ayudar al paciente a tomar decisiones sobre su salud</p>
<p>Orden SAN/76/2007, de 16 de enero, por el que se regula el sistema de vigilancia epidemiológica de las situaciones epidémicas y brotes</p>	<p>16/01/2007 BOCyL núm. 20 de 29/01/2007</p>	<p>Vigilancia epidemiológica</p>	<p>1. El objeto de la presente Orden es regular el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes 2. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes es un sistema básico de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León cuyo objetivo es la detección precoz de situaciones epidémicas o brotes de cualquier etiología que representen un potencial riesgo que requieran la adopción de adecuadas medidas de control para limitar su extensión a la comunidad</p>

Orden SAN/605/2007, de 23 de marzo, por la que se regula el Registro de establecimientos y servicios farmacéuticos de Castilla y León	23/3/2007 BOCyL núm. 66 de 03/04/2007	Registro de establecimientos y servicios farmacéuticos de Castilla y León	1. El objeto de la presente Orden es regular las características, organización y funcionamiento del Registro de Establecimientos Farmacéuticos de Castilla y León, así como los asientos que en él puedan practicarse 2. En este registro se inscribirán los establecimientos farmacéuticos incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, con la excepción de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos de los centros sanitarios con y sin internamiento que deberán inscribirse en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla y León regulado por Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de 8 de marzo de 2001
Orden SAN/559/2007, de 26 de marzo, por la que se aprueba el Plan de Garantía de los Derechos de las Personas en relación con la salud	BOCyL núm. 61 de 27/03/2007	Plan de Garantía de los Derechos de las Personas en relación con la salud	
Acuerdo 242/2007, de 29 de noviembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se establece la denominación y codificación de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud de la Comunidad de Castilla y León, se hace pública la actual delimitación territorial de las Zonas Básicas de Salud y se aprueba la denominación de los Complejos Asistenciales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León	29/11/2007 BOCyL núm. 236 de 05/12/2007	Codificación y delimitación de las Zonas Básicas de Salud	Establece la denominación y codificación de las Áreas de Salud y sus Zonas Básicas de Salud
Orden SAN/2.008/2007, de 14 de diciembre, por la que se crea el comité asesor de la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para la utilización terapéutica de la hormona de crecimiento y sustancias relacionadas	14/12/2007 BOCyL núm. 246 de 20/12/2007	Creación del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento	Se crea el Comité Asesor para la Utilización Terapéutica de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, como órgano consultivo y asesor de la Gerencia Regional de Salud
Orden SAN/2.128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León	27/12/2006 BOCyL de 07/01/ 2007	Vigilancia epidemiológica: EDO	
Orden SAN/76/2007, de 16 de enero, por el que se regula el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Situaciones Epidémicas y Brotes	16/01/2007 BOCyL de 29/01/2007	Vigilancia epidemiológica: epidemias y brotes	
Orden SAN/1.032/2007, de 26 de mayo, por la que se modifica parcialmente el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de la Comunidad de Castilla y León	26/05/2007 BOCyL de 11/06/2007	Vacunación	

BOCyL, Boletín Oficial de Castilla y León; BOE, Boletín Oficial del Estado; EDO, enfermedades de declaración obligatoria.

Planificación y programas sanitarios

Salud materno-infantil

Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas

Su objetivo es la detección precoz de enfermedades congénitas (hipotiroidismo, fenilcetonuria y fibrosis quística) y su población diana, los recién nacidos.

Programa de Promoción de la Lactancia Materna

Su objetivo es restaurar la cultura de la lactancia materna y la población diana, mujeres embarazadas, futuros padres, profesionales sanitarios, comunidad educativa y la población en general. Se realiza también un concurso de fotografía sobre lactancia materna.

Programa de Detección Precoz y Atención Integral de Hipoacusia Infantil

El objetivo es mejorar la calidad de vida y la integración social de los niños que nazcan con hipoacusia. La población diana son los recién nacidos.

Actividades de promoción de la salud relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y cuidados del niño hasta los tres años

El material de apoyo utilizado son el libro *La salud desde el principio*, la guía *¿Qué debo saber para que mi hijo nazca sano?*, la Cartilla de la Embarazada y el Documento de Salud Infantil.

Promoción de la salud escolar

Programa de Educación para la Salud en Centros Docentes

El objetivo es mantener y mejorar el grado de salud de los jóvenes que cursan estudios no universitarios. La población diana son escolares de los centros docentes no universitarios. Y las actividades son el desarrollo de proyectos de promoción de la salud relacionados con la alimentación saludable y actividad física, la salud sexual y la prevención de accidentes, mediante convocatoria por orden en el BOCyL.

Programa de Salud Bucodental (en la escuela)

Objetivo: mejorar la salud bucodental infantil.

Población diana: niños de 6 a 12 años.

Actividades: colutorios semanales y educación para la salud.

Programa de Promoción y Educación para la Salud en Adolescentes y Jóvenes

El objetivo es promover hábitos saludables en los jóvenes y la población diana son adolescentes y jóvenes.

Respecto a las actividades, destacan:

- *Página web Salud Joven:* con información sobre sexualidad, anorexia y bulimia, drogas, salud y viajes, alimentación saludable, infección VIH/sida, ejercicio físico y deporte, prevención de accidentes, teléfonos y direcciones de interés.
- *Teléfono Joven (901 14 15 14):* con información sobre sexualidad, infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

Promoción de la salud en la comunidad

Los puntos más importantes en que se ha centrado la promoción de la salud son:

- Programas de prevención de accidentes de tráfico.
- Programas de promoción de la actividad física.
- Programas de prevención sobre efectos del frío y el calor.

Evaluación del II Plan de Salud y elaboración del III Plan de Salud

El II Plan de Salud ha estado vigente hasta diciembre de 2007 (tabla 9). Su evaluación se ha llevado a cabo desde la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. Participan en este proceso todos los centros directivos de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud.

Los resultados ponen de manifiesto que más del 95 % de los objetivos específicos incluidos en el Plan están conseguidos o parcialmente conseguidos.

En el marco del II Plan de Salud y, por tanto, a lo largo de su vigencia, se han desarrollado otras herramientas de planificación: Estrategia Regional contra el Cáncer, Estrategia de Salud Mental y Asistencia Sanitaria Psiquiátrica, Plan de Atención Sanitaria Geriátrica y Estrategia Regional de Salud Cardiovascular.

La evaluación del II Plan de Salud y de las Estrategias Regionales mencionadas es uno de los puntos de partida para el desarrollo del III Plan de Salud (2008-2012) y forma parte del análisis de situación establecido en la metodología.

TABLA 9. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2007 (Castilla y León)

		Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de salud		Sí	II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007	Fase de evaluación final y elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1992	
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí		
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1986	Programas específicos y continuados enmarcados en el desarrollo de la Estrategia Regional contra el Cáncer
Cáncer		Sí		Programas específicos y continuados enmarcados en el desarrollo de la Estrategia Regional contra el Cáncer

Cuidados paliativos				En elaboración un plan de cuidados paliativos
Salud mental		Sí	2003-2007	Fase de elaboración de la II Estrategia de Salud Mental
Atención al parto normal				Inicio de acciones dentro del convenio con el Ministerio de Sanidad
Violencia de género	Plan de acción	Sí		<ol style="list-style-type: none"> 1. Decisión de adaptar el protocolo de actuación ante la violencia de género para su implantación en la cartera de servicios de atención primaria, incluyendo en él los recursos específicos de Castilla y León 2. Diseño y puesta en marcha de un Plan de Formación en Violencia de Género para los profesionales sanitarios de la Gerencia Regional de Salud (personal de equipos de atención primaria, servicios de urgencias (atención primaria, hospitales y 112), personal de servicios psiquiátricos y centros de salud mental, etc.) 3. El protocolo que sustenta la cartera de servicios de atención primaria incluye actividad de detección precoz, pautas de actuación y criterios de derivación a otros profesionales o recurso 4. Protocolo informático del servicio de atención a la violencia de género en el programa informático de atención primaria MEDORA+. 5. Inclusión de la perspectiva de género en los servicios de cartera de atención primaria
	Acciones preventivas	Detección precoz		
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí, aceptada adaptación		

Estrategia Regional contra el Cáncer

Aunque el período de vigencia formal de esta estrategia finalizó en diciembre de 2004, las actuaciones y programas incluidos en la estrategia continúan desarrollándose en la actualidad. Destacan los que a continuación se exponen.

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

El objetivo es disminuir la mortalidad por cáncer de mama y aumentar la calidad de vida de las mujeres afectadas. La población diana son mujeres con edades comprendidas entre 45 y 69 años.

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero

El objetivo es disminuir la mortalidad por cáncer de cuello de útero y la incidencia de cáncer invasivo de cuello de útero.

La población diana son mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años, mujeres mayores de 20 años con factores de riesgo y mujeres mayores de 65 años a quienes no se les ha realizado nunca una citología.

Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario

El objetivo es reducir la morbilidad y mortalidad en sujetos con predisposición genética a padecer un cáncer hereditario y mejorar su calidad de vida. La población diana son familias con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, cáncer de ovario, poliposis adenomatosa familiar (PAF) o cáncer colorrectal hereditario no polipósico.

Estrategia Regional de Salud Cardiovascular

Estaba vigente hasta diciembre de 2007. Incluía actuaciones frente a la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares.

Aunque esta estrategia fue anterior a la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS, los objetivos y actividades del apartado de cardiopatía isquémica son acordes con lo que se plantea para el Sistema Nacional de Salud. Su evaluación es anual.

Se han puesto en marcha muchas actuaciones de prevención primaria y secundaria tanto en población general, comunidad educativa como en el nivel de atención primaria de salud. Destaca la dotación de recursos, el impulso de programas de mejora de la calidad y coordinación, programas de formación de los profesionales y fomento de la investigación en este campo.

Mejora de la asistencia sanitaria a pacientes con enfermedades cardiovasculares

Se han consolidado y realizado nuevas actuaciones para la mejora de la asistencia sanitaria a pacientes con patología cardiovascular. Entre ellas, la consolidación del Servicio de Cirugía Cardíaca en León, que comenzó su funcionamiento a mediados de 2005 y de la Sala de Hemodinámica del

Complejo Hospitalario de Burgos y que en el año 2007 se encontraban a pleno rendimiento.

Otra de las acciones que ha tenido un importante impulso ha sido la ampliación de unidades de ictus en varios hospitales de la comunidad.

Guías de práctica clínica para la atención al síndrome coronario agudo y al ictus

Se ha desarrollado un proyecto para la elaboración e implantación de protocolos y guías de práctica clínica, para la atención de las patologías cardiovascular y cerebrovascular, con el objetivo de mejorar el proceso asistencial, acortando los tiempos de asistencia y la coordinación de actuaciones entre niveles.

Elaboración de una guía de riesgo cardiovascular

Se ha elaborado una guía de riesgo cardiovascular para atención primaria.

Estrategia de Salud Mental y Asistencia Sanitaria Psiquiátrica

A lo largo del año se han desarrollado nuevas acciones en las siguientes Líneas Estratégicas:

Línea Estratégica I: mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental:

- Con la finalidad de disminuir la aparición de enfermedades mentales en la población de Castilla y León, se ha puesto en marcha un programa de ayuda para las tareas de parentalización destinado a personas con enfermedades mentales graves y prolongadas que tienen hijos en período de crianza, que ha tenido gran aceptación entre las personas usuarias y sus familias.
- Con la finalidad de disminuir las recaídas de los y las pacientes en tratamiento, se ha puesto en marcha un programa de prevención de las conductas suicidas en pacientes que han realizado tentativas frustradas.

Línea Estratégica II: dotación de recursos y ordenación asistencial:

- Integración de la atención psiquiátrica en atención especializada: se ha pretendido adscribir los recursos de atención psiquiátrica a la red normalizada del sistema de salud de Castilla y León dado que en el pasado reciente aún existían dispositivos asistenciales dependientes de otras Administraciones e instituciones privadas con y sin ánimo de lucro. A lo largo de 2007 se han realizado las siguientes acciones enmarcadas en esta política de integración de recursos y de asistencia: integración de los servicios psiquiátricos del Consorcio Dr. Villacián y de los de la Diputación Provincial de Segovia.
- Coordinación entre atención primaria y atención especializada. Se ha puesto en marcha un programa de coordinación con atención primaria orientado a mejorar la atención a los numerosos problemas psiquiátricos y psicológicos que se encuentran en el nivel de atención primaria y las derivaciones a atención especializada.
- Avance en la adecuación y mejora del mapa de atención psiquiátrica. Con esta finalidad se han realizado las siguientes nuevas acciones:
 - Mejora de la atención infantojuvenil mediante el desarrollo de programas de atención infantojuvenil con lo que se da cobertura a todas las áreas de salud.
 - Apertura de una unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil de referencia regional en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
 - Creación de una nueva unidad de convalecencia psiquiátrica para procesos subagudos en Salamanca y concertación de otra en Valladolid.

Línea Estratégica III: mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos

Esta línea de trabajo pretende facilitar el acceso de la población y de colectivos específicos a los recursos de atención psiquiátrica. Para ello se ha mejorado la cobertura del Programa de Gestión de Casos Psiquiátricos, que al finalizar el año 2007 alcanzó el 70 %. Entre otros programas especializados destacan el Programa de Consultoría para Personas con Retraso Mental y Enfermedad Mental y el Programa Terapéutico Comunitario.

Asimismo, se han realizado los estudios preliminares para la elaboración de la nueva Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2008-2012, constituyéndose un grupo de expertos en esta materia.

Además, existen actuaciones de esta Estrategia que forman parte de su participación en los programas derivados del Plan Sociosanitario, que contemplaba el acercamiento de las redes de atención social y sanitaria, protocolizando el modo de hacerlo. En este caso, se encuentran tanto el programa del psiquiatra consultor, como la creación de unidades de atención a personas con problemática dual (discapacidad y enfermedad mental).

Plan de Atención Sanitaria Geriátrica

Estuvo vigente hasta diciembre de 2007, y se realiza una evaluación anual.

Mediante este plan se ha impulsado la atención integral, la continuidad de cuidados, la mejora de la eficiencia, la mayor coordinación efectiva con los recursos de servicios sociales y el desarrollo del programa de atención a la demencia en los dos niveles asistenciales.

Destacan:

- Impulso del Servicio de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos con demencia y sus cuidadores. El ámbito de aplicación del servicio es el centro de salud, el domicilio, centros de servicios sociales, centros residenciales de personas mayores adscritos al centro de salud.

La estrategia de implantación es la siguiente:

1. Fase de pilotaje: año 2005.
 2. Elaboración de documentación de soporte y plan de formación: enero-octubre 2006.
 3. Implantación controlada e inclusión en cartera de servicios: noviembre 2007-noviembre 2008.
- Conciertos para la gestión del Servicio de Hospitalización Especial de Media Estancia en Unidad de Cuidados Subagudos/Rehabilitación.
 - Dotación de los hospitales con equipos de valoración de cuidados geriátricos.

Equidad

En la elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León se han tenido en cuenta objetivos relacionados con el conocimiento de las desigualdades en salud de la población, el seguimiento de las diferencias de género en los problemas de salud considerados y el desarrollo de propuestas para el control de riesgo en grupos de población más expuesta (tabla 10).

TABLA 10. Proyectos y medidas para la equidad, 2007 (Castilla y León)

	Sí/no	Tipo de medida
Género	Sí	Inclusión del Servicio de Prevención y Atención a la Violencia de Género en atención primaria
Etnia	Sí	Plan Integral de Inmigración

Asimismo, en las nuevas Estrategias Regionales de Salud que se están desarrollando se incluye el análisis desde la perspectiva de género y medidas orientadas a conocer y reducir las posibles desigualdades en salud para grupos de población y ámbitos territoriales.

Como medida relacionada con el conocimiento de las desigualdades en salud, se establece un sistema de colaboración entre la gerencia de Servicios Sociales y la atención primaria de salud, para la valoración de la dependencia.

La medida conlleva que el personal de enfermería de los equipos de atención primaria (EAP) aplicarán el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) a las personas de su demarcación asistencial que lo soliciten y estén incluidas en el Programa de Inmovilizados de la Cartera de Servicios.

Como medida para mejorar la equidad en la asistencia por el SNS, se edita la *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria*, por la Junta de Castilla y León, que garantiza la adecuada atención integral a las personas que necesitan los servicios sociales y sanitarios de forma simultánea o sucesiva y para detectar las necesidades de mejora tanto de procesos como de servicios o recursos.

Como medida relacionada con el conocimiento de buenas prácticas para la mejora del acceso y utilización de los servicios sanitarios del SNS en personas con enfermedad mental, se establece un convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Federación de Asociaciones de Familia-

res y Personas con Enfermedad Mental de Castilla y León (Feafes Castilla y León) con las siguientes actuaciones:

- Programa de psicoeducación familiar.
- Programa de promoción de la salud.
- Programa de apoyo a familias en el ámbito hospitalario.

Pilotaje del Servicio de Atención a la Violencia de Género

Se trata del pilotaje para la inclusión del Servicio de Prevención y Atención a la Violencia de Género en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León.

El objetivo general es reducir los riesgos para la salud de las mujeres mayores de 14 años debidos a la violencia de género.

Los objetivos específicos son la detección en fases precoces de los casos de mujeres víctimas de violencia de género, ofertar un plan de atención básico y personalizado en función del grado de riesgo favoreciendo la coordinación con los servicios sociales y promoviendo la capacitación de las mujeres que sufren malos tratos en el reconocimiento de su situación y la búsqueda de soluciones y, por último, conocer y cuantificar la gravedad y magnitud de este problema en nuestra comunidad sensibilizando a la población general sobre su importancia.

La estrategia de implantación se basa en actividades de sensibilización a directivos y profesionales, información y formación para profesionales de atención primaria, diseño del Servicio de Prevención y Atención a la Violencia de Género, estableciendo una pauta de actuación normalizada y homogénea para todos los profesionales del sistema de salud y pilotaje de este servicio que se ha desarrollado en el último trimestre de 2007 y continuará en 2008, en todas las áreas de la comunidad en uno o varios centros.

Otras actuaciones en violencia de género son las siguientes:

Durante el año 2007 se ha difundido el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en todos los centros de atención especializada y se ha nombrado un responsable en todas las áreas para el seguimiento e impulso de las actuaciones en esta materia.

Plan Integral de Inmigración

Formación del personal sanitario en la atención a la población de distintos orígenes y culturas, y en mediación intercultural

Los objetivos de la actividad son: mejorar la formación de grupos específicos de profesionales sanitarios para la atención de problemas concretos, centrándose en las especiales necesidades sanitarias que presentan determinados grupos de riesgo, como las mujeres y los niños dentro del colectivo de la población inmigrante; propiciar el acceso de la población inmigrante a los recursos sanitarios y la información sobre los recursos y servicios sanitarios, y mejorar la atención a la patología específica de este colectivo: problemas de salud prevalentes y patología importada.

Se han realizado 24 cursos de formación incluyendo todas las áreas con una participación de un total de 394 profesionales sanitarios.

Adaptación de documentación clínica para la atención a inmigrantes

El objetivo es mejorar el acceso y la calidad en la atención sanitaria a la población inmigrante salvando las dificultades en la comunicación que suponen las diferencias idiomáticas.

Se ha editado y difundido la documentación de historia clínica en cinco idiomas (inglés, francés, búlgaro, rumano y árabe): anamnesis sobre el problema de consulta y documentación con imágenes que faciliten la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario. La documentación se utilizará por parte de todos los profesionales sanitarios de los centros de salud y puntos de atención continuada de la Gerencia Regional de Salud (50.000 ejemplares de historias clínicas en cinco idiomas).

Además, en todos los servicios de ginecología y obstetricia se dispondrá de la documentación específica para facilitar la comunicación con las embarazadas inmigrantes durante su ingreso con motivo del parto (1.200 pictogramas en diversos idiomas).

Disposición de un módulo traductor de ayuda en la historia clínica de atención primaria para la atención a pacientes inmigrantes en distintos idiomas

El objetivo es mejorar la atención sanitaria a la población inmigrante, facilitando la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes

que no hablan castellano, mediante un programa informático de traducción simultánea para la entrevista clínica estándar de atención primaria en varios idiomas.

En esta primera fase, el programa se ha instalado en 20 centros de salud de la comunidad, priorizando aquéllos con mayor número de usuarios en que el idioma de su país de origen es uno de los incluidos en esta primera versión del programa (árabe, chino, búlgaro, rumano o inglés). Se priorizan, además, los centros que realizan atención continuada y los puestos de los trabajadores sociales.

Mejora del acceso y utilización de los servicios sanitarios del SNS

Se han potenciado las unidades de salud bucodental, permitiendo alcanzar en el año 2007 un total de 90 unidades, con un incremento del 80 % sobre las existentes en el año 2002.

El incremento de las unidades de fisioterapia ha representado un aumento de 48 unidades (104 %) en relación con el año 2002 y de 60 fisioterapeutas (92 %). Esto ha permitido que se disponga de unos ratios en atención primaria muy adecuadas a las necesidades y los procesos tratados, (16.000 en mayores de 14 años por fisioterapeuta). Se da cobertura a la totalidad de la población, y, en la actualidad, el 90 % de los ciudadanos y las ciudadanas disponen de una unidad a menos de 23 minutos.

También en el año 2007, se incorporaron 6 pediatras, lo que ha permitido continuar avanzando en la cobertura total en la atención pediátrica. Esto ha supuesto un incremento del 152 % en el número de pediatras de área y del 8 % en el número de pediatras de equipo.

En el año 2007 se ha continuado con la extensión progresiva en todas las provincias de la anticoagulación oral mediante extracción capilar, lo que implica evitar los desplazamientos de estos pacientes a los hospitales, así como la extracción menos traumática de las muestras.

En el medio rural, se ha seguido implantando el programa de transporte a demanda iniciado por la Consejería de Fomento. La Gerencia Regional de Salud colabora en él reorganizando las actividades que se realizan en el centro de salud para adaptarlas a las distintas rutas de transporte y dar la máxima cobertura y servicio a toda la población de la zona básica de salud (ZBS). En este sentido, hay que indicar que, en el año 2007, se extendieron a un total de 60 ZBS, que disponen de este servicio y se ha beneficiado a más de 357.000 ciudadanos.

Potenciación de los desplazamientos de especialistas a zonas periféricas

En los últimos años ha incrementado el número de especialistas que se desplazan a centros alejados de los principales núcleos de población, no sólo a centros de especialidades, sino también a centros de salud, potenciando así la atención especializada en el medio rural y evitando el desplazamiento de los y las pacientes.

En 2007 se han realizado desplazamientos de especialistas a 35 centros de salud y a 6 centros de especialidades ubicados en núcleos rurales.

Creación de una nueva unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátricos en el Complejo Asistencial de Burgos

Con la creación de esta nueva UCI, Sacyl dispone actualmente de 2 unidades de cuidados intensivos pediátricos ubicadas en los complejos asistenciales de Salamanca y Burgos.

La nueva UCI Pediátrica de Burgos es referencia para el Área de Salud de Burgos, Palencia, Soria y Valladolid.

Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

Las características sociodemográficas de Castilla y León plantean una clara problemática desde el punto de vista de la prestación asistencial sanitaria, lo que, de manera esencial, condiciona la planificación de los recursos sanitarios, tanto en su vertiente material como en su dotación humana, y llega a representar un factor diferencial de crecimiento del gasto sanitario respecto a otras comunidades autónomas por cuanto que las necesidades asistenciales y, por ende, las necesidades de personal, que fijan las personas usuarias mayores de 65 años –y más aun de 75 años–, es significativamente superior a las de las personas más jóvenes, es decir, no puede obviarse el hecho de que Castilla y León es la comunidad con mayor proporción de personas mayores de 65 años de todo el territorio nacional.

Este envejecimiento paulatino de la población, unido a una mayor esperanza de vida, determina un incremento del grado de dependencia sanitaria de las personas usuarias. Aumenta la tasa de prevalencia de muchas enfermedades crónicas y degenerativas, que se traduce en una mayor demanda de asistencia hospitalaria, de asistencia domiciliaria, más consumo de servicios sanitarios y, por ende, una mayor necesidad de dotación humana.

Dicho lo cual y, atendiendo a la radiografía estadística de la dotación regional de recursos humanos reflejada en la tabla 11, pueden efectuarse varias lecturas que a nadie escapan, pues se evidencian unas necesidades de las que se ha hecho eco la Junta de Castilla y León, llegando a constituir en estos momentos uno de los objetivos esenciales reconocidos, y de cuyas actividades se está dando puntual conocimiento e información tanto a los representantes sindicales como a los propios interesados.

TABLA 11. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2007 (Castilla y León)

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa		
Organización de la formación continuada	Institución u organismo específico	Sí	Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IESCyL)	Decreto 224/1998, de 29 de octubre, por el que se constituye la fundación del Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León		
		Hombres	Mujeres	Edad		
				Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Número de profesionales en atención primaria						
Medicina familiar y comunitaria		1.662	1.326	25	1.111	1.852
Pediatría		87	214	2	172	127
Enfermería		514	2.443	174	1.439	1.344
Farmacia		4	7	0	10	1
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)		82	285	29	191	147
Otros profesionales no sanitarios		487	1.518	13	1.272	720
Número de profesionales en atención especializada						
Medicina de familia		36	43	3	64	12
Pediatría		111	142	77	81	95
Enfermería		540	7.209	1.079	4.120	2.550
Auxiliar de enfermería		145	5.694	172	2.929	2.738
Farmacia		18	60	4	64	10
Otro personal sanitario		54	372	63	187	176
Personal no sanitario		1.376	5.201	282	3.683	2.612
Número de profesionales por especialidades médicas*						
Alergología**		13	17	0	25	5
Análisis clínicos		52	64	0	25	91
Anatomía patológica		35	34	0	39	30
Anestesiología y reanimación		115	123	0	154	84
Angiología y cirugía vascular		18	8	0	13	13
Aparato digestivo		58	22	0	34	46
Bioquímica clínica		0	4	0	4	0
Cardiología		88	25	0	56	57
Cirugía cardiovascular		13	5	0	12	6
Cirugía general y del aparato digestivo		173	58	0	103	128
Cirugía maxilofacial		10	2	0	10	2

Cirugía pediátrica	10	0	0	4	6
Cirugía torácica	9	1	0	4	6
Cirugía plástica y reparadora	19	10	0	19	10
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	28	33	0	25	36
Endocrinología y nutrición	30	16	0	29	17
Estomatología	1	0	0	0	1
Farmacología clínica	2	0	0	0	2
Geriatría	4	7	0	10	1
Hematología y hemoterapia	52	49	0	46	55
Inmunología	3	1	0	3	1
Medicina del trabajo	9	9	0	15	3
Medicina de la educación física y el deporte	5	0	0	3	2
Medicina intensiva	69	27	0	43	53
Medicina interna	160	60	0	90	130
Medicina nuclear	9	7	0	6	10
Medicina preventiva y salud pública	14	11	0	12	13
Microbiología y parasitología	24	26	0	26	24
Nefrología	44	23	0	27	40
Neumología	44	19	0	30	33
Neurocirugía	29	2	0	12	19
Neurofisiología clínica	16	11	0	11	16
Neurología	33	28	0	44	17
Obstetricia y ginecología	121	120	0	95	146
Oftalmología	105	63	0	80	88
Oncología médica	17	16	0	28	5
Oncología radioterápica	9	13	0	15	7
Otorrinolaringología	89	38	0	54	73
Psiquiatría	50	47	0	63	34
Radiodiagnóstico	99	88	0	91	96
Rehabilitación	21	30	0	18	33
Reumatología	13	13	0	14	12
Traumatología y cirugía ortopédica	200	26	0	100	126
Urología	101	5	0	34	72

*Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista. **Excluido personal en formación.

Estas lecturas pasan por entender que existen especialidades sanitarias que claramente precisan de más profesionales, bien por constituir los actualmente existentes un número inferior al deseable o por la apertura de nuevos centros sanitarios, o por el incremento de la cartera de servicios que ofrece la sanidad castellano-leonesa, y/o también y de manera importante porque la pirámide de edad de los facultativos de la comunidad dibuja una plantilla envejecida –el 46 % aproximadamente con edad superior a los 50 años–, lo que invita a la movilización y búsqueda de nuevos profesionales que cubran la disminución de efectivos por el incremento de la jubilación.

Estos aspectos y actuaciones pasan igualmente por una declaración abierta a favor del diálogo social, como lo evidencia el reciente pacto suscrito entre la sanidad castellano-leonesa y una gran mayoría de las fuerzas sindicales de nuestra región que, en esta materia y entre otras cuestiones, pasa por la creación de una unidad de búsqueda y oferta de empleo sanitario, dirigida a captar profesionales sanitarios y extender esta actividad a aquellas categorías que se presenten como más deficitarias. A estas necesidades y dificultades se está tratando de poner solución, pero no una solución cualquiera, sino aquella que más beneficie al profesional sanitario y, obviamente, a la persona usuaria destinataria última de su trabajo.

De igual manera, resultan de interés en la planificación de estos recursos humanos y su posterior desarrollo temas tan importantes como la estabilidad en el empleo. Es un objetivo propuesto bajar la tasa de interinidad actual del 17 al 4 %, para lo cual hay en estudio una serie de actuaciones, como la transformación del personal eventual cuyas prestaciones se consideren una necesidad estructural de la organización, en plantilla orgánica, así como la reactivación de procesos selectivos y concursos de traslados.

Estas medidas pasan, igualmente, por establecer condiciones de trabajo que tiendan a la fidelización y estabilidad de los profesionales, mejorando e incrementando las expectativas de desarrollo y promoción individual en su actividad laboral, a través de medidas como un régimen retributivo acorde con la estructura prevista en la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud, estando prevista la incorporación del denominado “complemento de acuerdo marco” en alguno de los conceptos retributivos fijos previstos en la Ley 2/2007, de 7 de marzo, así como la revisión del complemento de productividad variable y la regulación del complemento de actividad, y la inclusión en el complemento específico de los conceptos del puesto de trabajo. Igualmente, y en materia de permisos y régimen de sustituciones del personal, así como de jornada laboral, cabe hablar de la limitación a una jornada máxima semanal conjunta (ordinaria y extraordinaria) de 48 horas, lo que representa, amén del cumplimiento de lo preceptuado en el Estatuto Marco y en la Directiva Europea, un importante aumento de efectivos y/o horas de sustitución.

En la misma línea, cabe hablar también del desarrollo de la carrera profesional retribuida, que además de una previsión incluida en el Estatuto Marco y un objetivo institucional de la Junta de Castilla y León, es un mandato contenido en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, además de una aspiración histórica de los profesionales del sistema sanitario, y una reivindicación permanente de los representantes sindicales, y que en el ámbito de esta comunidad autónoma aparece regulado en los artículos 81 y siguientes de la Ley 2/2007 del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, y en la resolución de 22 de diciembre de 2006, de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, por la que se dispone la inscripción en el Registro Central de Convenios Colectivos de Trabajo, el depósito y la publicación del Acuerdo de la Mesa Sectorial del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas sobre la Carrera Profesional del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. Se pretende, pues, una carrera profesional unida a la asistencia, docencia, investigación y gestión clínica, habiéndose fijado igualmente el objetivo de negociar la posibilidad de ampliación a colectivos que, a pesar de ser empleados públicos de Sacyl, no están previstos en la actualidad.

Se trata, pues, de dar cumplimiento a las herramientas planificadoras del Servicio de Salud de Castilla y León, cuyo instrumento básico es el Plan de Ordenación de Recursos Humanos previsto en la disposición final primera de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, en aras de la obtención de una mejora sustancial y en lo posible de las condiciones laborales de los trabajadores de Sacyl, orientadas a una integral y coordinada prestación asistencial, un mejor rendimiento y un eficiente uso de los recursos tanto materiales como humanos, todo ello tendente a la consecución del nivel óptimo de la calidad, de los centros e instituciones sanitarios regionales.

En la misma línea, cabe hacer una expresa referencia a la planificación y gestión de la formación continuada en esta comunidad autónoma, que se realizará desde un doble enfoque: por un lado, se incorporan los objetivos institucionales que se han priorizado desde los Servicios Centrales a los programas de formación del Servicio de Formación de la GRS y gerencias periféricas, dependiendo de los profesionales a los que vaya dirigido y la cobertura por alcanzar, es decir, el despliegue necesario de la formación para conseguir el objetivo concreto. Por otro lado, se detectan necesidades en cada gerencia periférica y de los profesionales que la componen (incluido el personal de los Servicios Centrales) mediante encuestas individuales a profesionales, mandos intermedios e informadores clave.

Con esa detección, a través de las comisiones de formación se realiza una priorización de necesidades en función de una parrilla de criterios definidos (extensión, gravedad, vulnerabilidad, etc.) y de esa priorización se

deriva el programa de formación con las actividades concretas que deben realizarse en cada ámbito.

La gestión de la formación, una vez definido el programa formativo para el año, se realiza igualmente en dos ámbitos:

- Central, que gestiona la formación para los servicios centrales y desde donde se da respuesta a objetivos institucionales, en su mayor parte.
- Periférico, que gestiona la formación que da respuesta a necesidades concretas de las propias gerencias de atención primaria, atención especializada y gerencia de emergencias (p. ej., calidad y programas específicos de cartera de servicios) y la formación priorizada para los profesionales de las diferentes categorías de esa gerencia. También puede gestionar actividades de formación que se han descentralizado desde Servicios Centrales, consiguiendo así una formación más accesible y cercana a todos los profesionales.

Sobre las encuestas de satisfacción, se realizan al finalizar todas las actividades formativas que se proponen dentro de los programas de formación continuada del Servicio de Formación de la Gerencia Regional de Salud y de las unidades de formación de atención primaria, atención especializada y gerencia de emergencias. En estas encuestas, además de preguntar por aspectos concretos de organización y adecuación de la actividad formativa, se solicitan las aportaciones y sugerencias de los profesionales que han asistido a la actividad con el fin de mejorar la formación continuada en esta comunidad autónoma.

Dentro de las sugerencias, que de forma global se han evaluado, pueden destacarse:

- Organizar la formación continuada dentro de la jornada laboral, si es posible.
- La formación continuada debe servir para el desarrollo profesional.
- Realizar actividades de corta duración dentro de la jornada laboral.
- Utilizar metodologías docentes más participativas y prácticas (p.ej., talleres y seminarios).

Farmacia

La prestación farmacéutica en receta oficial del Sistema Nacional de Salud, en oficina de farmacia, representó en 2007 en Castilla y León un gasto previo de 678.162.532 euros y un gasto final de 657.546.150,37, lo que implica unos incrementos con relación al año anterior del 5,37 y el 5,19 %, respectivamente. Las recetas totales dispensadas en Castilla y León ascendieron a 47.135.881 y su incremento interanual fue del 5,66 %. El gasto medio por receta previo fue de 14,39 euros, lo que implica una contención en la tendencia del crecimiento al ser el 0,28 % inferior al de 2006.

A esta contención del crecimiento del gasto han contribuido, entre otras medidas, las siguientes:

- La disponibilidad de un sistema de información de la prestación farmacéutica con series históricas desde el año 2000, como herramienta para el análisis y la toma de decisiones.
- La información periódica individual por facultativo sobre su comportamiento prescriptor, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, con especificación del gasto evitable por principio activo derivado de la selección eficiente de medicamentos.
- El fuerte incremento experimentado por la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas que alcanzó en diciembre de 2007 el 23,96 % con un valor medio anual del 22,59 % aunque con distinta distribución por niveles asistenciales: el 23,11 % en atención primaria y el 9,30 % en atención especializada.
- La promoción de la prescripción por principio activo (DOE), que alcanzó en diciembre de 2007 el 25,19 %.
- La potenciación de las actividades de formación e información sobre medicamentos.
- La incentiación de los profesionales ligada a objetivos relacionados con la prescripción.

Con respecto a los sistemas de información sobre consumo farmacéutico en el ámbito hospitalario, está finalizando la primera fase de un sistema de información agregada de adquisiciones y consumos de productos farmacéuticos realizados a través de los servicios de farmacia de hospital. Dicho sistema constituye la herramienta básica para la toma de decisiones y la planificación de actuaciones de mejora de los procesos relacionados con la adquisición y la utilización de productos farmacéuticos en el hospital mediante el análisis de la gestión de compras y de la adecuación de consumos hospitalarios de medicamentos. La tabla 12 resume la dispensación farmacéutica extrahospitalaria.

TABLA 12. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2007 (Castilla y León)

		Datos de 2007	Observaciones
Número de envases dispensados	Número total de envases	47.429.628	
	Porcentaje de envases de genéricos/total de envases	22,05	
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	47.135.887	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	22,05	
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total previo	678.162.532,69	
	Porcentaje de gasto en genéricos previo/gasto farmacéutico total previo	8,85	No está aplicado el descuento de las oficinas de farmacia (gasto previo)
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	2.827.937 2.300.995 2.089.280	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N05BA: derivados de la benzodiacepina N02BE: anilidas
	En el total de recetas de genéricos dispensadas	1.941.902 837.958 773.197	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N05BA: derivados de la benzodiacepina C10AA: inhibidores de la HMG-CoA-reductasa
	En el total de envases dispensados	2.827.941 2.300.995 2.089.280	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N05BA: derivados de la benzodiacepina N02BE: anilidas
	En el total de envases de genéricos dispensados	1.941.904 837.961 773.197	A02BC: inhibidores de la bomba de protones N05BA: derivados de la benzodiacepina C10AA: inhibidores de la HMG-CoA-reductasa

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia.*Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. **Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponde con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapic, Chemical*; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA-reductasa.

Tanto por la calidad de atención como en el ahorro de coste, resulta importante el programa que los hospitales están realizando sobre atención farmacoterapéutica en las residencias de personas mayores de la Gerencia de Servicios Sociales. Esta actuación ha sido posible como consecuencia del despliegue del Plan Sociosanitario. Los resultados obtenidos están siendo positivos y existe la posibilidad de hacerla extensible a otros centros residenciales de personas dependientes.

Investigación

En 2007 se fomentaron actuaciones de investigación a través de las convocatorias e iniciativas que se presentan en las tablas 13-17.

TABLA 13. Subvenciones concedidas para la realización de programas y acciones en materia de salud pública, 2007 (Castilla y León)

Provincia	Cantidad		Importe (en euros)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ávila	8	8	9.400	9,89
Burgos	15	15	14.830	15,61
León	20	20	18.450	19,42
Palencia	8	8	7.250	7,63
Salamanca	17	17	14.240	14,99
Segovia	2	2	1.400	1,47
Soria	3	3	2.600	2,74
Valladolid	18	18	18.830	19,82
Zamora	9	9	8.000	8,42
Total	100	100	95.000	100,00

TABLA 14. Subvenciones concedidas para la realización de congresos, simposios y reuniones científicas en materia de salud, 2007 (Castilla y León)

Provincia	Cantidad		Importe (en euros)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ávila	3	6,98	6.680	6,68
Burgos	3	6,98	6.682	6,68
León	8	18,60	17.340	17,34
Palencia	1	2,33	1.200	1,20
Salamanca	9	20,93	21.668	21,67
Segovia	3	6,98	8.670	8,67
Soria	1	2,33	1.000	1,00
Valladolid	11	25,58	25.010	25,01
Zamora	4	9,30	11.750	11,75
Total	43	100,00	100.000	100,00

TABLA 15. Solicitudes subvencionadas para la realización de proyectos de investigación en biomedicina, 2007 (Castilla y León)

Provincia	Cantidad		Importe (en euros)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Burgos	2	4,88	12.400,00	5,07
León	4	9,76	23.015,88	9,42
Salamanca	24	58,54	141.742,86	57,98
Soria	1	2,44	6.200,00	2,54
Valladolid	10	24,39	61.100,00	24,99
Total	41	100,00	244.458,74	100,00

TABLA 16. Solicitudes subvencionadas para la cofinanciar la contratación de investigadores por entidades de investigación sin ánimo de lucro, 2007 (Castilla y León)

Provincia	Cantidad		Importe (en euros)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Salamanca	1	50	95.600,00	96,58
Valladolid	1	50	2.941,26	3,42
Total	2	100	98.541,26	100,00

TABLA 17. Solicitudes subvencionadas para la realización de proyectos de investigación en gestión sanitaria, 2007 (Castilla y León)

Provincia	Número de proyectos	Porcentaje	Importe (en euros)	Porcentaje
Burgos	1	9,09	5.000	6,51
León	1	9,09	6.553	8,53
Salamanca	5	45,45	37.800	49,20
Soria	1	9,09	7.120	9,27
Valladolid	2	18,18	12.950	16,86
Zamora	1	9,09	7.400	9,63
Total	11	100,00	76.823	100,00

Investigación en biomedicina

Con el fin de promocionar y fomentar la investigación biomédica en los centros sanitarios dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León de la Consejería de Sanidad, anualmente, establece el procedimiento y los criterios de selección de los proyectos de investigación en biomedicina que se desarrollan en el ámbito de las gerencias de atención primaria, gerencias de atención especializada y gerencia de emergencias sanitarias que son incluidos, una vez aprobados, en los planes anuales de gestión de los distintos centros.

Se prevén las siguientes modalidades de proyectos de investigación en biomedicina:

1. Proyectos de investigación modalidad A: son proyectos de investigación promovidos por uno o más grupos consolidados de investigadores de los centros sanitarios, liderados por un investigador principal, de duración no superior a 3 años y con una cuantía máxima de 60.000 euros por año.
2. Proyectos de investigación modalidad B: son proyectos de investigación promovidos por uno o varios investigadores, de duración no superior a 1 año y con una cuantía máxima de 6.200 euros, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 3.1. de la Orden SAN/196/2007, de 29 de enero, sobre subvenciones. Su finalidad es la creación de nuevos grupos de investigación y la promoción de nuevos investigadores.

La condición indispensable, para ambas modalidades, es que el investigador principal pertenezca a un centro de la Gerencia Regional de Salud (atención especializada, atención primaria y emergencias sanitarias) en cuyo Plan Anual de Gestión se incluye el proyecto de investigación que debe desarrollarse.

Esta gestión ha posibilitado:

- Que las universidades y otros centros de investigación de excelencia colaboren en proyectos liderados desde los centros sanitarios.
- Impulsar la investigación traslacional e, incluso, se han desarrollado proyectos en centros sanitarios en colaboración con alguna empresa privada tecnológica.
- La integración de la financiación en los presupuestos ordinarios de los centros de gasto a través de los planes anuales de gestión que implica la optimización de la gestión de los recursos disponibles y consolidar una línea permanente de apoyo a la investigación biomédica en los centros dependientes de la Gerencia Regional de Salud.

Proyectos financiados en el área de salud mental por la Gerencia Regional de Salud

En el año 2007 se aprobaron 28 nuevos proyectos de investigación con un presupuesto total de 495.880 euros (tabla 18). Dos de ellos corresponden al área de salud mental con un presupuesto total de 79.800 euros, lo que representa el 17 % del total.

1. Estudio de la prevalencia e impacto académico de los tics en la población infanto-juvenil:
 - Duración: 2007-2009.
 - Presupuesto total: 126.500 euros.
 - Presupuesto para el año 2007: 57.800 euros.
2. Uso de telecomunicaciones en salud mental para la mejora de la accesibilidad en las zonas rurales:
 - Duración: 2007-2009.
 - Presupuesto total: 56.000 euros.
 - Presupuesto para el año 2007: 22.000 euros.

TABLA 18. Investigación, 2007 (Castilla y León)

	Sí/no	Denominación	Observaciones
Organismo de investigación en ciencias de la salud	Sí	Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación	Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León
	Sí/no	Número	Observaciones
Proyectos de investigación financiados en convocatorias regionales	Sí	41	Convocatoria de biomedicina en 2007 de hasta 1 año

Proyectos en materia de gestión sanitaria

Proyectos en materia de gestión sanitaria son, entre otros, los que generan, pilotan o analizan sistemas de organización y/o procedimientos de gestión.

Para participar los equipos de investigación en la convocatoria de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva con un importe máximo de 9.000 euros, los proyectos deberán:

- Llevarse a cabo en centros sanitarios públicos, organismos públicos de investigación, universidades, fundaciones y otras entidades de de-

recho público o privado sin ánimo de lucro radicados en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

- Los investigadores o equipos de investigación deberán encontrarse vinculados funcional, contractual o estatutariamente a las entidades solicitantes.

Las convocatorias de subvenciones para investigación en gestión sanitaria se iniciaron en el año 2003 y entre sus resultados cabe destacar:

- La génesis y mantenimiento de equipos de investigación.
- El inicio y consolidación de líneas temáticas de investigación.
- La realización de dos jornadas de difusión de proyectos de investigación en calidad y gestión sanitaria.

Proyectos de investigación en el campo de la atención sociosanitaria

En el año 2007 se presentaron 21 proyectos de investigación, de los cuales 11 fueron subvencionados y a los cuales se destinó un total de 69.427 euros.

Participación en el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud: estudio Eneas II

Objetivos generales

1. Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA), y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian con la aparición de EA evitables.
2. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente.
3. Incorporar a la agenda de los equipos de atención primaria objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Ámbito de estudio

Son los centros de atención primaria. En esta comunidad autónoma participan los centros de salud de: Comuneros (Burgos), Baltanás (Palencia),

Alamedilla (Salamanca), Campo Grande (Valladolid Oeste) y Medina del Campo Urbano (Valladolid Este).

Cronograma

De mayo a diciembre de 2007.

Sistemas de información sanitaria

Durante el año 2007 se han desarrollado varios módulos del Sistema Integrado de Información Sanitaria (tabla 19).

TABLA 19. Sistemas de información sanitaria, 2007 (Castilla y León)

	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción de un estado de salud bueno o muy bueno en mayores de 16 años (%)		Observaciones
			Hombres	Mujeres	
Encuestas de salud	Sí/no	2003/2004	75,81	66,17	Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud 2003, en que se amplía la muestra para Castilla y León

Módulo de zonificación

Se entiende por zonificación la división geográfica y organizativa requerida por la Consejería de Sanidad para cubrir la atención sanitaria en distintos ámbitos: atención primaria, servicios de emergencia, acción sociosanitaria y salud pública. Se han identificado los siguientes tipos de zonificaciones:

- Zonas básicas de salud: división requerida para la prestación de los servicios de atención primaria.
- Demarcaciones de salud pública: organización del territorio requerida por la Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria, con objeto de prestar servicios farmacéuticos y veterinarios.
- Zonas sociosanitarias: nacen de la necesidad de integrar los servicios sanitarios con los servicios sociales.
- Zonas de emergencia: bases de emergencia en las cuales se disponen las unidades móviles de emergencia, requeridas para formar una red de servicios de emergencia.

Módulo de callejero corporativo

El objetivo ha sido construir el módulo del callejero corporativo con el fin de explotar la información bajo parámetros geográficos. La integración de fuentes alfanuméricas y cartográficas se presenta como un punto importante en la construcción del callejero ya que permitirá realizar una explotación de la información apoyada en herramientas cartográficas.

Módulo de centros y edificios

El objetivo ha sido construir el módulo de centros y edificios públicos y privados mediante la especificación de los contenidos y del sistema de información correspondiente.

Se ha tenido en cuenta la relación de los distintos centros y edificios físicos utilizados para prestar los diferentes servicios ofertados por la Consejería de Sanidad y por la Gerencia Regional de Salud:

- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria.
- Dirección General de Salud Pública.
- Servicios de emergencia.
- Centros administrativos y de gestión.
- Centros de carácter asistencial, no gestionados directamente por la Consejería de Sanidad.

Además, se ha desarrollado una serie de sistemas de información y proyectos como:

- *Concylia*: sistema de información y análisis de la prestación que se caracteriza por utilizar técnicas y herramientas de inteligencia de negocio y disponer de los siguientes módulos con capacidad de interrelacionarse entre sí:
 - Remedios: base de datos de medicamentos y productos sanitarios.
 - *Facyl (Facturación de Castilla y León)*: sistema de verificación del proceso de facturación y generación de información.
 - *Aire (Análisis de la Información de Recetas)*: sistema de análisis y almacén histórico o *data-warehouse*, que recoge la información de 5 años de facturación.
 - *Iris*: Investigación de Recetas por Imágenes.
- Plataforma de Uso Racional del Medicamento: es una plataforma funcional y tecnológica para potenciar la calidad de la prescripción y

el uso racional del medicamento mediante el uso eficiente de nuevas tecnologías. Está constituida, entre otros, por los siguientes grandes componentes: consulta de informes individuales de prescripción, guía terapéutica de Sacyl, base de datos de medicamentos, productos sanitarios y dietéticos, base de datos de interacciones, alertas de seguridad de medicamentos, boletines de información terapéutica de Sacyl, acceso a revistas biomédicas, información de medicamentos seleccionada, elaborada por centros de información, sociedades científicas y otros organismos nacionales e internacionales de prestigio y normativa sobre prestación farmacéutica.

- Sistemas de información agregada de adquisición y consumo de productos farmacéuticos a través de los servicios de farmacia de hospital.
- Proyecto CATIA (Centro de Análisis y Tratamiento de la Información Asistencial): es un proyecto para el desarrollo de un sistema de información integrado en el entorno de trabajo *web* de los profesionales de Sacyl para el acceso a la información requerida por ellos.
- Aplicación informática del Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León (Reip): esta aplicación sirve de soporte a este registro que tiene como finalidad inscribir los documentos de instrucciones previas cuando lo solicite su otorgante y darlos a conocer a los médicos y médicas que, llegado el momento, deban aplicarlos. Este registro estará conectado al Registro Nacional de Instrucciones Previas en el cual figuran todos los documentos inscritos en los registros autonómicos de modo que el médico o la médica podrá tener acceso al documento del paciente que esté atendiendo con independencia de dónde lo haya inscrito. Además, esta aplicación permite la explotación estadística de los datos vertidos, como el número de documentos inscritos, el perfil del otorgante, etc.

Partiendo de la propia infraestructura tecnológica de Sacyl, se creará la arquitectura necesaria para la extracción, transformación, carga, depuración y homogeneización de la información disponible desde una perspectiva integrada y, junto con ello, se elabora la metodología de explotación de datos e indicadores, así como los informes de valor añadido que permitan optimizar las tareas de gestión y planificación sanitaria, así como facilitar el análisis e interpretación de la información.

La solución construida servirá de repositorio para la depuración y distribución de información a los profesionales implicados autorizados.

Calidad

Acreditación

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León está trabajando en la definición, desarrollo y establecimiento de un modelo de evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria y de la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios que orienten el sistema sanitario de la comunidad hacia la excelencia.

Con este enfoque, a lo largo del año 2007, se desarrollaron las bases normativas y metodológicas (formulación del modelo de acreditación, desarrollo de herramientas metodológicas de evaluación, definición de la fórmula jurídica más adecuada y planificación de recursos humanos y materiales) para la puesta en marcha de un ente regional, el Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León, el cual, en línea con las recomendaciones del Consejo de Europa, será un órgano independiente de la propia estructura gestora de centros sanitarios de la comunidad y asumirá las funciones de evaluación externa y acreditación del sistema sanitario (centros sanitarios, hospitales, centros sin internamiento, establecimientos sanitarios, unidades asistenciales, unidades de investigación sanitaria, herramientas de práctica clínica, formación continuada y profesionales sanitarios).

El Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León programado servirá de instrumento para promover la garantía y la mejora continua de la calidad de las prestaciones del sistema sanitario de la comunidad de Castilla y León.

Guías de práctica clínica

Desde el inicio del Proyecto GuíaSalud, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha participado en todas las actividades encaminadas a la creación del Registro de Guías de Práctica Clínica y la potenciación de su utilización dentro del Sistema Nacional de Salud. Un representante de la comunidad forma parte del consejo ejecutivo de GuíaSalud.

En el año 2007 se participó activamente en las reuniones de GuíaSalud celebradas en Cantabria (febrero), Toledo (septiembre) y Madrid (diciembre).

Encuesta de satisfacción a personas usuarias

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León viene desarrollando desde el año 2004 un modelo innovador de evaluación integral y continuada de la satisfacción de los ciudadanos y ciudadanas de la comunidad respecto a los distintos servicios asistenciales del sistema regional de salud. A través del binomio de evaluación de las expectativas y de la calidad percibida, abarca los distintos niveles, atención primaria y atención especializada, hospitalización, servicios de urgencias, coordinación entre niveles, transporte sanitario y emergencias sanitarias, y considera la satisfacción de las personas usuarias directas, de sus familiares y de la población general. El estudio definido propone áreas de evaluación independientes, pero con puntos de conexión claramente identificados, lo que permite el análisis del sistema sanitario con una perspectiva global. Las técnicas o herramientas definidas por el modelo incluyen: encuesta poblacional, encuestas de satisfacción de personas usuarias (atención primaria: consultorios y centros de salud/medicina de familia y pediatría; atención especializada: consultas externas, urgencias, hospitalización pediátrica, hospitalización obstétrica, hospitalización general, emergencias, transporte sanitario programado, estudios de satisfacción de personas usuarias de servicios específicos, medición de tiempos de espera y atención en primaria, en consultas externas y urgencias de atención especializada), observación directa de instalaciones (complejos hospitalarios y centros de salud) y otro grupo de técnicas cualitativas (grupos de expertos, grupos focales, etc.).

Incorporación de objetivos a contratos

Los planes de gestión del año 2007 han continuado siendo el eje en la planificación de Sacyl. Aunque iniciados en años anteriores, con ellos, se ha pretendido avanzar en la consecución de un sistema sanitario que garantice la continuidad asistencial y la mejora de la cobertura asistencial, intentando dar una respuesta adecuada y concreta a los problemas de salud de los castellano y leoneses.

En el Plan Anual de Gestión 2007, la organización de los centros se debe adaptar para la consecución de los objetivos marcados en él y en ningún caso puede ser la actividad inferior a la del año anterior. Para lograr estos objetivos, este plan tiene como ámbito de actuación el área de salud, en la cual la coordinación e integración de niveles asistenciales son elementos fundamentales de éste. Asimismo, incluye una metodología de evaluación ágil, orientada fundamentalmente a indicadores de resultados de los proce-

tos y de las actividades, con independencia de la posibilidad de que existan otros documentos que establezcan una planificación a corto y largo plazo sobre objetivos de carácter estratégico.

El Plan Anual de Gestión 2007 continúa estando articulado a través de tres grandes líneas: la orientación a los ciudadanos y ciudadanas, la participación de los y las profesionales y la gestión eficiente de la asistencia sanitaria.

Seguridad de pacientes

La mejora de la seguridad de los pacientes ha sido considerada desde hace años una línea de trabajo prioritaria para la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Los nuevos enfoques en la gestión de riesgos, el desarrollo del Estudio Nacional de Efectos Adversos (Eneas), y el despliegue de los objetivos incluidos en el Plan de Calidad para el SNS, han servido de base para el impulso y puesta en marcha de programas corporativos concretos relacionados con la seguridad del paciente, especialmente orientados a la minimización de riesgos en el ámbito hospitalario (prevención y tratamiento de úlceras por presión y extensión del uso de la higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas). En el campo de la prevención de los errores de medicación, este marco de trabajo ha permitido impulsar la extensión del sistema de dispensación de unidosis o el pilotaje de experiencias de prescripción electrónica, dos medidas de evidencia científica demostrada en la prevención de los errores de medicación. Ha impulsado la puesta en marcha de proyectos de mejora para el acceso a la información farmacológica y ha hecho posible, además, dedicar una especial atención, en algunos centros, a la minimización de los riesgos relacionados con los medicamentos de alto riesgo, aquellos en que un problema de seguridad puede tener con mayor probabilidad consecuencias más graves para el paciente, con proyectos relacionados con la identificación de estos fármacos o con el desarrollo de aplicaciones informáticas que faciliten la gestión del proceso de atención farmacoterapéutica.

El próximo Plan de Salud de Castilla y León 2008-2011 incluirá una línea estratégica relacionada con la vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial con medidas como el desarrollo de un plan marco de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial, la constitución de una comisión asesora, la difusión de estrategias que permitan la implantación efectiva de prácticas seguras y el diseño de un sistema de información corporativo que permita monitorizar la incidencia de infección en unidades y procesos críticos.

Con cargo a los fondos de cohesión del Consejo Interterritorial se ha ido desarrollando en el año 2007 un Proyecto de recogida, traslado y con-

tención segura de pacientes psiquiátricos, así como una evaluación de las medidas de seguridad actualmente existentes en los diversos dispositivos de hospitalización en la comunidad autónoma.

Implantación de prácticas seguras

Establecido el Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Castilla y León para el impulso e implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios y el desarrollo de la estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, además, en el año 2007 se llevaron a cabo los siguientes proyectos:

1. Promoción de la higiene de manos en hospitales y complejos asistenciales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León:
 - Definición de las áreas donde se introducirán las soluciones hidroalcohólicas en cada centro y su adquisición.
 - Diseño y edición de carteles, dípticos y calendarios sobre las técnicas de higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas y lavado de manos con agua y jabón.
2. Elaboración e implantación de un protocolo para la prevención de las fracturas de cadera en los pacientes sometidos a cirugía:
 - Elaboración e implantación de un protocolo validado de enfermería dirigido a prevenir las fracturas de cadera en el paciente posquirúrgico.
 - Informe de necesidades consensuado.
3. Diseño, elaboración e implantación de una guía consensuada entre atención primaria y especializada sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión: *Guía para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en atención especializada*:
 - Dotación a todos los complejos asistenciales y hospitales de distintos materiales para evitar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
 - Dispositivos de elevación y traslado de pacientes.
 - Dispositivos de superficie de descanso y terapia (viscoelásticas y aire alternante).
 - Protecciones y soluciones especiales.
4. Diez programas relacionados con la seguridad de medicamentos en el campo de la atención especializada:
 - Complejo Asistencial de León:
 - Prevención de errores de medicación en el Complejo Asistencial de León.

- Complejo Asistencial de Salamanca:
 - Programa de mejora de la preparación y administración de los medicamentos inyectables en un hospital.
 - Puesta en marcha y desarrollo del Sistema Español de Notificación y Prevención de Incidentes por Medicamentos.
- Hospital Universitario Río Hortega:
 - Mejora de la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos en el hospital. (I): aplicación para acceso a la información farmacológica KUÁ.
 - Mejora de la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos en el hospital. (II): aplicación para la prescripción electrónica RZ.
 - Mejora de la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos en el hospital. (III): aplicación para control del proceso de utilización de los medicamentos citostáticos CITOS.
 - Mejora de la seguridad en el proceso de utilización de los medicamentos en el hospital. (IV): aplicación informática para gestión de la Unidad Centralizada de Mezclas iv.
- Hospital Clínico Universitario de Valladolid:
 - Implantación de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) con orden médica informatizada (OMI) en dos unidades de hospitalización.
 - Desarrollo e implantación de una aplicación informática conectada al sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria (SDMU) con orden médica informatizada (OMI) para la gestión y evaluación de las intervenciones farmacéuticas de seguridad, eficiencia y efectividad en beneficio de los y las pacientes.
 - Implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida del tratamiento oncológico en el Hospital de Día de Hematología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Gestión de las listas de espera

Durante el año 2007 se realizó la cuarta y última evaluación del Plan de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, en consultas y pruebas diagnósticas de atención especializada (PRLE 2004-2007). Para el año 2007, el plan estableció como objetivos de demora los siguientes:

- Lista de espera quirúrgica: demora máxima inferior a 100 días.
- Lista de espera de consultas externas en atención especializada: demora máxima inferior a 30 días.

- Lista de espera de pruebas diagnósticas: demora máxima inferior a 20 días.

El desarrollo de sus seis líneas estratégicas y la implantación de las medidas correctoras han sido progresivas durante estos 4 años y se ha obtenido una disminución de tiempos de espera respecto al año 2006, con los siguientes resultados:

- Lista de espera quirúrgica: el objetivo planteado de demora máxima (hasta 100 días) se ha cumplido en el 89,43 % (el 2,65 % más que en el año 2006) y una demora media de 57 días.
- Lista de espera de consultas externas en atención especializada: el grado de cumplimiento de la demora máxima (hasta 30 días) ha sido del 81,01 % (el 2,34 % más), con una demora media de 24 días.
- Lista de espera de pruebas diagnósticas: la demora máxima (20 días), se ha alcanzado en el 94,30 % y la espera media ha sido de 12 días (5 días menos respecto a 2006).

Además, Sacyl durante los 4 años de vigencia del PRLE 2004-2007 experimentó un crecimiento considerable en su actividad, que se tradujo en un incremento del 20,67 % en actividad quirúrgica (37.715 intervenciones más que en 2004), el 5,94 % en actividad de consultas externas (72.125 más) y el 13,76 % en pruebas diagnósticas (54.416 más).

Participación

En Castilla y León, el desarrollo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, se ha llevado a cabo a través de la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Algunos de los derechos, atendiendo a lo previsto en la Ley 41/2002, han encontrado su desarrollo en el mismo texto normativo, como el derecho a la confidencialidad e intimidad, el derecho a la información asistencial e información sanitaria y epidemiológica y el derecho a prestar el consentimiento informado (tabla 20).

TABLA 20. Participación, 2007 (Castilla y León)

	Sí/no	Referencia legislativa
Libre elección de médico	No	Regulado y desarrollado parcialmente en la Ley 8/2003 de 8 de abril
Segunda opinión	Sí	Ley 8/2003 de 8 de abril y Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el sistema de salud de Castilla y León
Acceso a la historia clínica	Sí	Ley 8/2003, de 8 de abril y Decreto 101/2005, de 22 de diciembre
Consentimiento informado	Sí	Ley 8/2003, de 8 de abril
Instrucciones previas/ últimas voluntades	Sí	Ley 8/2003, de 8 de abril, en cuanto a los procedimientos de formalización. Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León
Guía o carta de servicios	Sí	Decreto 40/2003, de 3 de abril, y Orden SBS/1.325/2003
Información en el Sistema Nacional de Salud*	Sí	Ley 8/2003, de 8 de abril y Decreto 40/2003, de 3 de abril

*Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.
Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Otros fueron regulados de forma parcial en la mencionada ley, como el derecho a presentar reclamaciones y sugerencias, a participar en las actuaciones del sistema de salud, a formular instrucciones previas, a la segunda opinión,

a la libre elección de profesional y centro, a la historia clínica, a disponer de habitaciones individuales o al hecho de que las prestaciones sanitarias de atención especializada programadas y urgentes sean dispensadas en unos plazos máximos. En la actualidad, la práctica totalidad de estos derechos han encontrado ya su desarrollo en normas posteriores.

De esta forma, en lo que se refiere a la participación de los ciudadanos y ciudadanas en la toma de decisiones que afectan su salud, a lo largo del año 2007, es preciso destacar la aprobación del Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el sistema de salud de Castilla y León. Este Decreto establece los supuestos por los cuales se puede solicitar una segunda opinión médica y el procedimiento para el ejercicio de este derecho. Además, prevé la designación de servicios médicos de referencia en segunda opinión, de cada una de las especialidades implicadas, que serán los encargados de emitir los informes correspondientes.

Asimismo, se ha aprobado el Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León de forma que los ciudadanos y ciudadanas de Castilla y León, a partir de la puesta en marcha del registro, pueden inscribir en él sus documentos de instrucciones previas con el fin de que dichas instrucciones sean conocidas por el médico, que, llegado el momento, se encuentre atendiéndole.

Además del desarrollo normativo, con la intención de abundar en la línea de mejora de los servicios desde la perspectiva de las personas usuarias y promover la protección de los derechos de las personas en relación con la salud desde una visión integral, mediante Orden SAN/559/2007, de 26 de marzo, se ha aprobado el Plan de Garantía de los Derechos de las Personas en Relación con la Salud. La elaboración del mencionado plan se ha hecho a partir de un análisis de la situación actual, tomando como referencia, entre otras fuentes de información, la percepción y opinión de las personas usuarias del sistema sanitario público, lo que ha permitido orientar las medidas que será necesario adoptar para la mejora continua de los servicios, en la búsqueda de un grado de excelencia en la prestación de éstos.

En lo que se refiere a la participación de las personas usuarias, una primera vía para conocer la opinión de éstos es el sistema de reclamaciones y sugerencias, el cual ya se encuentra regulado en la comunidad autónoma en el Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario, el cual fue, a su vez, objeto de desarrollo posterior, mediante la Orden SAN/279/2005, de 5 de abril, por la que se desarrolla el procedimiento de tramitación de reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y se regulan la gestión y el análisis de la información derivada de éstas, con el ob-

jeto de conocer la opinión de las personas usuarias y las medidas de mejora adoptadas, tanto en el ámbito público como en el privado.

Esta orden hace posible el empleo de las nuevas tecnologías para presentar las reclamaciones y sugerencias con el fin de proporcionar al usuario la máxima accesibilidad al sistema y conseguir así su participación. De esta forma, las reclamaciones y sugerencias pueden presentarse por telefax o a través de un buzón virtual habilitado al efecto, lo que permite mayor inmediatez en la relación entre la persona usuaria y la Administración.

La implantación en Castilla y León del sistema de información de reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario ha permitido realizar un seguimiento más exhaustivo, tanto cuantitativo como cualitativo, de la información de las reclamaciones y sugerencias recibidas en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, de Castilla y León, comparar la evolución de los resultados a lo largo de estos años, según los diferentes ámbitos de atención y niveles asistenciales y realizar una supervisión, en tiempo real, del procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias con el fin de garantizar que las personas usuarias reclamantes reciban una respuesta razonada y dentro del plazo establecido en la normativa vigente.

Desde la perspectiva de la participación, es preciso destacar que este sistema de información de reclamaciones y sugerencias proporciona a la Consejería de Sanidad conocimiento de la opinión de los ciudadanos y las ciudadanas sobre el funcionamiento del sistema sanitario de Castilla y León, así como de su percepción acerca de los servicios sanitarios que ofrece, tanto en los aspectos asistenciales como en aquellos otros aspectos relativos a la comodidad de los centros y al trato recibido, obteniendo una información completa, actualizada y ágil de los motivos de insatisfacción de los usuarios.

Por último, además de este cauce de participación individual de los ciudadanos y las ciudadanas, la participación colectiva de los ciudadanos y las ciudadanas en la toma de decisiones en el Sistema de Salud de Castilla y León se articula a través del Consejo Regional de Salud, los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona.

Estos órganos constituyen uno de los principales cauces de participación de los usuarios en el Sistema de Salud de Castilla y León y desde la Consejería de Sanidad se realizan actuaciones para el impulso continuo de su funcionamiento con el fin de garantizar la participación de los ciudadanos y las ciudadanas en el sistema.

Descripción de experiencias innovadoras

Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio. Áreas de Salud de Valladolid Este y Oeste

Análisis de la situación y justificación

En términos generales, la mortalidad por suicidio se ha incrementado cerca del 60 % en los últimos 45 años (OMS, 2002). Esta tendencia se observa tanto en países desarrollados como en desarrollo. Durante estos 45 años, el mayor índice de suicidios ha pasado de una población de edad avanzada a una más joven (35-45 años e, incluso, 15-25 años en algunos lugares) hasta el punto de que últimamente el suicidio está entre las cinco primeras causas de muerte entre hombres y mujeres.

Objetivos

- Incrementar la atención hacia los comportamientos suicidas en el Área de Salud de Valladolid Este y Oeste.
- Mejorar la eficiencia de los servicios de salud mediante la identificación de intervenciones específicas y efectivas para la reducción de los intentos de suicidio.
- Mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de los determinantes del suicidio y sus actitudes y comportamientos de autoayuda.
- Evaluar y prevenir posibles recaídas.

Población diana

Se trata de personas entre 12 y 70 años del Área de Salud de Valladolid Este y Oeste hospitalizadas por tener ideas de suicidio o haber realizado una tentativa que ingresan en las unidades de hospitalización psiquiátrica del Área en un período de 6 meses.

Metodología

Se realiza un seguimiento longitudinal que determina la efectividad del programa mediante un diseño cuasiexperimental de comparación interna de tipo *pretest-postest*. Se determina el resultado de referencia, esto es, la estimación en la población diana en caso de que no se hubiera aplicado el programa mediante estimación a partir de los resultados del *pretest*.

Resultados más destacados

- El 90 % de los pacientes derivados al programa han aceptado participar. El 10 % que no aceptó padecía comorbilidad psicótica u obsesiva grave. Ha abandonado el programa el 17,9 %, de los cuales el 25 % son transeúntes y carecen de residencia fija, por lo que su seguimiento es muy difícil.
- El 80 % de los pacientes no han tenido recaídas durante el período de seguimiento. El 23 % ha sido puesto en contacto en tratamiento estable con otros dispositivos del área. De ellos, la tercera parte ha acudido a un hospital de día, el 8,7 % a una unidad de convalecencia y el 57,4 % se han puesto en contacto con asociaciones de autoayuda.

Programa de gestión de casos de trastornos mentales graves y prolongados

Justificación

Su necesidad surge de la fragmentación de los cuidados psiquiátricos y la necesidad de coordinación entre dispositivos y es una aportación principalmente de la psiquiatría comunitaria (Rössler y cols., 1995).

Objetivos generales del programa

Garantizar la coordinación e integración de todas las actividades sanitarias y sociales de salud mental implicadas en el proceso asistencial de los y las pacientes con enfermedad mental grave y prolongada, asegurando la continuidad de cuidados y procurando su integración en la comunidad.

Población destinataria

- Criterios de inclusión:
 - *Criterios clínicos*. Diagnóstico: psicosis, depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno de personalidad grave. Tratamiento de dos años o más en la red de salud mental. Cinco o más ingresos, o 120 días en los últimos 5 años; cinco o más asistencias al mes en los servicios de salud mental.
 - *Criterios sociales*: deterioro, déficit o minusvalía causados por su enfermedad mental o en riesgo de padecerla. Falta de red social de apoyo, sobrecarga familiar o carencia de familia.
- Criterios de exclusión: son excluidas del programa las personas con diagnóstico primario de abuso de sustancias, retraso mental o trastorno mental orgánico.

Fases del proceso de gestión de casos

1. Fase de detección y programación

Esta fase se inicia con el estudio psicosocial, económico, etc. del paciente, el diseño del PIC y la determinación del gestor.

2. Fase de rehabilitación psicosocial

En esta fase, el paciente podrá ser derivado a un dispositivo de rehabilitación bien de carácter ambulatorio (centro de rehabilitación psicosocial) o residencial, donde es objeto de un plan específico de rehabilitación.

3. Fase de integración en la comunidad

Tras la fase de rehabilitación se inicia una fase orientada a trabajar todos los aspectos de conexión y seguimiento del paciente en el equipo de salud mental, y sobre todo su integración en la comunidad.

4. Fase de continuación

Alcanzado un nivel máximo de integración del paciente y de garantía en los apoyos familiares, en esta fase la actuación se encamina a realizar un seguimiento mensual para detectar cambios y valorar nuevas oportunidades de mejora.

Tramitación automática de la cita en los centros de salud

Justificación

Una de las áreas peor valoradas en las sucesivas encuestas de satisfacción dirigidas a las personas usuarias de nuestro Servicio de Salud es la dificultad de obtener cita en el primer nivel asistencial, tanto para el médico como para enfermería.

La estadística que presenta el *call center* (servicio de rebosamiento de llamadas telefónicas) no da respuesta a las necesidades ya que en el tramo de 8 a 9 horas se muestra insuficiente y no da respuesta al 40 % de llamadas entrantes.

Población diana

Son todas las personas usuarias, especialmente en el medio urbano y semiurbano, donde se aprecian los mayores problemas para el acceso a la cita previa en una única llamada telefónica.

Características principales del proyecto

Se ha iniciado un pilotaje de automatización de la cita en un centro de salud de la capital burgalesa, a través del cual un sistema de reconocimiento de voz (IVR) filtra las llamadas dirigidas a obtener una cita previa de las demás demandas de modo que gestiona a través de un menú de posibilidades la cita del paciente o redirecciona la llamada al centro de salud si se trata de otra demanda o si el sistema no puede ofertar por sí mismo la cita deseada.

El modelo puede hacerse cargo de un total de 80 llamadas entrantes simultáneas y con una disponibilidad de 24 horas al día todos los días de la semana, ampliable según las necesidades futuras. Esto garantiza siempre la recepción de la llamada aunque el modelo se extienda a otros centros y otras ciudades de la comunidad.

La citación no es rígida, sino que oferta a la persona usuaria la posibilidad de cambiar tanto la fecha como el horario.

Resultados

El primer análisis del pilotaje ha resultado muy satisfactorio, por lo que se plantean diversas fases de aplicación, comenzando por extenderlo al resto de la capital burgalesa, posteriormente a 40 centros de salud de Valladolid, Soria, Ávila y Burgos (770.000 habitantes) y, finalmente, al resto de la comunidad.

Estudio sobre la prevalencia del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA/H) en la población escolar de Castilla y León

Este trabajo ha sido propuesto por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria y forma parte de un proyecto nacional para conocer la prevalencia de este trastorno en la población escolar.

Justificación

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA/H) es un trastorno de la conducta de origen orgánico (neurobiológico), que se manifiesta con frecuencia en niños aunque también se diagnostica en adultos. Está caracterizado por tres síntomas fundamentales: falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

Este trastorno se asocia, en ocasiones, con patología psiquiátrica y el problema más frecuente es el trastorno oposicional desafiante. También se asocia con trastornos del aprendizaje, como dislexia, disgrafía y discalculia y una mayor probabilidad de fracaso escolar y abuso de drogas en la adolescencia.

Objetivo y población diana

Conocer la prevalencia de este trastorno en los escolares de 6 a 12 años y describir las variables asociadas a éste que pueden ayudar a prevenir o detectar tempranamente este problema.

Método

El tamaño de la muestra en la comunidad asciende a un total de 307 alumnos, para el estudio nacional.

Se han seleccionado de forma aleatoria 22 centros escolares de la comunidad y se ha ampliado el tamaño muestral hasta incluir a 900 alumnos para que los resultados obtenidos sean representativos de la comunidad.

La recogida de datos se realiza mediante un cuestionario cumplimentado por los padres y otro por el profesor del alumno. Se recogen, respectivamente, datos sociosanitarios de la familia y académicos del alumno, todo ello previa información detallada del estudio y con el consentimiento informado de los padres.

En una segunda fase, aquellos niños que superen la puntuación por encima del umbral considerado sugestivo de tener un TDA/H pasarán a una fase de confirmación diagnóstica que consistirá en una entrevista con los padres por parte de personal entrenado y una exploración física completa del alumno con el fin de confirmar o descartar el diagnóstico y realizar la orientación terapéutica adecuada.

Procedimiento de clasificación de procesos asistenciales en la historia clínica electrónica

Antecedentes y justificación

La gestión clínica pretende favorecer que la práctica médica se oriente a las necesidades de información relevantes para el o la paciente. La identificación y el análisis de los procesos atendidos abren, a su vez, la puerta a la realización de análisis de costes y al diseño e implantación de guías o protocolos personalizados para cada paciente en función de los procesos, factores de riesgo, edad, etc.

Se trata de establecer una herramienta de ayuda al diagnóstico que aproveche las nuevas tecnologías y que se incorpore en la historia clínica electrónica, superando las limitaciones que plantea la codificación diagnóstica y permitiendo crear y mantener un sistema de clasificación de procesos asistenciales normalizados en atención primaria.

Sistema de codificación de diagnósticos de MedoraCyL

Los procesos clínicos constituyen la puerta de entrada al sistema Medora-CyL (historia clínica electrónica de atención primaria). Se ha desarrollado una herramienta rigurosa y de fácil manejo, que permita el diagnóstico e identificación de los procesos. Los principios que han presidido su desarrollo han sido:

1. La información clínica registrada en la historia clínica por el o la profesional tiene, en principio, prioridad y debe ser respetada sin que sea preciso forzar la codificación del diagnóstico en función de las tablas existentes.
2. Gestionar, de forma transparente para la persona usuaria, un sistema de información (SI) que permita asociar la información clínica con las tablas de codificación y clasificación utilizadas en atención primaria.
3. Definir los estándares que se precisan para desarrollar un SI según las necesidades de la institución.

Descripción del proyecto

El instrumento desarrollado acepta el diagnóstico en los términos que el profesional maneja en su práctica diaria, asociándole a posteriori un código CIAP, CIE 9 y/o NANDA en todos los casos. Esto se hace de forma mixta; la aplicación reconoce ya algunos términos incluidos en un tesoro de diagnósticos que cubre más del 95 % de los encontrados en atención primaria y los va sugiriendo con un sistema *life search*, análogo al sistema Autocompletar de Windows.

Objetivos

- Simplificar la búsqueda en el ordenador, creando tablas que permitan encontrar cualquier término de posible uso clínico en un solo intento.
- Permitir una recogida de procesos clínicos estandarizados que permitan una explotación epidemiológica y de gestión fiable.
- Evitar errores en la recogida de información por parte del SI. Los profesionales no codifican en catálogos, sino la aplicación informática gestionada por expertos codificadores.
- Evitar empobrecimiento de los datos clínicos que los profesionales desean registrar. Permitir a los profesionales el registro terminológico libre de cuantos datos necesiten para documentar los ordenadores de su historia clínica.

Herramientas

- El profesional introduce libremente cualquier diagnóstico en formato texto.
- La introducción del texto puede desencadenar dos posibilidades:
 - El término se encuentra en Medora: queda reflejado tal como se introduce.
 - No se encuentra en la tabla de Medora: genera una petición de sugerencias diagnósticas, sin exigir búsquedas, sólo ofertando posibilidades de elección, con dos posibilidades:
 - El profesional encuentra un ordenador satisfactorio y lo elige.
 - El profesional no encuentra ordenador. Se mantiene el textual que aparece como un proceso clínico sin ninguna limitación para su empleo en la historia clínica.
- Los procesos clínicos de libre configuración son obligatoriamente remitidos a la unidad de codificación central de Sacyl, que, previo estudio, los devuelve con un código CIE y CIAP y/o NANDA o bien los rechaza con los criterios previamente establecidos. Tanto los términos aceptados como los rechazados se cargan directamente en Medora, de forma que todos los profesionales de cualquier centro de salud tienen acceso a las tablas, que crecen diariamente. Este proceso es transparente para la persona usuaria y no le impide continuar trabajando.
- Todo proceso clínico encontrado en Medora tiene la posibilidad de añadir tanto texto como el profesional desee de forma que permita especificar localizaciones anatómicas, tipos de gravedad y todo lo que un profesional desee, pudiendo llegar al mayor grado de individualización del diagnóstico sin perder la asociación con el código del cual depende el proceso clínico.

Resultados

- Mantener un lenguaje natural elegido por los profesionales.
- Elaborar diagnósticos sin la obligación de realizar búsquedas diagnósticas.
- Separar el trabajo clínico de los y las profesionales sanitarios(as) de las tareas de codificación que realizan los y las profesionales especializados(as), ocultando cualquier contacto entre codificación y trabajo clínico.
- Mantener un sistema de codificación, transparente para la persona usuaria, que permita apoyar un sistema de información basado en una estandarización de los diagnósticos.
- Preparar la información sobre procesos clínicos para cualquier tipo de gestión futura que exija una agrupación basada en cualquier catálogo de codificación internacional.
- Adaptar la aplicación al o a la profesional y no al revés, lo que representa un incentivo en la utilización de la historia clínica electrónica.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es