



**CASTILLA Y LEÓN**

**Informe Anual  
del  
Sistema Nacional de Salud 2004**

## 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población:

La población de Castilla y León asciende a 2.493.918 habitantes, lo que supone el 5'82% de la población total de España, y presenta unas particulares características demográficas: por una parte, su elevado envejecimiento, y por otra su dispersión territorial.

El índice de envejecimiento en Castilla y León (número de personas mayores de 65 años por 100 habitantes) supera el 22%, frente al 17% nacional, lo que convierte a nuestra Comunidad en la que cuenta con mayor proporción de personas mayores de 65 años.

Castilla y León es la Comunidad Autónoma más extensa de España. Su densidad de población se sitúa en 26'47 hab. por km<sup>2</sup>, mientras que en España se eleva a 85'10 hab. por km<sup>2</sup>. Estas diferencias se acentúan si tenemos en cuenta que la densidad en el medio rural apenas alcanza los 15 hab. por km<sup>2</sup>, frente a los 55 h. por km<sup>2</sup> de media nacional.

Ambos hechos confieren unas características particulares que es preciso tener en cuenta, ya que influyen a la hora de planificar la gestión sanitaria y distribuir los recursos del Sistema.

### - Población de Castilla y León:

Provincia	Total	Varones	Mujeres
Ávila	166.108	83.393	82.715
Burgos	356.437	178.943	177.494
León	492.720	240.342	252.378
Palencia	173.990	85.829	88.161
Salamanca	350.984	171.092	179.892
Segovia	152.640	76.724	75.916
Soria	91.652	46.048	45.604
Valladolid	510.863	250.782	260.081
Zamora	198.524	98.105	100.419
<b>Total</b>	<b>2.493.918</b>	<b>1.231.258</b>	<b>1.262.660</b>

Fuente: Padrón Municipal de habitantes. 2004. INE.

### - Evolución de la población de Castilla y León. 1998-2004

Provincia	1998	2004
Ávila	167.132	166.108
Burgos	346.355	356.437
León	506.365	492.720
Palencia	179.623	173.990
Salamanca	349.550	350.984
Segovia	146.755	152.640
Soria	91.593	91.652
Valladolid	492.029	510.863
Zamora	205.201	198.524
<b>Total</b>	<b>2.484.603</b>	<b>2.493.918</b>

Fuente: INE. "Revisión del padrón municipal".

**- Tarjetas sanitarias en Castilla y León, 2004.**

Provincia	Nº de Tarjetas
Ávila	154.496
Burgos	343.806
León	480.952
Palencia	167.185
Salamanca	335.203
Segovia	137.498
Soria	89.752
Valladolid	504.276
Zamora	185.246
<b>Total</b>	<b>2.398.415</b>

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

**- Población activa en Castilla y León:**

Provincia	II Trimestre 2004			II Trimestre 2005		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Ávila	67.933	44.866	23.067	68.905	43.559	25.346
Burgos	163.010	98.403	64.606	169.172	99.627	69.545
León	178.401	108.742	69.660	206.919	124.687	82.232
Palencia	69.801	44.287	25.514	75.489	46.364	29.125
Salamanca	160.477	93.605	66.872	159.926	92.682	67.244
Segovia	72.344	46.164	26.180	73.646	46.545	27.101
Soria	40.850	25.497	15.354	39.876	24.907	14.969
Valladolid	240.910	141.401	99.510	243.788	145.686	98.102
Zamora	70.621	44.936	25.685	77.455	49.342	28.112
<b>Total</b>	<b>1.064.348</b>	<b>647.900</b>	<b>416.448</b>	<b>1.115.177</b>	<b>673.400</b>	<b>441.777</b>

Fuente: Consejería de Hacienda. Junta de Castilla y León.

## 2. Desarrollo normativo e institucional

Para la Comunidad Autónoma de Castilla y León, el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud operado mediante Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, supuso el establecimiento de un marco propicio para el impulso de una nueva generación de derechos y garantías en relación con la salud.

La aprobación de la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, como marco normativo común a todos los ciudadanos del Estado, ha venido a fortalecer el derecho, constitucionalmente reconocido, de protección de la salud.

En este contexto, Castilla y León, optó por la aprobación de una norma general, la **Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y deberes de las personas en relación con la salud**.

En la mencionada Ley, como su mismo título indica, se recogen todos los derechos de las personas relacionados con un ámbito tan importante como es el de la salud. Algunos de ellos, 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, a la información asistencial e información sanitaria y epidemiológica y el derecho a prestar el consentimiento informado.

Otros, han sido 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, el derecho a una segunda opinión, a la libre elección de profesional y centro, el derecho a la historia clínica, a disponer de habitaciones individuales o que las prestaciones sanitarias de atención especializada programadas y no urgentes sean dispensadas dentro de unos plazos máximos. De este último grupo de derechos, algunos han encontrado ya su desarrollo en normas posteriores y otros, se encuentran pendientes de la aprobación de sus normas reguladoras, actualmente en fase de tramitación.

Antes de la aprobación de la Ley 8/2003, mediante **Decreto 40/2003**, de 3 de abril, se regularon las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia. Este Decreto, ha sido al mismo tiempo objeto de desarrollo posterior, primero en la **Orden SBS/1325/2003**, de 3 de septiembre, por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario.

El derecho a participar en las actuaciones del Sistema de Salud encontró su desarrollo en el **Decreto 48/2003**, de 24 de abril, por el que se regulan los órganos de dirección y participación del Sistema de Salud de Castilla y León. En cumplimiento del mencionado Decreto, actualmente se han constituido todos los Consejos de Salud de Área y algunos Consejos de Salud de Zona. Se sigue trabajando para la constitución de todos ellos, en tanto cauce de participación de los usuarios en el Sistema de Salud de Castilla y León.

Mediante **Decreto 119/2004**, de 25 de noviembre, se han regulado los criterios de utilización de habitación de uso individual en los centros Hospitalarios del Sistema de Salud de Castilla y León o concertados con éste, garantizando en cualquier caso, el derecho a la adecuada asistencia sanitaria de los demás usuarios del Sistema.

Por otra parte, **el Decreto 142/2003**, 18 diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León («B.O.C.L.» 24 diciembre, en cuya exposición de motivos se cita la Ley 8/2003 haciendo referencia

a programas sanitarios especiales y preferentes en el Sistema de Salud de Castilla y León.

Mediante **Acuerdo 261/2003**, de 26 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Reducción de listas de espera 2004-2007, BOCL 14 Enero 2004, que desarrolla los plazos máximos a que alude la Ley 8/2003.

### **3. Planificación y Programas Sanitarios:**

#### **ESTRATEGIA REGIONAL CONTRA EL CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN 2002-2004**

El **objetivo general** de la Estrategia Regional contra el Cáncer es el mismo que el del 2º Plan de Salud en este ámbito: “en el año 2007, habrá disminuido la mortalidad prematura por cáncer”.

Para conseguir este objetivo general, la Estrategia Regional contra el Cáncer se formuló en torno a **5 áreas de actuación**, que constituyen líneas estratégicas de carácter **horizontal**:

1. Evitar la aparición de nuevos casos de cáncer: Prevención primaria.
2. Detectar el cáncer precozmente: Prevención secundaria.
3. Curar el cáncer: Asistencia oncológica.
4. Mejorar la calidad de vida del enfermo de cáncer: Prevención terciaria y cuidados paliativos.
5. Aumentar el conocimiento del cáncer: Sistemas de información, formación e investigación.

Dentro de cada una de las líneas estratégicas se realiza una revisión de la eficacia de las distintas intervenciones y una evaluación de las actuaciones desarrolladas hasta la fecha, para identificar prioridades en las que basar los objetivos de actuación. Con cada objetivo se incluyen las actividades a desarrollar y los indicadores para su evaluación.

Comentario: la vigencia de esta estrategia finalizó en diciembre de 2004 y en base a los resultados se ha planteado una propuesta de futuro con las grandes líneas de acción iniciadas en el transcurso de la Estrategia. Siguen en marcha todos los programas de prevención primaria y secundaria, se ha abierto una línea de trabajo en relación a la elaboración de oncoguías en los tumores más frecuentes y cuidados paliativos, desarrollo de sistemas de información, investigación y formación.

#### **ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN 2003-2007**

La Estrategia Regional de Salud Mental surge en Castilla y León, de la misma forma que en el caso del cáncer, como desarrollo del II Plan de Salud y en consonancia con las recomendaciones de la OMS. Se fundamenta en la creciente relevancia de los problemas de salud mental en todas las sociedades desarrolladas, y en la necesidad de establecer medidas preventivas así como prestaciones y servicios adecuados para las personas con enfermedad mental y sus familias.

Los principios rectores de la estrategia marcaron las líneas de actuación: atención integral, enfoque comunitario, mejora de la capacidad profesional y de la humanización de la asistencia, atención a las necesidades específicas de colectivos y personas.

La Estrategia Regional de Salud Mental contempla cinco grandes **líneas estratégicas**, la primera se refiere a la mejora del bienestar físico de la población y a la prevención de la enfermedad; las dos siguientes líneas hacen referencia al ámbito asistencial, afrontando, por una parte el establecimiento de un modelo de ordenación asistencial integrado y completo, y por otra parte, la mejora de accesibilidad y el desarrollo de programas específicos de asistencia psiquiátrica en determinados colectivos. La cuarta línea aborda la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental y la quinta actuaciones transversales en cuanto a la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad.

El desarrollo de estas Líneas estratégicas incluye el establecimiento de responsabilidades de cumplimiento por parte de diferentes unidades o Servicios de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Familia. Estas están recogidas en documentos de compromiso, donde cada Centro Directivo establece las tareas concretas que han de realizar para la consecución de las actividades, así como la temporalización de las mismas.

#### **PLAN DE ACTUACIONES SANITARIAS CAMINO DE SANTIAGO 2004**

El objetivo general del Plan, fue **"garantizar una adecuada respuesta a las necesidades de los peregrinos, en consonancia con las prestaciones de los Sistemas de Salud y de Protección de los Derechos de los Consumidores de Castilla y León."**

Para facilitar su desarrollo operativo, el Plan de Actuaciones Sanitarias "Camino de Santiago 2004" se estructura en dos grandes áreas de actuación, que constituyen sus **dos líneas estratégicas** horizontales,

- 1. Prevención, vigilancia y control de riesgos.**
- 2. Información y mejora de servicios.**

Cada una de la líneas cuenta con una serie de objetivos que contemplan actuaciones en distintos ámbitos. El enunciado de actividades se acompaña, además, de los indicadores que serán empleados en la evaluación de cada una de ellas.

La evaluación del Plan ha sido satisfactoria y ha dado lugar a la formulación de una propuesta de continuidad para alguna de las actividades contempladas en el mismo.

#### **ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD CARDIOVASCULAR EN CASTILLA Y LEÓN 2005-2007 (Enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón)**

La Estrategia de Salud Cardiovascular incluye dos procesos que conjuntamente suponen la primera causa de mortalidad, tanto en nuestra Comunidad Autónoma como en el resto del territorio nacional y en todos los países desarrollados: la **enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón**.

El objetivo general de la Estrategia de salud cardiovascular es el que ya recogía el II Plan de Salud de Castilla y León: **"Reducir la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares en Castilla y León en el año 2007"**.

El desarrollo de esta Estrategia ha supuesto un trabajo de reflexión profesional colectiva importante y para su elaboración hemos seguido un proceso altamente **participativo** contando con las aportaciones de profesionales de las instituciones, con las sociedades científicas y con técnicos de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud.

El documento recoge **cinco líneas estratégicas** de actuación con un enfoque que pretende atender al problema de salud tanto desde una perspectiva comunitaria, como individual, revisando el proceso de asistencia sanitaria e incidiendo en mejorar aspectos que influyen en la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, así como en el pronóstico de la enfermedad y en la rehabilitación de la misma mejorando de esta forma el conocimiento que tenemos, en el conjunto del sistema sanitario, de la enfermedad.

La puesta en marcha y seguimiento sigue el mismo proceso que el contemplado en las anteriores estrategias y se está iniciando durante este año.

### **PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA GERIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN 2005-2007**

(Acuerdo 163/2004, de 23 diciembre, de la Junta de Castilla y León).

El objetivo general del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica es **“garantizar una atención sanitaria de calidad dirigida a las personas mayores, desde los distintos niveles asistenciales, mejorando la accesibilidad y la eficiencia en la prestación de servicios con el horizonte temporal del año 2007”**.

Dos principios rectores:

A) Atención Integrada e integral: accesibilidad, protección de a salud y prevención de la enfermedad, intervenciones asistenciales, rehabilitación e integración social, coordinación Atención Primaria y Atención Especializada, coordinación Sistema de Salud y de Acción Social.

B) Transversalidad y normalización de actuaciones

El Plan se estructura en cinco grandes áreas de intervención:

- 1: Servicios de atención a la dependencia en las personas mayores desde atención primaria;
- 2: Desarrollo de un programa de atención geronto-psiquiátrica; que pretende coordinar esfuerzos en torno al abordaje de las demencias y la depresión en las personas mayores
- 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores;
- 4: Mejora en la atención sanitaria en los centros de personas mayores;
- 5: Actividades formativas en el campo de atención a personas mayores, línea de carácter transversal que resulta imprescindible para el desarrollo de las cuatro áreas de intervención anteriores.

La puesta en marcha y seguimiento sigue el mismo proceso que el contemplado en las anteriores estrategias y se está iniciando durante este año.

**TABLA 3**

**PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES**

**CCAA: CASTILLA Y LEON**

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>		si	1998-2007	2º Plan de Salud de Castilla y León
<b>Cáncer de mama</b>	programa de cribado poblacional	si	Programas específicos y continuados enmarcados en el desarrollo de la Estrategia Regional contra el Cáncer	
	apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	si		
<b>Cáncer de cervix</b>	programa de cribado poblacional	si		
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>		si	2005-2007	Estrategia Regional de Salud Cardiovascular en Castilla y León
<b>Salud mental</b>		si	2003-2007	Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
<b>Violencia de género</b>	Plan de Acción			No corresponde a esta Consejería sino a la Consejería de Familia Igualdad de Oportunidades
	Acciones preventivas			
	Protocolo de actuación sanitaria			

**TABLA 3**

**PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES**

**CCAA: CASTILLA Y LEON**

	Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>			
<b>Cáncer de mama</b>	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
<b>Cáncer colorrectal</b>	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
<b>Cáncer de prostata</b>	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
<b>Melanoma</b>	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
<b>Cuidados paliativos de enfermo oncológico</b>	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.
	si	2005	Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales.

#### 4. Farmacia:

### 1. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA Y POLÍTICAS DE USO RACIONAL

En el ámbito de la Gestión de la Prestación Farmacéutica, el disponer de un sistema de información de calidad ha constituido una de las principales prioridades. Para ello se ha desarrollado un “Sistema integral de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica” denominado “CONCYLIA” que comprende los siguientes módulos:

- “Base de Datos de Medicamentos y Productos Sanitarios” (REMEDIOS)
- Verificación del proceso de facturación: FACYL (Facturación de Castilla y León)
- Almacén histórico o sistema de análisis: AIRE (Análisis de la Información de Recetas)
- Archivo de imagen: IRIS (Investigación de Recetas por Imágenes)
- Gestión de talonarios: DISTAL (Distribución de Talonarios)

La explotación de Concyliia ha permitido el diseño de una política de uso racional orientada a:

- Mejora de la eficiencia y cumplimiento de objetivos presupuestarios
- Mejora de la calidad de prescripción
- Coordinación entre nivel de Atención Primaria y Especializada
- Información y formación a los profesionales.
- Información a la población sobre uso adecuado de medicamentos

Para ello se han utilizado entre otras las siguientes herramientas:

Inclusión en los Planes Anuales de Gestión de objetivos presupuestarios y de indicadores de calidad de prescripción comunes a Atención Primaria y Especializada

Definición de un índice sintético de prescripción ligado a incentivación

Inclusión en la cartera de servicios de Atención Primaria de Normas Técnicas de Tratamiento

Envío de información periódica a los facultativos sobre el cumplimiento de objetivos incluidos en el PAG e índice sintético

Publicación de Boletines de información terapéutica y valoración de nuevos principios activos

Campañas de información y publicación de material dirigido a población general o con necesidades específicas.

### 2. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CONSUMO FARMACÉUTICO A NIVEL HOSPITALARIO,

- **Servicios periféricos:** los servicios de farmacia de los hospitales de Sacyl utilizan mayoritariamente, la aplicación de Gestión FarmaTools, de carácter institucional, con un contrato de mantenimiento que incluye las licencias y actualizaciones periódicas de la aplicación.  
Esta aplicación permite la explotación de datos de consumo intrahospitalario con diferentes niveles de desagregación de la información.

- **Servicios Centrales:** mensualmente la Dirección Técnica de Farmacia recibe ficheros de intercambio de los hospitales, en formato Excel, sobre información estructurada de datos de consumo intrahospitalario. Esta información incluye:
  - a. Datos de adquisiciones y consumo de medicamentos clasificada según subconceptos de gasto, tipo de proveedor y procedimiento de adquisición.
  - b. Clasificación A de Pareto de adquisiciones por Proveedor
  - c. Consumo por Áreas de Producción y GFH
  - d. Datos económicos asistenciales e indicadores de gestión

Se ha previsto el desarrollo de un Sistema de Información de Medicamentos de consumo farmacéutico a nivel hospitalario de características y desarrollo similar al que se dispone para Atención Primaria, Concyliya, que permita obtener una mayor información y mejorar la explotación de los datos de consumo.

Este proyecto está pendiente de desarrollo e implantación, previsto para el año 2006, y se integrará con el Sistema de Información Concyliya.

### **3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES**

Dotación y suministro de botiquines en centros de atención social desde los servicios de farmacia hospitalaria, con dos rendimientos: a) ahorro de entre 50% y 60% sobre el precio de venta al público de los medicamentos b) adecuación del consumo a los criterios de uso racional del medicamento.

**TABLA 4**  
**FARMACIA**

**CCAA: CASTILLA Y LEON**

**Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria** (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

		Datos 2004	Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	nº total de recetas	41.459.670	
	%recetas de genéricos/total de recetas	11,37	
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP-aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	565.209.757,09	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	5,33	
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	N02B - OTROS ANALGÉSICOS ANTIPIRETIICOS: 3.044.510 M01A1: ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMATICOS NO ESTEROIDEOS SOLOS: 2.341.529 N05B: TRANQUILIZANTES: 2.093.279	
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	N02B - OTROS ANALGÉSICOS ANTIPIRETIICOS: 399.539 M01A1: ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMATICOS NO ESTEROIDEOS SOLOS: 409.925 N05B: TRANQUILIZANTES: 161.155	

## 5: Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos:

Los profesionales constituyen un pilar básico del Sistema Sanitario de Castilla y León. Los recursos humanos de la Consejería de Sanidad alcanzan un total de 33.356 personas. El gasto de personal en 2004 ascendió a 1.171 millones de euros, lo que supuso casi un 6% más que en ejercicio anterior. Del importe total, 1.108 millones de euros se destinan a la Gerencia Regional de Salud.

En el año 2004 se aprobó el **Decreto 61/2004**, de 27 de mayo, por el que se establece el procedimiento para la integración directa y voluntaria del personal funcionario y laboral fijo en la condición de personal estatutario, con la finalidad de unificar del régimen jurídico del personal de la Gerencia Regional de Salud, después de los estudios necesarios para abordar el proceso voluntario de estatutarización del personal funcionario y laboral.

El mismo sentido, el **Acuerdo 95/2004**, de 8 de julio, de la Junta de Castilla y León, aprobó la regulación jurídica del personal de refuerzo de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, estableciendo su marco normativo.

Resueltos los recursos interpuestos por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, que rechazó los 5 recursos de casación que quedaban pendientes de resolución, se puso en marcha el concurso para el acceso a la Función Pública al que concurren 11.192 sanitarios interinos de la Comunidad, por el que se convertirían en fijas 1.945 plazas de sanitario, en la siguiente relación: 620 plazas de médicos, 392 de farmacéuticos, 637 de veterinarios, 133 de ATS/DUE, 32 de Técnicos Especialistas, 69 de Auxiliares de enfermería, y 62 de otros Cuerpos.

Desde enero de 2002 la Consejería de Sanidad está realizando un importante esfuerzo negociador con las Organizaciones Sindicales, con el fin de mejorar las condiciones laborales del personal sanitario. Entre estas mejoras se encuentran: el incremento del 18 % de las retribuciones fijas anuales brutas que perciben los profesionales del Sacyl (lo que les sitúa por encima de la media nacional); el disfrute de un mayor número de días de vacaciones, permisos y licencias; el incremento de las ayudas de acción social; el aumento de compensación por desplazamientos de atención primaria así como la manutención del personal de guardia; el alta continuada en la Seguridad Social de todo el personal de refuerzo; actividades formativas y el Plan de Salud Laboral; procesos extraordinarios de consolidación de empleo; acuerdo de estabilidad en el empleo; procesos voluntarios de estatutarización; jornada de 35 horas; nuevo modelo retributivo, productividad variable; y creación de nuevas categorías profesionales.

Estos compromisos se ven reflejados en el **Acuerdo de 38/2004**, de 25 de marzo, de la Junta de Castilla y León, que ratificó el Pacto suscrito sobre el régimen de vacaciones y permisos del personal estatutario que presta servicios en la Gerencia Regional de Salud, pacto que había sido negociado con las Organizaciones Sindicales representadas en la Mesa Sectorial del Personal Sanitario.

Del mismo modo se ha impulsado la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales, aprobando el **Plan de Actuación en materia de Seguridad y Salud Laboral**, implantando la Guía en materia de prevención de riesgos. La potenciación de

las medidas de Acción Social, se ha puesto claramente de manifiesto con un incremento de los recursos destinados a este fin, pasando de 3,5 a 5 millones de euros.

Por último, se ha elaborado la **Guía de Consentimiento Informado** para facilitar a los profesionales la correcta aplicación de la normativa vigente en esta materia.

## 6. Investigación:

La Junta de Castilla y León, consciente de la importancia de la investigación en materia sanitaria colabora en diferentes proyectos de investigación, apoyando a diversas instituciones de nuestra Comunidad Autónoma.

### Infraestructuras científicas:

La Consejería de Sanidad está participando en la creación del Banco Nacional de ADN y se ha colaborado en el inicio de las obras para la construcción de un nuevo edificio del Instituto de Neurociencias de Castilla y León, en ambos casos en Salamanca.

### Ayudas y Subvenciones convocadas en 2004:

- **Orden SAN/1234/2004**, de 30 de julio, se convocan subvenciones destinadas a financiar la realización de proyectos de investigación en biomedicina. Los beneficiarios son investigadores o equipos de investigación vinculados funcional o contractualmente a instituciones o centros sanitarios, universidades, organismos públicos de investigación u otras entidades públicas o privadas que carezcan de finalidad lucrativa, para financiar proyectos de investigación que se lleven a cabo en centros radicados en la Comunidad de Castilla y León.

AÑO	Nº de Proyectos de Investigación Presentados	Nº de Proyectos de Investigación Financiados		Financiación Proyectos Investigación €	Financiación Otras actividades Investigación
		Nuevos	En Desarrollo		
2003	7	5	-----	198.554	101.445
2004	35	8	4	513.683	196.562
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>712.237</b>	<b>298.007</b>

- **Orden SAN/526/2004**, de 7 de abril, convoca subvenciones Subvenciones para financiar la realización de proyectos de investigación en materia de gestión sanitaria, con un presupuesto de 100.000 euros. Se entiende por proyectos de investigación sanitaria aquellos que se dirigen a analizar la efectividad y eficiencia de las distintas actividades sanitarias o la calidad percibida por los usuarios o destinatarios de las mismas, en función de los sistemas de organización y procedimientos de gestión implantados para su desarrollo. Un total de 11 proyectos se han visto beneficiados de estas ayudas.
- **Orden SAN/1571/2004**, de 11 de octubre, Convocatoria de ayudas económicas para cofinanciar la contratación de investigadores por instituciones de investigación sanitaria sin fines de lucro. La entidad beneficiada fue la Fundación Investigación Cáncer, que recibió una ayuda de 39.935 euros.
- **Orden SAN/267/2004**, de 3 de marzo por la que se convoca una beca de colaboración para el desarrollo del proyecto de investigación "Aplicaciones de un

modelo homogéneo de investigación epidemiológica, clínica y de salud pública en atención primaria con redes centinelas”.

Esta beca está dotada con 10.800 euros al año.

La investigación biomédica de Castilla y León, financiada a partir de la participación de sus investigadores en convocatorias competitivas de otras Entidades e Instituciones arroja un balance enormemente positivo, destacando la financiación obtenida a través del ISCIII en las siguientes modalidades:

- Participación en la Redes Temáticas de Investigación Sanitaria (RETICS).
- Desarrollo de Proyectos de Investigación.
- Ayudas para contratos de investigadores.
- Dotación de Infraestructuras Científicas.

#### Difusión de los resultados de las investigaciones:

Se ha planteado a través de dos líneas de actuación: por un lado la difusión en Publicaciones, Congresos, Simposios, etc. incluida en los programas de ejecución de los Proyectos de Investigación seleccionados, y por otro la creación de la *Fundación de Investigación Sanitaria de Castilla y León* cuya misión fundamental será la gestión de aquellos medios y recursos puestos al servicio de la ejecución de programas y proyectos de investigación clínica, desarrollo tecnológico e innovación en los campos de la Biomedicina y las Ciencias de la Salud, con el propósito de contribuir a la promoción y protección de la salud de la población.

#### Formación:

Además de convocar subvenciones para la celebración de congresos, jornadas y otras reuniones de naturaleza científicas y la suscripción de diferentes convenios de apoyo a la investigación, en 2004 se celebró por primera vez, en colaboración con el Instituto de Salud “Carlos III”, un Curso de gestión de la investigación biomédica, al que asistieron los responsables de investigación de los centros y de las unidades investigación y de las áreas de salud de Castilla y León.

#### Red de Médicos Centinelas de Castilla y León:

Ha desarrollado, en el programa de registro de 2004, cinco trabajos de investigación relacionados con otras tantas enfermedades de gran interés e importancia en Salud Pública.

Por ejemplo se ha hecho un especial seguimiento a la gripe, con el Programa de vigilancia de la gripe, en funcionamiento desde 1996. La información generada, en colaboración con el Centro de Gripe de Valladolid, dependiente de la Universidad de Valladolid, ha sido incluida en la Red Europea de Vigilancia de la Gripe (EISS), en la que representantes de Castilla y León figuran como miembros del equipo científico desarrollando indicadores de detección e intensidad de las epidemias.

Otros temas de investigación durante el año 2004 se han centrado en el estudio de la enfermedad cerebrovascular, la varicela y los accidentes domésticos y peridomésticos infantiles.

Entre las actividades más importantes de la Red de Médicos centinelas de Castilla y León, se encuentra la constitución y el seguimiento de una cohorte de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico. Desde el año 2000, se han venido incluyendo registros que anualmente son estudiados desde el punto de vista

epidemiológico, clínico y terapéutico. En la actualidad se tiene información sobre más de 1000 pacientes, de los cuales, aproximadamente 600 están en seguimiento anual.

Durante el año 2004 se han venido desarrollando diferentes actividades científicas. En octubre se celebró en Ávila la VI reunión Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, que contó con la participación de más de 100 asistentes a dos mesas redondas sobre la investigación en Atención Primaria y los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

La creación de la web del proyecto de investigación de redes centinelas está incluida en el proyecto “Aplicaciones de un modelo homogéneo de investigación epidemiológica, clínica y de salud pública de Atención Primaria con redes centinelas (RECENT)”, en el que la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León tiene la responsabilidad de coordinar; esta página web sirve para dar a conocer los objetivos y características de esta investigación y los resultados que se van obteniendo.

TABLA 7

**SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA**

CCAA: CASTILLA Y LEON

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información ó Estadísticas sanitarias					

	si/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción estado de salud bueno ó muy bueno en >16 años		Observaciones
			%hombres	%mujeres	
ENCUESTAS DE SALUD (CCAA)	SI	2005			No es una encuesta sobre el estado de salud del ciudadano de Castilla y León. Es una batería de encuestas y otros estudios para monitorizar la calidad percibida por los usuarios del Sistema Sanitario.

7. Sistemas de Información sanitaria

## 8. Calidad

La gestión sanitaria actual tiene en la Calidad uno de sus objetivos prioritarios. En su mejora están implicados todos los que intervienen en el Sistema Sanitario.

### Oncoguías

La Consejería de Sanidad puso en marcha en abril del año 2003 el "Proyecto Oncoguías" una herramienta que aborda de forma multidisciplinar la atención a los tipos de cáncer más relevantes, desde una perspectiva orientada a la consecución de la calidad total y a la satisfacción de los usuarios del sistema sanitario.

El proyecto propone mejorar la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento, los cuidados paliativos y la calidad de vida relacionados con el cáncer, a través del análisis, diseño, implantación, evaluación y mejora continua de los procesos asistenciales oncológicos desarrollados en el sistema público de salud de Castilla y León.

Están elaboradas las siguientes guías:

- Guía para la gestión del proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Incluye el subproceso de detección precoz de cáncer de mama (programa específico que la D. G. de Salud Pública lleva desarrollando desde hace más de 10 años).
- Guía para la gestión del proceso de cuidados paliativos en el enfermo oncológico terminal.
- Guía para la gestión del proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal. Incluye el subproceso de detección precoz.
- Guía para la gestión del proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.
- Guía para la gestión del proceso de diagnóstico y tratamiento del melanoma.

Estas Guías se han implantado, en periodo de pruebas de un año y en diferentes Áreas, en julio de 2004. Luego se implantarán en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma.

## 9. Seguimiento del estado de salud de la población:

Los accidentes cerebrovasculares son de gran importancia para la salud, tanto por su prevalencia como por las posibles secuelas que pueden provocar. Por ello, y a través de la Red de médicos Centinelas de Castilla y León, se hizo un seguimiento de esta patología.

Se encontraron 171 casos que suponen una tasa estandarizada de 255 por 100.000 habitantes (IC: 95% 220-300). El 45% de los episodios registrados fueron Accidentes Cerebrovasculares y el 55 % Isquemia Cerebral Transitoria.

El seguimiento de la Diabetes arroja una estimación de incidencia de 134,1 por 100.000 habitantes (IC 95% 129,6 – 138,8).

El sobrepeso es otro de los temas al que se hace un especial seguimiento. De su estudio se pueden obtener las siguientes conclusiones: El 35,90% de la población con 18 y más años tenía sobrepeso de acuerdo con el índice de masa corporal y el 11,74% eran obesos.

El porcentaje de hombres con sobrepeso es bastante mayor que el de mujeres: 43,31% frente a 28,78%. El porcentaje de obesos es prácticamente igual en ambos sexos. Sin embargo, el peso es valorado, en relación a la altura, como mayor de lo normal sólo en el 35,14% de los castellanos y leoneses (31,46% los hombres y 38,74% las mujeres).

Los hombres valoran su peso como normal en un porcentaje mayor que las mujeres 60,93% y 56,32% respectivamente. Entre 2 y 17 años el porcentaje de sobrepeso u obesidad es de 24,92%, en hombres 26,13% y en mujeres 23,56%

### Esperanza de vida en Castilla y León por provincias, 2004

Provincia	Hombres	Mujeres
Ávila	77,02	83,95
Burgos	77,63	85,46
León	78,05	84,65
Palencia	76,24	84,80
Salamanca	77,87	84,24
Segovia	78,65	85,15
Soria	79,13	86,22
Valladolid	77,17	84,37
Zamora	78,73	83,53
<b>Castilla y León</b>	<b>77,73</b>	<b>84,65</b>

Últimos datos correspondientes al año 2002  
Fuente: Consejería de Sanidad

La esperanza de vida indica el número medio esperado de años de vida en el momento del nacimiento, si se mantienen las tendencias actuales de mortalidad.

### Mortalidad, 2002:

Varones	11,26 /1.000 hab.
Mujeres	10 /1.000 hab
Global	10,62 /1.000 hab

Las enfermedades del sistema circulatorio fueron las que produjeron mayor mortalidad, el 33,08% del total, seguidas por los tumores con el 27,88% y las enfermedades del aparato respiratorio con el 11,28%.

Las dos primeras causas tienen menos importancia que con respecto al año 2001, pero ha aumentado su importancia las enfermedades del aparato respiratorio.

La causa específica que ha producido mayor número de muertes ha sido en los hombres el Tumor maligno bronco-pulmonar y, en las mujeres, las Enfermedades cerebrovasculares.

En relación al conjunto de Castilla y León la provincia de Valladolid presenta una tasa de mortalidad mayor. En el análisis por sexos se observa que las tasas en hombres en las provincias de Palencia, Valladolid, Burgos y León son mayores que para los hombres de Castilla y León y en mujeres las provincias con una tasa mayor a la del resto de la Comunidad son Valladolid, Zamora, Ávila, Salamanca y León.

### Morbilidad hospitalaria en España y en Castilla y León, 2002. (Enfermos dados de alta por diagnóstico, ambos sexos)

Grupo de diagnóstico	Castilla y León	
	Altas	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5.135	1,82
Tumores	25.385	9,02
Enf. de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	4.513	1,60
Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2.524	0,90
Trastornos mentales	7.924	2,81
Enf. del sist. nervioso, de los órg. de los sentidos	13.315	4,73
Enf. del aparato circulatorio	39.158	13,91
Enf. del aparato respiratorio	28.496	10,12
Enf. del aparato digestivo	36.104	12,82
Enfermedad del aparato genitourinario	18.541	6,58
Comp. del embarazo, parto y del puerperio	24.953	8,86
Enf. de la piel y del tejido celular subcutáneo	2.908	1,03
Enf. del sist. osteoarticular y del tejido conjuntivo	16.455	5,84
Anomalías congénitas	1.599	0,57
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3.730	1,32
Signos, síntomas y estados mal definidos	17.384	6,17
Traumatismos y envenenamientos	22.719	8,07
Hospitalizaciones especiales	5.552	1,97
Altas sin diagnóstico	5.170	1,84
Todas las causas	281.565	

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2002 del INE

La Encuesta de morbilidad hospitalaria del año 2004, es decir, el número de personas enfermas que han ingresado en los hospitales, refleja un cuadro de patologías de la población castellano y leonesa muy similar al del conjunto de la población nacional.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria en Castilla y León y en España, 2004  
(Números de casos y tasas notificadas por 100.000 habitantes)**

Enfermedad	Castilla y León	
	Casos	Tasa
F Tifoidea y paratifoidea	6	0,24
Disentería	0	0,00
Gripe	49.069	1.967,54
Tuberculosis respiratoria	314	12,59
Sarampión	1	0,04
Rubeola	4	0,16
Varicela	12.346	495,04
Brucelosis	59	2,36
Sífilis	48	1,92
Infección gonocócica	20	1,16
Enfermedad meningocócica	32	1,28
Parotiditis	90	3,60
Tos Ferina	12	0,52
Difteria	0	0,00
Lepra	1	0,04
Paludismo	3	0,12
Poliomielitis	0	0,00
Rabia	0	0,00
Tétanos	1	0,04
Triquinosis	0	0,00
Cólera	0	0,00
Fiebre amarilla	0	0,00
Peste	0	0,00
Tifus exantemático	0	0,00
Botulismo	0	0,00
Hepatitis A	24	0,96
Hepatitis B	34	1,36
Otras hepatitis víricas	76	3,04
Legionelosis	30	1,20
Meningitis tuberculosa	3	0,12
Rubéola congénita	0	0,00
Sífilis congénita	0	0,00
Tétanos neonatal	0	0,00

Fuente: Sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria de Castilla y León

Dentro del sistema de vigilancia epidemiológica un componente fundamental es el sistema de notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, que permite conocer a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica la incidencia semanal de casos de enfermedades infecciosas calificadas de declaración obligatoria en las diversas Comunidades Autónomas

**Casos acumulados de SIDA por categoría de transmisión en Castilla y León desde 1981 hasta 31 de diciembre de 2004**

Categoría de transmisión	Castilla y León	
	Casos	%
Homo/bisexual	162	6,5
UDVP	1.734	69,1
Hemoderivados	56	2,2
Transfusión	24	1,0
Madre-hijo	41	1,6
Heterosexual	402	16,0
Otros/n.C.	91	3,6
<b>Total</b>	<b>2.510</b>	

Nota: UDPV: Usuarios de drogas por vía parenteral

Fuente: Registro Regional de SIDA

TABLA 10

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: CASTILLA Y LEON**

**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**

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
<b>Libre elección de médico</b>	No	Regulado y desarrollado parcialmente en la Ley 8/2003	En desarrollo de la Ley 8/2003 está elaborando un borrador de Decreto que regula la Libre Elección en Atención Primaria
<b>Segunda opinión</b>	No	Regulado y desarrollado parcialmente en la Ley 8/2003	En desarrollo de la Ley 8/2003 se ha finalizado la tramitación de un texto. Pendiente de aprobación.
<b>Acceso a la Historia Clínica</b>	No	Regulado y desarrollado parcialmente en la Ley 8/2003	En desarrollo de la Ley 8/2003 se está tramitando un borrador de Decreto por el que se regula la historia clínica
<b>Consentimiento Informado</b>	Sí	Ley 8/2003	
<b>Instrucciones Previas/Últimas Voluntades</b>	Sí	Desarrollado en cuanto a los procedimientos de formalización en la Ley 8/2003	Se está trabajando en un borrador de Decreto por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas en CyL.
<b>Guía ó Carta de Servicios</b>	Sí	Decreto 40/2003, de 3 de abril y Orden SBS/1325/2003	

TABLA 10

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: CASTILLA Y LEON**

<p><b>Información en el Sistema Nacional de Salud</b> (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)</p>	<p>Sí</p>	<p>Ley 8/2003 y Decreto 40/2003, de 3 de abril</p>	
<p><b>Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad</b></p>	<p>No</p>		

<p><b>Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes</b></p>	<p>si/no</p>	<p>Denominación</p>	<p>Referencia legislativa</p>	<p>Figura jurídico-administrativa (tipo)</p>	<p>Observaciones</p>
		<p>No</p>			

<p>si/no</p>	<p>Cuantía dedicada en 2004</p>	<p>Nº de Asociaciones subvencionadas en 2004</p>	<p>Referencia normativa convocatoria</p>	<p>Observaciones</p>

TABLA 10

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: CASTILLA Y LEON**

Subvenciones a asociaciones de pacientes	No				
--	----	--	--	--	--

## **11. Equidad:**

### **11. EQUIDAD**

#### **Programa PSIQUIATRA DE REFERENCIA.**

El objetivo es mejorar el acceso a los servicios de salud mental desde los centros de discapacitados intelectuales, garantizando que el estar interno en un centro de este tipo no impide el mejor seguimiento por parte de los Centros de Salud Mental. El programa se centra en el nombramiento de un psiquiatra que asume la representatividad del Centro de Salud Mental frente a los centros de discapacitados intelectuales.

Se trata de personas que frecuentemente asocian alguna alteración psiquiátrica a su discapacidad, o alteraciones de la conducta de difícil manejo. El psiquiatra de referencia tiene la misión de servir de enlace rápido y de asesor en situaciones agudas, y de apoyo y coordinación para adecuar el proceso de atención según las necesidades del centro de discapacitados y la disponibilidad del Centro de Salud Mental.

Entre las funciones del psiquiatra consultor de referencia se encuentra el asesoramiento a los profesionales del centro y la facilitación de conexión con el Equipo de Salud Mental de referencia, a través de la gestión de las agendas de los profesionales del equipo llevando un registro de las consultas preferentes realizadas mensualmente. De igual modo ejerce la función de consultoría con los profesionales de los Equipos de Salud Mental en todas aquellas cuestiones relacionadas con el abordaje de estos pacientes.

## **12. Valoración del proceso transferencial.**

La transferencia a la Comunidad Autónoma de Castilla y León de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se materializó a través del R.D.1480/2001, de 27 de diciembre, de traspaso a la Junta de Castilla y León de las funciones y servicios del extinto INSALUD. Esta transferencia era al mismo tiempo, una necesidad, un derecho y una obligación.

Una obligación del Gobierno de la nación, ya que estas competencias ya se habían transferido, hacía casi dos décadas, a las Comunidades Autónomas denominadas de "vía rápida". El resto de Comunidades Autónomas, al carecer de estas competencias, se habían visto privadas de la posibilidad de prestar mejores servicios sanitarios y de fijar un mas alto nivel de prestaciones, en favor de sus ciudadanos.

Un derecho de la Comunidad Autónoma de aumentar sus cuotas de autogobierno para decidir libremente su futuro, colaborando con el gobierno de España, pero sin una absoluta sujeción a las decisiones de éste, que en ocasiones se ha mostrado lejos de las necesidades reales de los castellanos y leoneses.

Una necesidad, por fin, porque solo desde una gestión más cercana al ciudadano se pueden detectar las necesidades sanitarias y sociales, analizar con más rigor sus causas y poner en marcha las soluciones mas adecuadas para cada uno de los problemas.

Por otro lado, desde que se iniciaron los procesos de transferencias de competencias sanitarias a las distintas Comunidades Autónomas, y quizá por falta del adecuado ritmo, varios de los principios básicos que servían de pilares al Servicio Nacional de Salud, como la equidad o la solidaridad, se han visto erosionados, ahondándose cada vez más en las diferencias entre Comunidades Autónomas.

La transferencia ha supuesto, casi como norma, que las Comunidades Autónomas han modificado sus criterios de gestión, corrigiendo, a iniciativa propia, las deficientes retribuciones, realizando importantes inversiones en servicios e infraestructuras y mejorando la cartera de servicios. Todas estas actuaciones han generado un déficit que, en determinados momentos, ha sido asumido por el Estado. Ese déficit se cubría con fondos destinados a la financiación de los servicios del Insalud, tanto centrales como los existentes en las comunidades no transferidas, minorando así su capacidad de financiación.

En consecuencia, al llegar el momento de las transferencias, con veinte años de retraso, muchos de los centros y servicios de Castilla y León se encontraban en deficiente estado de conservación, sus equipamientos tecnológicos en ocasiones obsoletos, las prestaciones sanitarias poco desarrolladas y parte del personal sanitario desmotivado y mal retribuido.

No obstante, esta insuficiencia financiera de partida no ha impedido una sustancial mejora de los servicios sanitarios, una vez realizadas las transferencias, ajustada a las disponibilidades económicas. No obstante, esta mejora no puede suponer una renuncia a una adecuada financiación bajo los principios de equidad, solidaridad y cohesión del sistema.

La gestión de la competencia sanitaria ha permitido planificar adecuadamente el desarrollo sanitario de Castilla y León, decidir las inversiones de forma objetiva en su localización, tiempo y cuantía, modernizar considerablemente nuestra capacidad

tecnológica, mejorar la cartera de servicios y, sobre todo, prestar una asistencia de mayor calidad, a plena satisfacción de la mayor parte de los castellanos y leoneses.

Sin embargo, las características demográficas y geográficas de Castilla y León, simbolizadas en la dispersión poblacional, la extensión geográfica y el envejecimiento de la población plantean importantes retos, difíciles de afrontar sin la garantía de una financiación suficiente. A estos factores se suman algunas decisiones legales que inducen importantes crecimientos del gasto sanitario, como la inmigración, o la imposibilidad de contener de forma efectiva los gastos de farmacia, por la falta de participación de las Comunidades en las decisiones de carácter estructural de la prestación farmacéutica o la dependencia tradicional de otras Comunidades para la prestación de algunos servicios de alta calificación.

Estos problemas estaban definidos y afrontados cuando con gran consenso se aprobó la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y se crearon los Fondos de Cohesión y de Ahorro de la Incapacidad Temporal.

En los Presupuestos Generales del Estado de 2005 no se desarrolló este Fondo hasta sus últimas consecuencias, impidiendo así que las correcciones del sistema de financiación. Quedó pues desvirtuada la previsión contenida en la Disposición Adicional 5ª de la Ley 16/2003, que asignaba el fondo para el desarrollo de *“políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades”*, elemento clave para un funcionamiento integrado, armónico y solidario del Sistema Sanitario Público.

Por otra parte, el Fondo de Ahorro de la Incapacidad Temporal, gestionado por la Seguridad Social y cuyo funcionamiento se basaba en los convenios bilaterales firmados, tampoco ha cumplido completamente su cometido asignado, ya sea por insuficiente dotación financiera o por fijar objetivos difícilmente alcanzables, que impedían a las Comunidades Autónomas recibir las asignaciones previstas.

Si a esto unimos que no se ha definido una cartera mínima y obligatoria de servicios, establecida por consenso en el Consejo Interterritorial, resulta bastante difícil el mantenimiento de la equidad y la solidaridad interterritorial, profundizándose cada vez mas en las diferencias entre Comunidades Autónomas.

En definitiva puede decirse que nos encontramos actualmente en una de las encrucijadas del Sistema Sanitario actual. Por una parte ya se ha completado la necesaria transferencia de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas y por otro nos encontramos ante el reto de conseguir un Sistema ecuánime y solidario que permita corregir los desequilibrios territoriales y a la vez sea capaz de ofrecer a los ciudadanos cada vez más calidad en las prestaciones sanitarias.

### 13. Experiencia innovadora:

## **IMPLANTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS DE COORDINACIÓN DE BASE EN CASTILLA Y LEÓN.**

### **1. Justificación:**

La necesidad de integrar la prestación de servicios sociales y sanitarios en personas con problemas complejos es la base de los Decretos 74/2000 y 49/2003, que regulan las **estructuras de coordinación** entre servicios sociales y sanitarios, a varios niveles administrativos. En 2004 se hace un esfuerzo especial para la implantación de los Equipos de Coordinación de Base (ECB), formados por profesionales de base de ambos sistemas de atención.

### **2. Características principales de su desarrollo:**

#### Estructura de los ECB:

El Decreto 49/2003 establece que un ECB está formado al menos por un profesional de cada Centro de Acción Social, un profesional sanitario del Equipo de Atención Primaria (EAP) y el trabajador social del EAP. La mayoría de los ECB incorporan sin embargo dos profesionales sanitarios, incluyendo un médico y una enfermera, para facilitar la difusión de su labor y la participación de todos los colectivos profesionales. Pueden formar parte otros profesionales relevantes para los problemas de la persona atendida.

#### Distribución territorial:

La creación de los ECB ha supuesto la delimitación previa del territorio y la población a la que atiende cada uno. Se han definido 178 demarcaciones en Castilla y León, y se han creado 145 ECB, prácticamente todas durante 2004.

#### Funciones:

La función básica e insustituible de los ECB es detectar los casos que precisen una actuación conjunta, simultánea o sucesiva, de servicios sociales y sanitarios, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas. Esta atención coordinada implica el intercambio de información y conocimiento acerca de la disponibilidad de servicios sociales y servicios sanitarios, y de las actuaciones de grupos formales e informales de apoyo.

La segunda función de los ECB es aportar información para la planificación de recursos, notificando los recursos utilizados en los casos atendidos y su grado de coincidencia con los recursos considerados idóneos. También aportan información para el diseño de procesos de atención coordinada, sea entre niveles asistenciales (atención primaria o básica con atención especializada) o entre sectores (sanitario y social).

### **3. Aspectos destacables de su implantación o aplicación:**

#### Formación:

La creación de ECB ha exigido una labor formativa por parte de las Comisiones de Coordinación Sociosanitarias (estructuras de coordinación del siguiente nivel; órganos técnicos asesores a nivel provincial), y por parte del Servicio de Coordinación Sociosanitaria de la Dirección General de Planificación y Ordenación de la Consejería de Sanidad.

#### Método de trabajo conjunto:

El elemento imprescindible en esa formación y en el desarrollo de la función de los ECB es el documento de trabajo conjunto “**Guía para la Gestión Compartida de Casos**”, que permite el abordaje coordinado de los casos complejos. Este documento lleva implícito un método de trabajo en el que:

- Se comparte la información relevante aportada por cada profesional, considerándose “relevante” la información que potencialmente pudiera hacer cambiar la valoración o el plan de actuación de otro profesional.
- Se estructura la información de las cuatro dimensiones estudiadas – problemas de salud, patrones funcionales, dependencia, y valoración sociofamiliar.
- Se acuerda por consenso un plan de intervención de los profesionales sociales y sanitarios, especificando las responsabilidades de cada uno y el seguimiento que el caso necesita.

#### Tutorización:

Los miembros de las Comisiones de Coordinación asumen la responsabilidad de tutorizar a los ECB. Cada tutor hace el seguimiento de las actividades de determinados ECB, a los que sirve de referencia para ofrecer información, asesorar técnicamente y transmitir problemas o consultas a la Comisión.

#### **4. Procedimiento de evaluación:**

##### Implantación:

Número de ECB constituidos, distribución por provincias y zonas sociosanitarias.

##### Grado general de actividad:

Se realiza a través de las actas de los ECB, remitidas a las Comisiones de Coordinación correspondientes y al Servicio de Coordinación.

Actividad asistencial: número de casos tratados y tipo de problemas que tienen. El ECB remite una copia de las Guías de casos compartidos a la Comisión de Coordinación.

Actividad comunitaria: número y tipo de actividad, a través de las actas.

##### Calidad científico técnica:

Con el doble objetivo de evaluar los problemas en el uso de la “Guía” y pilotar un sistema de codificación de la información contenida en la misma, los ECB remiten una copia de las guías de los casos compartidos tratados a la Comisión de Coordinación, que a su vez lo remite al Servicio de Coordinación. El Servicio evalúa el grado de cumplimentación de los apartados de la Guía y su adecuación a la estructura definida.

## 5. Resultados más destacables:

Los ECB tienen de momento una experiencia corta. En estos primeros meses de actividad, los ECB han tratado en muchas ocasiones a las personas con problemas más complejos, con frecuencia problemas de años de evolución. Es prematuro valorar las repercusiones del trabajo de los ECB en la salud y calidad de vida en comparación a lo que ocurriría sin su existencia. La codificación de las Guías en una base de datos permitirá, con la metodología adecuada, hacer las primeras valoraciones de resultados en el año 2006. Una aproximación, que es necesario interpretar con prudencia, se ofrece más abajo.

Los resultados que se pueden valorar, recogidos por el Servicio de Coordinación, se refieren a:

### Satisfacción profesional:

Muchos profesionales, tanto del sector sanitario como del sector social, han expresado su satisfacción por estructurar su coordinación y por la orientación que ofrece la Guía de Gestión Compartida.

### Dificultades relacionadas con las culturas de las organizaciones:

Los profesionales refieren síntomas de que sus correspondientes organizaciones no han asumido todavía de manera extensiva la coordinación sociosanitaria como *tarea propia*. Por ejemplo, refieren dificultades para liberar tiempo y reunirse, poco reconocimiento, o incompreensión de la necesidad de coordinarse por parte de algunas instancias.

### Cuantificación de demandas:

Empezamos a conocer los rasgos fundamentales de las personas tratadas en los ECB. A modo de orientación, en la tabla siguiente se muestran los datos relativos a sus problemas de salud y situación familiar:

<b>Problemas de salud</b>	
Enfermedad mental	37%
Neurológica (ACV, demencias, ...)	22%
Limitaciones sensoriales	12%
Aparato locomotor	25%
Drogodependencia	8%
Pluripatología orgánica	17%
Malos tratos	2%
Otros	28%
<b>Situación familiar</b>	
Vive con familia cuidadora	15%
Vive con persona similar a él / ella	18%
Vive solo	25%
Es cuidador	18%
Multipatología familiar	15%

### Evolución:

En una cuarta parte de los casos se ha reseñado la evolución de los problemas en la guía. Se refleja en la misma la valoración de los profesionales en tres grados: está mejor, está igual, o está peor. De los casos recogidos, en el 43% de los casos los profesionales valoran que está mejor, que está igual en el 21%, y peor en el 36%.

Es de suponer que la proporción de los casos que hubieran evolucionado a peor sería mucho mayor sin la intervención del ECB, pero una conclusión al respecto necesita un número más amplio de casos, la comparación con un grupo control, y comprobar la fiabilidad de las valoraciones.