



**Castilla-La Mancha**

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

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

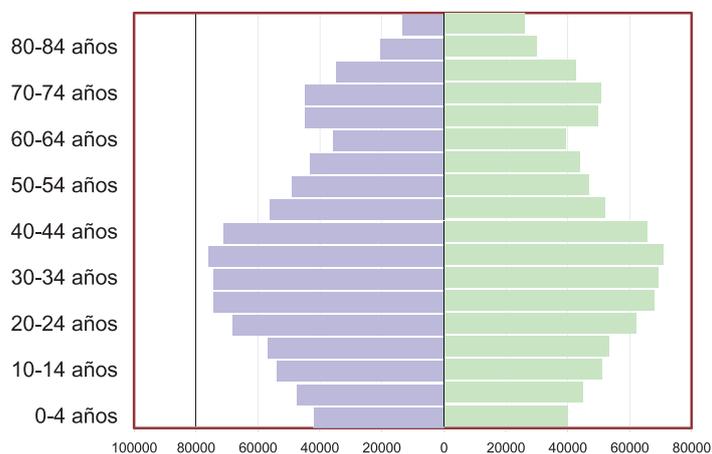
### ESTRUCTURA Y EVOLUCIÓN

#### POBLACIÓN DE CASTILLA-LA MANCHA Y PROVINCIAS.

	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Castilla-La Mancha	España
1940	379.169	537.549	340.898	211.561	490.385	1.959.562	26.251.188
1950	400.731	572.589	344.033	208.652	533.654	2.059.659	28.039.112
1960	375.175	589.365	328.554	189.585	532.583	2.015.262	30.639.777
1970	340.720	512.821	251.619	149.804	477.732	1.732.696	33.918.032
1981	339.374	475.129	215.975	143.473	474.682	1.648.633	37.682.355
1991	342.677	475.435	205.198	145.593	489.543	1.658.446	38.872.268
2001	364.835	478.957	200.346	174.999	541.379	1.760.516	40.847.371
2002	371.787	484.338	201.614	177.761	546.538	1.782.038	41.837.894
2003	376.556	487.670	202.982	185.474	563.099	1.815.781	42.717.064
2004	379.448	492.914	204.546	193.913	578.160	1.848.881	
2005						1.888.527	

Fuente: Censos de Población (años 1940 a 2001) y Padrón Municipal de Habitantes (años 2002, 2003, 2004 y 2005 -Prov.-). INE.

**Pirámide de población de Castilla-La Mancha, en valores absolutos**



#### Densidad de la población en Castilla-La Mancha.

	Total	Densidad
España	42.717.064	84,42
Castilla-La Mancha	1.815.781	22,85

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE.

## PRODUCTO INTERIOR BRUTO

### PRODUCTO INTERIOR BRUTO A PRECIOS DE MERCADO. PRECIOS CORRIENTES

Valor (Millones €)	1999	2000(P)	2001(P)	2002(A)	2003(1ªE)
Castilla-La Mancha	19.653,56	21.083,69	22.507,42	23.961,03	25.478
España	565.419,00	609.734,00	653.289,00	696.208,00	743.046

### PRODUCTO INTERIOR BRUTO PER CÁPITA A PRECIOS DE MERCADO. PRECIOS CORRIENTES

Valor (Euros)	1999	2000(P)	2001(P)	2002(A)	2003(1ªE)
Castilla-La Mancha	11.543	12.323	13.086	13.864	14.673
España	14.269	15.271	16.225	17.171	18.208

(P): Datos Provisionales (A): Datos Avance (1ª E): Datos Primera Estimación

Fuente: Contabilidad Regional de España. Base 1995. INE

## Mercado de trabajo

Durante 2003 se produjo un notable crecimiento de la población activa, pese a lo cual se mantuvo un nivel de desempleo inferior a la media nacional 9,8 frente al 11,3.

### OCUPADOS POR SECTORES ECONÓMICOS

Miles de personas y porcentajes

	Total	Agricultura		Industria		Construcción		Servicios		
		V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	
<b>Castilla-La Mancha</b>										
1999	Media anual	584,8	65,4	11,2	122,6	21,0	81,8	14,0	314,9	53,9
2000	Media anual	614,9	65,5	10,7	121,5	19,8	90,9	14,8	337,0	54,8
2001	Media anual	631,2	68,5	10,9	121,5	19,2	94,1	14,9	347,2	55,0
2002	Media anual	647,7	61,3	9,5	120,3	18,6	97,6	15,1	368,6	56,9
2003	Media anual	661,4	62,0	9,4	123,8	18,7	97,3	14,7	378,1	57,2

### PARADOS POR SECTORES ECONÓMICOS

Miles de personas y porcentajes

	Total V.abs.	Agricultura		Industria		Construcción		Servicios		No clasificables (*)		
		V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	
<b>Castilla-La Mancha</b>												
1999	Media anual	103,3	7,0	6,8	10,6	10,2	11,8	11,4	36,2	35,0	37,9	36,6
2000	Media anual	88,3	5,6	6,3	10,0	11,4	8,1	9,1	32,6	36,9	32,0	36,3
2001	Media anual	64,7	5,2	8,1	8,9	13,7	6,2	9,6	24,4	37,6	20,1	31,1
2002	Media anual	67,1	4,1	6,0	8,9	13,3	6,6	9,9	28,0	41,7	19,5	29,0
2003	Media anual	71,7	5,4	7,5	9,4	13,0	6,9	9,6	30,4	42,4	19,8	27,6

**INMIGRANTES PROCEDENTES DEL EXTRANJERO CLASIFICADOS POR PAÍS DE PROCEDENCIA.**

	TOTAL			ESPAÑOLES			EXTRANJEROS		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
<b>TOTAL</b>	<b>14.026</b>	<b>16.047</b>	<b>15.076</b>	<b>312</b>	<b>576</b>	<b>473</b>	<b>13.714</b>	<b>15.471</b>	<b>14.603</b>
<b>EUROPA</b>	<b>4.694</b>	<b>7.707</b>	<b>7.865</b>	<b>166</b>	<b>262</b>	<b>228</b>	<b>4.528</b>	<b>7.445</b>	<b>7.637</b>
<i>UNION EUROPEA</i>	<i>337</i>	<i>439</i>	<i>471</i>	<i>106</i>	<i>164</i>	<i>160</i>	<i>231</i>	<i>275</i>	<i>311</i>
<i>RESTO DE EUROPA</i>	<i>4.357</i>	<i>7.268</i>	<i>7.394</i>	<i>60</i>	<i>98</i>	<i>68</i>	<i>4.297</i>	<i>7.170</i>	<i>7.326</i>
<b>ÁFRICA</b>	<b>2.144</b>	<b>1.999</b>	<b>1.910</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>17</b>	<b>2.129</b>	<b>1.965</b>	<b>1.893</b>
<b>AMÉRICA</b>	<b>7.052</b>	<b>6.193</b>	<b>5.128</b>	<b>120</b>	<b>257</b>	<b>208</b>	<b>6.932</b>	<b>5.936</b>	<b>4.920</b>
<b>ASIA</b>	<b>104</b>	<b>136</b>	<b>168</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>94</b>	<b>116</b>	<b>152</b>
<b>OCEANÍA</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

Fuente: Estadística de Variaciones Residenciales. INE

**2. Desarrollo normativo e institucional:**

1. Decreto 1/2004, de 31-01-2004, de modificación del Decreto 9/2003, de 28 de enero, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. nº. 7, de 16 de enero, página 663).
2. Decreto 8/2004, de 3 de febrero, de modificación de los Decretos 123/2001, de 17 de abril, y 189/2001, de 2 de octubre. (D.O.C.M. nº. 21, de 13 de febrero, página 2369).
3. Decreto 37/2004, de 13 de abril, de coordinación de los Servicios Sanitarios Periféricos. (D.O.C.M. nº. 74, de 06 de mayo, página 7.035).
4. Orden de 25-05-2004, de la Consejería de Sanidad, de los Distritos de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. nº. 94, de 2 de junio, página 8.879).
5. Decreto 226/2004, de 22 de junio, de modificación del Decreto 1/2002, de 8 de enero, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. nº. 112, de 25 de junio, página 10.385).
6. Decreto 227/2004, de 22 de junio, de horarios, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines. (D.O.C.M. nº. 112, de 25 de junio, página 10.386).
7. Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años. (D.O.C.M. nº. 213, de 12 de noviembre, página 18.433).

**OTROS DE MENOR RELEVANCIA**

8. Decreto 5/2004, de 27 de enero, de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea u otras técnicas similares de arte corporal. (D.O.C.M. nº. 13, de 30 de enero, página 1497).
9. Orden de 10-03-2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula la aplicación de normas contenidas en el Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales. (D.O.C.M. nº. 45, de 30 de marzo, página 4.653).
10. Decreto 36/2004, de 6 de abril, de desarrollo de la Ley de Tasas por Inspecciones y Controles Sanitarios de Animales y sus Productos. (D.O.C.M. nº. 53, de 09 de abril, página 5.323).
11. Orden de 06-04-2004, de la Consejería de Sanidad, de los requisitos técnico-sanitarios de los consultorios dentales. (D.O.C.M. nº. 66, de 26 de abril, página 6.287).

- 12.** Orden de 18-05-2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos a medida. (D.O.C.M. nº. 91, de 28 de mayo, página 8.641).
- 13.** Orden de 23-07-2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios de los establecimientos de audioprótesis. (D.O.C.M. nº. 142, de 06 de agosto, página 12.947).
- 14.** Orden de 23-07-2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnico-sanitarios de los establecimientos de ortopedia. (D.O.C.M. nº. 142, de 06 de agosto, página 12.949).
- 15.** Orden de 25-11-2004, de la Consejería de Sanidad, de las autorizaciones de los estudios observacionales post-autorización en Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. nº. 232, de 09 de diciembre, página 20.821).

### 3. Planificación y Programas Sanitarios:

**EL PLAN DE SALUD** es uno de los compromisos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha encaminados a garantizar el bienestar de los ciudadanos.

El Plan de Salud marca el camino que nos proponemos recorrer en Castilla-La Mancha (desde el 2001 al 2010), para lograr en nuestro territorio añadir años a la vida de las personas y que esa vida se disfrute en buena salud.

Su utilidad fundamental consiste en constituir el soporte para el proceso de toma de decisiones, tanto en el campo de la salud pública, como de las actuaciones sanitarias. La orientación y contenido es fundamentalmente práctico.

Para su elaboración se realizó previamente un diagnóstico de salud y la evaluación del plan anterior 1995-2000. Contando con el apoyo de colectivos, asociaciones y el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha.

Esta orientación requiere un proceso dinámico, que sea capaz de incorporar, corregir y evaluar las modificaciones derivadas de cambios en la situación de salud, o de sus factores determinantes. Para de esta forma adaptar los dispositivos que deben prestar servicios a la población, de acuerdo con los programas y actividades que se pretenden desarrollar.

Por ello, es imprescindible, un proceso de evaluación periódica y constante, que detecte las desviaciones de los objetivos y las nuevas realidades, por lo que se ha iniciado la evaluación a través de los indicadores establecidos en el mismo, para ver el grado de cumplimiento en su mitad cronológica.

Para la evaluación del Plan de Salud, analizaremos los objetivos de las diez áreas en las que se divide y para cada objetivo las distintas acciones planificadas para su consecución.

<b>ÁREAS</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Acciones</b>
Salud Pública.	19	59
Atención Primaria.	6	19
Atención Especializada	5	40
Urgencias y Emergencias	1	7
Atención Sociosanitaria.	12	17
Información Sanitaria.	7	19
Accesibilidad y Transporte Sanitario.	1	8
Salud Mental.	Evaluación	propia
Formación e Investigación	1	3
Participación y Garantías de los Ciudadanos	1	4

## **EL PLAN DE SALUD MENTAL 2000-2004**

La frecuencia y las repercusiones de las patologías en el campo de la salud mental son muy importantes. Se estima que alrededor de 34.000 castellano-manchegos padecen trastornos psiquiátricos de forma crónica. De estas personas, la mitad soportan distintos grados de incapacidad que les impiden realizar su trabajo habitual o mantener relaciones familiares estables y, en muchos casos, suponen una pérdida de la autonomía necesaria para poder mantenerse y poder vivir.

En el momento actual, en Castilla-La Mancha, como en otras Comunidades Autónomas, a pesar de la mejora indiscutible de los servicios sanitarios llevada a cabo durante los últimos veinte años, siguen existiendo carencias e importantes problemas que tenemos que resolver.

Con este Plan, la Junta de Comunidades sitúa la atención a la salud mental entre las prioridades de las políticas públicas de la Región para los años 2000-2004.

El Plan está estructurado en cinco Objetivos Generales y catorce Objetivos Específicos. La consecución de los objetivos se realizará mediante once Líneas de Acción que se concretan en veintiuna Actuaciones.

Se reafirma el enfoque iniciado con la Reforma Psiquiátrica: el enfoque comunitario, dirigido a atender a las personas con trastornos mentales en su ámbito natural, sin aislarlos en instituciones de exclusión. El objetivo final de un plan terapéutico es, precisamente, la reinserción plena de la persona en la sociedad, con una vida autónoma, creativa, útil. Se propone una atención integral con un abordaje bio-psico-social.

El Plan contempla como objetivos básicos la formación y la investigación en salud mental, como fundamento necesario para desarrollar el conjunto de las acciones previstas.

En el momento actual se está evaluando este Plan y elaborando uno nuevo, pero ya podemos afirmar que ha supuesto un aumento de recursos, sobre todo en rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psico-social y laboral) y humanos.

En el **Plan de Salud Mental 2005-2010** (en borrador) hay una apuesta por la implementación de recursos residenciales, así como el resto de propuestas no realizadas aún, del plan anterior. Uno de los objetivos fundamentales es la calidad de la atención psiquiátrica, la coordinación, la búsqueda de atención continuada del paciente y sobre todo del paciente con trastorno mental grave, así como el apoyo a familiares y cuidadores informales.

Se hace una apuesta fuerte por el desarrollo de programas de formación y empleo dentro del desarrollo de la reinserción socio-laboral del enfermo mental.

## **PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL EN CÁNCER DE MAMA**

Programa preventivo destinado a la detección precoz del cáncer de mama, mediante la realización de mamografía bilateral con periodicidad bianual en mujeres de 45 a 70 años.

La realización del screening permite la detección precoz del cáncer de mama en un estadio menos avanzado que el que correspondería a un diagnóstico clínico, lo que supone una considerable mejoría en cuanto a la afectación, pronóstico de la enfermedad y años de vida perdidos.

El objetivo principal es disminuir la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de 45 a 70 años residentes en Castilla-La Mancha.

Este programa se inició en el año 2002 y entre las actividades más destacadas están:

- Información y citación personalizada a todas las mujeres que forman la población diana.
- Realización de mamografía.
- Realización de ecografía y otras pruebas complementarias en aquellas mujeres cuya imagen mamográfica sea dudosa o poco concluyente.
- Accesibilidad al programa mediante transporte de residentes en zonas rurales desplazamiento de unidades móviles.
- Comunicación por carta de los resultados radiológicos normales.
- Traslado de informe y copia de las placas al médico de cabecera y/o
- Hospital de referencia, cuando en los resultados se evidencie alguna anomalía.
- Derivación con carácter ordinario o preferente de mujeres con sospecha de patología al centro hospitalario de referencia y seguimiento de las mismas.

**El apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento** se realiza a través de Asociaciones, o mediante derivación a psicólogo que trabajan en apoyo no sólo a cáncer de mama sino también a otros procesos oncológicos y a su vez están englobados en Unidades de Salud Mental.

## **VIOLENCIA DE GÉNERO**

La violencia doméstica constituye un importante problema social de gran relevancia para la salud pública, que requiere para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinarias e interinstitucionales.

Estas estrategias deben incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema, desde su prevención y detección hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con profesionales de otras áreas e instituciones.

Los profesionales de atención primaria se encuentran en una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia doméstica a través de la consulta programada, a demanda y de urgencia.

En Castilla-La Mancha, tenemos un protocolo de actuación que incluye acciones dirigidas a la detección, el diagnóstico y tratamiento. En el protocolo se recoge los contenidos de la entrevista, la exploración física, la historia social y familiar de la paciente, el diagnóstico y tratamiento y derivación si lo precisa a centros de la mujer.

El protocolo se complementa con las actuaciones a través del Instituto de la Mujer, a través de sus Centros de la mujer distribuidos por toda la región y a través de sus programas de Asistencia Jurídica en procesos penales y civiles, recursos de acogida (en caso de urgencia y casas de acogida), apoyo a víctimas de abusos sexuales, programa de prevención comunitaria (incluye el nivel escolar).

Es de destacar además la temprana implantación en esta Comunidad Autónoma del sistema de localización inmediata y asistencia, protocolizado e implantado antes que en otras comunidades.

#### 4. Farmacia:

En Castilla La Mancha la Consejería de Sanidad impulsó un Programa Integral para la mejora de la calidad en la Prestación Farmacéutica, con un conjunto de medidas que han sido implantadas por el Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

Se trata de líneas de actuación orientadas a la mejora de la información, calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, tales como:

- Mejora del Sistema de Información, para disponer de un Sistema de Información Farmacéutica que ofrece los datos suficientes para evaluar si la demanda actual es adecuada, si los medicamentos prescritos son los adecuados, si los costes de dichos medicamentos son los más convenientes. El sistema implantado es el DIGITALIS
- Informatización de las consultas de atención primaria y atención especializada para que toda prescripción del SESCAM se realice a través de un programa informático que facilita la labor del profesional y que permite un conocimiento preciso de los datos estadísticos para su análisis y evaluación. El programa implantado es el TURRIANO.
- Guía Farmacoterapéutica del SESCAM, elaborada por los profesionales del SESCAM, donde se incluyen los principios activos útiles para el tratamiento de los diferentes procesos. Está implantada desde diciembre de 2003.
- Gestión de Demanda, evaluando la demanda, y revisando los objetivos de trabajo anual de los profesionales, para garantizar que no se genera demanda innecesaria para cumplimiento de pactos de actividad.
- Evaluación de Mayores prescriptores, evaluación especial de los diez mayores prescriptores de cada Área Sanitaria, para analizar la adecuación y calidad de la prescripción y proponer apoyo a los profesionales.
- Elaboración y actualización de un listado de medicamentos más eficientes para el SESCAM, que incluye los de los principios activos en los que por el volumen de su prescripción y diversidad de oferta en presentaciones y precios, hay un importante margen de mejora de la eficiencia en la prescripción.
- Concierto con las Farmacias, que incluye la dispensación del medicamento más barato cuando se prescriba por principio activo y la posibilidad de un descuento para las recetas de pacientes que estén en residencias. Se firmó en diciembre de 2003.
- Compra Centralizada en Hospitales, con realización de concurso de determinación de tipo, centralizado para homogeneizar precios y condiciones de compra.
- Visita Médica, se ha elaborado una nueva regulación para limitar y ordenar la visita en los centros del SESCAM y su impacto en la modulación de las prescripciones en el Sistema Sanitario. Se publicó en noviembre de 2003.
- Evaluación de Ensayos Clínicos, requiriendo la conformidad del Director Gerente del SESCAM para la su realización en nuestros centros, y evaluando para ello, previamente su impacto económico. Se realiza desde marzo de 2003.

- Implantación de un nuevo sistema de incentivación de los médicos con unos objetivos de calidad y eficiencia que valora de manera importante la adecuación en el cumplimiento de los mismos. Se ha implantado en 2004 y 2005.

Todas estas medidas han tenido importancia en la mejora que se ha producido en el ámbito del SESCAM del gasto farmacéutico y de la calidad de la prescripción, pero tal vez las más importantes hayan sido, la informatización de la prescripción, la incentivación de los profesionales, la regulación de la visita médica, la guía farmacoterapéutica del SESCAM, y los listados de medicamentos más eficientes integrados en el módulo de prescripción.

Durante el año 2004 el gasto farmacéutico en Castilla-La Mancha a través de recetas oficiales ascendió a 446 millones de euros, experimentando un crecimiento del 4,76 respecto al año 2003, siendo el gasto farmacéutico total a través de receta oficial en el conjunto del Sistema Nacional de Salud del 6.41. Castilla La-Mancha ha sido la segunda comunidad autónoma que menos ha crecido, durante el año 2004.

El gasto por persona protegida durante el 2004 en Castilla La Mancha fue de 245,58 euros, siendo la relación entre el gasto por activo y gasto por pensionista de 9,8.

El número total de recetas oficiales consumidas durante el 2004 se acercó a los 34 millones, lo que supone un crecimiento de tan solo 1,74 respecto al año anterior.

### ***Concierto con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos***

Tras la entrada en vigor durante el año 2004 del Concierto con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, se han iniciado las siguientes actuaciones:

- Aplicación de los acuerdos de precios máximos de facturación por principio activo, y de precios de facturación de productos dietoterápicos y fórmulas magistrales.
- Revisión de la facturación de recetas médicas y de la calidad de la grabación de la información de las recetas a efectos de su facturación.
- Acceso de usuarios de oficinas de farmacia a la aplicación de visado informático. Se han registrado 1.029 oficinas de farmacia como usuarios que han realizado un total de 214.666 visados.
- Captación de los datos de la tarjeta sanitaria por las oficinas de farmacia en el caso de recetas sin esa información codificada mediante impresión informatizada o TAIR.

### ***Visados***

A lo largo de 2004 el visado electrónico de recetas ha sido una realidad en Castilla-La Mancha. El visado (por intranet en Inspección y por internet en las farmacias) facilita al paciente la dispensación de los productos farmacéuticos que requieren este seguimiento. Tras la tramitación en el área de inspección del informe médico y visado inicial, se ahorran desplazamientos posteriores, facilitando la continuidad del tratamiento al poder renovar la medicación en cualquier farmacia de la Comunidad que disponga de acceso a la aplicación.

**TABLA 4**

**FARMACIA**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

**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	33.870.953	
	%recetas de genéricos/total de recetas	12,54	
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP- aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	446.025.182,19	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	6,46	Al no disponerse el dato del gasto correspondiente a genéricos, se ha calculado el porcentaje respecto al importe a PVP.
<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	Anilidas Inhibidores de la bomba de protones Derivados de la benzodiazepina	
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	Inhibidores de la bomba de protones Inhibidores de la ECA, monofármacos Mucolíticos	

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

Desde que se asumieron las transferencias en materia de Sanidad en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, se ha producido un incremento en 1.917 profesionales pasando de 16.660 trabajadores en diciembre de 2001 a los 18.577 profesionales que a 31 de diciembre de 2004 existen en las Instituciones Sanitarias del SESCAM.

Durante el año 2004 la Mesa Sectorial de las Instituciones Sanitarias del SESCAM ha sido un instrumento de trabajo y foro de encuentro para profundizar en la modernización del sector sanitario público, impulsando y desarrollando políticas de personal más consensuadas.

**Pactos y Acuerdos**

- Oferta de Empleo Público 2004 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- Respecto a la jubilación, se establece la prolongación voluntaria en el servicio activo más allá de los 65 años, de acuerdo con el artículo 26 de la Ley 55/2003, 16 de diciembre, de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, con la aprobación unánime del correspondiente Plan específico de Ordenación de Recursos Humanos del SESCAM en el ámbito de la jubilación, que se publica en el DOCM de 30 de julio de 2004.
- Las Bases de las convocatorias de las especialidades de Anestesiología y Reanimación, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Radiodiagnóstico y Pediatría de Atención Primaria, correspondientes a la Oferta de Empleo Público del SESCAM para el 2004
- Borrador de Decreto por el que se regula el procedimiento de provisión de Jefaturas de carácter asistencial en el ámbito del SESCAM
- Pacto sobre selección de personal temporal de las Instituciones Sanitarias del SESCAMM, publicado en el DOCM de 17 de diciembre de 2004.

**Acción social**

En aplicación de lo dispuesto en la Orden de 29 de septiembre de 2003, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Programa de Ayudas de Acción Social para el personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (DOCM núm. 145 de 10 de octubre), se han desarrollado a lo largo del año 2004 las siguientes actuaciones:

- Se desarrolla el P.A.A.S. abonando y tramitando las ayudas contenidas en la citada Orden de 29-09-2003.
- Con fecha 21 de abril de 2004 se publicó en el DOCM., las resoluciones de la Directora General de Recursos Humanos del SESCAM de fecha 12 de abril, por las que se efectúan las convocatorias de Ayudas de estudios y Ayudas por Educación de hijos minusválidos, correspondientes al curso académico 2003/2004. A estas ayudas se han acogido un total de 3.877 trabajadores.

- Con fecha 4 de febrero de 2004 se publicó en el DOCM la resolución de la Directora General de Recursos Humanos del SESCAM, de fecha 20 de enero, por la que se efectúa la convocatoria de Ayudas de Prótesis, ortodoncias y otros del año 2003. Beneficiándose de las mismas un total de 2.372 trabajadores.

La Comisión de Seguimiento del Programa de Ayudas de Acción Social ha continuado con el trabajo iniciado desde su creación en el año 2003, realizando reuniones periódicas para la aplicación del Plan de Ayudas de Acción Social vigente.

### **Oferta pública de empleo**

El Decreto 31/2004, de 30 de marzo, de la Consejería de Administraciones Públicas, aprobó la Oferta de Empleo Público para el año 2004, de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, que incluye las plazas de facultativos siguientes:

Facultativo especialista de área de anestesia y reanimación	33
Facultativo especialista de área de radiodiagnóstico	30
Facultativo especialista de área de traumatología y cirugía ortopédica	17
Pediatría de área y en equipos de atención primaria	30

**La formación continuada** se planifica y gestiona en dos niveles:

- Centralizadamente a través de la Coordinación de Investigación, Docencia y Formación Continuada del SESCAM adscrita a su Secretaría General y con la participación de la Comisión Regional de Formación. Se fijan las líneas formativas prioritarias, los criterios generales para la gestión de la formación: detección de necesidades, gestión, evaluación,..... Se diseña el Plan de Formación anual del SESCAM y se coordinan y priorizan los planes formativos de las diferentes instituciones, se impulsan y gestionan acciones formativas centralizadas y proyectos comunes tanto para los profesionales de las Instituciones Sanitarias como de Servicios Centrales del Sescam y de las Oficinas Provinciales de Prestaciones.
- Descentralizadamente a través de las estructuras gestoras de la formación de las diferentes instituciones sanitarias. En ellas se concretan la planificación y gestión de los planes formativos propios de los diferentes centros.

En cuanto a las encuestas de satisfacción del personal, se realiza evaluación de las diferentes acciones formativas de manera individualizada por cursos y en algunos casos globalizadas por centro sanitario. No existe hasta el momento una encuesta de satisfacción global de formación para todo el personal del SESCAM aunque se está diseñando un proceso y formato global de evaluación formativa para todo el SESCAM

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

		si/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
<b>Organización de la formación continuada</b>	Institución ú Organismo específico	<b>SI</b>	<b>SESCAM Sec. Gral. Coord. De Investigación, Docencia y Formación</b>	<b>El Decreto 1/2002 de 08-01-2002, que establece la estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha -SESCAM-, atribuye a la Secretaría General de este Organismo las funciones de coordinación y gestión, en su caso, de la formación continuada del personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.</b>	<b>Organismo Autónomo</b>
	Otro Sistema (especificar)				

**Número de Profesionales en Atención primaria**

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
<b>Medicina familiar y comunitaria</b>	1121	613	34	1319	381	
<b>Pediatría</b>	69	117	0	154	32	
<b>Enfermería</b>	518	1271	362	1237	190	
<b>Farmacia</b>	1	18	4	15	0	
<b>Psicología Clínica</b>	8	12	1	15	4	
<b>Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)</b>	75	228	45	199	59	
<b>Otros profesionales no sanitarios</b>	300	658	39	812	107	

<b>%de población atendida por Equipos de Atención Primaria</b>	
--	--

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

**Número de Profesionales en atención especializada**

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
<b>Medicina</b>	1419	850	46	1557	666	
<b>Enfermería</b>	451	3127	412	2685	481	
<b>Auxiliar de enfermería</b>	75	2665	61	1730	949	
<b>Farmacia</b>	11	29	4	29	7	
<b>Otro personal sanitario</b>	138	739	109	666	102	
<b>Personal no sanitario vinculado</b>	1638	2286	117	2874	933	

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

**Número de profesionales por Especialidades médicas**

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Alergología	11	10	0	20	1	
Análisis clínicos	33	47	1	45	34	
Anatomía patológica	26	19	0	27	18	
Anestesiología y reanimación	89	55	2	86	56	
Angiología y cirugía vascular	11	2	0	12	1	
Aparato digestivo	46	17	2	42	19	
Bioquímica clínica	5	9	0	13	1	
Cardiología	55	18	0	52	21	
Cirugía cardiovascular	3		0	3	0	
Cirugía general y del aparato digestivo	115	25	0	83	57	
Cirugía maxilofacial	4	4	0	8	0	
Cirugía pediátrica	3	2	0	4	1	
Cirugía torácica	2	1	0	2	1	
Cirugía plástica y reparadora	2	2	0	4	0	
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	17	14	1	21	9	
Endocrinología y nutrición	16	13	0	24	5	
Estomatología	0	0	0	0	0	
Farmacología clínica	4	0	0	4	0	
Geriatría	11	9	1	19	0	

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

**Número de profesionales por Especialidades médicas**

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Hematología y hemoterapia	21	28	1	31	17	
Hidrología	0	0	0	0	0	
Inmunología	2	0	0	2	0	
Medicina del trabajo	3	4	0	6	1	
Medicina de la educación física y el deporte	0	0	0	0	0	
Medicina espacial	0	0	0	0	0	
Medicina intensiva	51	20	1	46	24	
Medicina interna	80	42	2	82	38	
Medicina legal y forense	0	0	0	0	0	
Medicina Nuclear	2	4	0	6	0	
Medicina preventiva y salud pública	6	5	0	9	2	
Microbiología y parasitología	11	15	0	18	8	
Nefrología	19	16	2	24	9	
Neumología	32	17	1	38	10	
Neurocirugía	10	2	0	10	2	
Neurofisiología clínica	8	6	0	10	4	
Neurología	26	16	0	35	7	
Obstetricia y ginecología	92	47	3	80	56	
Oftalmología	46	47	2	65	26	
Oncología médica	14	11	1	23	1	
Oncología radioterapia	2	2	0	4	0	
Otorrinolaringología	57	13	1	46	23	

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

**Número de profesionales por Especialidades médicas**

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Psiquiatría	36	52	5	65	18	
Radiodiagnóstico	66	39	4	65	36	
Rehabilitación	16	37	0	37	16	
Reumatología	13	9	0	19	3	
Traumatología y cirugía ortopédica	111	13	1	68	55	
Urología	66	6	1	43	28	

## 6. Investigación:

El Gobierno regional de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, desde que asumió las transferencias en enero de 2002, viene impulsando una serie de políticas básicas en investigación dirigidas a superar el déficit histórico de nuestra Comunidad en investigación sanitaria y avanzar tanto en el campo de la salud pública, como en el de la gestión y la asistencia sanitaria.

Entre las distintas iniciativas adoptadas por el Gobierno Regional, podemos destacar:

- La creación del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha como entidad responsabilizada de la planificación, coordinación y desarrollo de los planes de formación continuada para los profesionales del Sistema Sanitario Público en la Región. **ICS**

- La constitución de la Fundación para la Investigación en Ciencias de la Salud en Castilla-La Mancha (**FISCAM**)

- La creación en colaboración con la Universidad regional del Centro Regional de Investigaciones Biomédicas (**CRIB**),

- La creación de los Consejos Asesores de Formación e Investigación en Ciencias de la Salud, responsables de asesorar las directrices de la política de investigación biomédica.

- El reforzamiento del papel investigador del **Hospital Nacional de Parapléjicos** con la puesta en marcha unidades de investigación específicas, en colaboración con el CSIC.

- La colaboración con Centros Investigadores de gran prestigio en Estados Unidos para que investigadores de Castilla-La Mancha puedan formarse en ellos.

- La constitución de la **Fundación para la Diabetes**.

- La creación del **CES**, Centro de Estudios Sociosanitarios de Cuenca.

La definición de las líneas estratégicas de esta política regional para el desarrollo de la investigación se ha desarrollado a través de los planes contenidos en el marco normativo general y específico que desarrolla objetivos y líneas de acción sobre Investigación en Ciencias de la Salud para Castilla-La Mancha. Como los contenidos en el Plan de Salud de CLM 2001-2010, el Libro Blanco de la Atención Sanitaria, el Plan Regional PRINCET, etc., encaminados a fomentar tanto la formación, difusión e intercambio entre grupos emergentes en investigación, como la consolidación de grupos y líneas de investigación estables e integradas en Red en nuestra Comunidad.

Toda esta política integral de apoyo a la labor investigadora en la región, se complementa con un espectacular crecimiento de las ayudas a la investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud, a través de las diversas convocatorias competitivas de los proyectos, becas y ayudas dirigidas a investigadores consolidados y emergentes, financiadas por el gobierno autonómico.

En los últimos 4 años la financiación anual ha pasado de el medio millón de euros a 3,7 millones de euros en el año 2004, lo que ha permitido financiar 225 actuaciones, que han beneficiado a más de 400 investigadores de la región.

Con todo ello, los mapas de la Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha concluidos recientemente, como el bibliométrico, el de censo de Grupos de Investigación, tanto consolidados como emergentes, y el de Proyectos de Investigación financiados por Agencias externas (regionales, nacionales o de ámbito internacional), muestra progresivos y significativos avances en todos los campos.

Así, en los tres últimos años, la presentación de proyectos de investigación a las convocatorias de la Consejería de Sanidad ha pasado de alrededor de 50 proyectos en el período anterior a un promedio de 90 proyectos. El número de proyectos financiados ha experimentado un aumento persistente situándose en 44 proyectos financiados en el año 2004.

El número de grupos de investigación censados es de 57, de los cuales han recibido financiación a través de las convocatorias de grupos consolidados y emergentes, movilidad y perfeccionamiento de investigadores y/o equipamiento científico tecnológico con fines de investigación un total de 11 grupos emergentes y 24 grupos consolidados.

La producción científica en Biomedicina y Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha muestra una tendencia creciente en los 3 últimos años sobre todo debido a un aumento de los artículos publicados en revistas con factor de impacto en el ISI-Journal Citation Reports frente a un estancamiento de los artículos publicados en revistas españolas sin factor de impacto ISI-JCR, lo cual indica un aumento de cantidad y de calidad de las publicaciones.

También el número de los ensayos clínicos, en los que han participado nuestros profesionales, tiende a incrementarse en los últimos años, pero sobre todo su calidad habida cuenta de que al dictamen ético se ha añadido un estricto mecanismo de control de Ensayos Clínicos por parte de la administración sanitaria, que seleccionó, mediante el pertinente informe favorable, el 50% de los Ensayos y el 25% de los estudios observacionales propuestos en 2004, habiéndose efectivamente realizado los reflejados en la Tabla 6.

Finalmente se está trabajando en la introducción de mecanismos de reducción de la variabilidad de la práctica clínica basados en la incorporación de la evidencia científica, a través de actividades de formación y de gestión, con inclusión en el Plan de Calidad y Objetivos e Indicadores en todos los Contratos de Gestión de nuestros Centros.

Asimismo en el Proyecto de incremento de la accesibilidad a la información científica que incorporará facilidad de acceso remoto a la Red de Servicios de Biblioteca y a fondos bibliográficos electrónicos.

Por todo ello consideramos que el balance de la investigación en salud, en los últimos 3 años, en nuestra Comunidad Autónoma es positivo, estando centrado en la consolidación de grupos de investigación competitivos que puedan integrarse en redes de investigación españolas y europeas. Pero queda mucho camino por recorrer, porque incorporarnos a la vanguardia científica es cosa del trabajo constante y diario, así como de la voluntad de los gobiernos por superar nuestro déficit histórico.

**TABLA 6**

**INVESTIGACIÓN**

**CC.AA.: CASTILLA LA MANCHA**

	SI/NO	DENOMINACIÓN		FIGURA JURÍDICO-ADMINISTRATIVA	OBSERVACIONES
Agencia de Evaluación de Tecnologías	NO	0			
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	SI	INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD.	ICS	INSTITUTO	Dependencia directa Consejería de Sanidad
		FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN C. DE LA S.	FISCAM	FUNDACIÓN PÚBLICA SANITARIA	

	SI/NO	NÚMERO	OBSERVACIONES
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	SI	7	Uno de ellos con funcionamiento parcial
Proyectos de Investigación financiados por FIS	SI	6	Ver anexo.

## 7. Sistemas de información sanitaria:

### 1.- Sistemas específicos

En C-LM se recoge información de forma sistemática en los programas de salud, tales como los de Salud Bucodental, Detección precoz y seguimiento de enfermedades metabólicas y Prevención del cáncer de mama, así como en los registros de Cáncer y Enfermos renales.

Hay también otros sistemas, propios del Servicio Regional de Salud (SESCAM) o con elementos comunes con otros Servicios de Salud, tales como:

- Registro Central de Lista de Espera. (Ley de garantías de tiempos de espera)
- Registro de derivaciones a centros concertados y de referencia.
- SITRAP: Control del transporte sanitario, con especial énfasis en el transporte oncológico individual.
- SIAE: S. de I. de la Actividad asistencial de atención especializada.
- S. de I. de la Actividad asistencial en atención primaria.
- S. de I. de la Actividad del centro coordinador de urgencias.
- S. de I. para la gestión de la Incapacidad Temporal.
- TURRIANO

### 2.- Valoración General de los Sistemas existentes

**Catálogo de hospitales.** Hasta que otros sistemas no faciliten estos datos, al menos con la misma periodicidad de actualización y con menor retraso, no sólo no debería ser suprimido si no quizás sería conveniente implementarlo con más información: la oferta asistencial de los centros, por ejemplo.

**Estadística de Establecimientos Sanitarios Con Régimen de Internado (SIESCRI).** Es la única de ámbito estatal que recoge información sobre actividad, dotación, gastos, etc. de los hospitales públicos y privados y se dispone de una serie histórica ininterrumpida desde su creación en 1972. Aunque ya fue modificada en 1995 se hace necesario actualizarla manteniendo en lo posible la serie histórica.

**Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).** Es un sistema del que cada vez se solicita más información, no sólo por los usuarios de la administración si no también por otros profesionales.

Debe potenciarse el papel de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC como órgano encargado de normalización de la codificación en todo el SNS y hacer posible el acceso a los datos (repositorio) desagregados, hasta el mayor nivel que permita la preservación del secreto estadístico.

**Índice nacional de defunciones.** A los fines propios de este SI debe añadirse su utilidad para identificar las historias clínicas de los fallecidos para pasarlas al pasivo, demanda que efectúan con frecuencia desde los hospitales. Poder facilitarles esta información ayudaría a mejorar la eficiencia en los archivos.

**Gasto Sanitario.** Sería conveniente disponer de las tablas de resultados por CCAA en formato electrónico.

En general, los sistemas actuales están muy poco integrados lo que contribuye a la redundancia y en ocasiones a la falta de concordancia en la información y a pesar de

la gran cantidad de datos existentes hay insuficiencias en la disponibilidad de la información (la que se necesita no existe o no está fácilmente accesible).

En la medida en que la estructura de los datos y la preservación del secreto estadístico lo permitan, sería conveniente facilitar el acceso, como ya se viene haciendo en algunos casos, no sólo a las tablas e informes de resultados si no también a ficheros con datos más desagregados ó microdatos.

### 3.- Colaboración institucional entre el Ministerio y las CCAA.

Debería fomentarse la colaboración en las siguientes áreas:

- **Mapa sanitario:** Con el fin de poder facilitar la obtención de denominadores, para calcular tasas o cualquier otro indicador de base poblacional por Área sanitaria, Zona de salud, Distrito etc. de cualquier CA, sería conveniente poner a disposición de cualquier usuario, en la Web del Ministerio, la relación de municipios de cada CA con el Área y la Zona a que pertenecen. Dado que el municipio es el máximo nivel de desagregación territorial de los datos de población por edad y sexo que publica el INE, en los municipios con más de un área y/o una zona sanitaria el máximo nivel de desagregación sería el municipio.
- **Tarjeta sanitaria.** Es necesario que se promueva la incorporación del Código de Identificación Personal único para todo el SNS en todas las Tarjetas Sanitarias con el fin de facilitar su inclusión en otros sistemas de información (CMBD, cualquier tipo de registro de base poblacional: cáncer, SIDA...).
- **Personal sanitario.** Sorprende que todavía no dispongamos de una estadística de ámbito estatal sobre el personal al servicio del SNS y sólo podamos obtener (de forma agregada) datos de personal colegiado. Ante la dificultad que supone acordar un cuestionario común con datos agrupados y las limitaciones de este tipo de estadísticas para su explotación, cabe estudiar la posibilidad de definir un conjunto mínimo de variables (DNI, nº registro, fecha de nacimiento, sexo, especialidad, etc. ) que en el caso del SNS se “descargarían” de las bases de datos de los servicios centrales (Consejerías y Servicios de salud).
- **Actividad, recursos materiales, cartera de servicios, etc.** En Atención Primaria ya hay un grupo que está trabajando sobre ello, pero en Atención Especializada tenemos una gran laguna sobre la actividad que no se recoge en los registros del CMBD de hospitalización y/o ambulatoria.

También es necesario promover la máxima colaboración en el desarrollo de las aplicaciones existentes y futuras (SIESCRI, Registro de voluntades anticipadas, etc. de forma que en si mismas constituyan un elemento de integración de los sistemas y no una dificultad añadida.

**TABLA 7**

**SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
<b>Instituto de Información ó Estadísticas sanitarias</b>	si	<b>Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha</b>	<b>Ley 10/2002 de Estadística de Castilla-La Mancha</b>	<b>Organismo Autónomo administrativo adscrito a la Consejería de Economía y Hacienda</b>	

		Autopercepción estado de salud bueno ó muy bueno en >16 años					
	si/no	Año(s) en que se ha realizado	%hombres		%mujeres		Observaciones
<b>ENCUESTAS DE SALUD (CCAA)</b>	si	2002	%	78,8	%°	70,6	
			TOTAL	1.478	TOTAL	1.525	

## 8. Calidad

### EL PLAN DE CALIDAD DEL SESCAM 2004

El Plan de Calidad del SESCAM establece medidas para aumentar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia efectiva, eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible. Se trata de un Plan anual de objetivos de calidad, articulado en el Contrato de Gestión del Servicio de Salud.

A partir del Plan de Calidad vigente en Atención Especializada, heredado tras las transferencias sanitarias, durante 2003 se diseñó un nuevo Plan de Calidad para el SESCAM, teniendo en cuenta los elementos esenciales de la gestión de la calidad total (TQM): liderazgo, mejora continua, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos, y satisfacción del paciente.

En el Plan de Calidad 2004 casi todos los antiguos objetivos y estándares establecidos en los planes de Calidad de años anteriores se transforman en objetivos de mejora. Dichos objetivos se clasifican siguiendo el modelo de la European Foundation of Quality Management (EFQM), según los criterios y subcriterios correspondientes. El modelo EFQM se fundamenta en la mejora continua de los procesos y los resultados, de modo que las organizaciones verdaderamente excelentes son aquellas capaces de alcanzar y sostener en el tiempo resultados adecuados para todas las personas y organizaciones implicadas.

La excelencia se alcanza con prácticas sobresalientes en la gestión de la organización, aplicando ocho conceptos fundamentales: orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y coherencia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Tradicionalmente el Plan de Calidad ha estado centrado en la actividad desarrollada por los profesionales sanitarios. El nuevo Plan de Calidad trata de incorporar progresivamente a todos los trabajadores de la organización. Por ello, se amplía el ámbito de algunos de los objetivos para incluir a los servicios y áreas no asistenciales del SESCAM. Los objetivos se dividen en dos grandes grupos: los incluidos en el Contrato de Gestión, y los objetivos complementarios, cuya evaluación es voluntaria.

Inicialmente la adaptación al modelo EFQM no ha contemplado la aplicación de la metodología de evaluación propia de dicho modelo. Por el momento se sigue realizando la evaluación tradicional, utilizando la metodología ya desarrollada. Ello no impide que los centros que lo consideren oportuno, puedan aplicar una autoevaluación o una evaluación externa EFQM, complementaria a la institucional.

## Resultados del Plan de Calidad 2004

<b>OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD 2004</b>	
<b>NIVELES MEDIOS ALCANZADOS EN LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	
<b>1. Liderazgo.</b>	
1b.1.1. Nivel medio del cumplimiento de los criterios de buenas prácticas	Significativo
1d.1. Porcentaje de centros en los que existe un coordinador de calidad	100%
1d.2.2. Número de componentes de la Unidad de Calidad (media)	2,3
<b>2. Política y Estrategia.</b>	
2b.2.1. Porcentaje de Gerencias con un registro de proyectos de mejora de la calidad	100%
<b>3. Personas</b>	
3b.1.1. Número de cursos de calidad Asistencial (media)	1,6
3c.1.2. Número de reuniones de la Comisión de Calidad en el 2004 (media)	3,6
3c.2.1. Número de reuniones anuales de las Comisiones Clínicas (media)	3,4
3c.2.2. Media de reuniones de los Grupos de Mejora	3,3
3d.1. Porcentaje de Gerencias en las que se ha establecido un plan de comunicación interna	63%
3e.1.1. Porcentaje de centros con un Plan de recepción al nuevo trabajador	88%
<b>4. Alianzas y Recursos</b>	
4e.3. Porcentaje de centros que disponen de una Guía de Atención al Usuario	75%
<b>5. Procesos</b>	
5a.1.1. Número de guías de práctica clínica en uso	7,0
5a.6. Porcentaje de Zonas de Salud con protocolo de actuación junto a Especializada (media)	80%
5a.7. Porcentaje de centros con Programa de Seguimiento de altas hospitalarias implantado	25%
5b.4. Porcentaje de Áreas con Programa de visita al enfermo hospitalizado	25%
5d.1. Porcentaje de Areas que han elaborado el Informe Anual de Calidad	88%
5d.2. Número medio de publicaciones científicas en el ámbito de la calidad	1,7
<b>6. Resultados en los Clientes</b>	
6a.1. Porcentaje de Áreas que utilizan algún tipo de encuesta de satisfacción del usuario	13%
6a.2. Porcentaje de áreas en que se ha informado sobre la Ley de Autonomía del paciente	25%
6a.4.1. Porcentaje de áreas en que se ha implantado el Programa de reclamaciones/quejas	100%
6b.4. Grado en que se ha mejorado el proceso de consentimiento informado.	Significativo
<b>7. Resultados en las Personas</b>	
7b.1.2. Porcentaje de áreas con acciones para reducir el tabaquismo en los trabajadores	88%
<b>8. Resultados en la Sociedad</b>	
8a.2.1. Número medio de ONGs que colaboran con el Area	2,25
<b>9. Resultados Clave</b>	
9a.1. Porcentaje de EAP que tienen implantada la Historia Clínica Normalizada (media)	100%
9b.2. Porcentaje de áreas con mejoras para reducir los efectos adversos de los medicamentos	88%

<b>OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD 2004</b>	
<b>NIVELES MEDIOS ALCANZADOS EN LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	
<b>1. Liderazgo.</b>	
1b.1.1. Nivel medio de cumplimiento de los criterios de buena práctica	Sustancial
1d.1. Porcentaje de hospitales en que existe un coordinador de calidad	100%
1d.2.2. Número medio de componentes de la Unidad de Calidad	2,18
<b>3. Personas</b>	
3b.1.1. Número medio de cursos de calidad asistencial organizados	1,9
3c.1.2. Número medio de reuniones de la Comisión de Calidad en el 2004	3,4
3c.2.1. Número medio de reuniones anuales de las Comisiones Clínicas	4,8
3d.1. Porcentaje de centros en que se ha establecido un plan de comunicación interna	90%
3e.1.1. Porcentaje de centros en que se ha elaborado un Plan de recepción al nuevo trabajador	100%
<b>4. Alianzas y Recursos</b>	
4d.1.1. Porcentaje de centros en que la indicación de RMN se realiza de acuerdo al protocolo	88%
4d.1.2. Porcentaje de centros en que la indicación de TAC se realiza de acuerdo al protocolo	91%
4e.3. Porcentaje de centros que disponen de una Guía de Atención al Usuario	90%
<b>5. Procesos</b>	
5a.1.1. Número medio de guías de práctica clínica en uso	4,6
5a.2.1. Grado medio de cumplimiento del protocolo de sondaje vesical	Sustancial
5a.3.1. Número medio de protocolos de cuidados de enfermería implantados y evaluados	13,7
5a.4.1. Grado de Mejora del proceso de donación y trasplante de órganos	Sustancial
5a.4.2. Protocolos no asistenciales o Guías de actuación implantadas y evaluadas (media)	12,0
5a.7. Implantación Programa de Seguimiento de altas hospitalarias (porcentaje)	50%
5b.1. Se dispone de una guía farmacoterapéutica actualizada (porcentaje)	100%
5b.2. Se dispone de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos (porcentaje)	100%
5b.3.1. Número de vías clínicas o gestión de procesos implantados y evaluados (media)	4,0
5b.5. Número de planes de cuidados enfermeros aplicados (media)	6,3
5d.1. Porcentaje de gerencias que elaboran el Informe Anual de Calidad	100%
5d.2. N° de publicaciones científicas en el ámbito de la calidad (media)	2,1
<b>6. Resultados en los Clientes</b>	
6a.2. Porcentaje de centros que han informado sobre la Ley de Autonomía del paciente	82%
6a.4.1. Porcentaje de Centros que han implantado el Programa de reclamaciones y quejas	100%
6b.1. Grado medio de mejora del acompañamiento durante el parto	Sustancial
6b.2. Grado medio de aplicación del el Plan de Recepción a pacientes según CBP	Sustancial
6b.3. Grado medio de mejora acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización	Sustancial
6b.4. Grado medio de mejora del proceso de consentimiento informado	Significativo
6b.5. Grado medio de mejora sistema de vigilancia y control de infección nosocomial	Sustancial
<b>7. Resultados en las Personas</b>	
7b.1.2. Porcentaje de centros con acciones para reducir el tabaquismo en los trabajadores	100%
<b>8. Resultados en la Sociedad</b>	
8a.1.1. Porcentaje de centros con protocolo de factores de riesgo social al ingreso del paciente	100%
8a.2.1. Número medio de ONGs que colaboran con el centro	4
<b>9. Resultados Clave</b>	
9b.1. Existe un registro y monitorización de caídas de pacientes (porcentaje)	100%
9b.2. Implantada al menos una medida para reducir Efectos Adversos de medicamentos (%)	100%
9b.4. Porcentaje altas que en el mismo día disponen de informe definitivo (media)	87%
9b.5.1. Porcentaje informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios	74%

## Monitorización de indicadores

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. El SESCAM mantiene parte de los indicadores utilizados en años anteriores, a la vez que incorpora algunos nuevos. A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), se analizan aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad. Existen otros indicadores que precisan estudios específicos en los hospitales. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria.

MONITORIZACION DE INDICADORES 2004	
NIVEL MEDIO DE LOS INDICADORES DE ESTUDIOS ESPECÍFICOS EN LOS HOSPITALES	
AE2.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas	4,51%
AE2.2. Prevalencia de úlceras por presión	4,64%
AE2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial	6,23%
AE2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica	5,64%
AE2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados	7,01%
AE2.7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)	4,61
AE2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media	19,46%
AE2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas	6,82%
AE2.10a. Porcentaje de suspensión de consultas externas	4,88%
AE2.10b. Porcentaje de reprogramación de consultas externas	10,27%
AE2.11a. Permanencia en los Servicios de Urgencias > 3 h	34,36%
AE2.11b. Permanencia en los Servicios de Urgencias > 6 h	12,04%
AE2.12. Porcentaje de pacientes ASA I a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio	41,81%
AE2.13. Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias	85,86%
AE2.14. Número de sesiones generales del hospital	17,27

## Otras Iniciativas en el ámbito de la Calidad

Entre los compromisos y valores del SESCAM destacan la voluntad de ofrecer a todos los usuarios una atención sanitaria de calidad, segura, eficaz, ágil y confortable. Desde esta perspectiva, el denominado «**Plan de los Pequeños Detalles**», a través de la puesta en marcha de una serie de pequeñas actuaciones, se concibe como un proyecto de mejora en todos los hospitales del SESCAM, dirigido a incrementar el confort y la calidad percibida por los usuarios, con el objetivo de mejorar su satisfacción general con el sistema sanitario público.

En general se trata de iniciativas relacionadas con una atención más individualizada a los pacientes, haciendo hincapié en la privacidad, el trato personal y la comunicación. Se incluyen también propuestas sobre aspectos relativos a las condiciones de habitabilidad y confort, incluso dotación de pequeños equipamientos, con un reducido coste económico de implantación. Al mismo tiempo, se valora y toma en consideración el mayor impacto posible en la mejora de la calidad percibida por los usuarios – pacientes y familiares–, su relativa sencillez de implantación y la facilidad para ser monitorizadas adecuadamente.

Cada Hospital identifica y selecciona una serie de propuestas, que integran su propio «Plan de los Pequeños Detalles». Desde 2003 todos los hospitales del SESCAM

comenzaron la aplicación del Plan diseñando indicadores específicos para su evaluación. A partir de enero de 2004 se ha puesto en marcha también, como experiencia piloto, una iniciativa semejante en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Talavera de la Reina (Toledo), con dos líneas estratégicas: una, dirigida a los usuarios y otra dirigida a los profesionales (como clientes internos).

En conjunto, se trata de ir incorporando en la práctica diaria del sistema sanitario público un conjunto de medidas que deben contribuir a mejorar tanto la calidad percibida y la satisfacción de sus usuarios, como la satisfacción profesional y personal de los trabajadores.

En el ámbito de los servicios públicos la búsqueda de la satisfacción de sus usuarios debe perseguir fundamentalmente el propósito de generar valor para los ciudadanos, legitimando con ello la propia actividad del sector público. Iniciativas como el «Plan de los Pequeños Detalles» del SESCAM pueden contribuir a este importante objetivo.

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

**1.-Indicadores Demográficos.** Casi el 50% de la población vive en municipios menores de 10.000 habitantes. De los 919 municipios de la región 635 tienen menos de 1000 habitantes y en ellos vive el 10,2% de la población

Es la comunidad autónoma con menor densidad de población. La pirámide poblacional es característica de una población muy envejecida. Es la quinta comunidad autónoma más envejecida. La razón de dependencia es del 56%, situándonos en primer lugar.

**2.-Fecundidad:** La tasa bruta de natalidad en el año 2000 en Castilla-La Mancha es de 9,5 por mil habitantes, la de España es de 9,9 mil habitantes. Desde 1975 a 1981 la tasa bruta de natalidad de Castilla-la Mancha era inferior a la de España, a partir de ese año y hasta 1999 es ligeramente superior a la nacional.

En nuestra región la tasa de fecundidad asciende a 68,34 por mil mujeres de 15 a 49 años en 1975 y 40 por 1000 mujeres en 2000. En España en 1975 era de 80 por 1000 mujeres y 38 por mil mujeres en 2000. La mayor tasa de fecundidad corresponde a las mujeres de 30 a 34 años (100 RNV por 1.000 mujeres). **En los últimos años se observa un desplazamiento de la fecundidad a edades más avanzadas (mujeres de 30 a 39 años.**

**3.- Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.):** Desde 1990 hasta 2001 se observa, tanto en España como en Castilla la Mancha, un incremento moderado pero constante de las tasas de IVE.

Tanto en España como en Castilla-La Mancha las tasas más elevadas corresponden a las mujeres de 20 a 29 años. En España la tasa específica que ha experimentado mayor incremento relativo es la correspondiente a las mujeres menores de 20 años (165,7%), en Castilla-La Mancha sucede lo mismo aunque con menor intensidad (93,9%). La mayoría de las mujeres realizan la IVE fuera de la región y mayoritariamente en el sector privado.

**4.-Mortalidad General:** Para el total de la población la tasa bruta de mortalidad de Castilla-La Mancha en 1980 fue de 9,0 por 1.000 habitantes y en el año 2000 de 9,7 por 1000 habitantes, en España para ese mismo periodo las tasas fueron de 7,7 y 8,9 por 1000 habitantes. La tasa ajustada de Castilla-La Mancha en el año 1980 fue de 11,8 por 1.000 habitantes y en el 2000 de 8,5, y en España 11,7 y 8,9 respectivamente.

La tasa bruta de mortalidad en varones de Castilla-La Mancha en 1980 fue de 9,4 y en el año 2000 de 10 por 1000 habitantes, en España para ese mismo periodo fue 8,3 y 9,6. La tasa ajustada de Castilla-La Mancha en el año 1980 fue de 11,1 y en 2000 de 8,5, y en España 12,1 y 9,6.

La tasa bruta de mortalidad en mujeres de Castilla-La Mancha en 1980 fue de 8,7 y en el año 2000 de 9,3 por 1000 habitantes, en España para ese mismo periodo fue 7,2 y 8,3. La tasa ajustada de Castilla-La Mancha en el año 1980 fue de 12,4 y en 2000 de 8,4, y en España 11,5 y 8,3.

Las tasas brutas más elevadas de CLM deben interpretarse con prudencia ya que obedecen a las diferencias en la estructura de población (mayor envejecimiento en

CLM) y no a las características intrínsecas de la mortalidad. De hecho al ajustar las tasas por el método directo tomando como población tipo la de España (año 2000) se aprecia una inversión de las diferencias.

El ajuste de las tasas de los 21 años del periodo estudiado, utilizando como referencia la población de España del año 2000, permite no solo una comparación con España sino que también permite apreciar la tendencia de que la mortalidad es claramente descendente.

**5.- Mortalidad Infantil:** La mortalidad infantil ha experimentado un descenso acusado en periodo 1975-2000, en España ha pasado de 18,88 por mil nacidos vivos a 4,38, es decir un descenso del 76,8%, en Castilla la Mancha de 21,03 por mil nacidos vivos a 4,01, descenso del 81%. Hasta 1981 las tasas de mortalidad infantil en Castilla-La Mancha eran superiores a las de España, a partir de ese año han sido inferiores. Esta evolución se ha manifestado de igual forma en todas las provincias.

En Castilla-La Mancha la mortalidad neonatal precoz ha pasado de 10,32 en el año 1975 a 1,01 en 1999 (descenso del 90%). La mortalidad neonatal tardía ha pasado de 2,83 a 1,01 en el mismo periodo (descenso del 64%). La mortalidad postneonatal ha pasado de 7,88 a 1,61 en el mismo periodo (descenso 79,5%). En España la mortalidad neonatal precoz ha pasado de 9,76 en el año 1975 a 1,85 en 1999 (descenso del 81%). La mortalidad neonatal tardía ha pasado de 2,81 a 0,97 en el mismo periodo (descenso del 65,48%). La mortalidad postneonatal ha pasado de 6,32 a 1,65 en el mismo periodo (descenso 73,1%).

**6.-Tablas de Vida.** La esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida a las diferentes edades, obtenidas ambas mediante la construcción de las tablas de vida, se consideran los mejores indicadores para comparar el nivel de mortalidad entre poblaciones y momentos diferentes e indirectamente obtener una aproximación al nivel de salud global de una determinada población.

La esperanza de vida al nacer en Castilla-La Mancha en 1975 fue de 73,98 años y en 2000 ha sido 79,62 años, en España para ese mismo periodo fue de 76,46 y 78,77 años.

La esperanza de vida al nacer de los varones en Castilla-La Mancha en 1975 fue de 71,86 años y en 2000 ha sido 77,08 años, en España para ese mismo periodo fue de 73,46 y 78,67 años. La esperanza de vida al nacer de las mujeres en Castilla-La Mancha en 1975 fue de 76,09 años y en 2000 ha sido 82,24 años, en España para ese mismo periodo fue de 76,28 y 81,86 años.

En el periodo 1975-2000 las mujeres de Castilla-La Mancha han ganado 5,76 años en la esperanza de vida al nacer. Los varones han ganado 5,22 años en ese mismo periodo.

La esperanza de vida se ha incrementado en todos los grupos de edad.

**7.- Mortalidad por Grandes grupos de Causas.** En el trienio 1988-2000 fueron: Aparato circulatorio (37,3%), tumores (23,3%), aparato respiratorio (11,5%). Aparato digestivo (5%) y causas externas (4,1%).

En el trienio 1988-2000 las cinco principales causas de muerte para varones fueron: Aparato circulatorio (32%), tumores (28%), aparato respiratorio (13,4%), aparato digestivo (5,3%) y causas externas (5,6%). En mujeres fue : Aparato circulatorio

(42,8%), tumores (18,2%), aparato respiratorio (9,6%), aparato digestivo (4,8%) y endocrinas y metabólicas (4,8%).

En estos 21 años se observa un cambio del patrón de mortalidad, esencialmente por un descenso acusado de las muertes por aparato circulatorio y un aumento de los tumores. El aumento en la mortalidad por tumores es más acusado en varones. En las mujeres el descenso en la mortalidad por aparato circulatorio es mayor que en los hombres, y se observa un aumento creciente en la mortalidad por enfermedades endocrinas y metabólicas.

En España el patrón de cambio es similar destacando el aumento de porcentaje de varones que en el año 2000 tienen como primera causa de muerte los tumores (32%). El porcentaje de muertes por causas externas en las mujeres es superior al de Castilla-La Mancha.

**8.- Mortalidad Prematura:** En los varones en Castilla-La Mancha la principal causa de años de vida potencialmente perdidos son los tumores malignos con el 29,3%, y una clara tendencia ascendente ya que en 1980 suponían el 20,7% de todos los APVP. La siguiente causa son los accidentes de tráfico con el 17,1%, (de 1980 hasta 1990 presenta una tendencia ascendente, desde este último año y hasta 1996 desciende y desde 1996 hasta el año 2000 se aprecia una tendencia ascendente); la tercera causa de APVP es la isquemia del corazón con el 8,5% y con tendencia estable a lo largo de todo el periodo estudiado. Los accidentes no intencionados suponen el 7,5% de todos los APVP con tendencia a disminuir.

Los suicidios en varones suponen el 5,6% de todos los APVP con una clara tendencia ascendente, pasan del 2,3% en 1980 al 5,5% en el 2000.

En las mujeres de Castilla-La Mancha la principal causa de años de vida potencialmente perdidos son los tumores malignos con el 43,2%, y una clara tendencia ascendente ya que en 1980 suponían el 32,1% de todos los APVP y desde 1998 está estabilizado en torno al 43%. La siguiente causa son los accidentes de tráfico con el 8,6% (de 1980 hasta 1990 presenta una tendencia ascendente, desde este último año y hasta 1996 desciende y desde 1996 hasta el año 2000 se aprecia una tendencia ascendente); la tercera causa de APVP son los accidentes no intencionados con el 8% y con tendencia al aumento desde 1991; las enfermedades cardiovasculares con el 5,4%, la enfermedad isquémica del corazón el 3,4% y el suicidio el 1,1%.

**9.- Mortalidad Evitable:** La necesidad de evaluar la eficacia de los servicios sanitarios se enfrenta a la escasa disponibilidad de indicadores relevantes de resultados que permitan realizar comparaciones espaciales o temporales.

La influencia que los servicios sanitarios, a través de medidas tanto preventivas como curativas, ejercen sobre los patrones de mortalidad de una población hace posible utilizar el análisis de la distribución geográfica de la mortalidad por ciertas causas de muerte como un indicador sensible a la calidad de los servicios de salud en dichas zonas geográficas.

Un planteamiento original por su sencillez fue el propuesto por el Presentable and Manageable diseases Group (Rutstein et al. 1976, 1980), que basándose en datos de rutina, utilizaron el recuento de casos de “enfermedad e incapacidad innecesaria y muertes innecesariamente prematuras” como un método práctico y barato de medición de la calidad de la atención médica. Se consideran muertes innecesariamente prematuras a aquellas para las cuales existen medidas preventivas o curativas

suficientes y probadamente eficaces. La atención médica debe entenderse en su sentido más amplio, es decir, prevención, curación y cuidados sanitarios; incluyendo no sólo la aplicación de todos los conocimientos médicos, sino también el servicio del personal sanitario, los recursos y gestión de la administración y la colaboración del individuo mismo. La aparición de un número excesivo de estos hechos “evitables” sirve como señal de posibles deficiencias en el sistema sanitario y deben ser analizadas en profundidad.

- Enfermedades sensibles a cuidados médicos
- Enfermedades sensibles a prevención primaria
- Enfermedades infrecuentes

**10.- Mortalidad Atribuible.** Del total de defunciones 8.753 (53,8%) se produjeron por causas directa o indirectamente relacionadas con el hábito de fumar. De ellas 4.683 corresponden a varones (53,5%) y 4.070 a mujeres (46,5%).

De esas 8.753 defunciones son 2.375 las atribuibles al hábito de fumar, lo que supone un 14,6% del total de defunciones ocurridas en CM durante el año 1997.

Las defunciones por enfermedades cardiovasculares atribuibles al hábito de fumar suponen un total de 920 (5,7% del total de defunciones). Las defunciones por tumores malignos atribuibles al hábito de fumar suponen un total de 838 (5,2% del total de defunciones) y las defunciones por enfermedades respiratorias suponen un total de 617 (3,6% del total de defunciones).

Durante 1998 se produjeron en Castilla-La Mancha (CM) un total de 17.141 defunciones de las cuales 8.815 correspondieron a varones (51,4%) y 8.326 a mujeres (48,6%).

Del total de defunciones 4.766 (27,8%) se produjeron por causas directa o indirectamente relacionadas con el consumo de alcohol. De ellas 2.420 corresponden a varones (50,8%) y 2.346 a mujeres (49,2%).

De esas 4.766 defunciones son 734 las atribuibles al consumo de alcohol, lo que supone un 15,4% de las defunciones por causas relacionadas y un 4,3% del total de defunciones ocurridas en CM durante el año 1998.

**11.-Sida.** Desde el comienzo de la epidemia en 1981 y hasta la fecha de referencia de este informe (31 de Diciembre de 2002) se han notificado al Registro de Sida de Castilla la Mancha 1.134 casos de sida de personas residentes en Castilla-La Mancha, de los que se ha comunicado, hasta el momento, el fallecimiento de 504 (45% del total).

Castilla-La Mancha con 669,2 casos por millón de habitantes es la Comunidad Autónoma con menor tasa de incidencia acumulada de sida. En el año 2002, la tasa anual de sida de Castilla-La Mancha es de 16,5 casos por millón de habitantes.

Las categorías de transmisión más frecuentes en los 1.134 casos declarados desde 1981 son: adicción a drogas por vía parenteral (67,5%), transmisión heterosexual (15,5%) y transmisión homo/bisexual (8%).

En el periodo de 1995-2002, las enfermedades indicativas de sida más frecuentes en adultos y adolescentes corresponden a tuberculosis pulmonar (22,2%), neumonía por pneumocystis carinii (21,6%), y tuberculosis diseminada o extrapulmonar (15,1%).

## 10. Participación:

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha apuesta por el fomento de la participación ciudadana en el ámbito de la salud, creando a tal efecto dos órganos colegiados de participación institucional y comunitaria en este ámbito, como son el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha. y los Consejos de Salud del Área.

El Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, máximo órgano de participación en el Sistema Sanitario de la Región, está regulado en el Capítulo II del Título V de la citada Ley 8/2000, y su reglamento de organización y funcionamiento fue aprobado mediante Orden de 12 de junio de 2001, de la Consejería de Sanidad.

El Decreto 13/2005 articula nuevos cauces de participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de la Región (en Consejos de Salud del Área) y modifica los Consejos de Salud de Zona- que ven reforzado su protagonismo a través de su actualización, su composición, en la que la presencia de representantes de los ciudadanos, usuarios y organizaciones sociales se establece en régimen de paridad, su adecuación al modelo sanitario establecido con posterioridad a las transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social y el diseño de cauces idóneos de transmisión de sus informes, propuestas y recomendaciones.

En estos momentos se ha aprobado por el consejo de gobierno el texto de ley de últimas voluntades que será presentado en las cortes regionales el día 30 de este mes y se está trabajando en las normativas que regularan el acceso a la historia clínica y a la segunda opinión médica.

Como experiencia innovadora de participación de los ciudadanos de Castilla \_ la Mancha en la toma de decisiones y gestión del Servicio de Salud, se ha creado un grupo de trabajo formado por expertos en participación, asociaciones de consumidores, vecinos y pacientes. El objetivo de este grupo es el de diseñar una estrategia de participación que será puesta en marcha como experiencia piloto, en el Área Única de Puertollano.

Más en el ámbito de la información a los ciudadanos, existe un teléfono 24 horas, así como existe un amplio apartado de información a los usuarios en la Web del SESCAM.

**TABLA 10**  
**PARTICIPACION**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

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

**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
Libre elección de médico			
Segunda opinión			
Acceso a la Historia Clínica			
Consentimiento Informado			
Instrucciones Previas/Ultimas Voluntades			el día 30 se presenta en las cortes regionales
Guía ó Carta de Servicios			
Información en el Sistema Nacional de Salud			
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad			

**TABLA 10**

**PARTICIPACION**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes					

		si/no	referencia normativa	características	Observaciones
Cuantía destinada a Gestión de reclamaciones	generales				
	que implican responsabilidad patrimonial				

## 11. Equidad:

En nuestra Comunidad Autónoma, desde que fueron transferidas las competencias en materia sanitaria, estamos realizando un importante esfuerzo para conseguir que los ciudadanos de nuestra región cuenten con los mismos servicios, infraestructuras y equipamiento en alta tecnología que el resto de comunidades.

Desde que asumimos las transferencias 36.600 pacientes han dejado de desplazarse fuera de Castilla-La Mancha para recibir tratamiento. En 2005 el Gobierno de Castilla-La Mancha tendrá en marcha 125 obras sanitarias (87 en Atención Primaria y 38 en Especializada)

Se ha hecho un esfuerzo ingente para ampliar la cartera de servicios, claramente insuficiente cuando asumimos las trasferencias. Se ha incorporado en 2003 y principios de 2004, 79 nuevos servicios en los hospitales de la región, bien mediante la puesta en marcha de algunos totalmente nuevos o la mejora de otros ya existentes.

Destacan los servicios, de cirugía maxilo-facial, en Albacete y Guadalajara; cirugía pediátrica, en Toledo, oncología radioterápica en Albacete, implante coclear en Alcázar de San Juan, o cirugía cardiaca en Toledo.

En equipos de alta tecnología hemos adquirido, entre otros, 7 resonancias magnéticas nucleares, 3 equipos de Tomografía Axial Computerizada, 34 ecógrafos, 2, gammacámaras, 25 endoscopios, o ecocardiográficos y 2 mamógrafos.

Sólo un dato más para reflejar todo este esfuerzo en equipamiento tecnología. La inversión sanitaria en 2002 y 2003, más de 240 millones de euros, supera a la de los seis años anteriores cuando la gestión correspondía al Insalud.

Como programas específicos de igualdad, cabe destacar:

### **Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos**

La violencia domestica constituye un importante problema social de gran relevancia para la salud pública, que requiere para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinarias e interinstitucionales.

Estas estrategias deben incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema, desde su prevención y detección hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

Por otra parte, la violencia domestica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con profesionales de otras áreas e instituciones.

En castilla-La Mancha, hemos elaborado un protocolo de actuación en el que se contemplan desde la identificación, diagnóstico, tratamiento, valoración del riesgo vital y derivación a servicios sociales, centros de la mujer, urgencias hospitalarias, servicios de salud mental o policía nacional.

**Convenios de colaboración** con Médicos del mundo para la captación de problemas sanitarios y atención a las mujeres que ejercen la prostitución.

El Convenio tiene por objeto preservar la salud del colectivo de personas que ejercen la prostitución y sus usuarios, a través de acciones destinadas a identificación de problemas de salud, prevención de daños y reducción de riesgos, en las provincias de Ciudad Real, Guadalajara y Toledo (excepto las localidades del área sanitaria de Talavera de la Reina).

### **Guía básica multilingüe de atención al paciente**

Esta guía fue realizada por el SESCAM y la Universidad de Alcalá de Henares. El objeto de la misma es la de facilitar la comunicación en los servicios sanitarios con pacientes y familiares inmigrantes.

La Guía traduce preguntas habituales y necesarias para la entrevista médica a varios idiomas como son: árabe, búlgaro, francés, inglés, rumano y ruso.

**TABLA 11**

**MEDIDAS PARA LA EQUIDAD**

**CCAA: CASTILLA LA MANCHA**

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
<b>Género</b>	si	protocolo		
<b>Etnia</b>	si	convenio		
<b>Discapacidad</b>				consejería de bienestar social
<b>Otras</b>				

## 12. valoración del proceso transferencial

### 1º) MEJOR CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD Y PROBLEMÁTICA QUE AFECTA AL PERSONAL DE NUESTRAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

El Servicio de Salud de Castilla- La Mancha ha logrado integrar en su organización un conjunto de profesionales cualificados y especializados, con compromiso de dedicación e implicados en la toma de decisiones. De este modo, el proceso de transferencia competencial ha permitido tener un conocimiento pormenorizado de la realidad retributiva y profesional de las diferentes categorías de personal al servicio de nuestras instituciones sanitarias, pudiendo acometer medidas tendentes a la equiparación de retribuciones con el resto de profesionales del Sistema Nacional de Salud, homologación retributiva interna, mejoras en los programas de acción social y otras medidas incentivadoras.

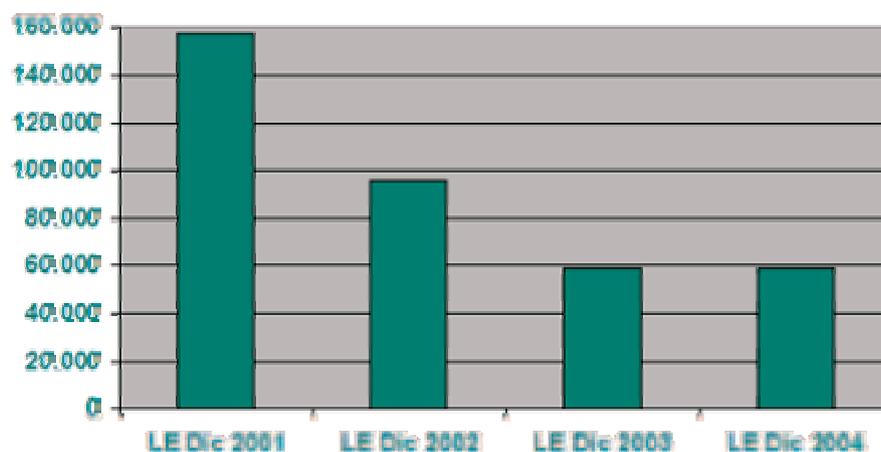
### 2º) REDUCCIÓN LISTAS DE ESPERA

Analizando la evolución anual de los datos sobre listas de espera en nuestra Comunidad Autónoma, se aprecia un descenso generalizado de las mismas entre 2001 y 2004. Mientras que el número total de pacientes en lista de espera en 2001 ascendía a 157.928, el número al cierre del año 2004 era de 58.510 pacientes.

#### EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DEL SESCAM

DATOS ANUALES

#### EVOLUCION LE SESCAM



Especialidad	LE Dic 2001	LE Dic 2002	LE Dic 2003	LE Dic 2004
Cirugía programada	22.162	16.032	16.399	15.407
Consultas externas	84.179	56.589	37.980	39.582
Pruebas diagnósticas	51.587	22.845	4.592	3.521
<b>Total</b>	<b>157.928</b>	<b>95.466</b>	<b>58.971</b>	<b>58.510</b>

Esta reducción ha sido especialmente significativa en consultas externas y pruebas diagnósticas. El número de pacientes en lista espera en consultas externas

en 2001 alcanzaba los 84.179, mientras que en 2004 se llegó a reducir hasta 39.582. En cuanto a pruebas diagnósticas, el número se redujo desde 51.587 en 2001 hasta 3.521 en 2004.

Asimismo, y según datos 2004, el número medio de días de demora quirúrgica se sitúa en torno a 57 días, mientras que en consultas externas y pruebas diagnósticas la demora media está alrededor de los 19 días.

### **3º) DESPLAZAMIENTOS OTRAS CCAA**

El número de pacientes castellano-manchegos trasladados a otras Comunidades Autónomas, especialmente Madrid, ha experimentado un notable descenso entre 2000 y 2003. En el año 2000 el número de pacientes hospitalizados en centros de la Comunidad de Madrid fue de 11.395, mientras que en 2002 y 2003 se aprecia un claro descenso, con 7.451 y 6.580 pacientes respectivamente.

Por su parte, durante el ejercicio 2004 se atendieron en nuestros centros a pacientes procedentes de otras Comunidades Autónomas. En concreto, se atendieron 1.760 ingresos, 6.793 consultas, 11.039 urgencias y se realizaron 619 intervenciones.

### **4º) AUMENTO DEL NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS Y MEJORA EN SU EQUIPAMIENTO**

Desde el momento de asunción de competencias en materia sanitaria, se ha trabajado para incrementar el número de Centros de Atención Primaria y Especializada, con los efectos consiguientes en la mejora de la asistencia sanitaria a las demandas de la población. En concreto cabe destacar la proyección y ejecución de los nuevos Hospitales de Ciudad Real, Toledo, Almansa, Tomelloso y Villarrobledo, así como 8 nuevos Centros de Especialidades y Diagnóstico, y la apertura de nuevos Centros de Salud y Consultorios Locales. Además, no hay que olvidar las mejoras, ampliaciones y renovaciones acometidas en muchos centros ya en funcionamiento, así como medidas orientadas a mejorar la comodidad, el confort y el bienestar de pacientes y sus familiares.

Asimismo, se ha producido una importante mejora en la dotación de equipamiento de los Centros, con inversiones en equipos de alta tecnología en Atención Especializada (Resonancia Magnética, TAC, Gammacámaras, Ecógrafos, Salas de Hemodinámica, Radiología Digital, etc), así como un completo proceso de informatización en todos los centros de Atención Primaria.

### **5º) AUMENTO DE LA ACTIVIDAD SANITARIA Y NUEVOS TRATAMIENTOS Y ESPECIALIDADES.**

El nivel de actividad sanitaria en Castilla- La Mancha ha experimentado un crecimiento muy notable desde la asunción de transferencias, especialmente como consecuencia de la aplicación de la Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada.

Además, tal incremento de actividad también se explica por el desarrollo de una amplia cartera de servicios, con el desarrollo de nuevos tratamientos y especialidades en el ámbito de nuestra Región. En concreto, el SESCAM ha

incorporado en sus Centros de Atención Especializada nuevas especialidades quirúrgicas y de tratamiento, como Cirugía Cardíaca, Maxilofacial, Pediátrica y Torácica, así como tratamientos de Radioterapia. Asimismo, se han desarrollado nuevas técnicas como Implante Coclear, Transplantes (excepto córnea), Reproducción Asistida, Resonancia Nuclear Magnética, etc.

## 6º) BARÓMETRO SANITARIO

De acuerdo con los estudios realizados por el Ministerio de Sanidad, la tendencia de la proporción de ciudadanos satisfechos con el sistema de sanidad en nuestra Comunidad Autónoma es creciente.

2002					
	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	
Castilla-la Mancha	20,12	51,22	24,09		4,57
<b>SNS</b>	<b>18,58</b>	<b>48,20</b>	<b>27,65</b>		<b>5,57</b>
2003					
	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	
Castilla-la Mancha		25,84	52,58	17,02	4,56
<b>SNS</b>		<b>18,81</b>	<b>48,21</b>	<b>27,30</b>	<b>5,67</b>
2004					
	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	
Castilla-la Mancha	27,36	51,70	16,94		4,00
<b>SNS</b>	<b>19,80</b>	<b>47,10</b>	<b>27,10</b>		<b>5,00</b>

Observando la evolución, el porcentaje de encuestados que considera que el sistema necesita cambios fundamentales se ha reducido desde un 24,09% en 2002 a un 16,94% en 2004, una diferencia de más de 7 puntos. Igualmente, aumenta el

porcentaje de personas que creen que el sistema funciona bastante bien, desde un 20,12% en 2002 a un 27,36% en 2004, porcentajes de satisfacción que resultan superiores a la media del SNS.

### 13. Descripción de una experiencia innovadora

#### LEY DE GARANTIAS

Las listas de espera en atención sanitaria son un fenómeno que está presente en muchos países y que afecta tanto a la Atención Primaria como a la Especializada (consultas externas, pruebas diagnósticas, etc.). No obstante, las listas de espera que han tenido siempre mayor resonancia social son aquellas que afectan a procedimientos electivos quirúrgicos. Aparecen sólo en los sistemas sanitarios con aseguramiento universal presupuesto global y no en los sistemas de aseguramiento que reembolsan a sus proveedores bajo pago por acto y, en teoría al menos, podrían existir también en los sistemas de aseguramiento privado que utilicen los presupuestos globales como forma de contención del gasto (p. ej. En algunos sistemas de manager care). Y la explicación es obvia: en ausencia de precios en el momento de consumo del servicio sanitario, la demanda crece hasta unos niveles que superan una oferta constreñida por un presupuesto global, y es entonces cuando se producen las listas de espera. Parece evidente que las listas de espera guardan relación con el desequilibrio entre la oferta y la demanda y el grado de autorregulación entre ambas, pero esto no debe llevarnos a la conclusión de que la solución del problema resulta evidente y se centra en un incremento de recursos. La evidencia empírica internacional nos demuestra que incluso significados incrementos de recursos no se han demostrado realmente eficaces para solventar el problema.

En la actualidad diversos factores de la demanda (envejecimiento de la población, mayor preocupación por la calidad de vida, etc.) y de la oferta (mayor accesibilidad, innovación tecnológica, etc.) presionan claramente hacia el incremento de la utilización de servicios y es razonable esperar que la demanda continúe en aumento. Estos aspectos nos deben servir como instrumento de planificación del trabajo: es sin duda un método de organizar la actividad sanitaria; en sí misma no es indicativa de mala gestión, pero pierde su sentido si el número de pacientes es elevado y el período de espera se prolonga cada vez más. En estos casos, las listas de espera son un problema importante para los ciudadanos y para el sistema sanitario, pues el tiempo de espera va más allá de lo razonablemente aceptado por el paciente y el propio sistema.

#### SITUACIÓN EN NUESTRO ENTORNO

En nuestro país y durante los últimos años, en las 10 comunidades autónomas con competencias sanitarias no transferidas, incluida Castilla-La Mancha, la lista de espera había crecido más de un 30%. En los 12 meses anteriores a las transferencias sanitarias, la lista de espera en nuestra región había aumentado en un 21,22%, lo que suponía un total de 27.652 pacientes más. Había personas esperando casi un año para una consulta externa de especialista y 9 meses para una intervención quirúrgica. A 31 de diciembre de 2001, en Castilla-La Mancha había 157.928 personas esperando casi un año para una consulta externa de especialista y 9 meses para una intervención quirúrgica.

En el año 2001, el 90% de los castellano-manchegos pensaban que en su Comunidad existían listas de espera para consultas de especialista y para la realización de pruebas diagnósticas y el 80% estimaban que las había para ingresar en el hospital. Los ciudadanos de Castilla-La Mancha consideraban que cuando fueran transferidas las competencias, la Consejería de Sanidad debería reducir el tiempo de espera (64,9%) e invertir más dinero en infraestructuras (62,4%).

## LA LEY DE GARANTÍAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Ante esta situación la consejería de Sanidad y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) entendieron que era necesario el abordaje de una serie de medidas que pusieran freno al incremento paulatino de las listas y tiempos de espera, dando respuesta de esta manera a las demandas que en este sentido manifestaban los castellanos-manchegos y a los objetivos que en este sentido eran recogidos en el Plan de Salud 2001/2010, aprobado el 17 de julio de 2001 y que fijaba como objetivo alcanzar los estándares ideales de tiempos de espera. Y debía ser recogido en una ley que obligara a su cumplimiento, y así se dispondría de una herramienta eficaz para la gestión integral de las listas de espera. Las Cortes de Castilla-La Mancha aprobaron el 5 de diciembre del 2002 la Ley de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada, la primera norma autonómica que establece unos tiempos de espera máximos no sólo para intervenciones quirúrgicas, sino también para pruebas diagnósticas y consultas externas.

Por otra parte, limitarse a aprobar la ley, sin iniciar antes el plan de reducción de listas de espera, implicaría el riesgo de descapitalizar el sector público y favorecer únicamente la derivación. Por ello, en el SESCAM se realizaron las siguientes actuaciones previas:

- Conocimiento de la situación.
- Dimensionamiento y ampliación de recursos humanos y materiales.
- Búsqueda de la eficiencia de estos recursos.
- Aumento de la actividad mediante el autoconcierto y conciertos externos.
- Seguimiento de la actividad desarrollada tanto en número como en calidad de los procesos.

En España, a 1 de enero de 2003, tan sólo cinco comunidades autónomas (Navarra, Cataluña, Valencia, Andalucía y Castilla-La Mancha) hacen referencia a tiempos máximos de demora mediante leyes o decretos, pero afectan únicamente a la lista de espera quirúrgica y a algunos procedimientos seleccionados.

## CONTENIDO DE LA LEY

La ley se compone de 9 artículos, en los que se recogen: el objeto de la ley, los beneficiarios, los plazos máximos de respuesta, la capacidad de elección de centro, el sistema de garantías, los gastos de desplazamiento, la información sobre listas de espera, el Registro de Pacientes en lista de espera y el informe anual, y 2 disposiciones finales en las que se establecen la facultad del Gobierno para llevar a cabo el desarrollo reglamentario previsto en la misma y la fecha de entrada en vigor de la mencionada ley.

## GARANTÍAS

El mecanismo de garantías de la Ley se asienta sobre una triple regulación:

1. La primera es la obligación del Gobierno Regional de fijar cada año, antes del 31 de enero, los tiempos máximos de respuesta en las tres listas de espera.
2. En un segundo momento, se otorga a los pacientes la posibilidad de elegir centro dentro del Servicio de Salud Regional.
3. Finalmente, cerrando el circuito de garantías, se establece que si no fuese posible atender al paciente en el Servicio de Salud Público dentro de los plazos estipulados, el paciente podrá acudir a otro centro sanitario, quedando el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha obligado al pago de los gastos

derivados de la atención que dicho paciente reciba. Esta última garantía resulta tan contundente como innovadora.

Además, en la Ley se completan los mecanismos de garantías dispuestos con varias medidas adicionales más.

1. Una es el pago de los desplazamientos de los enfermos, con dietas de acompañantes incluidas, cuando los mismos deban desplazarse fuera del área de salud a la que esté adscrito.
2. Otra es la información sobre listas de espera a los que queda obligado con periodicidad mensual el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
3. La tercera es la creación de un Registro de Pacientes en lista de espera.
4. Por último, como una garantía más, la Consejería de Sanidad elaborará un informe anual sobre todos los aspectos relativos a las listas de espera y que será presentado a las Cortes de Castilla-La Mancha en el primer trimestre de cada años natural.

## RESULTADOS

Gracias a su desarrollo y aplicación hemos logrado:

1. Unificar los sistemas de información y homogeneizar los criterios para el cómputo de las listas de espera. Fundamentalmente se ha trabajado en dos grandes líneas de actuación. Normalización y coordinación de las estructuras de información (codificación y procedimientos). Centralización de la información de las listas de espera.
2. Establecer nuevos circuitos de flujos de pacientes.
3. Disminuir las listas de espera en todos los hospitales de Castilla-La Mancha. Para la organización sanitaria ha supuesto toda una transformación organizativa pero, sobre todos, ha tenido un resultado claro, y es la reducción de los tiempos de espera y del número de ciudadanos que esperan para ser intervenidos quirúrgicamente, para ser vistos en consultas o para la realización de pruebas diagnósticas. Un descenso espectacular, pasando de 158.000 personas en lista de espera en diciembre de 2001 a 57.373 en junio de 2004. Las demoras medias también se han reducido. Finalmente, para el ciudadano de Castilla-La Mancha, esta norma ha supuesto una disminución real de los tiempos de espera, una atención personalizada y una referencia temporal para esperar. Es decir, el ciudadano de Castilla-La Mancha tiene desde ahora unos indicadores a los que referirse para saber si es mucho o poco el tiempo que tiene que esperar para ser atendido.
4. Informar sobre las listas y tiempos de espera.
5. Establecer sistemas de priorización de las listas de espera
6. Implicar activamente a los profesionales en la definición de circuitos y flujos de pacientes con importantes mejoras para el trabajo diario.