

# III Plan de Salud

Castilla y León





Edita: Junta de Castilla y León  
Consejería de Sanidad

Coordina: Dirección General de Planificación, Calidad,  
Ordenación y Formación

Diseño y  
maquetación: GPD, General de Producciones y Diseño, S.A.

Imprime: Angelma, S.A.

Dep. Legal: VA-1.150/08

- 1** Introducción al III Plan de Salud de Castilla y León.  
Pág. 7
- 2** Diagnóstico de situación.  
Pág. 17
- 3** Evaluación del II Plan de Salud de Castilla y León.  
Pág. 157
- 4** Metodología para la elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León.  
Pág. 165
- 5** Objetivos generales, objetivos específicos, medidas y estrategias recomendadas.  
Pág. 185
- 6** Evaluación del III Plan de Salud de Castilla y León.  
Pág. 237
- 7** Resumen económico.  
Pág. 255

Significado de las siglas y abreviaturas.  
Pág. 259



Desde la asunción de las competencias sanitarias, Castilla y León se ha dotado de un Sistema Sanitario moderno, con la implantación de nuevos avances y servicios, con un solo objetivo mejorar la salud de nuestros ciudadanos.

En nuestra Comunidad trabajamos desde el convencimiento de que los sistemas de atención sanitaria deben regirse por los principios de la dignidad de la persona, la equidad, la solidaridad y la ética profesional, todos ellos con el fin de atender las necesidades de los castellanos y leoneses y lograr una mejora continua de la calidad de la atención sanitaria. Para ello es imprescindible gestionar de forma eficaz, desarrollando políticas coherentes en materia de Servicios de Salud.

Sobre esta base se diseña el III Plan de Salud, referencia principal de la planificación estratégica de salud de nuestra Comunidad Autónoma, que recoge los objetivos que queremos alcanzar y las principales líneas de actuación que se van a llevar a cabo durante su periodo de vigencia.

Los Planes de Salud establecen las prioridades sanitarias en cada momento y contribuyen a mejorar la salud de la población. En Castilla y León, según los últimos datos estadísticos publicados por el INE, que corresponden al año 2005, el indicador de esperanza de vida al nacer sigue mejorando: en esta Comunidad es de 78,08 años para los varones y de 84,58 años para las mujeres y 81,28 años para ambos sexos superando los 80,23 años que constituye la referencia nacional para el mismo año. Cifras que se encuentran entre las tres más altas del país y por encima de los demás países europeos. Además nuestra Comunidad se encuentra en el grupo de cabeza de otros indicadores relacionados con la mejora que se mide a través de los datos de la denominada "mortalidad sensible a prevención primaria" y de la "mortalidad sensible a cuidados médicos".

Los recursos y las actuaciones propuestas en el anterior Plan de Salud están contribuyendo a esta mejora. Más del 80% de los objetivos específicos que fijaba el II Plan se han alcanzado completamente y esta cifra supera el 95% si incluimos también los objetivos parcialmente conseguidos.

El III Plan de Salud de Castilla y León (2008-2012) que ahora se presenta, tiene una duración de cinco años y se dirige a un número limitado y muy priorizado de problemas de salud de los ciudadanos de Castilla y León, con una selección de objetivos que deben permitir seguir avanzando en mejorar el estado de salud de la población.

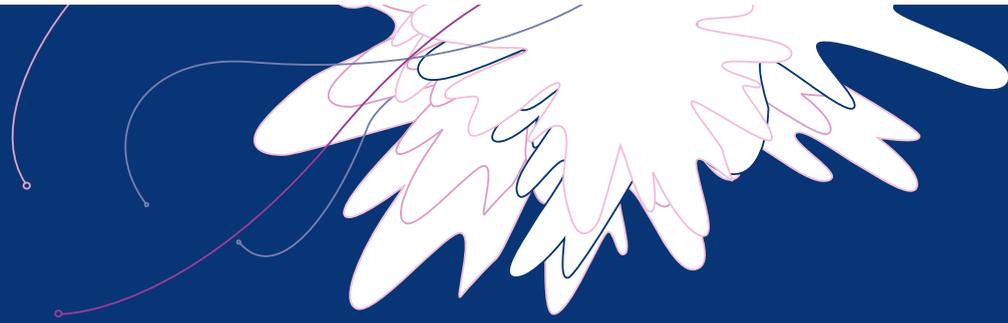
Tienen un papel protagonista la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero hay problemas sanitarios en los que aún no hay suficiente evidencia acerca de intervenciones que permitan mejorar el control de la incidencia, es decir, la aparición de casos nuevos y en estos casos son las actividades de detección precoz y las de atención sanitaria las que aparecen más destacadas en el Plan.

La intervención sobre los factores de riesgo para la salud es objeto fundamental del III Plan. Cabe señalar que implementando las medidas y acciones preventivas dirigidas a reducir el consumo de tabaco y el alcohol, a favorecer la actividad física y el fomento de dietas saludables, conseguiremos evitar buena parte de la mortalidad precoz, mejorar los tiempos de vida libre de discapacidad de los ciudadanos y, en definitiva, una mejora considerable de su salud. Porque estos son factores de riesgo que están implicados en una buena parte de los problemas que contempla el III Plan y que pueden condicionar el futuro de muchos ciudadanos.

Según Amartya Sen (Premio Nobel de Economía 1998; India, 1933) la salud es un indicador de la riqueza y la libertad de una sociedad. Las políticas sanitarias deben, desde la eficiencia, establecer los cauces para alcanzar una sociedad más sana por más tiempo. Ese es el objetivo de la Junta de Castilla y León.

*El Consejero de Sanidad*  
**Francisco Javier Álvarez Guisasola**

Introducción al  
III Plan de Salud  
de Castilla y León







## Introducción al III Plan de Salud de Castilla y León

¿Para qué sirven los Planes de Salud? En síntesis, para contribuir a mejorar la salud de los ciudadanos de un determinado ámbito geográfico. Los planes de salud son instrumentos de política sanitaria, que a partir de la identificación de los principales problemas de salud de una comunidad, definen los objetivos y las líneas que se van a adoptar durante su vigencia, para corregirlos y elevar los niveles de salud de los ciudadanos.

Sin embargo, tras más de quince años desde que se publicaron los primeros Planes, y aunque la meta siga siendo la misma, estos instrumentos de planificación se han ido modificando y enriqueciendo.

Los actuales Planes de Salud han perdido el carácter, casi exclusivo, de planes de salud pública que tuvieron en los primeros momentos, y aunque se mantenga, en buena medida, la concepción origi-

nal, han incluido aspectos que, hasta ahora, parecían más propios de los planes estratégicos de servicios. En los últimos años, la mayoría han tratado de facilitar el despliegue de sus objetivos a las organizaciones sanitarias y a la acción interdepartamental de los diferentes gobiernos. Seleccionando problemas de salud específicos, limitando su campo de actuación, pero intensificando y haciendo más operativas las metas a alcanzar.

A medida que se ha ido avanzando en experiencia en planificación sanitaria en España, se ha planteado, también, la utilidad de limitar su vigencia a cuatro o cinco años. Esta menor duración ha estado, sobre todo, vinculada al panorama cambiante que se produce en el ámbito sanitario, con la rápida aparición de nuevos conocimientos científico-técnicos que deben transferirse a corto plazo a la práctica y con la necesidad de introducir modificaciones en la organización y la gestión de los recursos, en una búsqueda permanente de una mayor eficacia y eficiencia del sistema.

Esta situación cambiante ha llevado aparejada, la necesidad de planificar acciones muy pautadas y de rápida implantación. Pero también a contar con sistemas de información oportunos que permitan la evaluación de los objetivos pasados, la definición de los nuevos y el reajuste, si fuera necesario, en un breve periodo de tiempo. A menor duración de los planes más importante es disponer de información actualizada.

Otro motivo de reflexión vinculado a los planes de salud ha sido la metodología a utilizar en su evaluación. Hay dos formas de medir: por una parte, analizar si se han desplegado todas las acciones y

medidas que se habían propuesto, en cuyo caso se estaría midiendo *el proceso*, o bien evaluar las mejoras de salud conseguidas y, en este segundo caso, se estarían midiendo *los resultados* relacionados con la salud.

Un aspecto a tener en cuenta en la definición de los objetivos y en la evaluación de resultados a conseguir durante la vigencia de un plan, es el tiempo necesario que tiene que pasar para lograr mejoras en salud en los problemas que van a ser abordados, porque sabemos que estos periodos pueden llegar a superar ampliamente la duración del plan.

La estructura de los Planes de Salud también ha ido evolucionando y, a pesar de mantener la tendencia a que los Planes incluyan mucha información, adquiere mayor peso la metodología utilizada en su elaboración, la formulación de los objetivos y medidas que se pretenden desarrollar y los mecanismos de evaluación.

La experiencia acumulada en los dos planes de salud anteriores ha permitido identificar qué criterios debían orientar la elaboración de este III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012:

- Ser participativo.
- Partir de un concepto amplio de salud que sobrepasara al sistema sanitario.
- Establecer como objetivos a conseguir: disminuir la incidencia, la discapacidad y la mortalidad de aquellos problemas de salud que tras el análisis de la situación se considerarán prioritarios, pero también, trabajar en aquellos hechos o circunstancias que impidieran la adecuada prestación de los servicios sanitarios o el libre ejercicio de los derechos en relación con la salud.
- Dirigir las acciones al proceso asistencial completo, involucrando a los servicios sanitarios individuales y a los comunitarios.
- Garantizar, de forma igualitaria, los derechos reconocidos en la legislación y el acceso a las prestaciones sanitarias, procurando al mismo tiempo la sostenibilidad financiera del sistema.
- Seguir avanzando en el desarrollo de sistemas de información que permitieran la evaluación continuada del plan.
- Y utilizar herramientas que facilitasen su despliegue.

El III Plan de Salud de Castilla y León se ha desarrollado, como es preceptivo, siguiendo todas las fases establecidas en la normativa que regula su elaboración. Tras el análisis de situación, de los resultados del anterior Plan y de las Estrategias Regionales de Salud, se ha llevado a cabo la fase de identificación de problemas y se han definido medidas y acciones concretas, compartidas por el conjunto del sistema sanitario y por las demás

instituciones que intervienen en el Plan, seleccionando las de mayor eficacia y las que pueden ser aplicables en el periodo de vigencia del Plan.

En todo este proceso, la participación de los profesionales ha sido fundamental para llegar a las propuestas técnicas incluidas en el Anteproyecto del Plan. Han colaborado 170 profesionales. Expertos que manejan la mejor información acerca de cuáles deben ser las líneas de avance, ya sea en prevención o en asistencia, para cada uno de los problemas de salud, y que además lo hacen a partir del conocimiento de la situación concreta en esta comunidad. Organizados en grupos de trabajo multidisciplinarios, estos profesionales han presentado orientaciones, objetivos, recomendaciones y propuestas que han sido básicas para la elaboración del Plan.

Se ha pretendido que el III Plan de Salud tuviera una mayor operatividad, acotando el número de líneas a trabajar. De este modo se han seleccionado dieciséis problemas considerados como áreas prioritarias de intervención, en este momento, en nuestra Comunidad:

1. Infarto agudo de miocardio.
2. Diabetes mellitus
3. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.
4. Enfermedades cerebrovasculares (ictus).
5. Tumor maligno del colon.
6. Tumor maligno de la mama.
7. Trastornos del humor (afectivos): Depresión.
8. Insuficiencia cardíaca.
9. Accidentes de tráfico de vehículos de motor.
10. Enfermedades crónicas de las vías respirato-

rias inferiores (excepto asma): EPOC.

11. Dolor asociado a la patología osteoarticular
12. Patología infecciosa grave, relacionada con las políticas de vacunaciones, políticas de antibioterapia, diagnóstico microbiológico, prevención de infecciones nosocomiales y seguridad del paciente, etc.
13. Prestación de servicios de sanidad ambiental.
14. Prestación de servicios de seguridad alimentaria.
15. Salud en el entorno laboral. Principalmente relacionado con los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.
16. Dependencia asociada a la enfermedad.

Para estos problemas se han incluido medidas integrales, que van desde la promoción de la salud hasta la atención en los servicios asistenciales. Servicios que representan una parte fundamental del III Plan, y sobre los que los expertos han planteado cuáles son los márgenes de mejora hacia los que dirigir los esfuerzos, a la luz de la evidencia y los conocimientos actuales para avanzar, entre otros aspectos, en eficacia, en continuidad, en coordinación o en accesibilidad.

Los determinantes de estos problemas se abordan en cada problema de salud. Solamente se presentan, de forma separada y por cuestiones operativas, los objetivos y las medidas relacionadas con algunos determinantes que son comunes a varias de las áreas prioritarias analizadas (tabaco, actividad física, hipertensión arterial, hiperlipemia, obesidad, alcohol y otras drogas y alimentación).

La equidad es uno de los principios orientadores del III Plan de Salud y, en consecuencia, es objetivo de todo el Plan reducir las desigualdades en

salud en la población castellana y leonesa, a través de políticas de salud y de políticas intersectoriales.

En este sentido, el plan promoverá investigaciones y análisis de las desigualdades vinculadas a los problemas de salud, relacionadas con la distribución de los factores de riesgo y con la utilización de servicios. Se diseñará la explotación de los sistemas de información para conocer mejor estas diferencias, de manera que sea posible un análisis sistemático de la información por grupos de población, por variables sociales y geográficas y por género. Además, se desarrollarán actividades de promoción de la salud e intervenciones relacionadas con la reducción de desigualdades dirigidas a los grupos diana identificados, acciones que en muchas ocasiones habrán de ser intersectoriales.

En el documento se ha utilizado también un enfoque, que sin ser nuevo en los Planes de Salud de Castilla y León, adquiere un mayor peso en este III Plan, la intersectorialidad, una recomendación constante de los organismos sanitarios internacionales, que trasladan la idea de que la salud está presente en campos mucho más amplios que el estrictamente sanitario. En el plan se han incorporado objetivos y planes relacionados con otros departamentos e instituciones, por considerar que su papel es importante en el desarrollo y mejora de la salud de los ciudadanos.

En el apartado de evaluación, siguiendo las líneas y tendencias actuales, este III Plan incluye indicadores de resultados pero también mantiene indicadores de proceso. Los sistemas de información constituyen una referencia en todos los problemas de salud. Y durante su vigencia, está previsto, ade-

más, el desarrollo de estudios complementarios en la Comunidad que ayuden a valorar la evolución de algunos aspectos concretos y que permitan la evaluación del impacto en salud en relación a las políticas no sanitarias que se desarrollen.

Cabe destacar, por último, que su período de vigencia será de cinco años y que, entre las medidas propuestas se anuncia el diseño, a lo largo de estos próximos años, de nuevas Estrategias Regionales de Salud que ayuden a desplegar los objetivos planteados.

En las páginas siguientes pueden consultarse los resultados de la evaluación del II Plan de Salud, la metodología utilizada en la elaboración del III Plan y los objetivos y acciones priorizadas para este Plan.

# 1

RESUMEN

Los Planes de Salud son instrumentos de política sanitaria que definen, a partir de los principales problemas de salud detectados en la Comunidad, los objetivos y actuaciones necesarios para incrementar el nivel de salud de los ciudadanos.

En el III Plan han colaborado más de 170 profesionales y expertos manejando la mejor información relativa al enfoque preventivo y/o asistencial de cada problema de salud.

El objetivo del III Plan es reducir las desigualdades en salud de la población castellana y leonesa, a través de políticas de salud y de políticas intersectoriales.

III Plan de Salud de Castilla y León  
**Diagnóstico de situación**







# 2

Diagnóstico  
de situación



<b>Densidad de población</b>	Pág. 21	Actividad asistencial	Pág. 113
Estructura de la población	Pág. 23	<b>Programas de vacunación</b>	Pág. 125
Crecimiento natural de la población	Pág. 28	<b>Proyecto oncogúas</b>	Pág. 133
Crecimiento demográfico	Pág. 33	Programas para la vigilancia, prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria	Pág. 134
Tendencia del periodo 1998-2007	Pág. 34	<b>Gasto sanitario público</b>	Pág. 137
Proyecciones 2002-2052	Pág. 36	<b>Encuestas de opinión y satisfacción</b>	Pág. 141
<b>Empleo</b>	Pág. 39	Reclamaciones y sugerencias	Pág. 143
Nivel de estudios	Pág. 40	Repercusión en prensa	Pág. 146
Estructura y equipamiento de los hogares	Pág. 40	<b>Tablas y figuras</b>	Pág. 147
Indicadores económicos	Pág. 41		
<b>Esperanza de vida</b>	Pág. 45		
Mortalidad	Pág. 46		
Morbilidad	Pág. 63		
Discapacidad	Pág. 80		
Percepción del estado de salud	Pág. 83		
Estilos de vida	Pág. 84		
<b>Estructura física, recursos humanos y cartera de servicios</b>	Pág. 99		





Los ciudadanos de Castilla y León constituyen el conjunto poblacional sobre el que se proyectan las actuaciones del presente Plan de Salud. La nuestra, como todas las comunidades, es un conjunto vivo que va desarrollándose, variando y evolucionando a lo largo del tiempo. En este capítulo se describen los rasgos más significativos de nuestra población, a partir de los datos observados en su pasado reciente, tratando de identificar las principales tendencias y que, de no mediar factores importantes imprevistos, configurarán las características primordiales de nuestra sociedad en el horizonte temporal sobre el que se proyecta el Plan.

## Densidad de población

Castilla y León es la región más extensa de Europa, mayor incluso que muchos países, con un total de 94.225 Km<sup>2</sup>.

La principal característica demográfica de la Comunidad, que limita con otras nueve comunidades autónomas y que está situada en la mitad norte de la Península Ibérica, es la dispersión. En ella viven 2.528.417 personas. La densidad de población es de 26,83 hab/km<sup>2</sup>, que en Soria y Zamora llega a descender hasta los 9,08 y 18,68 hab/km<sup>2</sup>, respectivamente, situándose muy por debajo de la media de España (89,33 hab/km<sup>2</sup>).

Cuenta con 2.248 municipios, el 98% de ellos con menos de 5.000 habitantes. Sólo 15 tienen más de 20.000 habitantes. La mitad de los castellanos y leoneses viven en el medio rural y alrededor de 920.000, es decir un 36% de la población, en

municipios de menos de 5.000 habitantes. Valladolid es el núcleo más poblado, concentra el 20% de la población total.

Tabla 1. Densidad de población 1998 y 2007. Datos por provincias.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	Habitantes Año 1998	Habitantes Año 2007	Extensión (Km <sup>2</sup> )	Densidad de población (hab/Km <sup>2</sup> ) Año 1998	Densidad de población (hab/Km <sup>2</sup> ) Año 2007
Ávila	167.132	168.638	8.050	20,76	20,95
Burgos	346.355	365.972	14.291	24,24	25,61
León	506.365	497.387	15.581	32,50	31,92
Palencia	179.623	173.281	8.053	22,31	21,52
Salamanca	349.550	351.326	12.350	28,30	28,45
Segovia	146.755	159.322	6.923	21,20	23,01
Soria	91.593	93.593	10.306	8,89	9,08
Valladolid	492.029	521.661	8.110	60,67	64,32
Zamora	205.201	197.237	10.561	19,43	18,68
<b>Castilla y León</b>	<b>2.484.603</b>	<b>2.528.417</b>	<b>94.225</b>	<b>26,37</b>	<b>26,83</b>
<b>ESPAÑA</b>	<b>39.852.651</b>	<b>45.200.737</b>	<b>505.990</b>	<b>78,76</b>	<b>89,33</b>

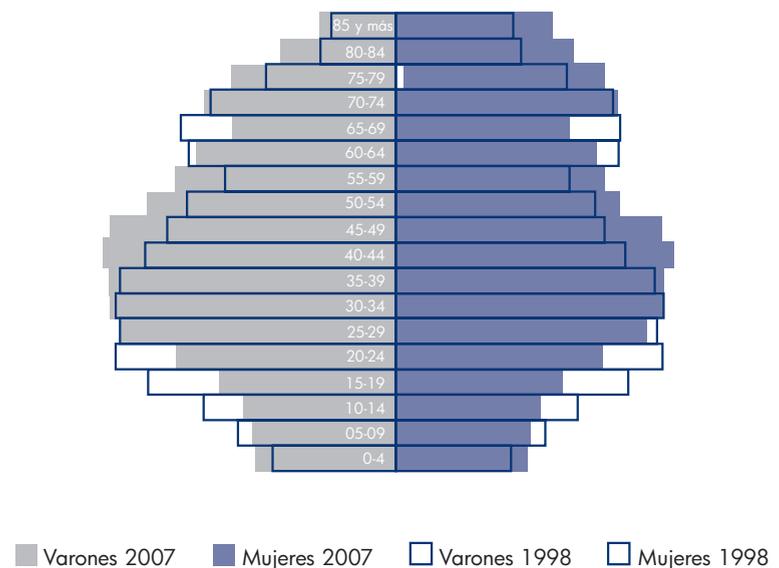
Tabla 2. Número de habitantes según el tamaño del municipio en el que viven 2007. Datos por provincias.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora	Castilla y León
<b>Total</b>	<b>168.638</b>	<b>365.972</b>	<b>497.387</b>	<b>173.281</b>	<b>351.326</b>	<b>159.322</b>	<b>93.593</b>	<b>521.661</b>	<b>197.237</b>	<b>2.528.417</b>
Menos de 101 hab.	4.072	7.895	246	3.364	3.322	3.273	5.324	2.678	1.281	<b>31.455</b>
De 101 a 500 hab.	30.368	38.187	23.203	20.925	57.744	23.564	12.563	28.096	45.882	<b>280.532</b>
De 501 a 1.000 hab.	18.100	22.663	42.593	11.172	29.427	17.440	5.405	12.269	28.134	<b>187.203</b>
De 1.001 a 2.000 hab.	8.970	18.162	53.672	13.016	17.514	12.655	8.876	27.117	24.975	<b>184.957</b>
De 2.001 a 5.000 hab.	28.199	21.629	71.230	15.556	21.405	22.658	12.343	42.107	2.345	<b>237.472</b>
De 5.001 a 10.000 hab.	25.135	13.004	16.461	26.962	23.045	23.685	10.877	50.784	9.738	<b>199.691</b>
De 10.001 a 20.000 hab.	0	0	59.205	0	42.948	0	0	0	18.744	<b>120.897</b>
De 20.001 a 500.000 hab.	53.794	244.432	230.777	82.286	155.921	56.047	38.205	358.610	66.138	<b>1.286.210</b>

Junto a la dispersión, otra característica demográfica destacable es el envejecimiento de la población.

Figura 1. Pirámide de la población de Castilla y León 1998-2007.  
Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



La pirámide de población dibuja un patrón que corresponde a una población madura con un grupo de edad de mayores de 64 años que supone el 22,5% de la población total de la Comunidad según datos del año 2007, seis puntos por encima de la media española (16,6%). Este porcentaje se incrementa hasta el 28% en el caso de Zamora y disminuye hasta casi situarse a nivel de la media española en el caso de Valladolid (18%).

El **índice de envejecimiento**, que muestra la relación entre la población mayor de 64 años y los

menores de 16 años, es del 195,4% (año 2007), muy por encima del resto del territorio nacional que se sitúa en el 116,22% y de las cifras de años anteriores (166,36% en Castilla y León y 107,62% en España en 1998). Según datos de 2006,

Castilla y León mantiene el mayor índice de cobertura de plazas en residencias de mayores del territorio nacional, situándose en 6,29 por cada habitante que supere los 65 años.

Tabla 3. Indicadores demográficos en Castilla y León y España (1998-2007).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

		2007		1998	
		Castilla y León	España	Castilla y León	España
Índice de infancia	Varones	11,96	14,92	13,33	15,90
	Mujeres	11,10	13,77	12,26	14,46
	Total	11,52	14,34	12,79	15,16
Índice de juventud	Varones	18,37	20,52	22,56	24,96
	Mujeres	16,93	18,98	20,92	22,96
	Total	17,64	19,74	21,73	23,94
Índice de vejez	Varones	19,60	14,28	18,63	13,97
	Mujeres	25,37	18,99	23,85	18,56
	Total	22,52	16,66	21,28	16,32
Índice de envejecimiento	Varones	163,92	95,71	139,74	87,90
	Mujeres	228,6	137,93	194,53	128,37
	Total	195,39	116,22	166,36	107,62
Índice sobreenvjecimiento	Varones	10,88	8,48	9,49	7,45
	Mujeres	25,08	20,39	13,62	12,04
	Total	18,96	15,35	11,84	10,12
Índice de reemplazo	Varones	61,01	104,48	71,56	113,76
	Mujeres	43,75	72,50	51,41	77,90
	Total	51,18	86,05	60,11	92,92
Índice de recambio de población activa	Varones	50,14	41,54	43,05	34,58
	Mujeres	53,81	46,53	48,60	39,60
	Total	51,92	43,98	45,76	37,04
Índice dependencia global	Varones	57,31	52,82	63,75	60,21
	Mujeres	69,45	60,55	74,00	66,79
	Total	63,22	56,64	68,79	63,51
Índice dependencia juvenil	Varones	26,47	31,00	33,24	37,82
	Mujeres	26,46	30,06	32,49	35,83
	Total	26,46	30,54	32,87	36,82
Índice dependencia senil	Varones	30,84	21,82	30,51	22,39
	Mujeres	42,99	30,49	41,51	30,96
	Total	36,75	26,10	35,91	26,68

En los últimos diez años, los mayores de 64 años se han incrementado en Castilla y León en 40.675 personas (+8%), con provincias como León y Salamanca (+9%) y Valladolid (+17%) donde el repunte ha sido más importante.

Tabla 4. Distribución de la población por grupos de edad (2007). Datos por provincia. Variaciones del grupo de edad de 65 y más años (2007/1998).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	Población 2007	0-15 años %	16-64 años %	>64 años %	Incremento población >= 65 años año 2007/año 1998 n, %	
Ávila	168.638	12%	63%	24,9%	872	2%
Burgos	365.972	13%	66%	20,8%	4.734	7%
León	497.387	11%	64%	24,6%	9.741	9%
Palencia	173.281	12%	65%	22,5%	399	1%
Salamanca	351.326	12%	64%	23,5%	7.102	9%
Segovia	159.322	14%	64%	21,8%	1.612	5%
Soria	93.593	13%	62%	25,6%	46	0%
Valladolid	521.661	13%	69%	17,8%	13.540	17%
Zamora	197.237	11%	61%	28,3%	2.625	5%
<b>Castilla y León</b>	<b>2.528417</b>	<b>12,4%</b>	<b>65,1%</b>	<b>22,5%</b>	<b>40.675</b>	<b>8%</b>

El 4,7% de la población de la Comunidad procede de otros países. Esta cifra es el resultado de un crecimiento sostenido en los últimos diez años que ha supuesto el paso de un 0,6% de población extranjera en 1998 al 2,4% en 2003 y al 4,7% en 2007.

La distribución dentro de la Comunidad no es homogénea. En provincias como Burgos, Soria y Segovia este grupo de población adquiere un peso más importante hasta acercarse, como en el caso de Segovia, a la media española (10%).

Los países de origen más frecuentes (INE 2007) son Bulgaria (17,1%), Rumania (12%), Marruecos (10,7%) y Portugal (9%). Los extranjeros procedentes de América Central y del Sur suponen el 33%. Destaca el elevado índice de masculinidad en el grupo de población procedente de Marruecos y Portugal y el predominio de mujeres en el caso de América Latina. El 16,4% de este grupo de población es menor de 16 años y el 81,9% tiene entre 16 y 64 años.

La distribución según el origen de procedencia es heterogénea entre las distintas provincias.

Figura 2. Evolución de la población extranjera (1998-2007). Datos por provincias.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

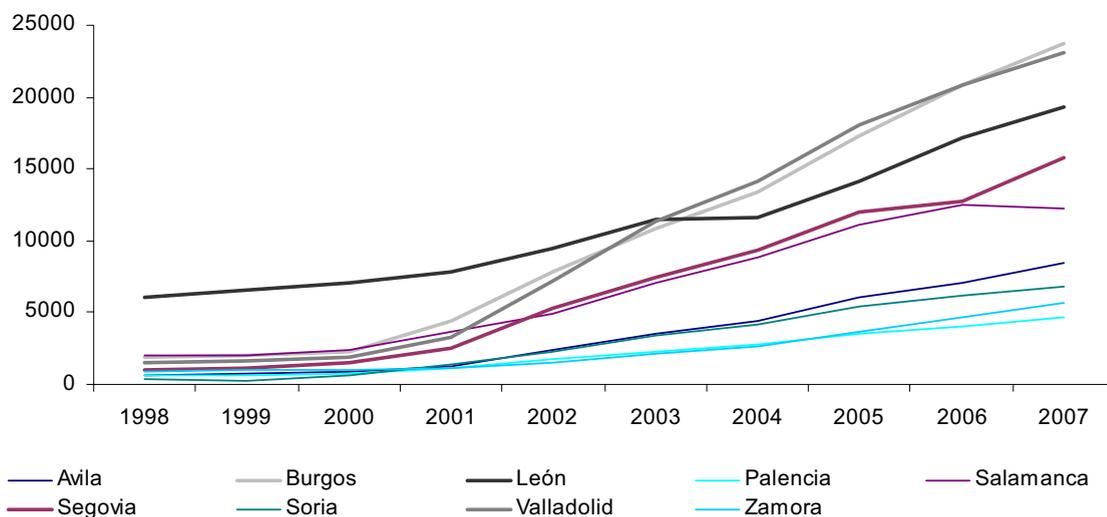


Tabla 5. Distribución de la población extranjera en Castilla y León, 2007 según los principales países de procedencia.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	Total	Varones	Mujeres	Índice de masculinidad
<b>TOTAL EXTRANJEROS</b>	119.781	62.165	57.616	107,9
Bulgaria	20.540	10.924	9.616	113,6
Rumania	14.386	7.567	6.819	111,0
Marruecos	12.774	8.393	4.381	191,6
Portugal	10.817	6.753	4.064	166,2
Colombia	9.693	3.886	5.807	66,9
Ecuador	8.433	4.091	4.342	94,2
Brasil	4.697	1.725	2.972	58,0
República Dominicana	3.817	1.397	2.420	57,7
Bolivia	3.615	1.532	2.083	73,5

Tabla 6. Porcentaje de inmigrantes sobre la población de cada provincia en Castilla y León, 2007.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	Número	% sobre total población				País	n	Índice de masculinidad
		total	0-15 años	16-64 años	65 y más			
Ávila	8.500	5,0	7,9	6,3	0,4	Marruecos	1.962	151,5
						Rumania	1.679	127,2
Burgos	23.680	6,5	7,9	8,1	0,3	Rumania	4.052	114,7
						Bulgaria	3.371	112,9
						Portugal	3.098	240,4
						Ecuador	2.532	95,5
						Marruecos	2.110	234,4
						Colombia	1.816	65,7
León	19.265	3,9	4,8	5,1	0,4	Portugal	3.105	125,2
						Colombia	2.389	61,8
						Marruecos	2.225	216,1
						Bulgaria	1.466	122,1
						Rumania	1.215	119,7
						Rep. Dominic.	1.163	52,6
Palencia	4.631	2,7	3,6	3,4	0,2			
Salamanca	12.307	3,5	4,2	4,5	0,4	Portugal	1.524	125,4
						Marruecos	1.087	168,4
						Rumania	1.022	104,8
						Colombia	1.001	62,5
Segovia	15.729	9,9	12,9	12,4	0,5	Bulgaria	5.543	113,4
						Marruecos	2.050	191,6
						Polonia	1.742	147,8
						Rumania	1.550	100,5
Soria	6.855	7,3	11,8	9,3	0,4	Ecuador	1.371	103,1
Valladolid	23.087	4,4	5,7	5,3	0,4	Bulgaria	6.233	114,3
						Rumania	3.326	103,5
						Colombia	1.675	59,7
						Marruecos	1.586	190,5
						Ecuador	1.409	84,2
						Brasil	1.372	91,6
Zamora	5.727	2,9	3,9	4,0	0,2	Portugal	1.299	180,0
						Bulgaria	1.056	113,8
<b>Castilla y León</b>	<b>119.781</b>	<b>4,7</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>0,4</b>			

Con relación a la natalidad se observa que, desde 1998 hasta el año 2006, se ha producido una, pequeña pero continua, mejoría en todos los indicadores demográficos. El índice sintético de fecundidad ha llegado, en el año 2006, al 1,11, resultado que, aunque positivo, está por debajo de la cifra que se considera necesaria para asegurar un recambio adecuado de la población (2,1). La tasa de natalidad en 2006 se ha situado en 7,97/1000 habitantes.

Figura 3. Evolución de los indicadores de natalidad en Castilla y León y España (1998-2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

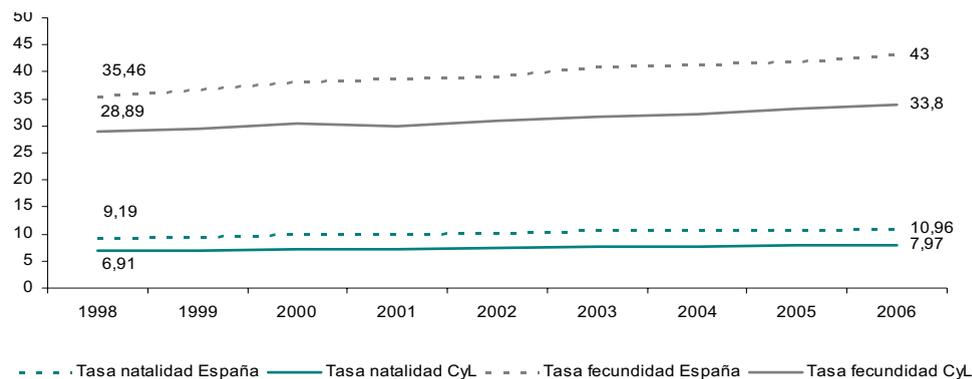
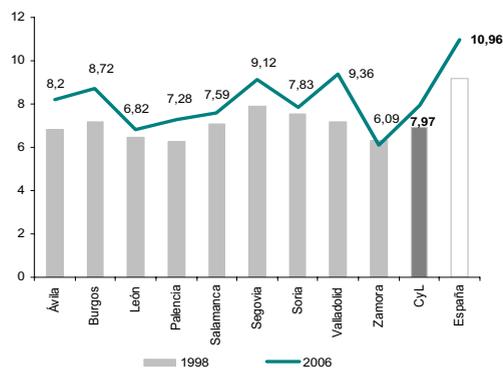


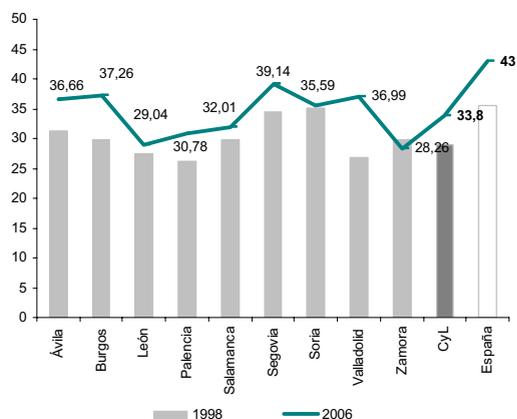
Figura 4. Tasa bruta de natalidad (nacimientos/1.000 hab) por provincias (1998 y 2006).



En el análisis por provincias, Segovia, Valladolid y Burgos presentan las cifras más altas y Zamora, Salamanca, Palencia y León las más bajas. Zamora es la única provincia que no ha experimentado la mejoría que se ha observado en el resto de las áreas en los últimos años.

La edad media de las madres apenas ha sufrido variaciones situándose alrededor de los 31 años.

Figura 5. Tasa de fecundidad (nacimientos/1.000 mujeres de 15-49 años), por provincias (1998 y 2006).



Sí se aprecian diferencias en el porcentaje de nacimientos de niños de madre extranjera que suponen en este momento el 11,2% del total (2.210). En 1998 representaban el 2,2% (379). Los países de procedencia de las madres son con más frecuencia, Maruecos (16,5%), Rumania (12%), Bulgaria (11,2%), Colombia (9,2%) y Ecuador (8,5%).

Tabla 7. Indicadores de natalidad en Castilla y León y España (1998-2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Cyl	España																
T. Bruta Natalidad	6,91	9,19	7,02	9,52	7,26	9,88	7,16	9,98	7,37	10,14	7,56	10,52	7,67	10,65	7,74	10,75	7,97	10,96
T.Fecundidad x 1.000 mujeres	28,89	35,46	29,34	36,72	30,40	38,10	30,00	38,53	30,91	39,19	31,77	40,76	32,26	41,39	32,66	41,95	33,8	43,00
I.Sintético Fecundidad	0,94	1,16	0,96	1,20	1,00	1,24	0,99	1,24	1,02	1,27	1,05	1,31	1,07	1,33	1,09	1,35	1,11	1,38
Índice Masculinidad	106,49	107,27	103,60	106,16	107,81	107,06	103,70	105,67	108,26	106,48	102,47	106,2	106,26	106,90	107,05	106,44	107,12	106,85
Edad Media Maternidad	31,01	30,54	31,24	30,66	31,35	30,72	31,51	30,75	31,61	30,79	31,59	30,84	31,60	30,86	31,53	30,90	31,65	30,89
Edad Media Nac. 1º hijo	--	28,87	--	28,97	--	29,08	--	29,10	--	29,18	30,25	29,24	30,26	29,29	30,29	29,33	--	29,31

Tabla 8. Indicadores de natalidad, mortalidad y crecimiento natural por provincias (1998 y 2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

	Nacimientos		Tasa de natalidad		Tasa de fecundidad		Fallecimientos		Tasa de mortalidad		Tasa de crecimiento natural	
	1998	2006	1998	2006	1998	2006	1998	2006	1998	2006	1998	2006
Ávila	1.136	1.358	6,81	8,2	31,24	36,66	2.081	2.057	12,47	12,42	-5,66	-4,22
Burgos	2.505	3.123	7,17	8,72	29,7	37,26	3.420	3.382	9,78	9,44	-2,62	-0,72
León	3.225	3.294	6,46	6,82	27,38	29,04	5.273	5.520	10,56	11,43	-4,1	-4,61
Palencia	1.113	1.248	6,26	7,28	26,2	30,78	1.970	1.913	11,09	11,16	-4,82	-3,88
Salamanca	2.477	2.629	7,08	7,59	29,69	32,01	3.849	3.657	11,01	10,56	-3,92	-2,97
Segovia	1.162	1.421	7,91	9,12	34,41	39,14	1.529	1.567	10,41	10,05	-2,5	-0,94
Soria	690	720	7,53	7,83	35,11	35,59	1.115	1.165	12,17	12,67	-4,64	-4,84
Valladolid	3.557	4.792	7,17	9,36	26,83	36,99	4.257	4.448	8,58	8,69	-1,41	0,67
Zamora	1.280	1.190	6,3	6,09	29,73	28,26	2.476	2.441	12,19	12,49	-5,89	-6,4
CyL	17.145	19.775	6,91	7,97	28,89	33,8	25.970	26.150	10,47	10,54	-3,56	-2,57
España	365.193	482.957	9,19	10,96	35,46	43	360.511	371.478	9,08	8,43	0,12	2,53

La tasa de mortalidad está situada, en este momento, en 10,5 fallecimientos/1.000 habitantes. Durante el período 1998-2006 este indicador ha oscilado entre 10,3 y 11,1/1.000 habitantes.

Segovia, Valladolid y Burgos son las provincias con tasas más bajas.

Figura 6. Evolución de la tasa bruta de mortalidad (fallecimientos/1.000 hab) en Castilla y León y España (1998-2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

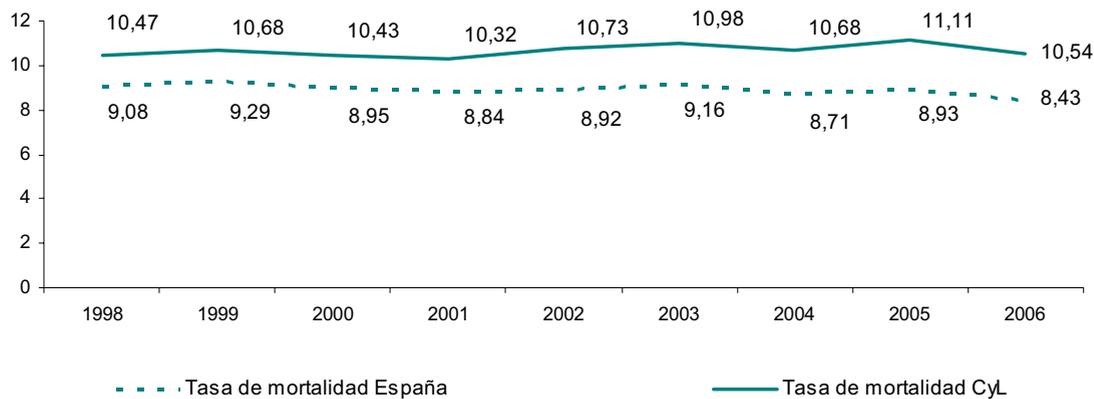
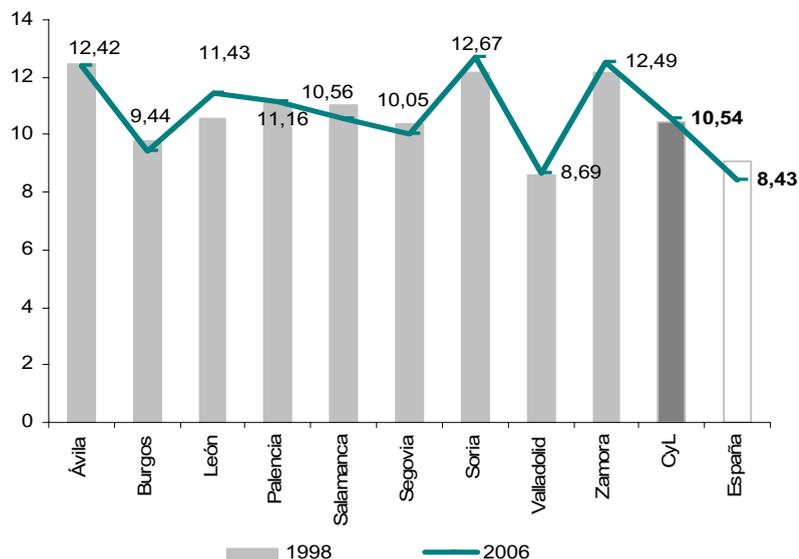


Figura 7. Tasa bruta de mortalidad (fallecimientos/1.000 hab) por provincias (1998 y 2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



Como resultado de las tasas de natalidad y mortalidad, el crecimiento natural de la Comunidad ha sido negativo a lo largo de estos últimos años, aunque con una ligera tendencia alcista.

En el 2006 el indicador en la Comunidad (-2,57/1000 hab) estaba situado en 4 puntos por debajo de la cifra media del conjunto del territorio nacional (+2,53/1000 hab).

Valladolid es la única provincia con crecimiento positivo y Burgos y Segovia alcanzan cifras cercanas a -1/1.000 habitantes.

Figura 8. Tasa de crecimiento natural en Castilla y León y España (1998-2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

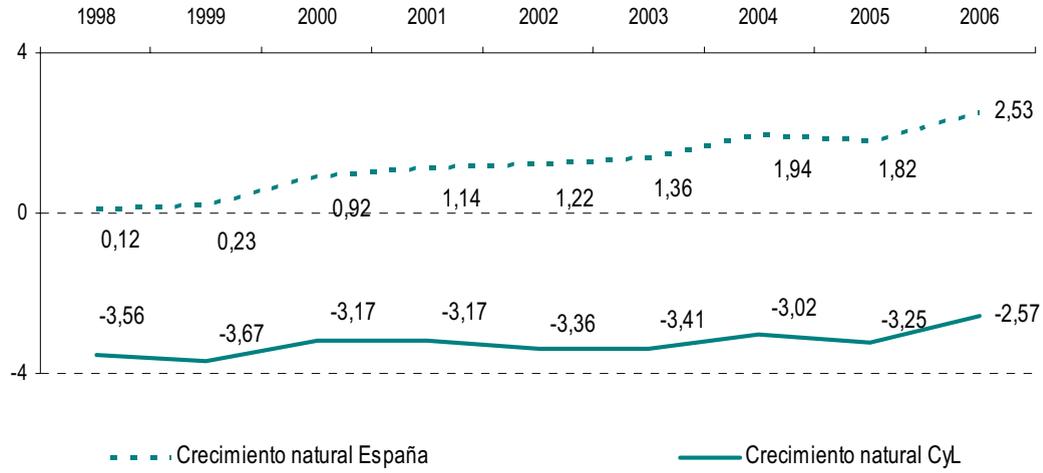
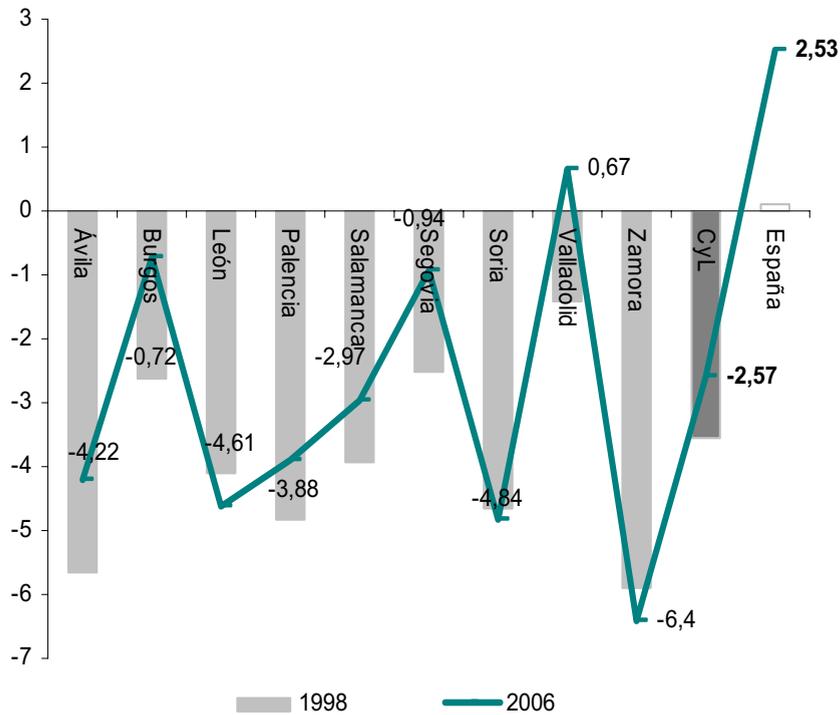


Figura 9. Tasa de crecimiento natural por provincias (1998 y 2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



En 2006, la Comunidad presentó un saldo migratorio positivo de 23.347 personas, con una tasa neta de migración de 9,23 para ese año. Este saldo positivo permitió que la tasa de crecimiento demográfico, que engloba el crecimiento natural y las migraciones fuera de 6,66.

Tabla 9. Tasa de crecimiento demográfico por provincias (2006).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE "Variaciones residenciales"

	TCN (*)	Saldo migratorio	Población	TNM (*)	TCD (*)
Ávila	-4,22	2.757	168.638	16,35	12,13
Burgos	-0,72	4.746	365.972	12,97	12,25
León	-4,61	3.477	497.387	6,99	2,38
Palencia	-3,88	484	173.281	2,79	-1,09
Salamanca	-2,97	2.075	351.326	5,91	2,94
Segovia	-0,93	2.774	159.322	17,41	16,48
Soria	-4,84	1.014	93.593	10,83	5,99
Valladolid	0,67	4.988	521.661	9,56	10,23
Zamora	-6,40	1.032	197.237	5,23	-1,17
<b>Castilla y León</b>	<b>-2,57</b>	<b>23.347</b>	<b>2.528.417</b>	<b>9,23</b>	<b>6,66</b>

\*TNM: Tasa Neta de Migración \*TCN: Tasa Crecimiento Natural \*TCD: Tasa Crecimiento Demográfico

Todas las provincias tuvieron una tasa neta de migración positiva. Ávila, Burgos, Segovia, Soria y Valladolid alcanzaron cifras en este indicador por encima de 9/1.000 habitantes, lo que les permitió que su tasa de crecimiento demográfico se situara por encima de 5/1.000 habitantes en 2006. En León y Salamanca la tasa de crecimiento demográfico alcanzó los 2-3/1.000 habitantes, Palencia y Zamora presentaron un crecimiento negativo.

## Tendencia del período 1998-2007

Durante los últimos diez años la población de la Comunidad se ha incrementado en 43.814 personas (2%). Este crecimiento ha sido el resultado de una disminución del grupo de edad menor de 16 años (-10%), de un ligero incremento del grupo de 16-64 años (2%) y de un aumento importante del grupo de edad más anciano (8%).

Figura 10. Evolución de la población de Castilla y León por grupos de edad (1998-2007). Incrementos de 2007 respecto a 1998.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

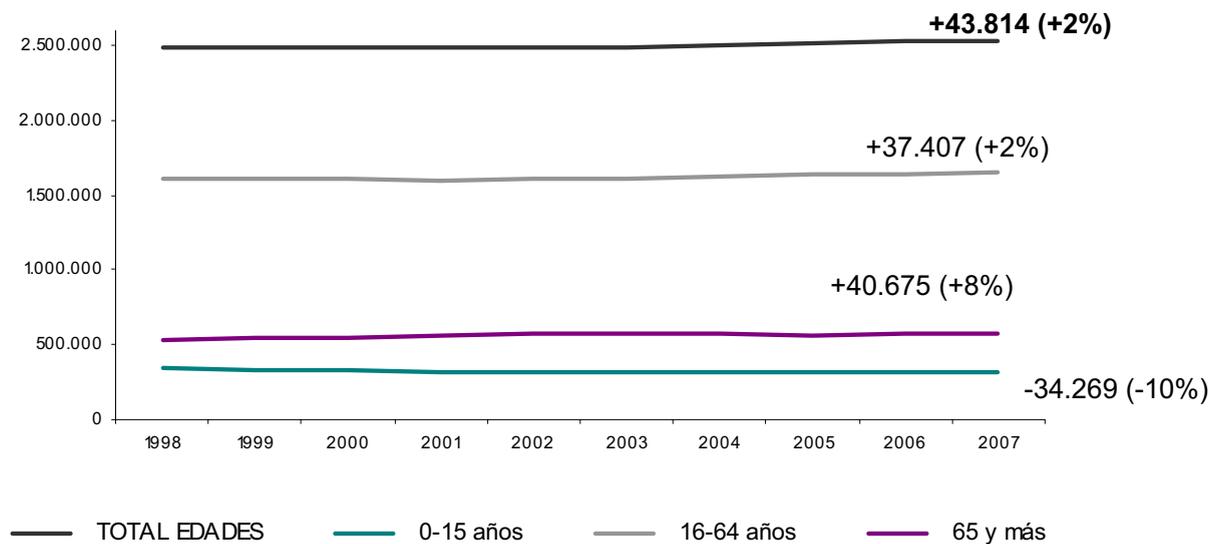
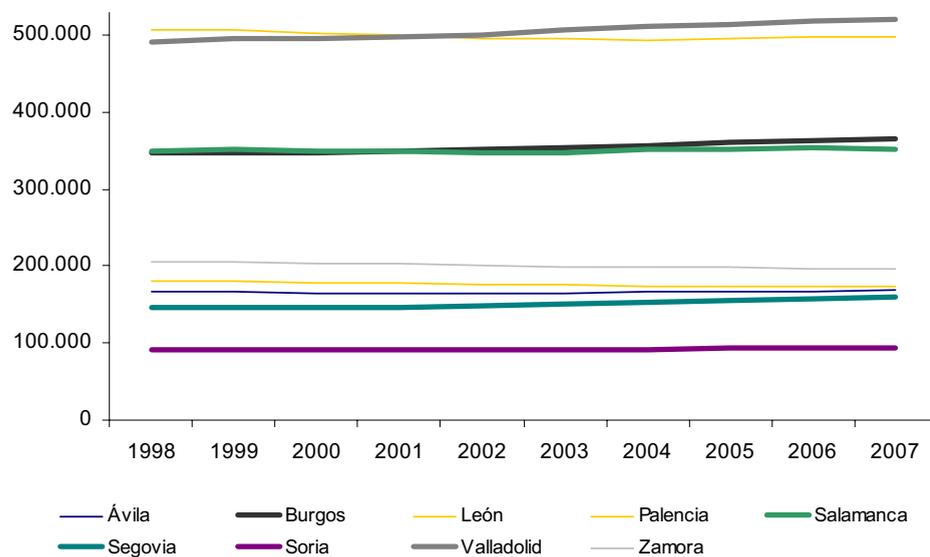


Figura 11. Evolución de la población de Castilla y León por provincias (1998-2007).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



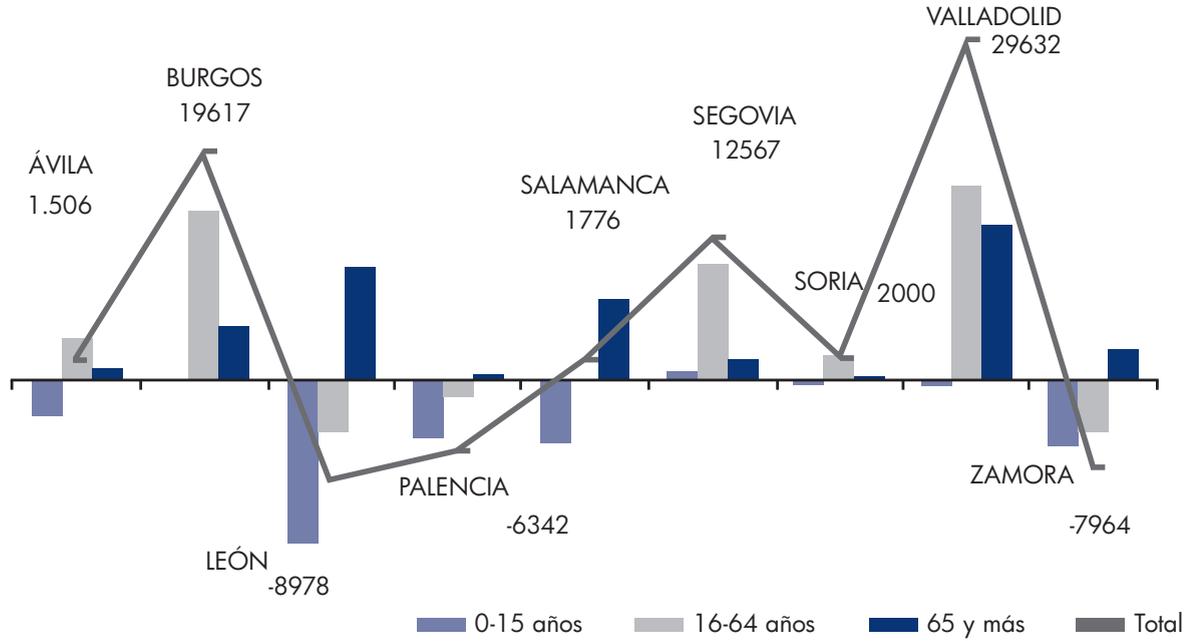
La tendencia ha sido muy desigual por provincias, con crecimientos en torno al 6-8% en Segovia, Burgos y Valladolid y descensos en Zamora, León y Palencia en torno al 2-4%.

En este momento podríamos dibujar, utilizando la tendencia de los diez últimos años, tres perfiles diferentes en la Comunidad. El primero correspondería a las provincias de Segovia, Burgos y Valladolid con tendencia a crecimientos por encima del 5% a expensas del grupo de edad de 16-64 años y en el caso de Valladolid también del de 65 y más años. Un segundo perfil, el de Ávila y Soria con ligeros incrementos de población motivados por el aumento del grupo de edad de 16-64 años. Y un tercer perfil donde se incluirían León,

Palencia, Salamanca y Zamora con descensos marcados en el grupo de población más joven (0-15 años), acompañados en la mayoría de los casos de disminuciones del sector de 16-64 años e incrementos de la población más anciana.

Figura 12. Evolución de la población de Castilla y León por grupos de edad (1998 y 2007). Incrementos de 2007 respecto a 1998. Datos por provincias.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



### Proyecciones 2002-2052

Las proyecciones de población apuntan hacia una evolución desigual de la población según la provincia y hacia un acusado incremento del grupo de edad de 65 y más años y del de 80 y más años.

Figura 13. Proyección de la población de Castilla y León por provincias. Año 2002 a 2052.  
 N° índice 2002=100

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de la Dirección General de Estadística

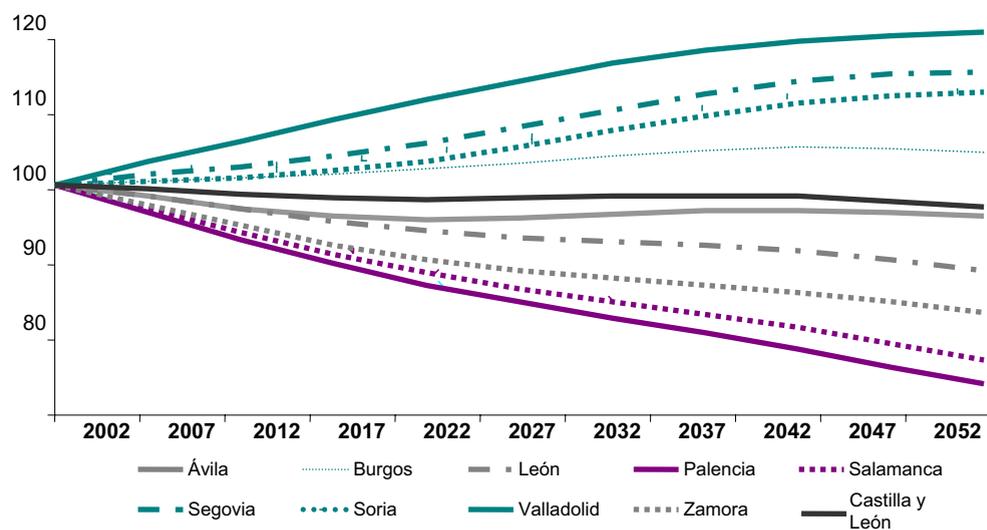
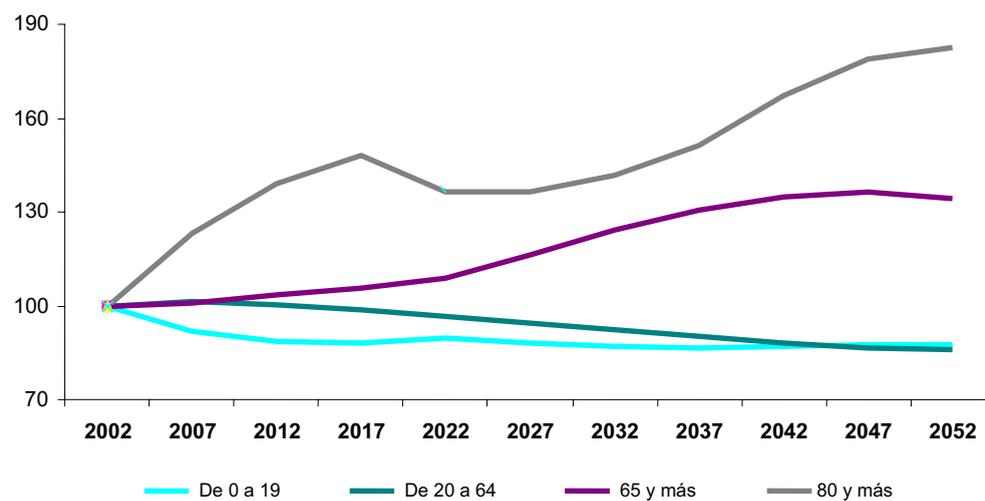


Figura 14. Proyección de la población de Castilla y León por grupo de edad. Año 2002 a 2052.  
 N° índice 2002=100

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de la Dirección General de Estadística





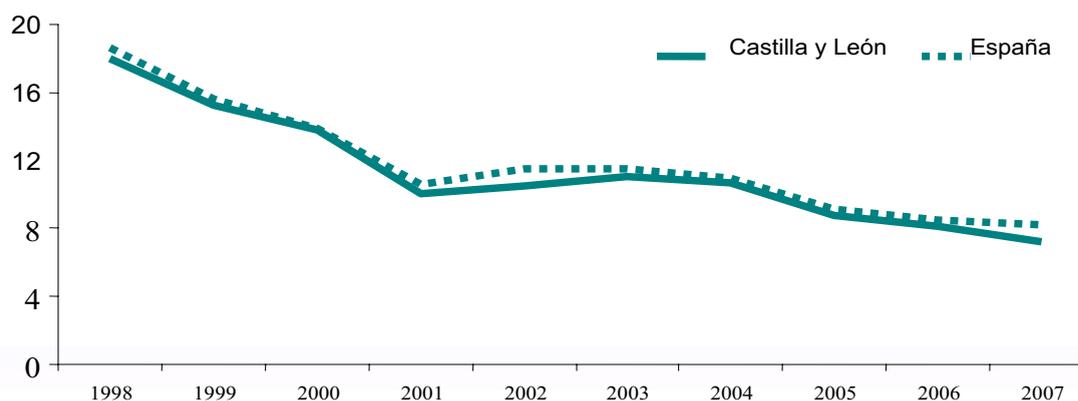
En repetidas ocasiones se ha demostrado la relación entre el estado de salud de una población, su nivel socioeconómico, los comportamientos individuales y los comportamientos sociales. En este capítulo vamos a repasar algunas de las características socioeconómicas de nuestra Comunidad.

## Empleo

Desde 1998, la tasa de paro ha ido descendiendo progresivamente en Castilla y León, situándose en cifras similares a las que se han registrado en el resto del territorio nacional. Este descenso se ha observado también en cada una de las provincias de la Comunidad.

Figura 15. Tasa de paro en Castilla y León y España. 1998-2007.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística



## Nivel de estudios

En este momento, el 20% de la población de Castilla y León tiene estudios universitarios y algo más del 60% ha completado sus estudios primarios o secundarios. Solamente un 0,8% no sabe leer ni escribir.

Tabla 10. Nivel de estudios en Castilla y León por grandes grupos de edad y sexo. 2006.

Fuente: D. G. de Estadística de la Junta de Castilla y León, "Situación Económica y Social de la Juventud. Castilla y León. Año 2006".

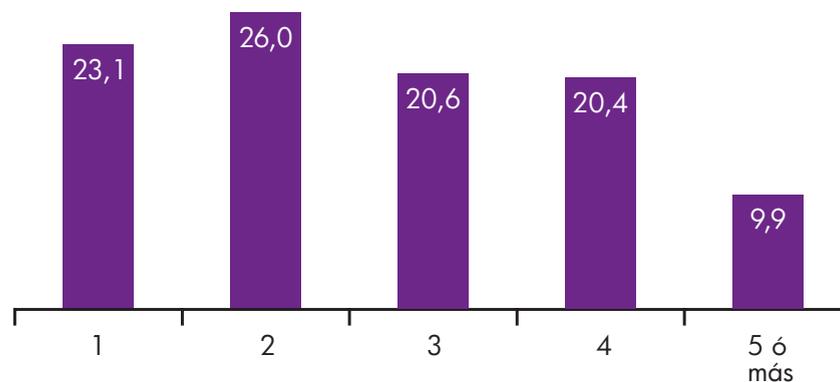
	Joven			Adulto			Total
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	
No sabe ni leer ni escribir (%)	0,00	0,00	0,00	0,90	1,10	1,00	0,80
Estudios primarios incompletos (%)	3,30	1,70	2,50	16,00	20,60	18,40	14,60
Estudios primarios completos (%)	27,40	17,00	22,30	35,30	36,10	35,60	32,50
Estudios secundarios (%)	46,30	44,10	45,30	27,30	20,70	23,90	28,90
Estudios universitarios medios (%)	11,70	20,80	16,10	9,00	10,80	9,90	11,40
Estudios universitarios superiores (%)	7,50	10,90	9,20	8,20	6,80	7,50	7,90
Estudios de postgrado (%)	1,10	2,30	1,70	0,80	1,10	1,00	1,10
Ns/Nc (%)	2,70	3,20	2,90	2,50	2,80	2,70	2,80

## Estructura y equipamiento de los hogares

La mitad de los hogares presenta una estructura constituida por uno o dos miembros. El tipo de hogar más frecuente es el formado por pareja con hijos. Son infrecuentes los hogares con cinco o más miembros.

Figura 16. Distribución porcentual de hogares en Castilla y León según número de miembros, 2006.

Fuente: Situación económica y social de la juventud. 2006. Dirección General de Estadística.



Un 34% de los hogares tiene personas dependientes, un 11% de ellas son personas mayores, discapacitados o enfermos crónicos.

En relación al equipamiento de tecnologías de la información y comunicación, de las viviendas de

Castilla y León, según los datos del INE correspondientes al año 2006, casi el 53% de los hogares tienen ordenador, un 34,2% disponen de acceso a Internet y un 84,2 % tienen, al menos, un teléfono móvil en la vivienda. Estas cifras están por debajo de las que corresponden al total nacional.

### Indicadores económicos

Castilla y León ha presentado un crecimiento económico positivo en los últimos años como se ha visto reflejado en el incremento en el PIB a precios de mercado.

La construcción y los servicios han sido los pilares del dinamismo económico de la región, con tasas de crecimiento acumuladas, entre 2000 y 2006, del 27,6% y 21,8%, respectivamente, por encima

de la tasa de crecimiento de la producción real total, que se sitúa en el 20%. En cuanto a las otras dos ramas, la agraria y la industrial, y pese a que mantienen en Castilla y León un peso relativo por encima del promedio del conjunto de España, han presentado ritmos de crecimiento acumulados inferiores a los de la construcción y los servicios.

Durante el ejercicio 2006, se produjo un cambio. El sector primario (agricultura) tuvo una contribución positiva al crecimiento regional al registrar un avance del 5,3%. Y el resto de sectores también contribuyeron positivamente, en particular, construcción y servicios, con crecimientos del 4,7 y 3,7%, respectivamente.

Tabla 11. Valor Añadido Bruto (VAB), componentes, y Producto Interior Bruto (PIB). Precios corrientes (unidad miles de euros). Castilla y León 2000-2005.

Fuente: Contabilidad anual de Castilla y León. Base 2000

	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*
<b>VAB rama agraria, ganadera y pesca</b>	<b>2.416.458</b>	<b>2.387.983</b>	<b>2.488.692</b>	<b>2.586.009</b>	<b>2.946.845</b>	<b>2.663.931</b>
<b>VAB ramas industriales</b>	<b>7.500.371</b>	<b>7.716.221</b>	<b>8.177.012</b>	<b>8.587.187</b>	<b>8.984.817</b>	<b>9.314.207</b>
ramas energéticas	1.473.299	1.516.934	1.574.589	1.633.537	1.671.240	1.755.273
ramas manufactureras	6.027.071	6.199.287	6.602.423	6.953.649	7.313.577	7.558.934
<b>VAB rama construcción</b>	<b>2.797.798</b>	<b>3.040.860</b>	<b>3.342.994</b>	<b>3.644.348</b>	<b>4.057.170</b>	<b>4.566.512</b>
<b>VAB ramas de los servicios</b>	<b>20.746.105</b>	<b>22.246.949</b>	<b>23.893.632</b>	<b>25.409.325</b>	<b>27.008.653</b>	<b>29.074.618</b>
Servicios de mercado	15.481.159	16.622.987	17.914.240	18.947.086	20.146.640	21.655.753
Servicios no de mercado	5.264.946	5.623.962	5.979.392	6.462.239	6.862.013	7.418.865
<i>Sanidad y Sº Sociales de no mercado</i>	<i>1.516.634</i>	<i>1.629.512</i>	<i>1.607.588</i>	<i>1.813.051</i>	<i>1.925.645</i>	<i>2.147.000</i>
<b>VAB TOTAL</b>	<b>33.460.731</b>	<b>35.392.012</b>	<b>37.902.330</b>	<b>40.226.868</b>	<b>42.997.484</b>	<b>45.619.268</b>
<b>Impuestos netos sobre los productos</b>	<b>2.668.768</b>	<b>2.854.098</b>	<b>3.071.175</b>	<b>3.198.279</b>	<b>3.483.700</b>	<b>3.832.644</b>
<b>PRODUCTO INTERIOR BRUTO a precios de mercado</b>	<b>36.129.499</b>	<b>38.246.109</b>	<b>40.973.505</b>	<b>43.425.147</b>	<b>46.481.184</b>	<b>49.451.911</b>

(\*) Cifras provisionales

Tabla 12. Valor Añadido Bruto, componentes, y Producto Interior Bruto. Índices de volumen encadenados, referencia 2000=100. % Variación anual. Castilla y León.

Fuente: Contabilidad anual de Castilla y León. Base 2000

	2001	2002	2003	2004*	2005*
<b>VAB rama agraria, ganadera y pesca</b>	<b>-5,8</b>	<b>3,7</b>	<b>1,3</b>	<b>5,5</b>	<b>1,0</b>
<b>VAB ramas industriales</b>	<b>0,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,1</b>	<b>2,3</b>	<b>2,0</b>
ramas energéticas	1,0	1,9	2,6	0,5	-0,1
ramas manufactureras	0,5	4,0	3,2	2,7	2,5
<b>VAB rama construcción</b>	<b>4,3</b>	<b>5,0</b>	<b>2,9</b>	<b>3,6</b>	<b>4,5</b>
<b>VAB ramas de los servicios</b>	<b>3,8</b>	<b>2,8</b>	<b>3,3</b>	<b>3,0</b>	<b>3,5</b>
Servicios de mercado	3,8	3,1	3,1	3,3	3,5
Servicios no de mercado	3,8	2,0	3,9	2,1	3,5
<i>Sanidad y Sº Sociales de no mercado</i>	4,4	-5,4	8,2	2,1	6,5
<b>VAB TOTAL</b>	<b>2,4</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>
<b>Impuestos netos sobre los productos</b>	<b>4,3</b>	<b>7,2</b>	<b>0,8</b>	<b>4,2</b>	<b>4,9</b>
<b>PRODUCTO INTERIOR BRUTO a precios de mercado</b>	<b>2,6</b>	<b>3,5</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>

(\*) Cifras provisionales

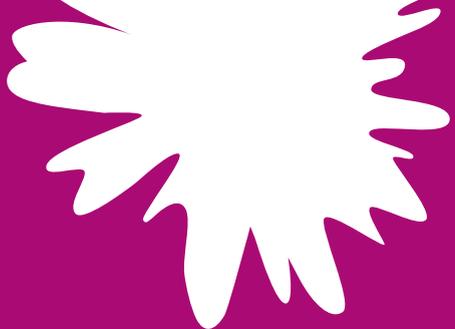
Aunque los datos de las tablas no son especialmente significativos, porque la serie es corta, y además está desvirtuada por el dato del año 2002 (año de las transferencias sanitarias), la aportación de la “sanidad y servicios sociales no destinados a la venta” al VAB de la rama de servicios, resulta evidente. En los últimos años, la demanda interna relacionada con el sector servicios ha seguido animando a la economía, especialmente la relacionada con las ramas de actividad de la Sanidad.

Para determinar los posibles motivos que provocan el incremento de la tasa real de crecimiento en la producción de Sanidad no destinada a la venta

(sanidad pública o no de mercado), hay que valorar las causas relacionadas directamente con el cambio en las características del usuario beneficiario del sistema sanitario, que ha incrementado su número por la afluencia de inmigrantes que llegan a nuestro país, y por el envejecimiento de la población, lo que nos sitúa ante una mayor y más asidua población demandante de la sanidad pública. Sin embargo, el factor demográfico, aunque es importante, supone una tercera parte del incremento real de producción y empleo en los servicios de sanidad, debiéndose los otros dos tercios al crecimiento de la prestación sanitaria media, es decir, al crecimiento de los recursos por persona y la adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

En los últimos años España, y Castilla y León en particular, han logrado unas tasas de crecimiento de su PIB superiores a la media de los países miembros de la UE y de la mayoría de los países integrantes de la OCDE. Este afianzamiento de la economía en el “Estado del Bienestar” tiene como principal consecuencia el incremento en la calidad demandada de servicios tales como la Sanidad, la Educación u otros dentro de los denominados gastos sociales, incremento que ha provocado, a su vez, un estímulo en la oferta y producción de servicios sanitarios, pero no sólo de los públicos, sino también de los privados.

Según la información oficial de febrero de 2007 de la oficina estadística de la Unión Europea y en lo que se refiere a la convergencia de las Comunidades Autónomas con la Unión Europea correspondiente al año 2004, Castilla y León continúa convergiendo con la Unión Europea y ha alcanzado el 94,9% del PIB per cápita en términos de poder de compra de la UE-27 (la segunda Comunidad Autónoma en grado de convergencia). Esto supone que Castilla y León por su crecimiento económico, abandona su condición de “Región Objetivo-1” y que se irá incorporando progresivamente al “Objetivo de Competitividad Regional y Empleo”.



## Esperanza de vida

La esperanza de vida en Castilla y León en 2005 fue de 81,28 años (84,58 años en el caso de las mujeres y 78,08 en el de los varones). Estas cifras se han ido incrementado a lo largo de los años de vigencia del II Plan de Salud y se encuentran entre las más altas de todo el territorio nacional.

Tabla 13. Esperanza de vida en Castilla y León y España. Distribución por sexos. 1998-2005.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

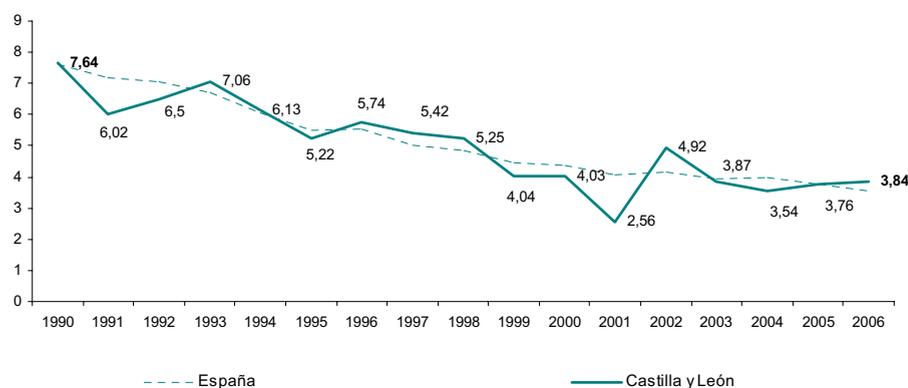
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>España</b>								
Total	78,71	78,78	79,05	79,44	79,67	79,67	79,95	80,23
Varones	75,27	75,35	75,64	76,07	76,31	76,36	76,68	76,96
Mujeres	82,15	82,22	82,46	82,82	83,02	82,98	83,21	83,48
<b>Castilla y León</b>								
<b>Total</b>	<b>79,96</b>	<b>80,02</b>	<b>80,35</b>	<b>80,76</b>	<b>80,94</b>	<b>80,75</b>	<b>81,1</b>	<b>81,28</b>
Varones	76,56	76,63	76,96	77,43	77,66	77,5	77,87	78,08
Mujeres	83,47	83,54	83,86	84,19	84,33	84,11	84,43	84,58

## Mortalidad infantil

A lo largo del periodo 1990-2006, la tasa de mortalidad infantil han presentado una tendencia descendente, tanto para España como para Castilla y León, pasando en nuestra Comunidad de 7,64/1000 en 1990 a 3,84 en 2006.

Figura 17. Evolución de la tasa de mortalidad infantil/1.000 nacidos en Castilla y León y España. 1990-2006.

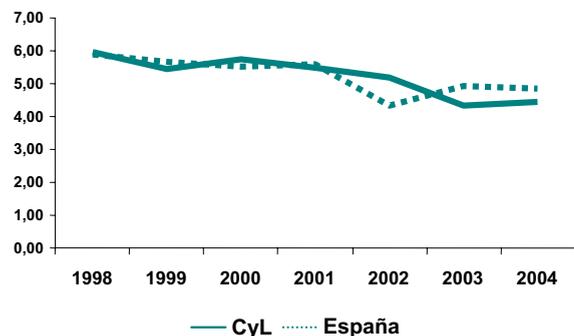
Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



En el año 2002 se produjo un repunte en la mortalidad infantil a expensas del componente de mortalidad neonatal.

Figura 18. Evolución de la tasa de mortalidad perinatal. Castilla y León y España. 1998-2004.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



Las principales causas de mortalidad infantil en este periodo han sido las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Figura 19. Evolución de la tasa de mortalidad neonatal. Castilla y León y España. 1998-2004.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

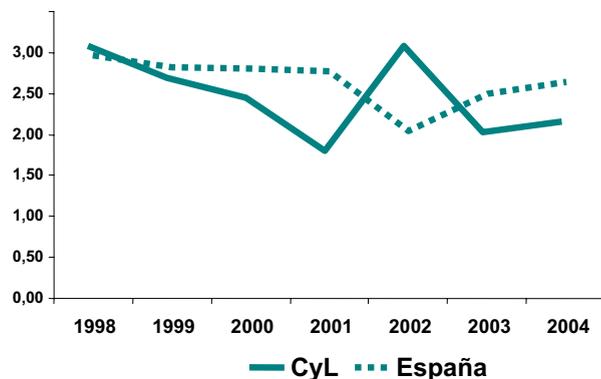
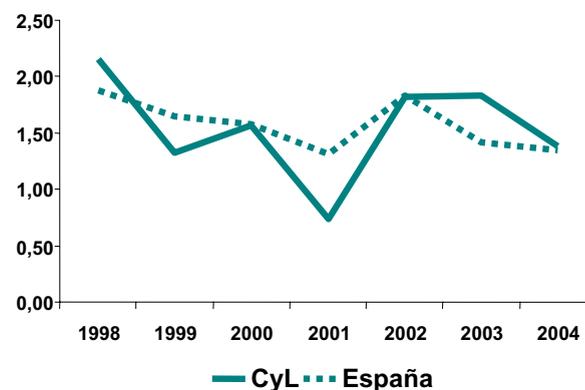


Figura 20. Evolución de la tasa de mortalidad postneonatal. Castilla y León y España. 1998-2004.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



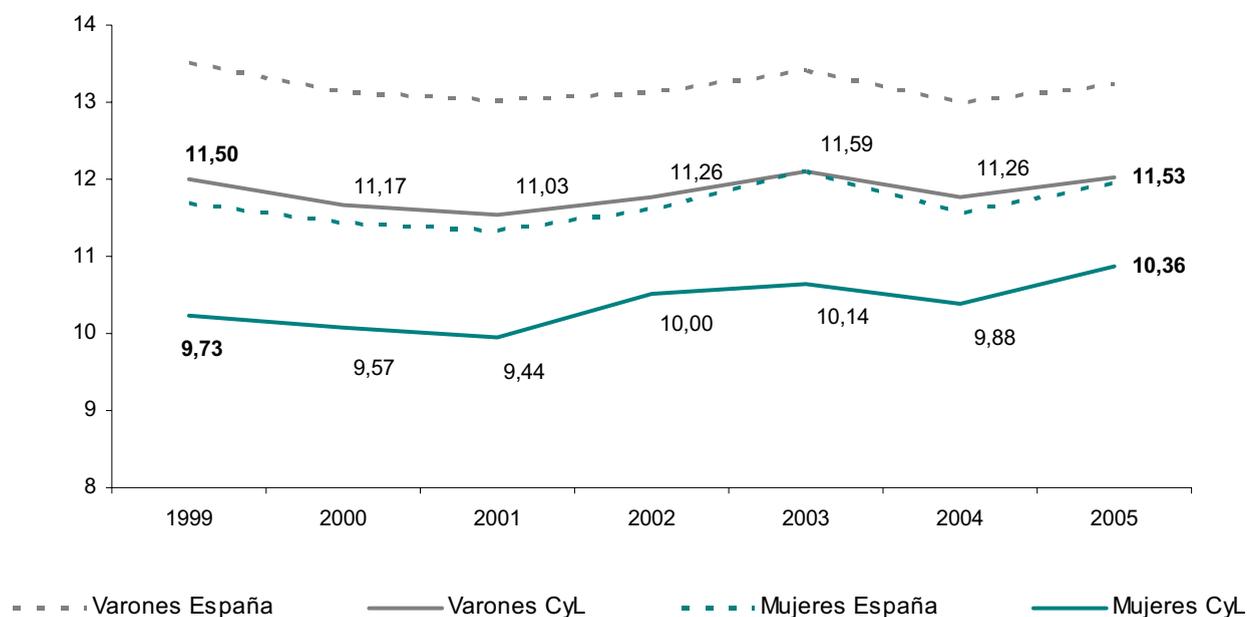
## Mortalidad general

Para comparar las tasas de mortalidad se han calculado las tasas estandarizadas por el método directo tomando como población de referencia la de Castilla y León. Las tasas de la Comunidad estarían un punto por debajo de las tasas de mortalidad del territorio nacional, tanto en el caso de las mujeres como en el de los varones.

Por provincias, las tasas de mortalidad estandarizadas más elevadas se localizan en Valladolid y Palencia. Soria sería la provincia con la tasa más baja y el resto de las provincias estarían prácticamente al mismo nivel.

Figura 21. Evolución de la tasa de mortalidad estandarizada/1000 hab en Castilla y León y España. Distribución por sexos. 1998-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



## Causas de mortalidad

Las causas específicas de muerte, más frecuentes en el año 2006 para el conjunto de ciudadanos de Castilla y León fueron las enfermedades cerebrovasculares, el infarto agudo de miocardio, otras enfermedades del corazón, la insuficiencia cardiaca y el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón.

En el caso de los varones las causas que produjeron en 2006 el mayor número de muertos fueron, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, el infarto agudo de miocardio y las enfermedades cerebrovasculares. En el caso de las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardiaca y otras enfermedades del corazón.

Tabla 14. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Ambos sexos.

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2006. CIE 10<sup>a</sup>

Causa específica de la muerte	Nº de muertes
Enfermedades cerebrovasculares	2.164
Infarto agudo de miocardio	1.513
Otras enfermedades del corazón	1.412
Insuficiencia cardíaca	1.374
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.164
Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.088
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	964
Otras enfermedades isquémicas del corazón	891
Tumor maligno del colon	802
Otras enfermedades del sistema digestivo	788
Diabetes mellitus	712
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	726
Enfermedad de Alzheimer	636
Tumor maligno del estómago	599
Neumonía	513

Figura 22. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Ambos sexos. (% sobre el total de fallecimientos).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

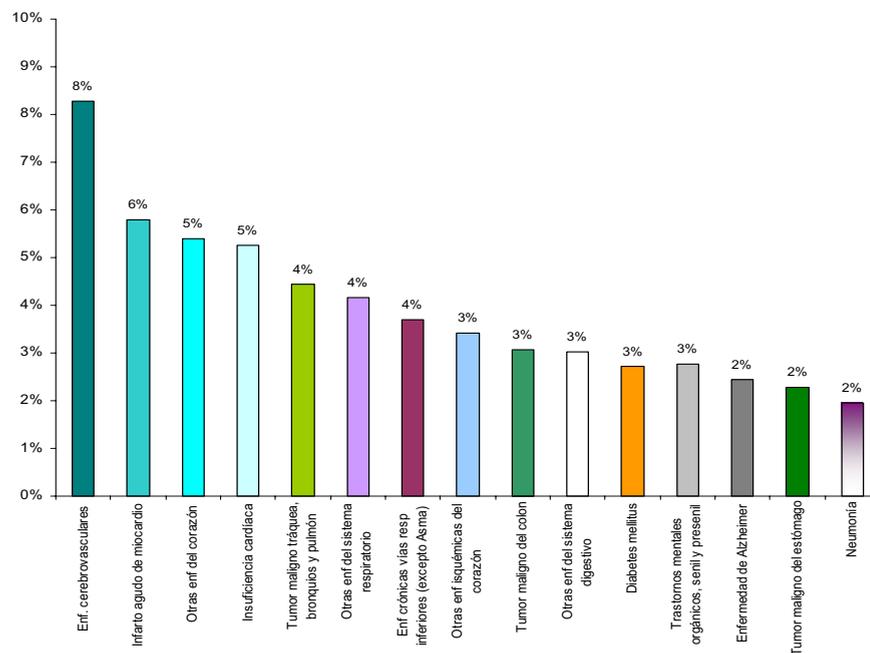


Tabla 15. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Varones.

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2006

Causa específica de la muerte	Nº de muertes
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	997
Infarto Agudo de Miocardio	923
Enfermedades cerebrovasculares	875
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	757
Otras enfermedades del corazón	627
Otras enfermedades del sistema respiratorio	519
Tumor maligno de la próstata	501
Otras enfermedades isquémicas del corazón	498
Insuficiencia cardíaca	480
Tumor maligno del colon	457
Otras enfermedades del sistema digestivo	361
Tumor maligno del estómago	355
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	314
Neumonía	281
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	229

Figura 23. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Ambos sexos. (% sobre el total de fallecimientos).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

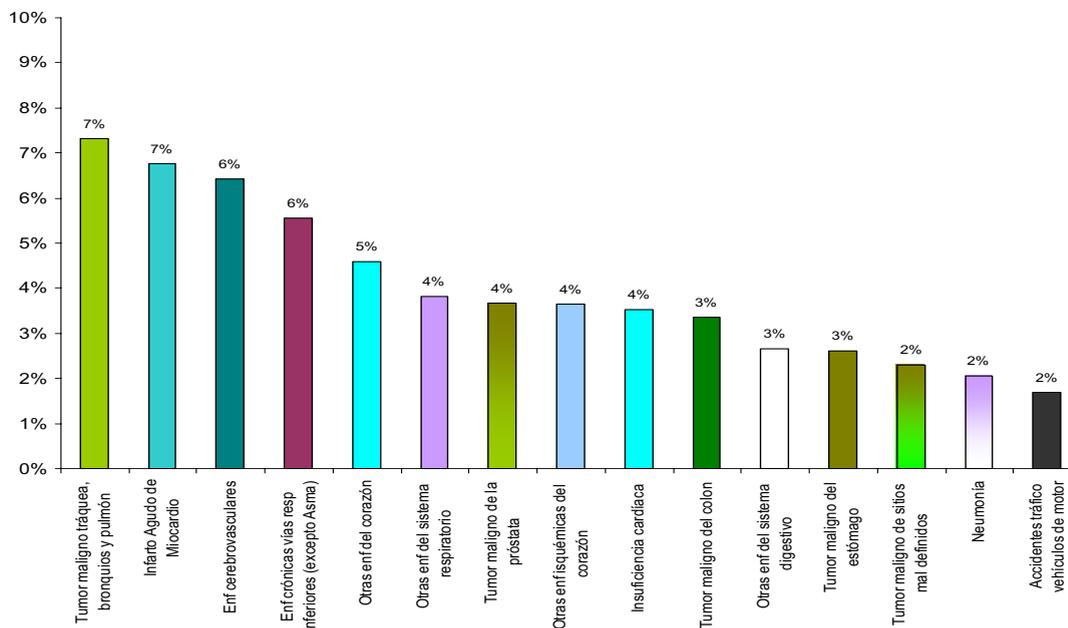


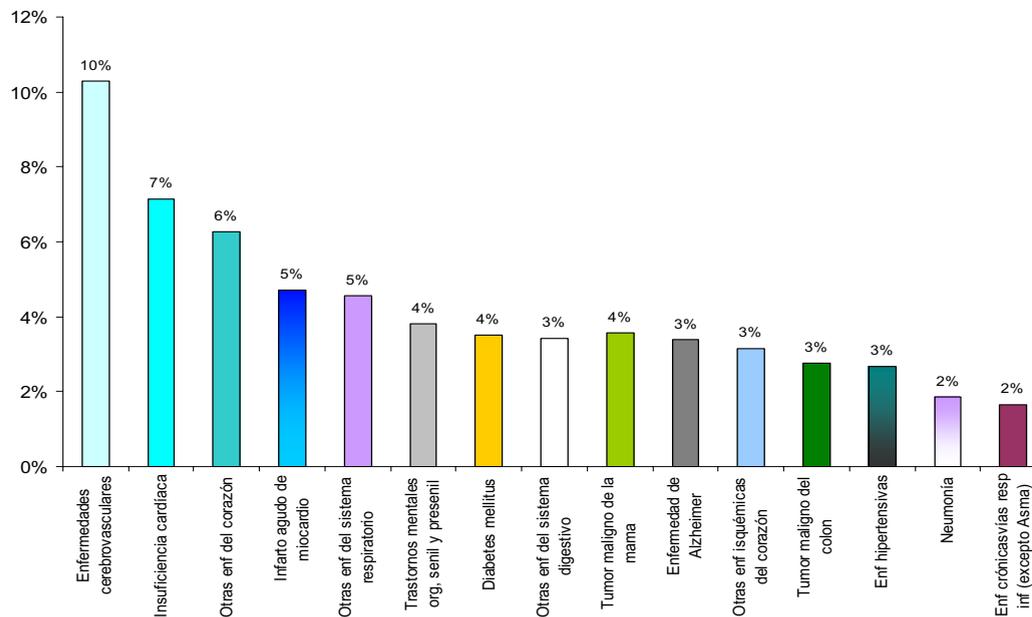
Tabla 16. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Mujeres.

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2006

Causa específica de la muerte	Nº de muertes
Enfermedades cerebrovasculares	1.289
Insuficiencia cardíaca	894
Otras enfermedades del corazón	785
Infarto agudo de miocardio	590
Otras enfermedades del sistema respiratorio	569
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	478
Diabetes mellitus	441
Otras enfermedades del sistema digestivo	427
Tumor maligno de la mama	446
Enfermedad de Alzheimer	423
Otras enfermedades isquémicas del corazón	393
Tumor maligno del colon	345
Enfermedades hipertensivas	333
Neumonía	232
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	207

Figura 24. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Mujeres. (% sobre el total de fallecimientos).

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



## Mortalidad prematura

En cuanto a la mortalidad prematura y según las cifras referidas al año 2005, los tumores, las causas externas y las enfermedades del aparato circulatorio son, por este orden y para ambos sexos, los principales grupos de causas de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) en Castilla y León y en España.

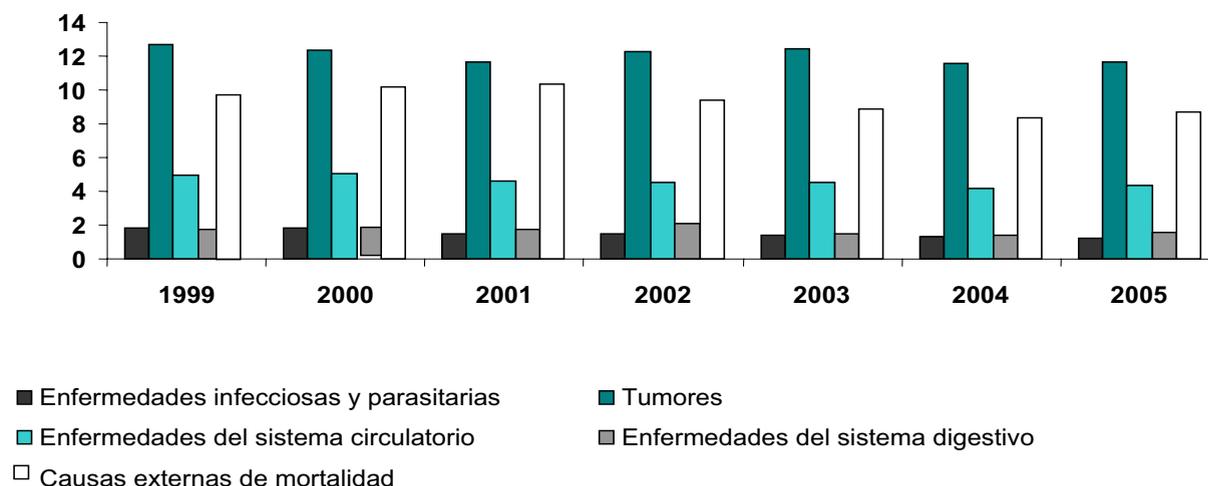
Estos tres principales motivos de APVP se repiten en nuestra Comunidad desde el año 1999, aunque en el año 2000 y 2001 la primera causa de APVP en los varones fueron las “causas externas”.

Tabla 17. Tasas estandarizadas de años Potenciales de Vida Perdidos por causa de muerte en Castilla y León y España, 2005.  
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

CAUSA DE LA MUERTE (capítulos de la 10ª revisión de la CIE)	Tasa Estandarizada de APVP					
	Castilla y León			España		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Tumores	14,9	8,21	11,67	13,99	8,67	11,34
Causas externas de mortalidad	13,9	3,27	8,68	12,62	2,9	7,81
Enfermedades del sistema circulatorio	6,45	2,12	4,35	7,48	2,56	5,04
Enfermedades del sistema digestivo	2,3	0,73	1,55	2,69	0,84	1,77
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,67	0,79	1,24	2,25	0,79	1,53
Todas las causas	45,57	18,84	32,57	46,18	19,23	32,82

Figura 25. Evolución de la tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por causa de muerte (CIE 10). Castilla y León, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



Si estudiamos las causas específicas de muerte que generan más APVP, observamos que las más frecuentes se repiten desde el año 1991: accidentes de tráfico de vehículos a motor, tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, suicidio y lesiones autoinfligidas e infarto agudo de miocardio. Estas cuatro causas, con ligeras variaciones según el año estudiado, son también las causas principales de muerte en el caso de los varones. En el caso de las mujeres, el tumor maligno de mama, los accidentes de tráfico de vehículos a motor, el suicidio y lesiones autoinfligidas y según el año estudiado, otras enfermedades del corazón, otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y las afecciones originadas en el periodo perinatal, son las que generan más mortalidad prematura.

La distribución por provincias de estas causas no es homogénea. Entre los quince primeros motivos de APVP aparecen, en algunas áreas, problemas diferentes al patrón dibujado para el conjunto de la Comunidad. Segovia es la provincia que presenta mayores diferencias. La insuficiencia cardiaca en Segovia es la sexta causa de APVP. También ocupan un lugar destacado la leucemia, el tumor maligno de páncreas, las enfermedades del riñón y del uréter y las caídas accidentales. Todas ellas patologías que no se encuentran entre las quince primeras causas de años potenciales de vida perdidos para el conjunto de la Comunidad.

Figura 26. Principales causas de años potenciales de vida perdidos. Castilla y León, 2003.  
Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: Servicio de Estadística a partir de datos de la DG de Estadística

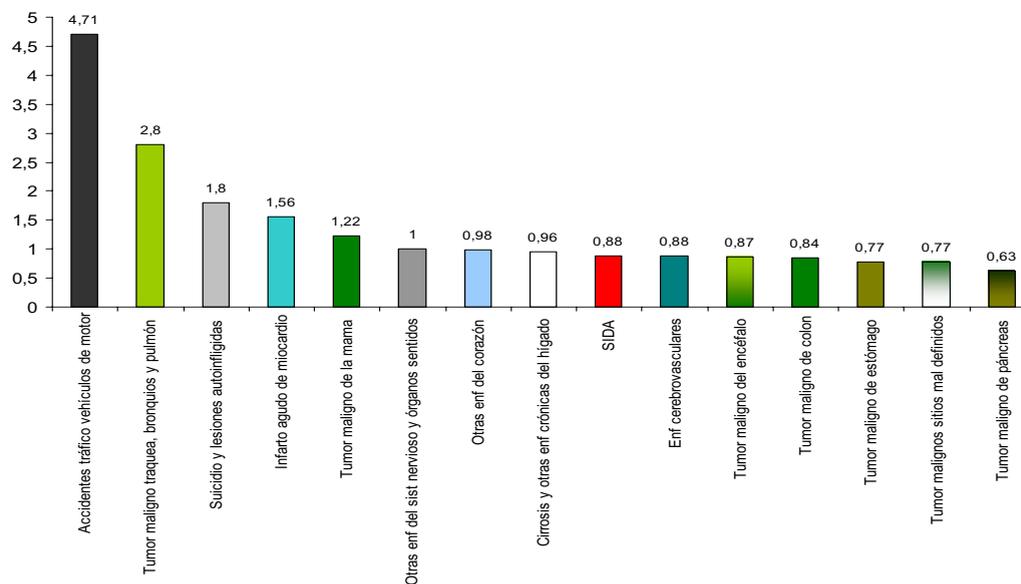


Figura 27. Principales causas de años potenciales de vida perdidos. Castilla y León, 2003.  
Distribución por sexos. Tasa por 1000 habitantes.

Fuente: Servicio de Estadística a partir de datos de la DG de Estadística

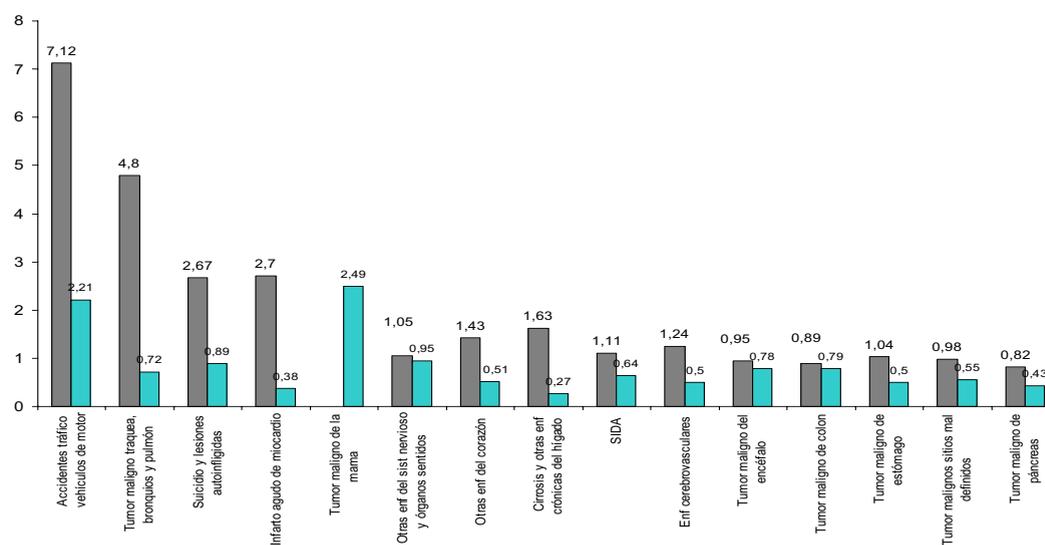


Tabla 18. Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos/1000 hab. Quince primeras causas específicas de muerte. Datos por provincia, 2003.

Fuente: Servicio de Estadística a partir de datos de la D. G. Estadística

	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora	Castilla y León
Todas las causas	34.70	34.52	36.24	37.47	35.95	32.62	31.44	31.35	39.15	34.69
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	4.11	4.59	5.63	4.68	4.64	4.58	2.44	4.18	5.92	4.71
Tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón	2.07	3.11	2.88	3.04	2.54	2.60	3.64	2.74	2.80	2.80
Suicidio y lesiones autoinfligidas	0.83	1.95	2.45	1.13	1.53	2.28	3.69	1.69	--	1.80
Infarto agudo de miocardio	1.90	1.39	1.07	2.02	1.93	2.25	2.62	1.24	1.79	1.56
Tumor maligno de la mama	1.12	1.93	1.09	1.28	1.69	0.76	0.61	0.78	1.19	1.22
Otras enferm del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1.25	0.81	--	1.34	0.97	1.37	1.62	1.06	1.41	1.00
Otras enfermedades del corazón	1.12	0.87	1.14	1.06	1.02	--	1.70	0.69	1.33	0.98
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.47	1.27	1.31	0.72	0.74	1.37	0.61	--	1.09	0.96
SIDA	1.28	0.64	--	1.57	1.32	--	--	1.03	1.59	0.88
Enfermedades cerebrovasculares	1.47	0.69	0.82	--	0.97	1.30	0.63	0.85	1.10	0.88
Tumor maligno del encéfalo	1.16	0.74	0.95	1.39	1.06	--	--	--	0.95	0.87
Tumor maligno del Colon	--	--	0.97	0.68	1.46	0.88	--	0.73	1.15	0.84
Tumor maligno de estómago	0.73	0.99	0.78	1.63	0.80	0.68	--	0.64	--	0.77
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	--	1.15	0.81	--	--	--	--	1.03	--	0.77
Tumor maligno de páncreas	--	--	--	--	--	1.26	0.78	0.67	1.13	0.63
Otros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	--

(1) Otras enfermedades del sistema digestivo, otros accidentes y neumonía (2) Resto de síntomas mal clasificados y tumor maligno de hígado y vías biliares intrahepáticas (3) Paro cardiaco, otras enf del sistema respiratorio y otras enf isquémica del corazón (4) Otros accidentes, otras enf endocrinas, nutricionales y metabólicas y tumor maligno de laringe (5) Otras enf isquémicas del corazón y agresiones/homicidio (6) Insuficiencia cardiaca, leucemia, enfermedades del riñón y de uréter, caídas accidentales (7) Otros tumores de comportamiento incierto, otras enf del sistema digestivo, otros accidentes, enfermedades de riñón y uréter, ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad (8) Otras enf isquémica del corazón y otros accidentes (9) Otras enf isquémicas del corazón, otras enf endocrinas, nutricionales y metabólicas y paro cardiaco

Tabla 19. Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos/1000 hab. Quince primeras causas específicas de muerte. Datos por provincia y sexo, 2003.

Fuente: Servicio de Estadística a partir de datos de la D. G. Estadística

	Ávila		Burgos		León		Palencia		Salamanca		Segovia		Soria		Valladolid		Zamora		Castilla y León	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Todas las causas	46.93	21.30	48.45	19.33	53.97	18.31	53.86	19.99	48.51	23.47	44.13	20.24	43.77	17.58	41.71	20.94	52.28	25.29	48.18	20.68
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	5.13	3.07	7.46	1.52	9.14	2.04	8.32	0.88	6.91	2.34	6.31	2.73	3.41	1.34	5.45	2.87	9.30	2.34	7.12	2.21
Tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón	3.29	0.72	4.93	1.09	5.09	0.66	5.43	0.47	4.59	0.51	4.88	0.15	5.54	1.45	4.60	0.90	5	0.44	4.80	0.72
Suicidio y lesiones autoinfligidas	1.44	0.16	3.16	0.68	3.51	1.37	1.33	0.93	2.77	0.31	4.37	--	3.13	4.30	2.17	1.18	--	--	2.67	0.89
Infarto agudo de miocardio	3.33	0.30	2.32	0.37	1.82	0.31	3.48	0.46	3.28	0.59	3.96	0.38	4.24	0.79	2.29	0.19	2.85	0.67	2.70	0.38
Tumor maligno de la mama	--	2.36	--	4.03	--	2.20	--	2.69	--	3.37	--	1.59	--	1.25	--	1.54	--	2.46	--	2.49
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1.57	0.88	1.17	0.42	--	--	1.64	1.04	0.98	0.96	0.23	2.58	3.11	--	1.26	0.88	0.74	2.12	1.05	0.95
Otras enfermedades del corazón	1.15	1.09	1.49	0.22	1.70	0.57	1.41	0.69	1.84	0.20	--	--	2.72	0.65	0.83	0.54	1.82	0.80	1.43	0.51
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2.19	0.65	2.04	0.41	2.34	0.27	1.39	--	1.33	0.16	2.10	0.57	1.16	--	--	--	1.41	0.76	1.63	0.27
SIDA	2.46	--	0.68	0.60	--	--	1.74	1.41	1.50	1.15	--	--	--	--	1.37	0.67	2.08	1.07	1.11	0.64
Enfermedades cerebrovasculares	2.20	0.68	0.98	0.37	1.06	0.57	--	--	1.71	0.24	1.57	1.02	1.18	--	1.01	0.69	1.46	0.71	1.24	0.50
Tumor maligno del encéfalo	0.66	1.66	0.94	0.54	1.26	0.63	1.96	0.77	1.36	0.77	--	--	--	--	--	--	1.40	0.49	0.95	0.78
Tumor maligno del Colon	--	--	--	--	0.94	1.01	0.84	0.51	1.21	1.71	1.65	0.04	--	--	0.79	0.67	1.09	1.21	0.89	0.79
Tumor maligno de estómago	1.40	--	1.24	0.70	1.09	0.46	2.36	0.80	0.53	1.06	1.00	0.33	--	--	1.07	0.22	--	--	1.04	0.50
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	--	--	1.18	1.11	1.09	0.53	--	--	--	--	--	--	--	--	1.38	0.70	--	--	0.98	0.55
Tumor maligno de páncreas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	2.37	0.06	0.91	0.63	0.59	0.74	2.08	0.11	0.82	0.43

## Mortalidad en procesos específicos

En los gráficos siguientes se muestra la evolución de las tasas de mortalidad/1.000 habitantes ajustadas por edad de las principales causas de mortalidad general y años potenciales de vida perdidos de Castilla y León.

### Enfermedades cerebrovasculares

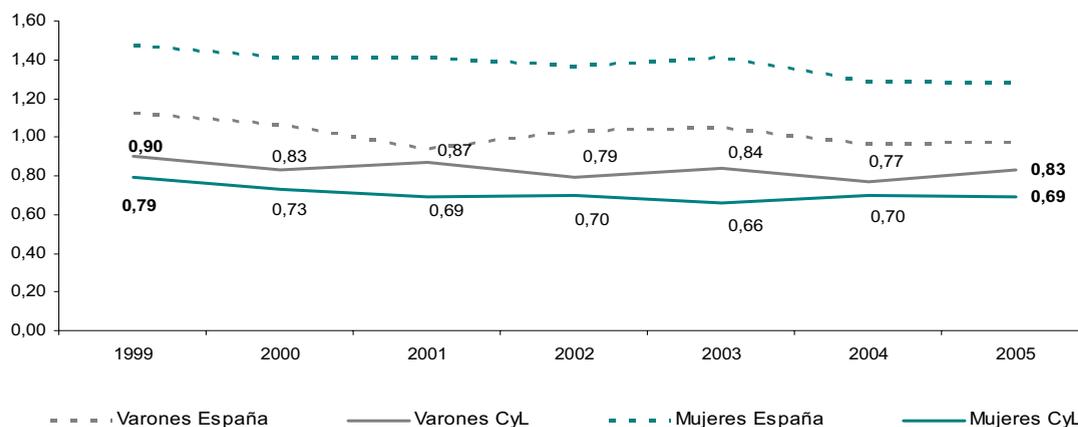
En nuestra Comunidad, las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares son muy similares

entre sexos, aunque ligeramente más elevadas en varones, a diferencia de lo que sucede en el resto del país donde hay mayores diferencias entre hombres y mujeres y los valores más altos se dan en mujeres.

Las tasas de mortalidad de Castilla y León han estado por debajo de la media nacional a lo largo de todo el periodo 1999-2005.

Figura 28. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por enfermedades cerebrovasculares en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



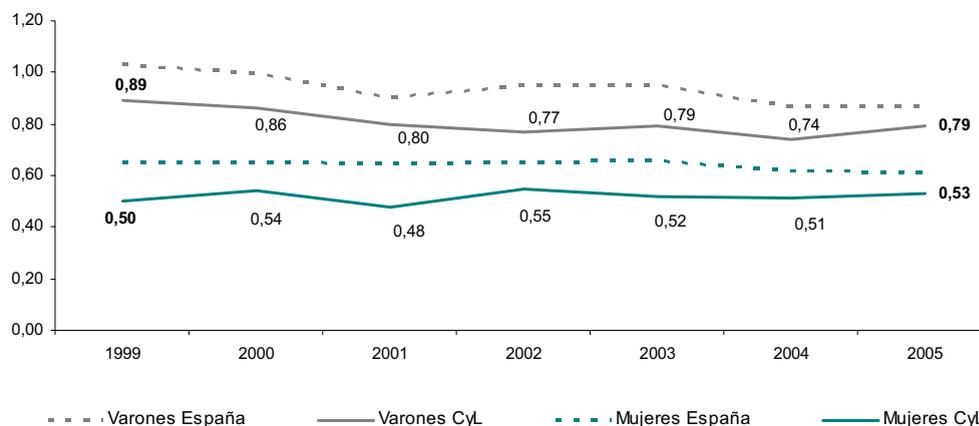
### Infarto agudo de miocardio

La evolución de las tasas ajustadas presentan una tendencia descendente en el caso de los varones (0,89 en 1999 y 0,79 en 2005). La mortalidad es mayor en el sexo masculino, aunque la distancia se

ha ido reduciendo a lo largo del periodo 1999-2005. Las cifras se mantienen por debajo de las alcanzadas para el total del Estado.

Figura 29. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por infarto agudo de miocardio en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

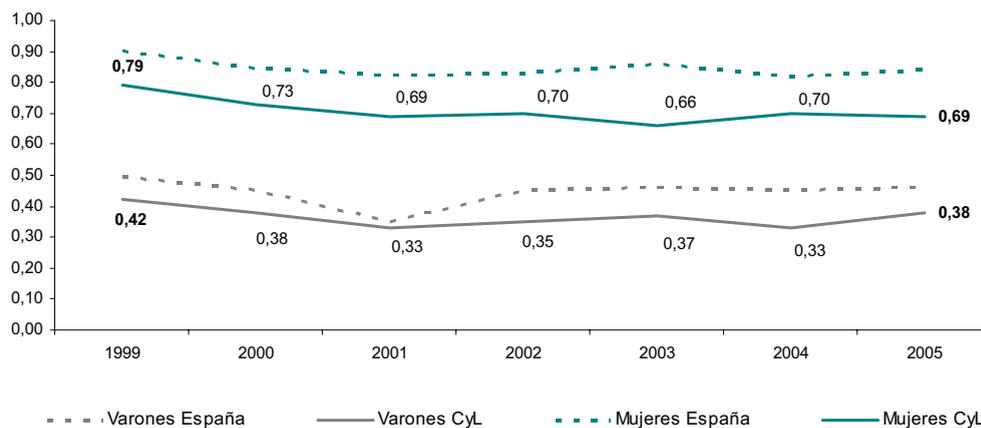


## Insuficiencia cardiaca

La mortalidad es mayor en mujeres, aunque a lo largo de estos años ha ido disminuyendo (0,79 en 1999 y 0,69 en 2005). Las cifras han estado por debajo de la media nacional a lo largo de todo el periodo estudiado.

Figura 30. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por insuficiencia cardiaca en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

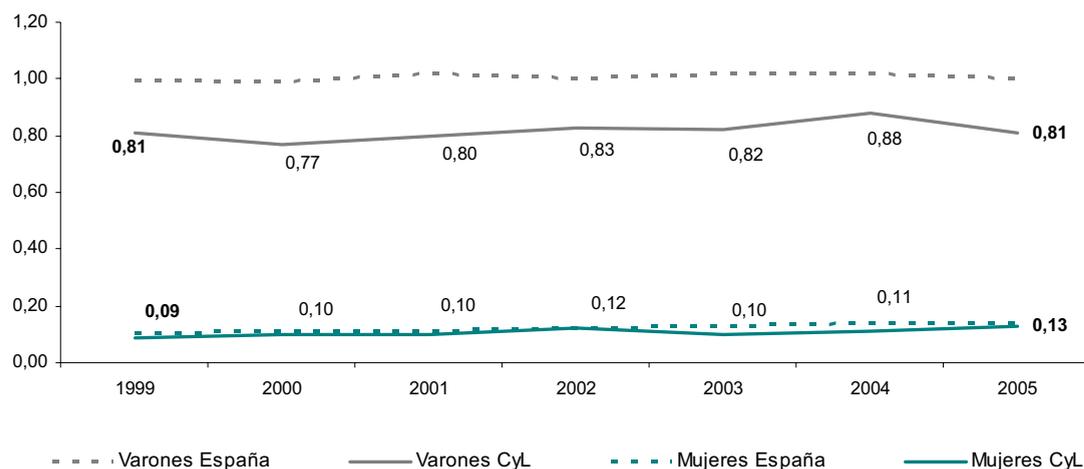


## Tumor maligno de pulmón

En el periodo analizado no se aprecian cambios importantes en las tasas de mortalidad estandarizadas asociadas el tumor maligno de pulmón. Las cifras en varones son seis veces superiores a las observadas en mujeres.

Figura 31. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por tumor maligno de pulmón en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

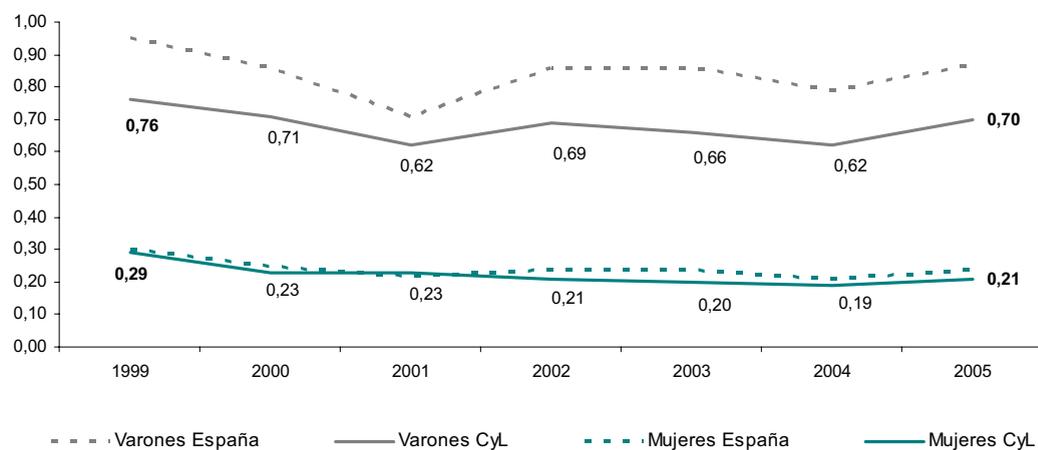


## Enfermedades de vías respiratorias

La tendencia durante el periodo 1999-2005 ha sido ligeramente descendente, con cifras más altas en varones que en mujeres y con tasas más bajas respecto a la media estatal en el caso de los varones.

Figura 32. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por enfermedades de vías respiratorias en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

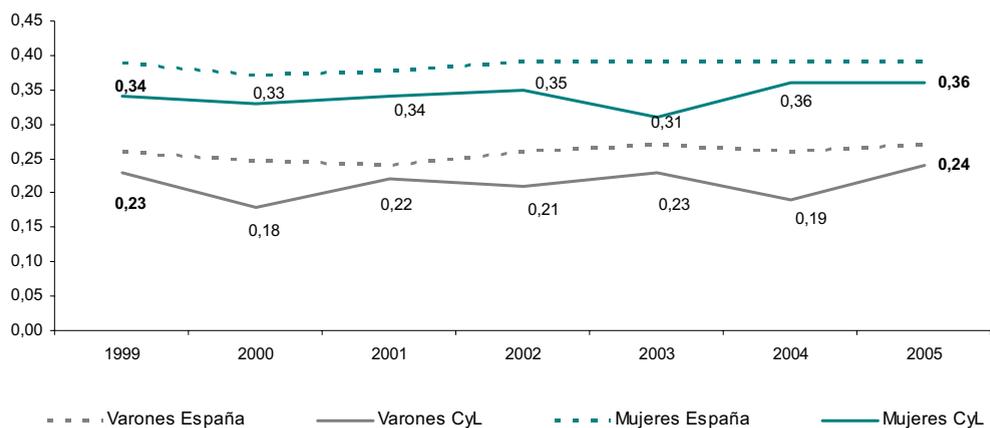


## Diabetes mellitus

Castilla y León presenta mayores tasas de mortalidad ajustada en mujeres, al igual que sucede en el resto del país, con cifras por debajo de la media nacional en todos los años estudiados.

Figura 33. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por diabetes mellitus en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

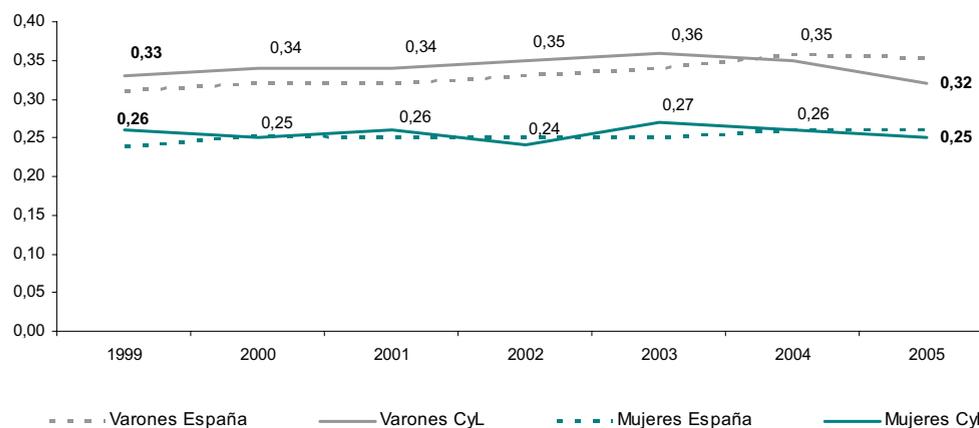


## Cáncer de colon

Las tasas de mortalidad estandarizada por cáncer de colon apenas han sufrido variaciones en el periodo 1999-2005, son mayores en varones y muy similares al resto del Estado.

Figura 34. Tasas de mortalidad estandarizadas por 1.000 habitantes por cáncer de colon en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



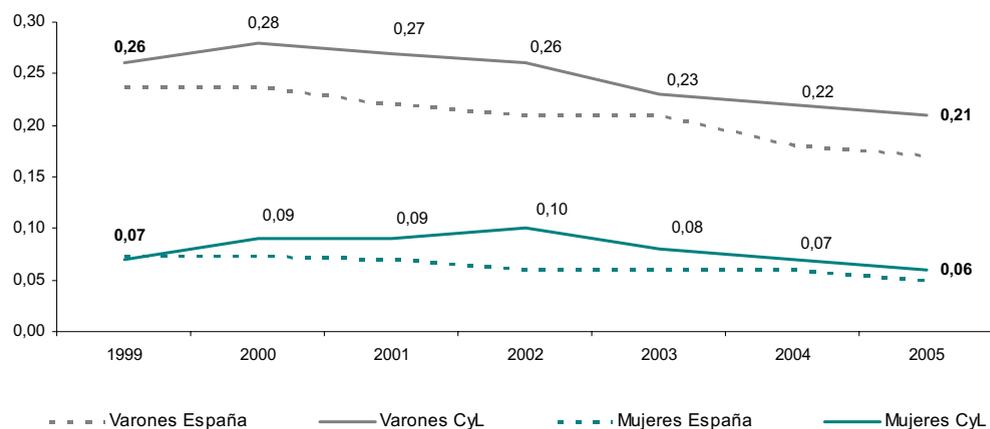
## Accidentes de tráfico

Se registran tasas tres veces más elevadas en hombres que en mujeres. Con una ligera tendencia descendente en varones durante el periodo 1999-2005.

La mortalidad a lo largo de todo el periodo ha sido mayor en Castilla y León que en el conjunto del Estado.

Figura 35. Tasas de mortalidad estandarizadas, por 1.000 habitantes, por accidentes de tráfico en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

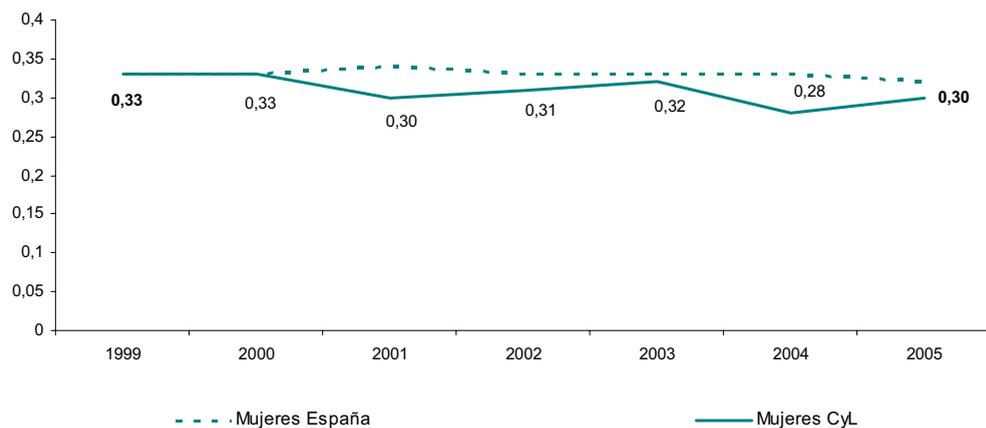


## Tumor maligno de mama

La mortalidad ajustada por cáncer de mama ha presentado algunas oscilaciones en el periodo 1999-2005, situándose en algunos casos ligeramente por debajo de la media estatal.

Figura 36. Tasas de mortalidad estandarizadas, por 1.000 habitantes, en tumor maligno de mama en Castilla y León y España, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE

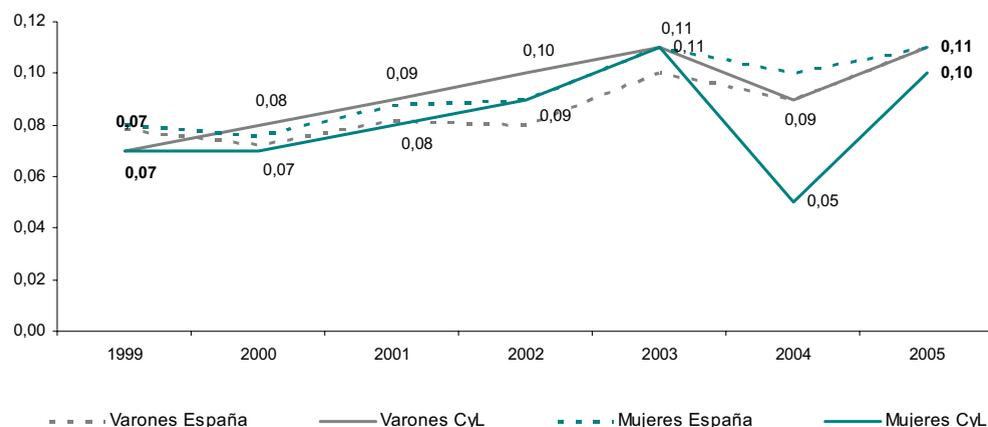


## Septicemia

Se comprueba una tendencia ligeramente ascendente en las tasas ajustadas de mortalidad por sepsis durante el periodo 1999-2005.

Figura 37. Tasas de mortalidad estandarizadas, por 1.000 habitantes, por septicemia en Castilla y León y España. Distribución por sexos, 1999-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de INE



## Morbilidad

### GRANDES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA

#### Principales causas de hospitalización en los hospitales de Castilla y León

Los cinco grandes grupos de enfermedad que causaron en Castilla y León un mayor número de estancias hospitalarias durante el 2006 fueron, las enfermedades del sistema circulatorio, los trastornos mentales, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades del aparato digestivo.

Si nos referimos al número de altas hospitalarias, las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, respiratorio, las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y los tumores, fueron los responsables del mayor número de altas hospitalarias en 2006.

Tabla 20. Estancias hospitalarias según grandes grupos de causas. Castilla y León, 2006.

Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2006.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
<b>TODAS LAS CAUSAS</b>	<b>2.252.541</b>	<b>1.158.109</b>	<b>1.094.432</b>
140-239 II NEOPLASIAS	274.834	156.331	118.503
290-319 V TRASTORNOS MENTALES	323.338	153.857	169.481
390-459 VII ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	352.538	199.133	153.405
460-519 VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	243.050	151.811	91.239
520-579 IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	227.237	127.265	99.972

Tabla 21. Altas hospitalarias según grandes grupos de causas. Castilla y León 2006.

Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2006.

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
<b>TODAS LAS CAUSAS</b>	<b>281.531</b>	<b>137.374</b>	<b>144.157</b>
390-459 VII ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	40.464	22.714	17.750
520-579 IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	37.720	22.636	15.084
460-519 VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	29.915	18.481	11.434
630-677 XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	-----	-----	26.844
140-239 II NEOPLASIAS	26.366	13.839	12.527

## Motivos de ingreso en los hospitales de la red SACYL.

Frente a los datos de la Encuesta de morbilidad hospitalaria, que incluye datos del CMBD de los hospitales públicos y datos del Libro de Registro del resto de hospitales, el estudio del CMBD de la red de SACYL sólo incluye la información sobre altas hospitalarias de los hospitales de la red propia.

Según esta fuente de información, los motivos de ingreso más frecuentes en varones son los relacionados con las enfermedades del aparato circulatorio, el aparato digestivo, el aparato respiratorio, las

neoplasias y las lesiones y envenenamientos. En mujeres, los asociados a la gestación representan casi el 20% del total y a gran distancia le siguen las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, neoplasias y las enfermedades del aparato genitourinario.

Figura 38. Principales causas de altas hospitalarias en varones. Hospitales Sacyl, 1998-2005.  
Fuente: Consejería de Sanidad. CMBD

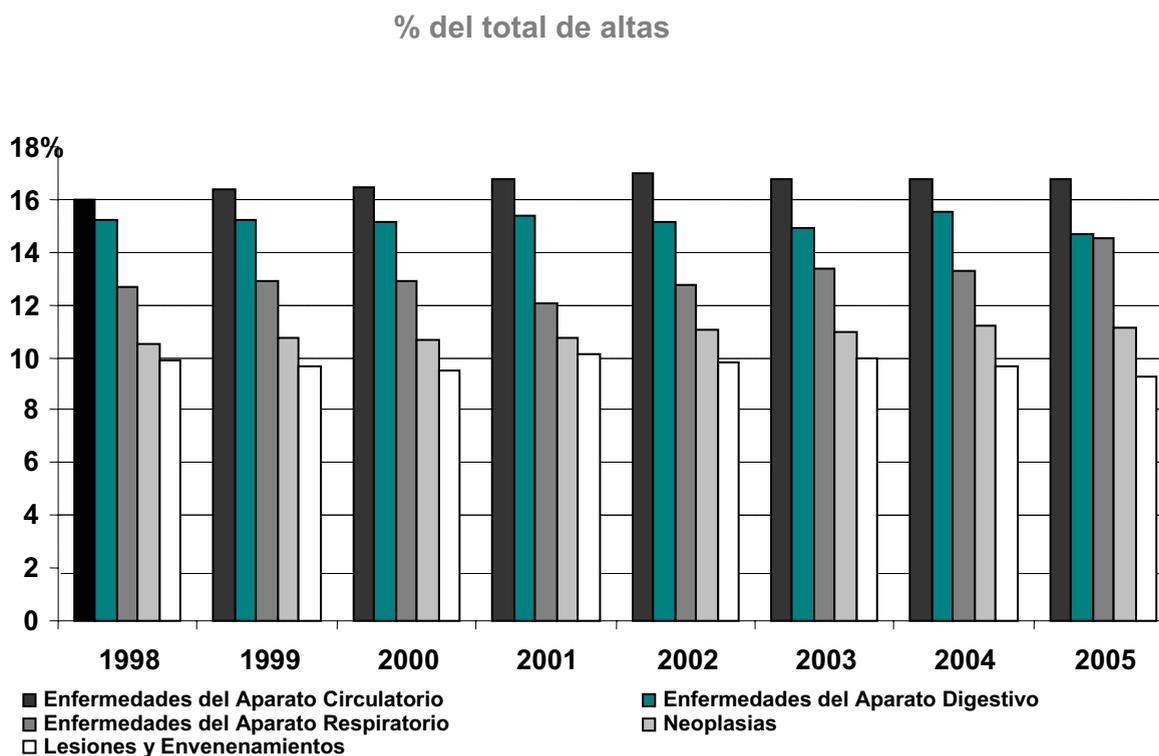
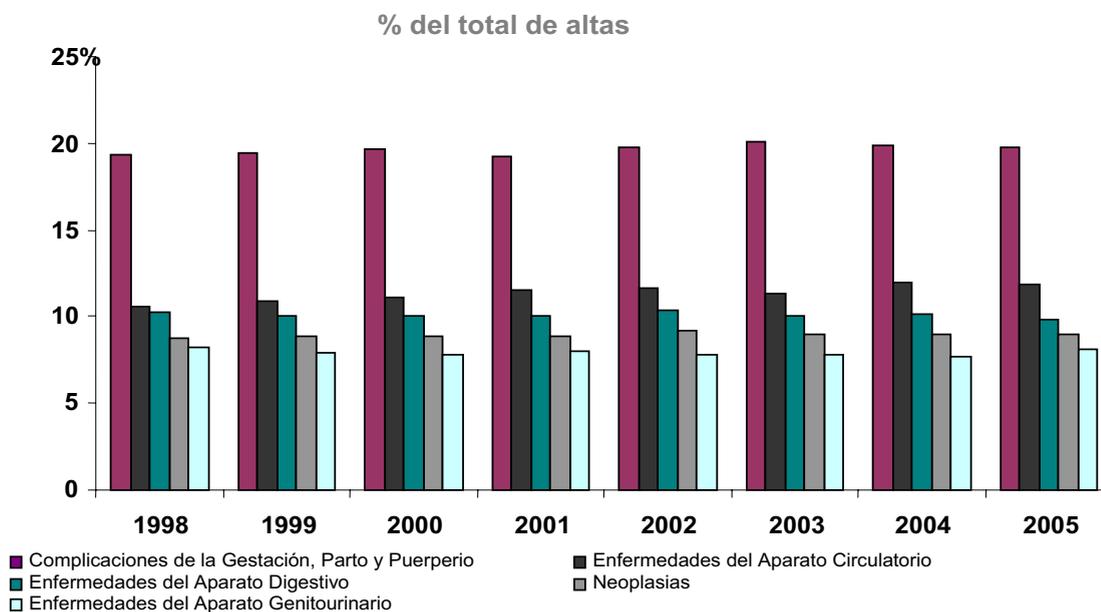


Figura 39. Principales causas de altas hospitalarias en mujeres. Hospitales Sacyl, 1998-2005.

Fuente: Consejería de Sanidad. CMBD



(Aunque el capítulo correspondiente de la CIE se denomina "Complicaciones de la gestación, parto y puerperio", bajo este epígrafe se incluyen también los partos normales)

Tabla 22. Número de Altas hospitalarias según grandes grupos de causas. Castilla y León 2007.

Fuente: Consejería de Sanidad. CMBD.

	ALTAS HOSPITALARIAS				
	Nº de altas 2007				
	Varones	Mujeres	Total	>65 años	>75 años
Enfermedades del Aparato respiratorio	18.764	11.402	30.166	17.248	11.907
Enfermedades del sistema circulatorio	21.234	16.220	37.454	27.506	18.260
Enfermedades del aparato digestivo	18.112	12.610	30.723	14.746	8.871
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	--	25.449	25.451	--	--
Neoplasias	14.014	11.770	25.784	13.808	7.415

## Motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria

Según datos del estudio realizado en abril de 2005 los cinco motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria son:

- Control de la hipertensión arterial.
- Atención de patología traumatológica o reumatológica.
- Infección respiratoria aguda (bronquitis, catarro, faringitis, otitis...).
- Síntomas inespecíficos como prurito, claudicación intermitente, edemas...
- Procesos dermatológicos.

## Principales causas de atención en emergencias

La mayoría de las actuaciones en emergencias, según los datos referentes al año 2007, corresponden a:

- Síntomas y signos mal definidos (13,5%)
- Traumatismos (13,0 %)
- Enfermedades del Sistema Nervioso (12,5 %)
- Enfermedades del Aparato Circulatorio (11,0%)
- Enfermedades del Aparato Respiratorio (10,5 %)

## Principales diagnósticos en los equipos de salud mental

La información recogida por el Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental referida a los pacientes nuevos atendidos por los equipos de salud mental de distrito y los equipos de salud mental infanto-juveniles, señala que las patologías más frecuentemente

diagnosticadas, tanto en el año 1998 como en el 2005, fueron los trastornos del humor (afectivos), las reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación y otros trastornos de ansiedad.

## MORBILIDAD (INCIDENCIA/PREVALENCIA) EN ÁMBITOS Y PROCESOS ESPECÍFICOS

En las tablas 23 y 24 se recogen datos de las altas y estancias hospitalarias generadas por diez de los procesos priorizados en el Plan.

Tabla 23. Altas hospitalarias en procesos específicos. Hospitales del Sacyl, 1998 y 2005.

FUENTE: Consejería de Sanidad. CMBD

	ALTAS HOSPITALARIAS EN LOS HOSPITALES DE SACYL							
	Nº de altas				Tasa /1000 hab.			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	1998	2005	1998	2005	1998	2005	1998	2005
Infarto Agudo de Miocardio	2053	759	2702	1186	1,68	0,6	2,18	0,93
Diabetes Mellitus	895	1032	1176	1088	0,73	0,82	0,93	0,86
Tumor de pulmón	1683	255	1834	250	1,37	0,2	1,48	0,2
Enfermedades cerebrov.(ictus)	3514	3052	4039	3378	2,87	2,42	3,28	2,68
Cáncer de colon	675	584	998	672	0,55	0,46	0,81	0,53
Cáncer de mama	2	1492	10	1553	0,001	1,19	0,01	1,22
Depresión	226	565	288	538	0,18	0,45	0,23	0,43
Insuficiencia cardiaca	2251	2470	3189	3446	1,84	1,96	2,57	2,7
Accidentes de tráfico	1239	779	1222	944	1,01	0,62	0,99	0,74
EPOC	5837	1770	4845	844	4,76	1,41	3,91	0,66

Tabla 24. Estancias hospitalarias en procesos específicos. Hospitales del Sacyl, 1998 y 2005.

FUENTE: Consejería de Sanidad. CMBD

	Nº de estancias				Estancia media			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	1998	1998	2005	2005	1998	1998	2005	2005
	1998	1998	2005	2005	1998	1998	2005	2005
Infarto Agudo de Miocardio	21395	8001	20780	10240	10,4	10,5	7,7	8,6
Diabetes Mellitus	10879	11979	11957	9939	12,2	11,6	10,2	9,1
Tumor de pulmón	22692	2891	18600	3138	13,5	11,3	10,1	12,6
Enfermedades cerebrov.(ictus)	54857	44670	46051	40274	15,6	14,6	11,4	11,9
Cáncer de colon	13245	10962	17136	11058	19,6	18,8	17,2	16,5
Cáncer de mama	11	15002	82	10816	5,5	10,1	8,2	7,0
Depresión	4638	12512	6359	11382	20,5	22,1	22,1	21,2
Insuficiencia cardiaca	27442	32899	33987	38754	12,2	13,3	10,7	11,2
Accidentes de tráfico	5937	4250	5570	5038	4,8	5,5	4,6	5,3
EPOC	66706	18814	52725	9603	11,4	10,6	10,9	11,4

Según información procedentes del CMBD, la tasa de incidencia de cardiopatía isquémica en la Comunidad se ha situado, durante 2005, por encima de la registrada a nivel nacional (1,55/1.000 habitantes vs 1,31/1.000 habitantes).

Según la información recogida en el Estudio de Riesgo Cardiovascular de 2004, el 8,83% (IC95%: 7,70%-9,96%) de la población de Castilla y León podría considerarse diabética, lo que supone que cerca de 190.000 personas mayores de 15 años padecerían esta enfermedad.

**Tabla 25. Estimación del número de diabéticos por sexos en Castilla y León, 2004.**

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad e INE

	%	IC 95% inf	IC 95% sup
Hombres	10,09	8,39	11,78
Mujeres	7,65	6,45	8,85
Ambos sexos	8,83	7,70	9,96

A partir de los datos obtenidos en la Encuesta Regional de Salud realizada en Castilla y León en el año 2003, se estima sin embargo que sólo un 4,22% de las personas se englobarían en el epígrafe "Diabetes Mellitus diagnosticada por el médico" (porcentaje inferior a lo registrado para el resto del territorio nacional que se sitúa en el 5,02%).

Tanto en la Comunidad autónoma como a nivel nacional, el porcentaje de diabéticos diagnosticados sería mayor en las mujeres (4,88% en mujeres y 3,53% en varones).

En Castilla y León se estima una incidencia de ictus de 211 casos por 100.000 habitantes durante 2005.

Tabla 26. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Diabetes Mellitus). Distribución por grupos de edad. Castilla y León, 2003.

Fuente: Encuesta Regional de Salud. Castilla y León 2003

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n	% si	n	% si	N	% si
De 0 a 4 años	28.124	--	30.382	--	58.506	--
De 5 a 15 años	132.131	0,62	121.337	--	253.469	0,32
De 16 a 24 Años	136.757	--	129.200	--	265.957	--
De 25 a 34 años	189.033	0,39	178.970	0,52	368.003	0,45
De 35 a 44 años	189.606	0,93	182.952	1,19	372.558	1,06
De 45 a 54 años	164.096	2,42	152.630	1,86	316.726	2,15
De 55 a 64 años	130.452	8,47	131.000	7,02	261.452	7,75
De 65 a 74 años	132.410	11,59	158.525	12,24	290.935	11,94
De 75 y más años	101.254	8,75	143.649	17,74	244.903	14,02
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.203.863</b>	<b>3,53</b>	<b>1.228.645</b>	<b>4,88</b>	<b>2.432.509</b>	<b>4,22</b>

Según la información aportada por la explotación del registro de tumores de mama y de cervix de Castilla y León, la tasa de incidencia de cáncer de mama en la Comunidad fue de 73,21/1.000 mujeres

Castilla y León presenta una tendencia estable situándose en promedios de 5.650 casos al año. Estimándose una prevalencia global de 82.500 afectados, siendo 70.000 mayores de 60 años.

Los accidentes de tráfico con víctimas han disminuido en nuestra Comunidad desde el año 1998, a la vez que ha disminuido el número de muertos en las carreteras de Castilla y León. A pesar de este dato favorable, los accidentes de tráfico siguen siendo una de las principales causas de mortalidad prematura, como ya se ha visto anteriormente.

Tabla 27. Número de accidentes de tráfico con víctimas en Castilla y León, 1998 y 2006.

Fuente: Anuario Estadístico DGT. Año 2006 y 1998

		TOTAL ACCIDENTES				
		Accidentes con víctimas		Víctimas		
		Total	Mortales	Total	Muertos	Heridos
Castilla y León 1998	Total	6.999	408	11.483	549	10.934
	Carretera	4121	349	7.451	463	6.988
	Zona Urbana	2878	59	4.032	86	3.946
Castilla y León 2006	Total	5775	297	9.455	419	9.036
	Carretera	4.028	253	7.020	348	6.672
	Zona Urbana	1.747	44	2.435	71	2.364

Según información procedente del CMBD, la tasa de incidencia de EPOC en la Comunidad se ha situado, durante 2005, ligeramente por encima de la registrada a nivel nacional (2,27/1.000 habitantes vs 2,20/1.000 habitantes).

### Enfermedades de declaración obligatoria durante el periodo 1998-2006

Dentro del epígrafe de enfermedades de declaración obligatoria englobamos seis grandes grupos de enfermedades:

1. Enfermedades de transmisión respiratoria: infección respiratoria aguda, gripe, neumonía, legionelosis, tuberculosis respiratoria, varicela, enfermedad meningocócica, escarlatina.

La incidencia de neumonía e infección respiratoria aguda se mantienen estables a lo largo de los últimos años mientras que las patologías sometidas a medidas de prevención y control presentan un marcado descenso en su incidencia.

Gracias a la vacunación, la incidencia de la enfermedad meningocócica se encuentra en los valores más bajos de los últimos años especialmente la producida por el meningococo C.

2. Enfermedades Prevenibles por vacunación: sarampión, rubeola, tosferina, parotiditis, tétanos, difteria y poliomielitis. Debido a las elevadas coberturas de vacunación alcanzadas, se observa una tendencia claramente descendente en la incidencia de

estas enfermedades, presentando en los últimos años las tasas más bajas de su historia. Con excepción de la parotiditis todas se encuentran en tasas inferiores al 1 por 100.000 habitantes. En la actualidad el sarampión está en fase de eliminación. Desde 1981 no se ha declarado ningún caso de difteria en Castilla y León. En cuanto a la poliomielitis, el último caso (sin confirmar) se produjo en 1986.

**3. Zoonosis:** brucelosis, hidatidosis, fiebre exantemática mediterránea, fiebre recurrente por garrapatas, leishmaniasis, carbunco y tularemia.

De forma general la incidencia de estas enfermedades es baja y su tendencia es descendente. En el caso de la brucelosis, además, hay que señalar que se ha reducido la diferencia con las tasas nacionales. En el último año se ha observado un ligero incremento en la fiebre exantemática mediterránea pero manteniendo baja su incidencia.

Durante el año 2004 se produjo un pico en la incidencia de tularemia debido a un brote notificado en la provincia de Zamora que afectó a 14 personas.

**4. Hepatitis víricas:** hepatitis A, hepatitis B, hepatitis sin especificar.

La incidencia de la hepatitis B está en claro descenso gracias a las estrategias de vacunación. La mayoría de los casos se producen en la población entre los 30 y los 40 años. La incidencia de hepatitis A en los últimos años se ha visto ligeramente incrementada debido a la aparición de diversos brotes.

**5. Infecciones de transmisión sexual:** Infección gonocócica, sífilis, otras enfermedades de transmisión sexual.

La incidencia de estas enfermedades en Castilla y León es inferior a la que se refleja a nivel nacional. La enfermedad gonocócica presenta una tendencia descendente. En cuanto a la sífilis, en 1998 se detectó un ligero incremento que también se observó a nivel nacional. En los últimos años en Castilla y León las tasas se mantienen estables.

**6. Enfermedades de transmisión alimentaria:** botulismo, toxiinfecciones alimentarias, disentería bacilar, fiebre tifoidea y paratifoidea, triquinosis, diarreas agudas inespecíficas.

En general desde 1998 la incidencia de estas enfermedades ha disminuido (botulismo, fiebre tifoidea y paratifoidea), o se ha estabilizado como es el caso de las toxiinfecciones alimentarias. La triquinosis presenta una incidencia muy baja, aunque en 2003 se produjo un brote en Burgos que afectó a 33 personas. Las diarreas agudas inespecíficas han sufrido un incremento en los últimos años, que dada la inespecificidad de esta rúbrica es difícil de valorar.

**Otras enfermedades notificadas por sistemas especiales** (Lepra, rubeola congénita, sífilis congénita, tétanos neonatal).

En Castilla y León el último caso de rubéola congénita se notificó en 1993. En los últimos 15 años no se ha producido ningún caso de tétanos neonatal. Desde 1997 no se había notificado ningún caso de lepra en la Comunidad sin embargo en los últimos 3 años se han recibido 3 notificaciones, una por año, todas ellas correspondientes a casos importados.

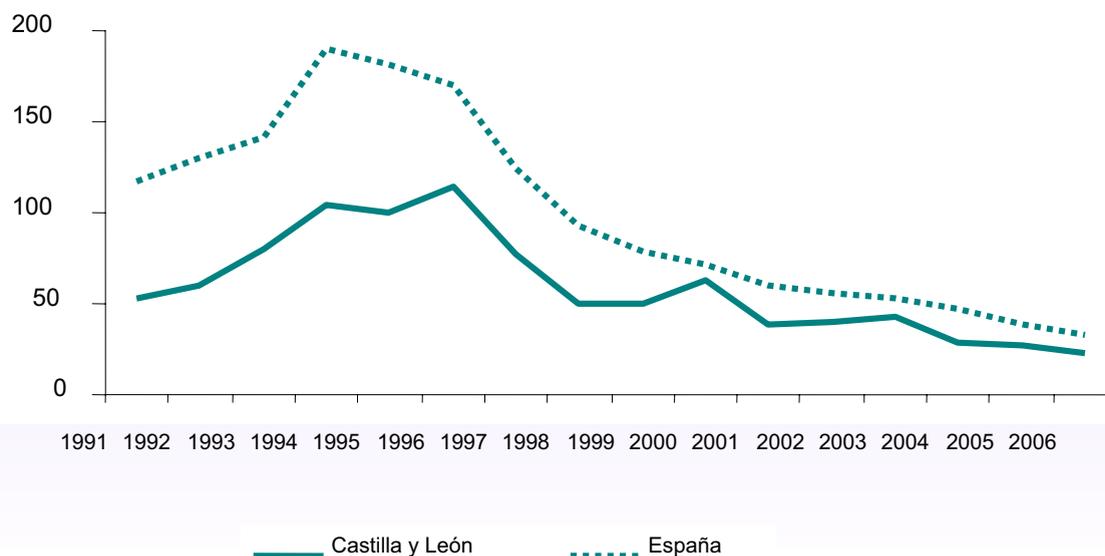
## SIDA

En la Comunidad el número de casos de SIDA acumulados desde el comienzo de la epidemia es de 2.622.

La tasa de incidencia acumulada es de 1.044,27 casos por millón de habitantes (1.655,30 por millón de habitantes en España) con tasas de incidencia anual de 41,5 por millón de habitantes en 2003, de 28,8 en 2004 y 21,1 en 2005, siempre por debajo de la tasa nacional.

Figura 40. Evolución de la tasa de incidencia anual de SIDA por millón de habitantes en Castilla y León y España, 1991-2006.

Fuente: Consejería de Sanidad



Los varones continúan siendo los más afectados (78 % de los casos). En el año 1991 el grupo más frecuente era el de 20 a 29 años, seguido de 30 a 39 años. En los casos diagnosticados en el año 2005 el mayor porcentaje de casos correspondió al grupo de edad de 40 a 49 años seguido del de 30 a 39 años.

En cuanto a los factores de riesgo, el porcentaje de casos de transmisión sexual, tanto heterosexual como homosexual se está incrementando en los últimos años. Desde 1996, el peso de los casos de SIDA diagnosticados en usuarios de drogas por vía intravenosa tiende a descender debido al esfuerzo desarrollado por las administraciones en la implantación de programas de disminución de riesgo.

## Infección asociada a la asistencia sanitaria

En la última década se ha experimentado un incremento del riesgo de desarrollar infecciones hospitalarias, motivado por el envejecimiento de la población, las enfermedades de base que padecen los pacientes antes de llegar al hospital y la realización de un mayor número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores (Estudio de Prevalencia de la Infección Nosocomial en España).

Los principales indicadores de la Comunidad reflejan que la prevalencia de infección asociada a la asistencia sanitaria se ha situado, como en el resto del España, entre un 7-8% en los últimos 5 años.

Tabla 28. Principales indicadores de infección nosocomial. EPINE Castilla y León y España, 2002-2006.

Fuente: Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en España. EPINE 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
<b>ESPAÑA</b>					
Total Pacientes (en miles)	54,8	54,8	54,8	57,4	57,9
Prevalencia infección	7,77%	7,64%	7,63%	8,10%	7,90%
Prevalencia infectados	6,68%	6,54%	6,50%	6,88%	6,78%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>					
Total Pacientes	4.354	4.422	4.438	3.860	4.587
Prevalencia infección	8,06%	7,10%	8,00%	8,11%	7,17%
Prevalencia infectados	6,80%	6,22%	6,65%	6,89%	6,28%
Nº Hospitales	17	16	15	13	15
Localización urinaria	20,57%	18,32%	21,40%	24,60%	23,17%
Localización quirúrgica	28,28%	24,75%	21,12%	21,79%	17,07%
Localización respiratorias	22,00%	24,11%	23,04%	22,11%	22,87%
Bacteriemias	11,71%	13,82%	12,67%	10,57%	12,80%

En este momento las infecciones urinarias y las respiratorias serían las más frecuentes según el estudio EPINE y la infección del lugar quirúrgico que en 2002 fue la responsable del 28% de las infecciones hospitalarias supondría, en el 2006, el 17% del total de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en el ámbito hospitalario.

### Malos tratos

Las denuncias por malos tratos producidos por la pareja o ex-pareja han ido incrementándose a lo largo de estos últimos años tanto en nuestra Comunidad como en el resto del territorio nacional.

Tabla 29. Denuncias por malos tratos (delitos + faltas) producidos por la pareja o expareja. Castilla y León y España, 2002-2007.

Fuente: Instituto de la Mujer del MTAS. "Mujer en cifras"

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
SEXO							
CASTILLA Y LEÓN	Mujer	2.045	2.167	2.367	1.886	3.516	3.759
	Varón	452	452	431	389	388	352
	Total	2.497	2.619	2.798	2.275	3.904	4.111
ESPAÑA	Mujer	43.313	50.088	57.527	45.778	66.878	68.055
	Varón	8.216	8.861	9.518	8.420	11.205	11.306
	Total	51.529	58.949	67.045	54.198	78.083	79.361

## Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

Hasta el año 2005, el número de IVE registradas en nuestra Comunidad había mantenido cierta estabilidad a expensas de un incremento paulatino del número de interrupciones en el grupo de mujeres de 15-29 años y de un descenso en el de mayores de 30 años.

En el 2006 se produjo un aumento en el número total de IVE, resultado del importante crecimiento del número de casos en el grupo de edad de 20-24 años (18%).

Tabla 30. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en Castilla y León por grupos de edad, 1997-2006.

Fuente: Dirección General de Salud Pública e I+D+I. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

	<15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 y más	Total
1997	2	315	695	582	501	421	197	17	2.730
1998	3	324	743	622	507	411	200	15	2.825
1999	1	347	814	660	498	467	176	11	2.974
2000	3	329	818	603	492	416	162	18	2.841
2001	2	375	833	625	475	402	177	12	2.901
2002	3	377	810	653	503	391	162	15	2.914
2003	5	395	923	629	511	353	162	15	2.993
2004	7	413	828	658	465	360	158	15	2.904
2005	6	410	800	676	478	366	156	16	2.908
2006	18	422	942	706	500	376	158	17	3.139

El cálculo de las tasas ajustadas de IVE para las distintas provincias de la Comunidad en este periodo, muestra que León y Valladolid han superado sistemáticamente las tasas registradas para el con-

junto de Castilla y León a lo largo de estos años y que Soria ha experimentado un incremento progresivo. El resto de provincias se han mantenido, habitualmente, por debajo de la tasa de la Comunidad.

Tabla 31. Tasas estandarizadas de IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años por provincias. Castilla y León, 1997-2006.

Fuente: Dirección General de Salud Pública e I+D+I. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ávila	2,66	3,35	4,55	3,36	3,49	3,81	3,56	4,04	3,39	3,60
Burgos	4,46	4,94	5,36	4,92	5,12	4,85	4,70	5,13	5,42	6,09
León	6,00	6,52	6,74	6,65	6,53	6,76	7,10	7,03	7,04	8,17
Palencia	4,89	5,53	4,83	5,48	4,93	5,08	4,80	5,42	5,34	7,07
Salamanca	3,95	3,82	4,96	4,04	4,79	4,59	4,95	3,94	3,08	2,95
Segovia	4,07	4,40	4,15	3,94	4,98	5,21	5,18	4,95	6,16	6,30
Soria	4,30	4,83	4,90	4,99	6,26	6,75	8,68	8,82	9,06	9,29
Valladolid	7,00	6,91	6,86	7,00	6,75	6,93	7,00	6,98	6,97	6,94
Zamora	4,66	3,91	4,76	4,23	4,56	4,04	4,71	3,69	3,64	3,80
Castilla y León	5,17	5,37	5,69	5,45	5,59	5,64	5,83	5,71	5,66	6,11

## Salud en el entorno laboral

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales son uno de los problemas de salud más importantes en las sociedades desarrolladas, constituyendo la prevención de los riesgos que los generan, un factor clave en el desarrollo económico, social y tecnológico de las empresas.

Desde 1998, en Castilla y León ha ido aumentando el número absoluto de accidentes de trabajo que se registra cada año. Sin embargo si estudiamos la evolución de los accidentes graves y mortales se comprueba, en ambos casos, que la tendencia ha sido descendente.

Cuando se relaciona el número absoluto de accidentes con las variaciones de población laboral, de los últimos años, se observa que la incidencia de accidentes de trabajo por cada 1.000 trabajadores ha descendido desde el año 2002, pasando de una cifra de 64,28 en este año a 56,5 en el año 2006. También se detecta un descenso en la incidencia de accidentes graves y mortales por cada 1.000 trabajadores.

Figura 41. Número de accidentes de trabajo en Castilla y León, 1998-2006.

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León.

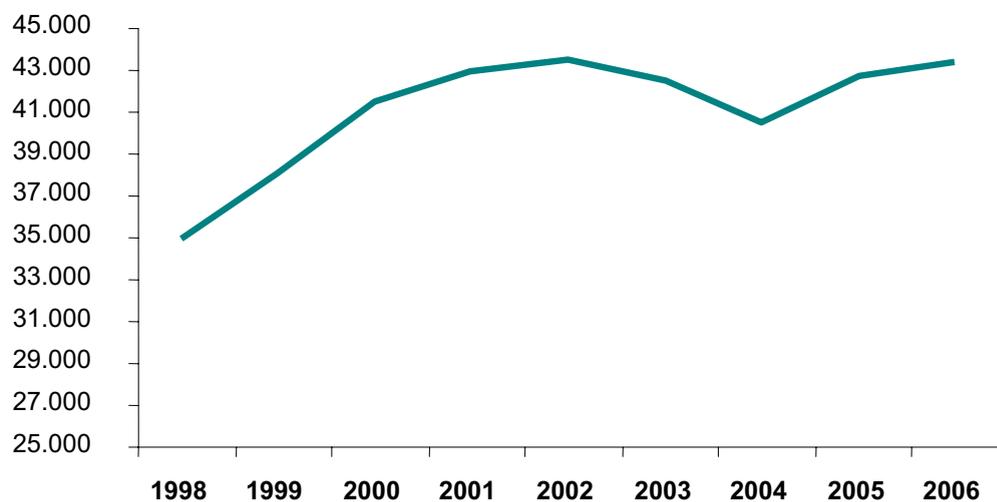


Figura 42. Número de accidentes de trabajo graves en Castilla y León, 1998-2006.

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León.

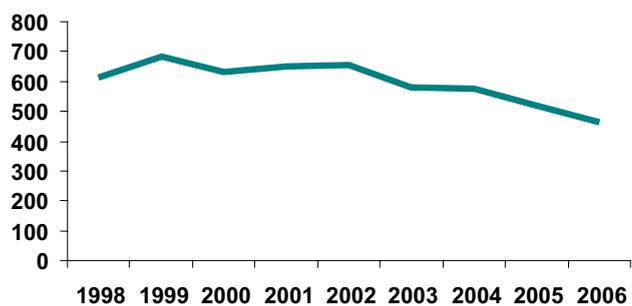
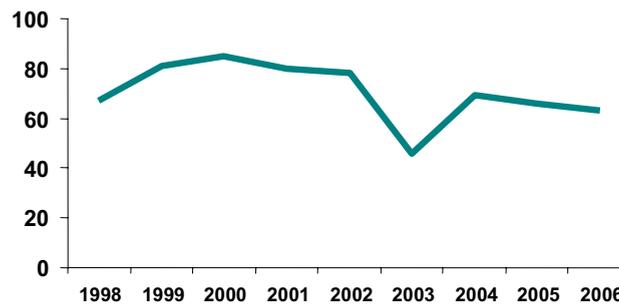


Figura 43. Número de accidentes de trabajo mortales en Castilla y León, 1998-2006.

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León.

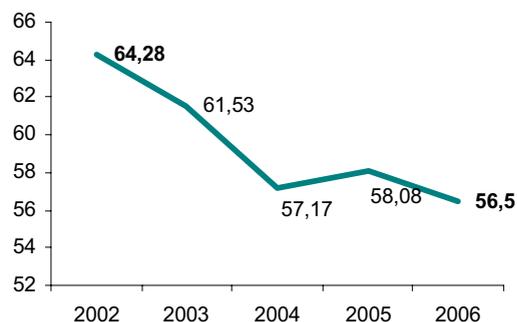


En el año 2005 y de acuerdo con la distribución por grandes sectores de actividad, la mayor siniestralidad se registró en el sector servicios seguido de la industria y la construcción. El sector de la construcción fue el que registró un mayor número de fallecimientos y un número elevado de accidentes graves.

De todos los accidentes mortales, más de un 50% se debieron a causas no directamente relacionadas con las condiciones del centro de trabajo (Accidentes de tráfico "in itinere" o accidentes debidos a otras lesiones no traumáticas).

Figura 44. Incidencia de accidentes de trabajo por 1.000 trabajadores en Castilla y León, 2002-2006.

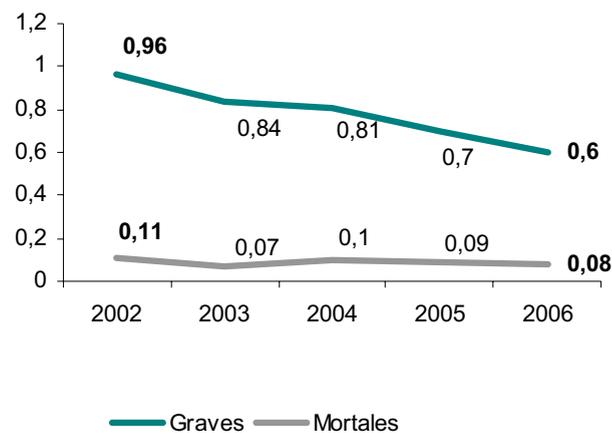
Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León



Con relación a la evolución en el número de enfermedades profesionales declaradas y a la incidencia de las mismas por 1.000 trabajadores se observa, una tendencia creciente hasta el año 2004, con un marcado descenso de ambos indicadores a partir de esa fecha.

Figura 45. Incidencia de accidentes de trabajo graves y mortales por 1.000 trabajadores en Castilla y León, 2002-2006.

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León



A lo largo del año 2006, los diagnósticos más frecuentemente recogidos como causa de enfermedad profesional fueron la tendinitis, la epicondilitis, la artropatía y el síndrome del túnel carpiano que, en conjunto, englobaron más del 70% de las patologías diagnosticadas.

Figura 46. Número de enfermedades profesionales en Castilla y León. 1998-2006.

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León

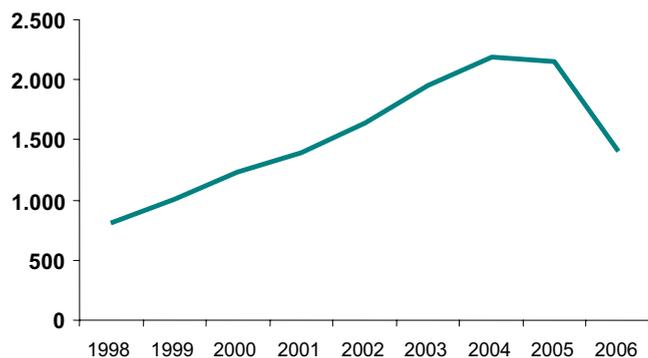
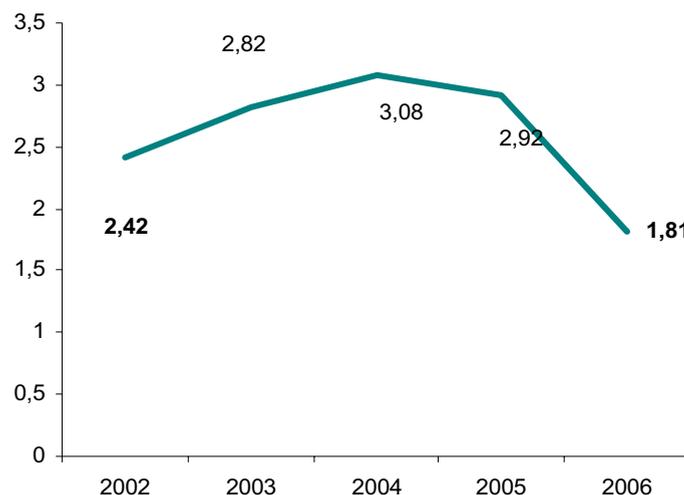


Figura 47. Incidencia de enfermedades profesionales por 1000 trabajadores en Castilla y León, 2002-2006.

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León



## Discapacidad

### Incapacidad temporal

Desde 1998 hasta el año 2006, los indicadores referentes a la incapacidad temporal han ido incrementándose en nuestra Comunidad. Ha aumentado más de medio punto, tanto la incidencia como la prevalencia mensual de bajas. El único indicador que parece tener cierta tendencia a reducirse –con altibajos– es la duración media de las bajas; sin embargo, si hacemos referencia a la duración media de la baja por asegurado activo, se comprueba que también este indicador va en aumento a lo largo de los años.

Tabla 32. Principales indicadores de Incapacidad Transitoria. Castilla y León, 1998-2006.

Fuente: Dirección General de Desarrollo Sanitario. Gerencia Regional de Salud

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
IMB*	1,35	1,59	1,56	1,5	1,68	1,77	1,78	1,97	1,89
PB*	2	2,08	2,22	2,22	2,3	2,42	2,57	2,64	2,68
DMA*	0,59	0,62	0,63	0,66	0,69	0,71	0,74	0,76	0,78
DMB*	45,08	42,1	41,03	44,63	41,00	40,55	42,30	38,68	41,51

\*IMB: Incidencia mensual de bajas

\*PB: Prevalencia de bajas

\*DMA: Duración Media de la baja por asegurado activo

\*DMB: Duración media de la baja

Los procesos que han motivado un mayor número de días de baja laboral a lo largo del año 2004, 2005 y 2006 han sido los problemas de espalda, los trastornos neuróticos y los trastornos depresivos.

Los procesos diagnosticados con más frecuencia, como causa de baja laboral durante estos años, han sido los problemas de espalda, las infecciones intestinales, las infecciones de las vías respiratorias altas y la gripe.

### Discapacidad y dependencia

El aumento en la esperanza de vida no siempre va acompañado de un incremento en la calidad de

vida de la población. Hace falta disponer de series de datos para estudiar otro tipo de indicadores como la “esperanza de vida en buena salud” o “libre de incapacidad”, que refleja la esperanza de tiempo de las personas de vivir en plena salud.

Las enfermedades crónicas, la fragilidad y la discapacidad son más predominantes en las personas mayores, por lo que una población con una mayor esperanza de vida no tiene por qué ser, necesariamente, una población más sana. De hecho, uno de los grandes interrogantes que plantea una población en envejecimiento es si los años que se van ganando en esperanza de vida implicarán que un porcentaje mayor o menor de la población futura viva durante más años con discapacidad.

En Castilla y León el 6% de la población general tiene reconocido algún tipo de discapacidad siendo los tipos más frecuentes, la discapacidad física, la enfermedad mental y la discapacidad intelectual. Si analizamos las causas de discapacidad física, los problemas más habituales son los osteoarticulares, las enfermedades crónicas y los problemas neuromusculares.

Tabla 33. Personas con discapacidad según sexo y tipo de deficiencia. Castilla y León 2005.

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

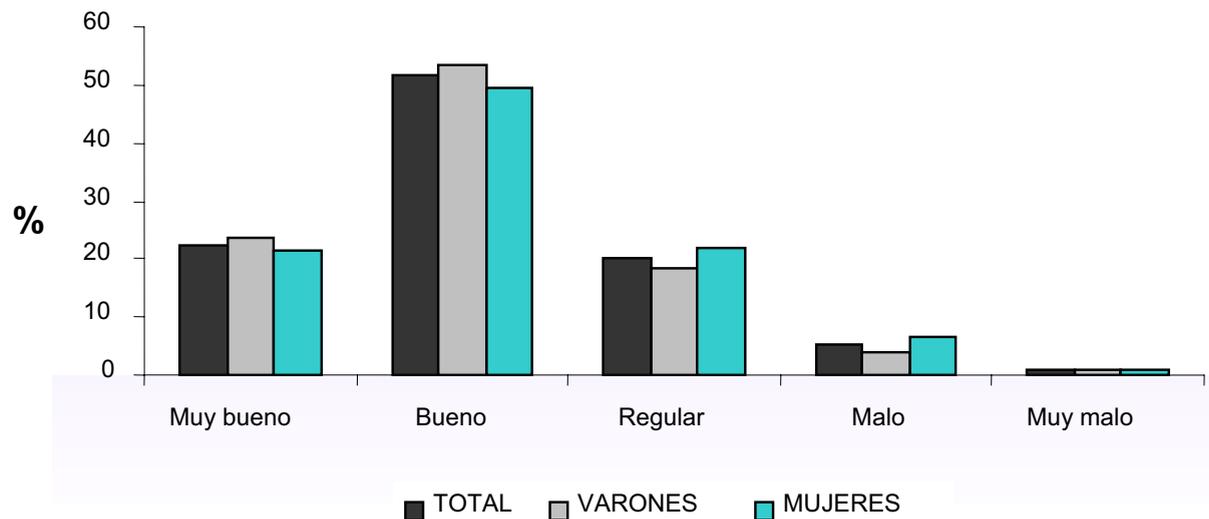
	Mujer	Varón	Ambos sexos	Porcentaje
Discapacidad física	45.138	46.186	91.324	59,8
Osteoarticular	20.620	18.222	38.842	25
Neuromuscular	8.458	9.499	17.957	12
Expresiva	162	1.022	1.184	1
Mixta	83	106	189	0
Enfermedad crónica	13.582	15.410	28.992	19
Discapacidad múltiple	1.940	1.471	3.411	2
Sin especificar	293	456	749	0
Discapacidad intelectual	8.197	10.180	18.377	12
Enfermedad mental	11.193	9.120	20.313	13,3
Discapacidad visual	8.647	5.905	14.552	9,5
Discapacidad auditiva	4.187	3.998	8.185	5,4
<b>Total</b>	<b>77.362</b>	<b>75.389</b>	<b>152.751</b>	<b>100</b>

## Percepción del estado de salud

Según la información recogida en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2006, el 74% de la población de Castilla y León valora su estado de salud como “bueno” o “muy bueno” y un porcentaje próximo al 6% opina que es “malo” o “muy malo”.

Figura 48. Valoración del estado de salud percibida. Castilla y León, 2006.

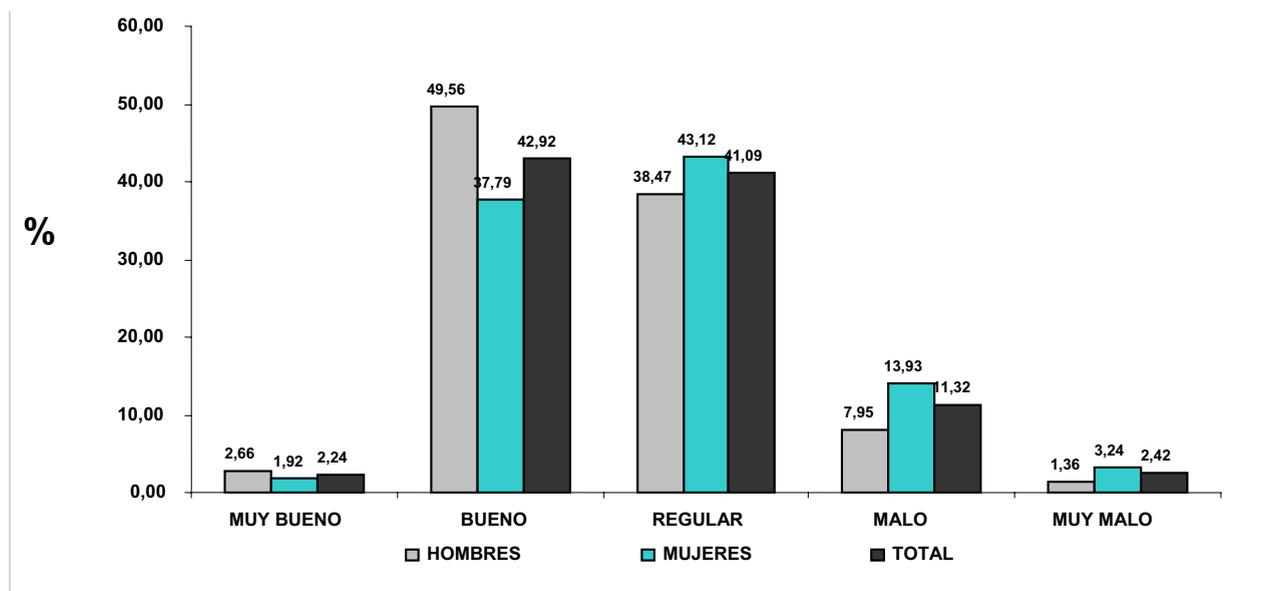
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo



En el caso de las personas mayores de 65 años, según los datos que provienen de la Encuesta regional de Salud del año 2003, el 45% de la población consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Este porcentaje es mayor en el caso de los hombres (52%).

Algo más del 40% cree que es regular y un 13% lo valoran como malo o muy malo.

Figura 49. Valoración del estado de salud percibida por el grupo de edad de 65 y más años. Castilla y León, 2003.  
Fuente: Encuesta Regional de Salud 2003.



## Estilos de vida

### Tabaquismo

Según lo reflejado en la Encuesta de Consumo de Drogas en Castilla y León, en el año 2004, el porcentaje de no fumadores (36,9%) ha superado al de fumadores diarios (36,1%) por primera vez en la Comunidad, aunque estos últimos han aumentado con respecto al estudio anterior (el 35,2% eran fumadores habituales en 2000). Por otra parte, ha dejado de fumar el 18,6% de los encuestados y son fumadores ocasionales el 8,5%.

Tabla 34. Consumo de tabaco en Castilla y León. Datos por sexo y grupo de edad, 2004.

Fuente: Encuesta de Consumo de Drogas en población general en Castilla y León. 2004. Comisionado Regional para la Droga

	% No fumador	%Ha dejado de fumar	%Ocasional	%Fumador Diario	n
<b>Sexo</b>					
Ambos sexos	36,9	18,6	8,5	36,1	2.491
Varón	31	20,8	9,3	38,8	1.263
Mujer	42,9	16,3	7,6	33,2	1.228
<b>Edad</b>					
14-19	34,4	8,6	17,6	39,4	221
20-29	35	14,3	13	37,7	491
30-39	34,1	14,5	9,1	42,4	505
40-49	30,3	22	4,7	42,9	468
50-59	44	23,8	6,4	25,8	391
60-70	44,3	25,3	3,9	26,5	415

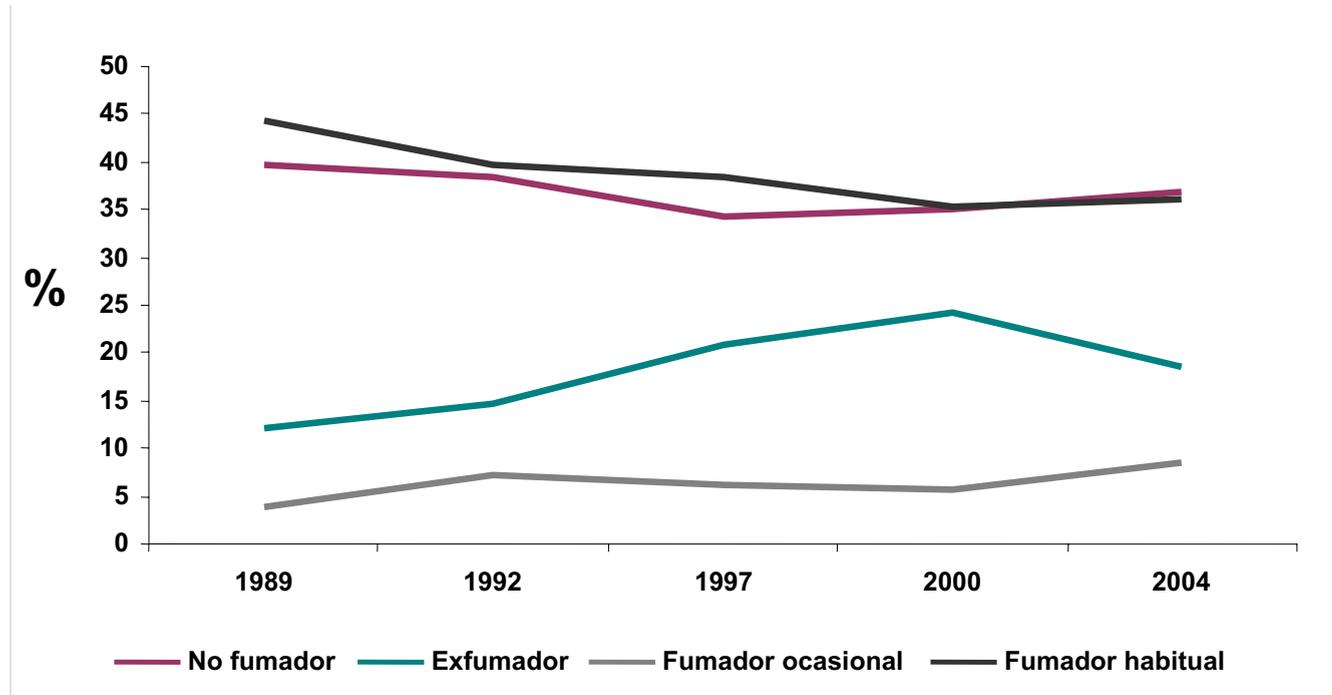
Si tenemos en cuenta los datos obtenidos en diferentes estudios realizados en Castilla y León en 1989, 1992, 1997, 2000 y 2004, podemos concluir que el porcentaje de fumadores habituales presenta una tendencia descendente en Castilla y León en los últimos quince años y que el porcentaje de exfumadores se han incrementado paulatinamente desde 1989 hasta llegar en el año 2000 a suponer el 24,2% de la población.

La media de meses desde que los exfumadores encuestados abandonaron el hábito es de 59,4 meses en el estudio de 2004, sensiblemente mayor a la observada en 2000 (41,5 meses) y muy superior a la observada en 1997 (26,0 meses). La media de meses transcurridos desde el abandono

del hábito de fumar ha sido mayor para los hombres (68,9 meses en 2004, 48,3 meses en 2000 y 29,4 meses en 1997) que para las mujeres (46,2 meses en 2004, 32,7 meses en 2000 y 21,9 meses en 1997).

Figura 50. Evolución del hábito tabáquico en población general en Castilla y León, 1989, 1992, 1997, 2000, 2004.

Fuente: Encuesta de Consumo de Drogas en población general en Castilla y León. 2004. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades



De la información obtenida de la Encuesta sobre Drogas en la población escolar, que se lleva a cabo cada dos años, se observa que más de un 49% de los estudiantes de 14 a 18 años ha fumado alguna vez en su vida, proporción que ha disminuido en 2006 a pesar de mantenerse ligeramente por encima del promedio nacional.

Un 17,7% de los estudiantes encuestados en 2006 manifiesta que fuma a diario. Un dato a tener muy en cuenta es que una amplísima mayoría de los estudiantes de Castilla y León que fuman tienen intención de dejar de fumar (74,6%), 2 puntos por encima del promedio nacional y un porcentaje muy

importante ha intentado dejar de fumar (43,6%), disminuyendo 2 puntos respecto al año 2004.

Las estudiantes fuman en mayor proporción que sus compañeros varones.

**Tabla 35. Consumo de tabaco en los estudiantes de Castilla y León y España, 2006.**

Fuente: Encuesta sobre Drogas a la población escolar en Castilla y León y España, 2006. Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas y Comisionado Regional para la Droga.

	Varones		Mujeres		Total	
	España	CyL	España	CyL	España	CyL
Fuma a diario (%)	12,5	15,2	16,9	20,1	14,8	17,7
Consumo medio fumadores diarios (cig/día)	5,8	8,7	5,3	7,6	5,5	8,1
Tiene intención de dejar de fumar (%)	67,8	68,8	76,6	78,7	72,9	74,6
Ha intentado dejar de fumar (%)	35,4	36,7	41,0	48,5	38,6	43,6

Los primeros contactos con el tabaco se producen a los 13 años, observándose que esta edad se mantiene constante desde 1996. La edad de inicio en el consumo diario se sitúa en torno a los 14,2 años.

El hábito de fumar aumenta con la edad. El periodo crítico para que los adolescentes fumen a diario se sitúa en el tramo de edad que va desde los 15 a los 18 años.

Las principales razones por las que los estudiantes de Castilla y León fuman son porque les gusta (62,2%), porque el tabaco les relaja (60,5%) y en tercer lugar, y a considerable distancia, manifiestan que fuman porque no pueden dejar de hacerlo (22,5%).

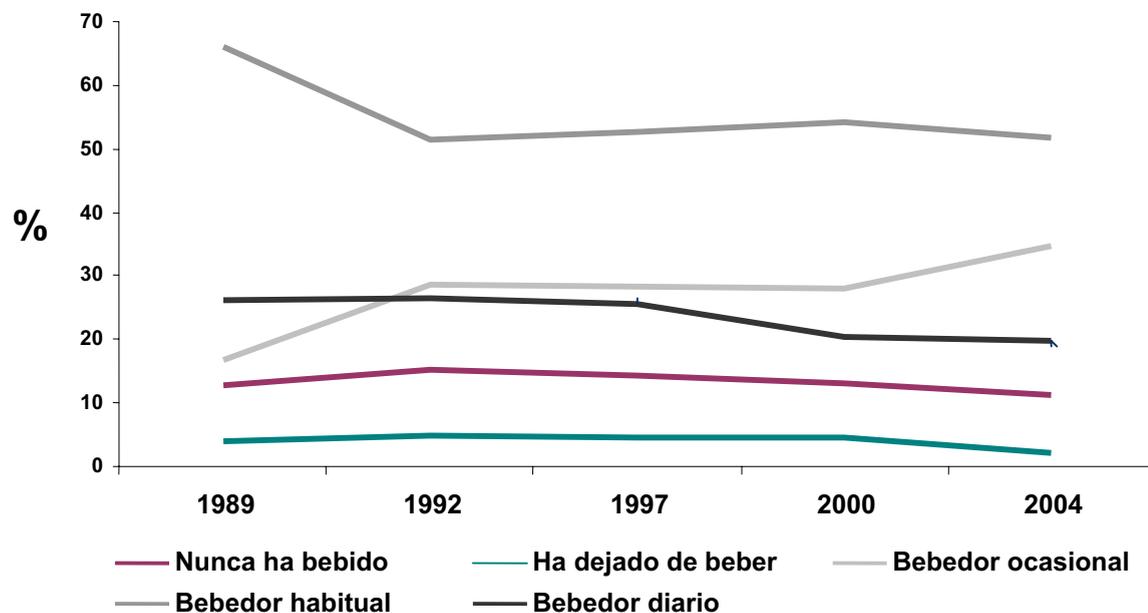
### Consumo de alcohol

Según lo reflejado en la Encuesta de Consumo de Drogas en población general de 2004, el consumo de bebidas alcohólicas es frecuente en la pobla-

ción de Castilla y León. El 51,8% de los encuestados (54,2% en 2000) son bebedores habituales y el 34,7% (28,1% en 2000), bebedores ocasionales. Solamente el 11,3% (13,1% en 2000) nunca ha bebido y el 2,2% (4,6% en 2000) ha dejado de beber. La frecuencia de bebedores habituales es mayor entre los hombres (59,2% en 2004 y 58,0% en 2000) que entre las mujeres (44,1% en 2004 y 50,4% en 2000).

Figura 51. Pautas de consumo de alcohol en la población de Castilla y León, 1989, 1992, 1997, 2000, 2004.

Fuente: Encuesta de Consumo de Drogas en población general en Castilla y León. 2004. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades



La mayor frecuencia de consumo entre los bebedores habituales se observa entre los más jóvenes, adolescentes entre 14 y 19 años (63,1% frente al 53,8% de 2000).

La edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los 15 años.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de Castilla y León destacamos que un 38,5% de los encuestados manifiesta que consume bebidas alcohólicas todos los fines de semana, un 74,4% se declara consumidor semanal de alcohol, un 13% percibe que consume mucho o bastante alcohol y un 45,4% reconoce que ha experimentado

problemas por el consumo de alcohol alguna vez en su vida. Todas estas cifras son superiores en los varones, salvo la proporción de consumidores semanales en la que ambos sexos están prácticamente igualados. Además, estos resultados son notablemente más altos que los promedios nacionales, observándose una evolución negativa en Castilla y León en el bienio 2002-2004.

La prevalencia de consumidores semanales de alcohol sigue en aumento y ha subido en estos últimos 10 años (1994-2004) en España y en Castilla y León alrededor de un 40%. La frecuencia de consumo de alcohol todos los fines de semana se ha reducido en 2006 al 32,5%.

Tabla 36. Consumo de alcohol en los estudiantes de Castilla y León y España, 2004.

Fuente: Encuesta de sobre Drogas a la población escolar en Castilla y León y España. 2004. Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas y Comisionado Regional para la Droga.

	Varones		Mujeres		Total	
	España	CyL	España	CyL	España	CyL
Consumen todos los fines de semana (%)	30,9	45,9	22,8	31,2	26,9	38,5
Consumidores semanales (%)	63,3	74,2	64,3	74,7	63,8	74,4
Se han emborrachado alguna vez en la vida (%)	45,6	58,9	46,5	59,6	46,0	59,2
Perciben que consumen mucho o bastante alcohol (%)	10,8	16,9	7,2	9,8	9	13,1
Han experimentado problemas por el consumo de alcohol (%)	39,7	46,9	36,5	43,7	38,1	45,4

Los consumidores de riesgo en Castilla y León superan unos siete puntos porcentuales la media nacional.

Los dos principales motivos por los que los estudiantes de la Comunidad Autónoma consumen bebidas alcohólicas son porque les gusta su sabor (79%) y para divertirse o por placer (65%). A considerable distancia manifiestan otros motivos relevantes para la prevención, para olvidar problemas personales (18%), para sentir nuevas emociones (16%) y para superar la timidez y relacionarse mejor (15%).

## Hipertensión

A través del Estudio de Riesgo Cardiovascular de 2004 se ha estimado que para el conjunto de Castilla y León, existe un 38,77% de la población mayor de 15 años que es hipertensa, (IC95%: 36,55%-40,99%). Esta proporción es tres puntos mayor en los varones (40,48%) que en las mujeres (37,40%). Los porcentajes aumentan con la edad hasta alcanzar a casi tres de cada cuatro personas

por encima de los 70 años, y la incidencia es mayor en el medio rural que en el urbano-semiurbano, 41,31% frente a 36,98%. Por Áreas de Salud se aprecian marcadas diferencias, con una mayor proporción de hipertensos en Ávila, León, El Bierzo y Palencia, y menor en Segovia, Soria y las dos Áreas de Valladolid.

Tabla 37. Estimación del número de hipertensos mayores de 15 años en Castilla y León, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad

	%	IC 95% inf	IC 95% sup	Total
Hombres	40,48	37,47	43,48	1.042.720
Mujeres	37,40	34,71	40,10	1.084.174
<b>Ambos sexos</b>	<b>38,77</b>	<b>36,55</b>	<b>40,99</b>	<b>2.126.894</b>

Sin embargo, según los datos obtenidos en la Encuesta Regional de Salud realizada en Castilla y León en el año 2003, solamente un 12,9% de las personas encuestadas se englobarían en el epígrafe "hipertensión arterial diagnosticada por el médico" (porcentaje ligeramente superior a lo registrado para el resto del territorio nacional que se sitúa en el 12,2%). Tanto en la Comunidad Autónoma como a nivel nacional, el porcentaje de hipertensos sería mayor en las mujeres, salvo en el grupo de edad menor de 55 años.

Tabla 38. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Hipertensión arterial). Datos por grupo de edad y sexo. Castilla y León, 2003.

Fuente: Encuesta Regional de Salud. Año 2003. Consejería de Sanidad e INE

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n	% si	n	% si	n	% si
De 0 a 4 años	28.124	--	30.382	--	58.506	--
De 5 a 15 años	132.131	--	121.337	--	253.468	--
De 16 a 24 años	136.757	--	129.200	--	265.957	--
De 25 a 34 años	189.033	2,01	178.970	2,47	368.003	2,23
De 35 a 44 años	189.606	5,08	182.952	2,48	372.558	3,8
De 45 a 54 años	164.096	9,27	152.630	7,51	316.726	8,42
De 55 a 64 años	130.452	19,3	131.000	26,6	261.452	23
De 65 a 74 años	132.410	28,1	158.525	42	290.935	35,7
De 75 y más años	101.254	31,7	143.649	47,1	244.903	40,7
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.203.863</b>	<b>10,2</b>	<b>1.228.645</b>	<b>15,4</b>	<b>2.432.508</b>	<b>12,9</b>

## Hiperlipemia

De la información recogida en el Estudio de Riesgo Cardiovascular de 2004, se puede considerar que en Castilla y León hay un 28,94% de personas con hiperlipemia (IC 95%: 27,12%-30,75%) lo que representa un total de 600.000 castellanos y leoneses. Este porcentaje es muy similar entre los varones, 29,12% y las mujeres, 28,80%.

Tabla 39. Estimación del número de hiperlipémicos en Castilla y León, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública y Consumo.

	%	IC 95% inf	IC 95% Sup
Varones	29,12	26,88	31,36
Mujeres	28,80	26,35	31,24
<b>Ambos sexos</b>	<b>28,94</b>	<b>27,12</b>	<b>30,75</b>

El problema aumenta con la edad, alcanzando la máxima prevalencia en las mujeres entre los 65 y 69 años, con el 58,04%, y en los varones entre los 60 y 64 años con el 52,43%. Las Áreas de Salud de Burgos, El Bierzo y Soria son las que presentan los porcentajes más elevados y las de Palencia y Valladolid Oeste, los más bajos.

Según los datos obtenidos en la Encuesta Regional de Salud realizada en Castilla y León en el año 2003, se estima que un 9,5% de las personas se englobarían en el epígrafe "colesterol elevado diagnosticado por el médico" (porcentaje superior a lo registrado para el resto del territorio nacional que se sitúa en el 8,91%). Tanto en la Comunidad Autónoma como a nivel nacional, el porcentaje de personas con el colesterol elevado es mayor en las mujeres (10,2 frente a 8,81% en varones). Por edades, la prevalencia en Castilla y León de hiperlipemia es mayor en los varones hasta los 64 años (con excepción del grupo de los 25-34 años en el que las mujeres presentan un porcentaje ligeramente superior).

Tabla 40. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Colesterol elevado). Datos por grupo de edad y sexo. Castilla y León, 2003.

Fuente: Encuesta Regional de Salud. Castilla y León 2003

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	n	% si	n	% si	n	% si
De 0 a 4 años	28.124	0	30.382	0	58.506	0
De 5 a 15 años	132.131	0,77	121.338	0,78	253.468	0,80
De 16 a 24 años	136.757	0	129.200	0	265.957	0
De 25 a 34 años	189.033	1,39	178.970	1,59	368.003	1,50
De 35 a 44 años	189.606	8,77	182.952	2,92	372.558	5,90
De 45 a 54 años	164.096	15,13	152.630	11,10	316.726	13,0
De 55 a 64 años	130.452	19,09	131.000	18,30	261.452	19,0
De 65 a 74 años	132.410	17,53	158.525	29,00	290.934	24,0
De 75 y más años	101.254	12,76	143.649	20,00	244.904	17,0
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.203.863</b>	<b>8,81</b>	<b>1.228.646</b>	<b>10,20</b>	<b>2.432.508</b>	<b>9,50</b>

## Sobrepeso y obesidad

Según lo reflejado en el estudio de Riesgo Cardiovascular en Castilla y León, el 40% de la población presenta sobrepeso y un 22% cumple los criterios de obesidad. Los varones tienen una mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres, sin embargo, éstas presentan un mayor porcentaje de obesidad. La tendencia por edad muestra un incremento paulatino de sobrepeso y obesidad, alcanzando máximos entre los 55 y 59 años en los varones y entre los 60-64 en las mujeres.

Tabla 41. Estimación del número de personas con sobrepeso y obesidad en Castilla y León, 2004.

Fuente: Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. 2004. Dirección General de Salud Pública e I+D+I.

	SOBREPESO			OBESIDAD		
	%	IC 95% inf	IC 95% sup	%	IC 95% inf	IC 95% sup
Varones	48,10	45,49	50,71	20,41	18,07	22,75
Mujeres	32,93	30,66	35,20	23,25	20,98	25,52
<b>Ambos sexos</b>	<b>40,28</b>	<b>38,56</b>	<b>41,99</b>	<b>21,79</b>	<b>20,31</b>	<b>23,27</b>

Según los últimos resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 el porcentaje de obesidad en adultos en Castilla y León se sitúa en torno al 13,94% casi 2 puntos por debajo de la media del territorio nacional (15,56%), siendo en ambos casos las cifras similares en varones y mujeres. Es importante resaltar que estos porcentajes van en aumento con relación a los que se publicaron en la Encuesta correspondiente al año 2003.

El porcentaje de personas con sobrepeso es mayor en Castilla y León que en el resto del territorio alcanzando casi un 41% de la población. Este porcentaje es mucho más elevado en el caso de los varones (49%) que en el de las mujeres (32%).

En el caso de la población infantil, según la encuesta de 2006, el porcentaje de niños con obesidad o con sobrepeso es algo superior al 23% en Castilla y León y alcanza el 27,61% para el conjunto del Estado. En ambos casos, el porcentaje es más elevado para los niños que para las niñas.

Tabla 42. Porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad en Castilla y León y España, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

	% Peso insuficiente (<18,5Kg/m <sup>2</sup> )	% Normopeso (18,5-24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	% Sobrepeso (25,0-29,9 Kg/m <sup>2</sup> )	% Obesidad (>=30 Kg/m <sup>2</sup> )
<b>AMBOS SEXOS</b>				
España	1,76	44,88	37,80	15,56
Castilla y León	1,58	43,57	40,91	13,94
<b>VARONES</b>				
España	0,54	38,72	45,06	15,68
Castilla y León	0,18	36,79	49,29	13,74
<b>MUJERES</b>				
España	3,01	51,19	30,35	15,44
Castilla y León	3,02	50,53	32,3	14,14

Tabla 43. Porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad en Castilla y León y España, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

	% Normopeso o peso insuficiente (*)	% Sobrepeso	% Obesidad
<b>TOTAL NIÑOS (2-17 años)</b>			
España	72,39	18,67	8,94
Castilla y León	76,83	15,55	7,62
<b>Niños</b>			
España	70,68	20,19	9,13
Castilla y León	75,54	15,29	9,16
<b>Niñas</b>			
España	74,17	17,09	8,74
Castilla y León	78,21	15,82	5,97

(\*) Clasificación utilizada por el INE

## Hábitos nutricionales

Según la información aportada por la Encuesta Nacional de Salud de 2006 el 66,81% de la población de Castilla y León consumía fruta fresca diariamente, reduciéndose para el caso de las verduras y hortalizas hasta el 40,64%. Durante el periodo 2003-2006 se ha conseguido reducir el patrón de los consumos menos saludables (frecuencias de consumos ocasionales de alimentos saludables), comprobándose como un 2,34% y un 2,09% de los Castellanos y Leoneses consumen fruta fresca y verduras y hortalizas, respectivamente, menos de una vez por semana y un 2,09%

Tabla 44. Porcentaje de consumos de alimentos en Castilla y León, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE

	A Diario %		3 o más veces por semana %		1 ó 2 veces por semana %		Menos de 1 por semana %	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Fruta fresca	78,81	79,47	8,37	9,01	6,08	6,94	6,74	2,34
Carne	28,19	22,75	53,94	64,37	15,95	12,1	1,92	0,36
Pescado	8,7	6,29	45,72	52,31	37,13	35,2	8,46	4,38
Pan, cereales	94,35	93,77	2,21	2,19	1,4	2,12	2,04	0,43
Verduras y hortalizas	36,22	35,92	38,8	38,16	20,37	23,33	4,62	2,09
Legumbres	3,94	1,49	41,11	28,7	48,31	63,92	6,64	5,24

Respecto al promedio nacional, en Castilla y León se supera el porcentaje de consumo diario de fruta fresca, carne, pescado y cereales.

## Sedentarismo

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, un 70,88% de la población adulta de Castilla y León no realiza ejercicio en su trabajo o actividad principal. Esta cifra es inferior a la que se recoge para el conjunto del territorio nacional (79,44%).

Tabla 45. Ejercicio físico desarrollado en el trabajo o actividad principal en Castilla y León y España, 2006.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE.

	% Sentado/a la mayor parte de la jornada	% De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	% Caminando o, llevando algún peso, desplazándose continuamente sin gran esfuerzo	% Tareas que requieren un gran esfuerzo físico
ESPAÑA	32,70	46,74	15,12	5,44
CASTILLA Y LEON	30,80	40,08	17,03	12,09





## Estructura física, recursos humanos y cartera de servicios

### **Atención Primaria**

El mapa sanitario de Atención Primaria de Castilla y León está configurado por 248 Zonas Básicas de Salud, distribuidas en 11 Áreas de Salud (una por provincia excepto Valladolid, que incluye las Áreas de Valladolid Oeste y Valladolid Este, y León, constituido por las Áreas de Salud de León y de El Bierzo).

Este mapa se ha ido adaptando, desde su primera configuración. Desde 1998, han sido seis las modificaciones aprobadas, que han supuesto, en la mayoría de las ocasiones, la creación, desdoblamiento y adaptación de nuevas Zonas Básicas de Salud en las ciudades y su periferia, adaptándose al crecimiento de la población.

Tabla 46. Infraestructura en Atención Primaria. Castilla y León por Áreas de Salud, 2007.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. 2007

Áreas de Salud	Zonas básicas de salud	Equipos atención primaria	Centros de salud	PACs	Centros de guardia	Consultorios locales
Ávila	22	22	22	17	1	335
Burgos	37	35	35	20	3	596
León	28	27	26	19	2	592
El Bierzo	11	10	10	7	1	135
Palencia	21	20	20	15	1	309
Salamanca	36	35	35	24	2	417
Segovia	16	16	16	7	6	285
Soria	14	14	14	10	2	344
Valladolid Este	22	22	22	17	1	112
Valladolid Oeste	19	18	18	20	0	114
Zamora	22	22	22	17	1	408
<b>Castilla y León</b>	<b>248</b>	<b>240</b>	<b>241</b>	<b>173</b>	<b>20</b>	<b>3.647</b>

Tabla 47. Recursos humanos en Atención Primaria. Castilla y León por provincias, 2007.

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007

	AV	BU	LE	PA	SA	SE	SO	VA	ZA	CyL
Med. Familia	206	333	409	193	332	178	131	366	221	<b>2.369</b>
ATS/DUE	175	260	430	151	283	114	95	359	201	<b>2.068</b>
Fisioterapeutas	11	15	22	9	15	9	8	27	9	<b>125</b>
Aux. Enfermería	13	30	40	5	19	10	8	27	6	<b>158</b>

En todos los centros de salud que atienden a una población superior a 10.000 habitantes, existe una unidad de atención al usuario, responsable del sistema de cita previa telefónica para el acceso a los servicios asistenciales, la gestión de reclamaciones y sugerencias, la gestión de prestaciones y la información al usuario.

Desde el año 1998 han tenido un importante desarrollo los denominados servicios de apoyo. Esto ha supuesto un incremento del número de odontólogos, fisioterapeutas, matronas y pediatras en diferentes Áreas de Salud, según las necesidades específicas de cada una de ellas, de acuerdo a su estructura poblacional.

Tabla 48. Recursos humanos en los servicios de apoyo a la Atención Primaria de Castilla y León por Áreas de Salud, 1998 y 2007.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007

	ODONTÓLOGOS		FISIOTERAPEUTAS		MATRONAS		PEDIATRAS	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007
Ávila	5	6	4	11	10	10		20
Burgos	2	7	2	15	22	21		37
León		10		15		20		34
El Bierzo	6	5	10	7	21	5		18
Palencia	3	5	4	9	13	13		21
Salamanca	7	9	5	15	22	23		39
Segovia	3	4	4	9	8	10		15
Soria	5	3	4	8	6	6		4
Va Este	6	6	2	14		19		9
Va Oeste	3	6	3	13	32	15		11
Zamora	3	7	1	9	13	13		6
<b>Castilla y León</b>	<b>43</b>	<b>68</b>	<b>39</b>	<b>125</b>	<b>147</b>	<b>155</b>		<b>74</b>

La cartera de servicios de Atención Primaria ha evolucionado a lo largo de los últimos años adaptándose a la política sanitaria y a los planes y programas de salud puestos en marcha en la Comunidad. En este momento, incluye, entre otros servicios, el desarrollo de actividades preventivas en el adulto sano, programas de vacunación, atención a pacientes crónicos (HTA, diabetes, EPOC, obesos, hipercolesterolemia), atención a pacientes en situación terminal, deshabituación tabáquica, atención al cuidador familiar y diagnóstico precoz del cáncer de mama, cérvix y endometrio.

Tabla 49. Servicios incluidos en la cartera de servicios de Atención Primaria en Castilla y León, 2007.

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2007

Nombre del Servicio	
Vacunaciones infantiles de 0 a 14 años	Educación para la Salud en Centros Educativos
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	Prevención de la caries infantil
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	Atención al niño con asma
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	Atención y Educación al joven
Atención a la mujer embarazada	Seguimiento de Métodos Anticonceptivos
Educación Maternal	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix
Visita en el primer mes de postparto	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama
	Atención a la Mujer en el Climaterio
Vacunación triple vírica	Atención a Pacientes Crónicos : EPOC
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos
Actividades preventivas en el adulto sano	Atención a pacientes Crónicos: Hipercolesterol
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensión arterial	Atención a Pacientes con VIH - SIDA
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	Educación para la Salud a Grupos Pacientes Diabéticos
Educación para la salud a otros Grupos	Atención al anciano de riesgo
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	Atención al cuidador familiar
Atención a Pacientes en situación terminal	Educación a grupos de cuidadores familiares
Atención al bebedor de riesgo	Vacunación antigripal en mayores 60
Actividades preventivas en mayores de 75 años	Vacunación antigripal en menores 60
Deshabituación tabáquica	Vacunación antineumocócica mayores 65
	Vacunación antineumocócica menores 65
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	
Cirugía Menor	

## Atención Especializada

La Comunidad cuenta con catorce hospitales de carácter general pertenecientes a la red asistencial del SACYL. De ellos, ocho son complejos asistenciales que integran a más de un centro.

Tabla 50. Número de hospitales según finalidad asistencial.

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

	NÚMERO DE HOSPITALES SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL				
	General	Quirúrgico	Geriatría y/o larga estancia	Psiquiátrico	TOTAL
Ávila	2	--	--	--	2
Burgos	6	--	1	--	7
León	10	--	1	--	11
Palencia	2	--	--	2	4
Salamanca	2	--	--	--	2
Segovia	2	--	--	1	3
Soria	1	--	--	--	1
Valladolid	5	1	--	1	7
Zamora	3	--	--	--	3
<b>Castilla y León</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>40</b>
<b>España <sup>(2)</sup></b>	<b>488</b>	<b>32</b>	<b>116</b>	<b>89</b>	<b>800</b>

Datos a 31 de diciembre de 2007. Los Complejos Hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

<sup>(2)</sup>El total incluye finalidades asistenciales no existentes en Castilla y León.

La Atención Especializada se presta a través de diferentes recursos: consultas, hospitalización, hospitalización a domicilio y cuidados paliativos, hospital de día, atención a la salud mental y atención hospitalaria de urgencia.

Tabla 51. Infraestructuras en Atención Especializada en Castilla y León. 1998 y 2007. Datos por hospital/complejo hospitalario.  
Fuente: Dirección General de Desarrollo Sanitario. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007

	Camas Instaladas		Quirófanos Instalados		Locales C.Externas		Puestos hemodiálisis		Puestos Hosp. Día	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007
Ávila	352	418	10	11	53	122		13	8	23
Burgos	948	1.167	20	22	103	136		12	9	95
León	805	1.021	17	19	85	91		13	10	20
El Bierzo	360	360	12	8	40	40		14	11	11
Palencia	389	467	8	12	36	100	Sin datos	12	8	53
Salamanca	1.110	1.043	22	26	172	234		31	9	19
Segovia	375	375	9	9	49	57		12	18	36
Soria	285	355	6	6	23	36		16	6	8
Valladolid Este	888	896	20	23	137	148		14	21	45
Valladolid Oeste	589	530	11	10	70	78		10	9	13
Zamora	383	600	10	14	36	104	17	4	35	
<b>Castilla y León</b>	<b>6.484</b>	<b>7.232</b>	<b>145</b>	<b>160</b>	<b>804</b>	<b>1.146</b>		<b>164</b>	<b>113</b>	<b>358</b>

La infraestructura en Atención especializada ha ido incrementándose en estos últimos años en las diferentes Áreas de Salud. La ratio de camas instaladas por 1.000 habitantes en 2005 era de 2,80 para el conjunto de la Comunidad, 0,4 puntos por encima de la ratio que presenta el conjunto del territorio nacional en lo que se refiere a camas pertenecientes a los hospitales públicos (2,44), en 2008 se ha incrementado alcanzando el 2,95.

Las Áreas de Salud de Soria, Valladolid Este, y Zamora son las mejor dotadas en camas hospitalarias por población.

En los últimos años también han aumentado el número de quirófanos instalados, alcanzándose los 160 en 2007.

Tabla 52. Camas instaladas por Área de Salud. Hospitales de Sacyl. Tasa por 1.000 habitantes (población adscrita). Castilla y León, 1998 y 2007.

Fuente: Dirección General desarrollo sanitario. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007

	Camas instaladas 1998	Camas instaladas 2007	Tasa por 1.000 habitantes 1998	Tasa por 1.000 T.S.I 2007
Ávila	352	418	2,05	2,59
Burgos	948	1.167	2,71	3,24
León	805	1.021	2,19	3,07
El Bierzo	360	360	2,38	2,46
Palencia	389	467	2,15	2,81
Salamanca	1.110	1.043	3,14	3,06
Segovia	375	375	2,57	2,51
Soria	285	355	3,06	3,81
Valladolid-Este	888	896	3,26	3,41
Valladolid-Oeste	589	530	2,68	2,06
Zamora	383	600	1,84	3,26
<b>TOTAL</b>	<b>6.484</b>	<b>7.232</b>	<b>2,58</b>	<b>2,95</b>

Tabla 53. Centros de Especialidades. Castilla y León, 1998 y 2005.

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2006

GERENCIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	INSALUD 1998	SACYL 2005
ÁVILA	CEP ÁVILA	CEP ÁVILA CEP ARENAS DE SAN PEDRO
BURGOS	CEP BURGOS	CEP BURGOS
H. SANTOS REYES	CEP ARANDA DE DUERO	CEP ARANDA DE DUERO
H. SANTIAGO APÓSTOL		CEP VILLARCAYO
	CEP JOSE AGUADO	CEP JOSE AGUADO
	CEP LA CONDESA	CEP LA CONDESA (HNOS. LARRUCEA)
LEÓN	CEP ASTORGA	CS ASTORGA*
	CEP LA BAÑEZA	CS LA BAÑEZA*
	CEP CISTIerna	CS CISTIerna*
H. EL BIERZO		CEP VILLABLINO
PALENCIA	CEP PERPETUO SOCORRO	CEP CERVERA DE PISUERGA
	CEP VIRGEN DE LA VEGA	
SALAMANCA	CEP CIUDAD RODRIGO	CS CIUDAD RODRIGO (Inicio actividad como CEP en Octubre 2006)
	CEP PILARICA	CEP PILARICA
HCUVA	CEP DELICIAS	CEP DELICIAS
HRHVA	CEP ARTURO EYRIES	CEP ARTURO EYRIES
ZAMORA		CEP BENAVENTE

\*No se consideran Centros de Especialidades, aunque sí hay desplazamiento de especialistas desde el CA de León.

Además de estos CEP, hay 31 Centros de Salud en la Comunidad, donde se desplazan especialistas desde sus hospitales de referencia.

Tabla 54. Recursos de alta tecnología. Hospitales de la red Sacyl. 1998 y 2007.

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Memoria INSALUD 1998 y Plan Anual de Gestión 2007

	Acelerador lineal		Equipo de cobaltoterapia		Gammacámara		Resonancia Magnética		Sala Hemodinámica		TC Helicoidal	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007
Ávila	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Burgos	0	1	1	1	1	2	0	0	0	1	2	4
León	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	2	2
El Bierzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Palencia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Salamanca	1	2	1	0	2	3	1	1	1	2	2	2
Segovia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Soria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Valladolid Este	1	2	1	0	2	2	0	1	2	2	2	3
Valladolid Oeste	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Zamora	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
<b>Castilla y León</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>21</b>

Tabla 55. Dispositivos de la red de Asistencia Psiquiátrica. Castilla y León, 1998 y 2007.

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 1998 y 2007.

	Año 1998	Año 2007
Equipos de Salud Mental	37	36
Equipos de Salud Mental Infanto Juvenil	4	9
Unidades de Hospitalización Psiquiátrica	Número 12	11
	Camas 257	241
Hospitales de día Psiquiátrico/ Programas de Hospitalización Parcial	2	7
Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica	5	7
Centros de Rehabilitación Psicosocial	5	11
Unidades de Convalecencia Psiquiátrica	0	5
Unidades de Referencia Regional	0	5

A lo largo de estos años se ha ido reforzando la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, con la creación de nuevos dispositivos que permiten una asistencia integral y continuada al enfermo mental.

Durante el periodo 1998-2007 se han incrementado notablemente los recursos humanos que trabajan en Atención Especializada. El personal de

enfermería ha aumentado en un 45%, los auxiliares de enfermería 33%, los fisioterapeutas en un 37% y los técnicos especialistas en un 62%. El crecimiento ha sido menor en el caso de los facultativos especialistas de área (11%).

**Tabla 56. Recursos humanos en Atención Especializada. Estructura de efectivos. Castilla y León, 1998 y 2007.**

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Memoria INSALUD 1998 y Plan Anual de Gestión. 2007

	1998	2007
Personal Directivo	87	132
Personal Facultativo	3.755	4.183
Enfermeras	4.639	6.711
Matronas	150	166
Fisioterapeutas	162	222
Técnico Especialista	544	883
Auxiliar de Enfermería	3.748	4.965

Tabla 57. Servicios incluidos en la cartera de servicios de Atención Especializada. Castilla y León, 2007.

Fuente: Dirección General de Asistencia sanitaria. Gerencia Regional de Salud. 2007

AREA	ESPECIALIDAD	Nº servicios
Médica	Alergología	10
	Aparato Digestivo	14
	Cardiología	14
	Endocrinología y Nutrición	11
	Geriatría	13
	Hematología y Hemoterapia	14
	Medicina Intensiva	11
	Medicina Interna	14
	Nefrología	11
	Neumología	11
	Neurología	11
	Oncología Médica	11
	Oncología Radioterápica	5
	Pediatría	14
	Psiquiatría	14
Rehabilitación	14	
Reumatología	11	
Quirúrgica	Anestesiología y Reanimación	14
	Angiología y Cirugía Vascular	4
	Cirugía Cardiovascular	3
	Cirugía General y Digestiva	14
	Cirugía Oral y Maxilofacial	3
	Cirugía Pediátrica	2
	Cirugía Plástica y Reparadora	4
	Cirugía Torácica	2
	Dermatología Medicoquirúrgica	12
	Estomatología	1
	Neurocirugía	5
	Obstetricia y Ginecología	14
	Oftalmología	14
	Otorrinolaringología	14
	Traumatología y Cirugía Ortopédica	14
Urología	14	
S. Centrales Diagnósticos	Análisis Clínicos	14
	Anatomía Patológica	14
	Bioquímica Clínica	14
	Inmunología	3
	Medicina Nuclear	4
	Microbiología y Parasitología	14
	Neurofisiología Clínica	11
	Radiodiagnóstico	14
S. Centrales Generales	Admisión - Documentación Clínica	14
	Farmacia Hospitalaria	14
	Farmacología Clínica	2
	Medicina del Trabajo	11
	Medicina Preventiva y Salud Pública	11
	Radiofísica y Protección Radiológica	5
	Urgencias	14
S. Especiales	Cuidados Paliativos	5
	Genética	1
	Unidad del Dolor	5
	Trasplante cardíaco	1
	Trasplante de córnea	5
	Trasplante de médula ósea	3
	Trasplante hepático	1
	Trasplante renal	2

## Urgencias y emergencias

La Comunidad cuenta con servicios hospitalarios de urgencias en los 14 hospitales y Complejos asistenciales de la red de Sacyl. En cuanto a los recursos extrahospitalarios, existe un centro coordinador de emergencias, que depende de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León situado en el centro de emergencias 1-1-2. La actual Gerencia de Emergencias Sanitarias comenzó su andadura en el año 2000 y a partir de entonces la dotación de diferentes recursos en todas las Áreas de Salud ha sido progresiva.

Los recursos asistenciales referidos al año 2007 son:

· Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME)	22
· Ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB)	109
· Ambulancias Convencionales de Urgencias	8
· Helicópteros Sanitarios	4
· Vehículos de Apoyo Logístico	3

Tabla 58. Recursos en Emergencias. Castilla y León, 2007.  
Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007

	Unidades Medicalizadas de Emergencias	Ambulancias de Soporte Vital Básico	Ambulancias Convencionales de Urgencias	Helicópteros
Ávila	2	10	2	--
Burgos	4	15	2	1
Palencia	2	8	--	--
León	3	21	1	1
Salamanca	3	13	2	1
Segovia	1	10	--	--
Soria	1	8	--	--
Valladolid	3	13	--	1
Zamora	3	11	1	--
CyL	22	109	8	4

## Donación y trasplantes

Los recursos que permiten en nuestra Comunidad la actividad en materia de donación y trasplantes están integrados y forman parte de la asistencia especializada de la Gerencia Regional de Salud, destacando la coordinación autonómica y la figura del coordinador hospitalario que, de la misma forma que en el resto del territorio nacional, es el pilar fundamental del modelo organizativo español de trasplantes.

Tabla 59. Centros autorizados en materia de extracción de órganos y tejidos. Castilla y León, 2007.

Fuente: Memoria de Trasplantes Castilla y León. Coordinación Autonómica. 2007.

HOSPITALES	Órganos	Córneas	Tejido Osteotendinoso	Tejido Vascular	Válvulas Cardíacas	Piel
C.A. de AVILA	SI	SI	SI	--	--	--
C.A. de BURGOS	SI	SI	SI	SI	--	--
C.A. de LEÓN	SI	SI	SI	SI	si	--
C.A. de PALENCIA	SI	SI	SI	--	--	--
H. El Bierzo (LE).	SI	SI	SI	--	--	--
C.A. de SALAMANCA	SI	SI	SI	SI	SI	--
C.A. de SEGOVIA	SI	SI	SI	--	--	--
C.A. de SORIA	SI	--	--	--	--	--
H. U. del Río Hortega (VA)	SI	SI	SI	--	--	SI
H. Clínico Universitario (VA)	SI	SI	SI	SI	SI	--
C.A. de ZAMORA	SI	SI	SI	--	--	--
H. Santos Reyes de ARANDA DE DUERO (BU)	--	--	SI	--	--	--

Tabla 60. Centros autorizados en materia de Trasplante de órganos y tejidos. Castilla y León, 2007.

Fuente: Memoria de Trasplantes Castilla y León. Coordinación Autonómica. 2007

HOSPITAL	MEDULA ÓSEA		VASCULAR	T. OSTEOTEND.	CORNEAS	HÍGADO	CORAZÓN
	AUTÓLOGO	ALOGÉNICO					
C.A. de AVILA	--	--	--	SI	--	--	--
C.A. BURGOS	--	--	SI	SI	SI	--	--
C.A. de LEÓN	--	--	SI	SI	SI	--	--
C.A. de PALENCIA	--	--	--	SI	--	--	--
H. El Bierzo. (LE)	--	--	--	SI	SI	--	--
C.A. de SALAMANCA	SI	SI	SI	SI	SI	--	--
C.A. de SEGOVIA	--	--	--	SI	--	--	--
C.A. de SORIA	--	--	--	--	--	--	--
H. U. del Río Hortega (VA)	SI	--	--	SI	--	SI	--
H. Clínico Universitario. (VA)	--	--	SI	SI	SI	--	SI
C.A. de ZAMORA	--	--	--	SI	--	--	--
H. Santos Reyes de Aranda de Duero (BU)	--	--	--	SI	--	--	--

### Hemodonación y hemoterapia

La organización de los recursos de la Comunidad en materia de Hemodonación y Hemoterapia se ha modificado a lo largo de estos años. En 2003, se creó el Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León y, desde finales de 2005, ha integrado la actividad de todas las Áreas excepto la de Burgos y que trabaja en colaboración con las Hermandades de donantes de sangre de todas las provincias. Existen además servicios de transfusión

repartidos por los hospitales públicos de todas las Áreas de Salud y en 17 centros privados de la Comunidad.

Tabla 61. Red de Hemodonación y Hemoterapia. Castilla y León 2005.

Fuente: Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León.

Año 2005		
Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León	Colaboración con 9 Hermandades de Donantes de Sangre:	11 Servicios de Transfusión de Hospitales Públicos:
	H.Ávila H.Bierzo H.León H.Palencia H.Salamanca H.Segovia H.Soria H.Valladolid H.Zamora	C.A. de Ávila C.A.de León Hospital del Bierzo C.A. de Palencia C.A. de Salamanca C.A. de Segovia C.A. de Soria H. Clínico de Valladolid H.Río Hortega de Valladolid H. de Medina del Campo C.A. de Zamora
Banco de Sangre Área de Burgos	Colaboración con la Hermandad de Donantes de Burgos	14 Sº Transfusión Hospitales Privados
		4 Sº Transfusión Hospitales Públicos
		3 Sº Transfusión de Hospitales Privados

## Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria

La Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria en Castilla y León es un centro directivo con rango de Dirección General encuadrado en la Consejería de Sanidad. Su estructura básica queda definida en el Decreto 77/2003, de 17 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.

Tabla 62. Recursos humanos dependientes funcionalmente de la Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria. Castilla y León 2005.

Provincia	Sección HASA*	Sección Laboratorio*	Veterinarios Oficiales**	Farmacéuticos Oficiales**
Ávila	4	5	40	15
Burgos	5	5	67	24
León	5	5	84	20
Palencia	5	5	29	13
Salamanca	6	6	85	26
Segovia	4	4	41	13
Soria	4	4	30	14
Valladolid	7	7	60	28
Zamora	4	4	39	12
<b>CyL</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>475</b>	<b>165</b>

\*Servicios Oficiales (Titulados Superiores) en Secciones Provinciales (Secciones de Higiene de los Alimentos y Sanidad Ambiental y Secciones de Laboratorio), \*\* Servicios Oficiales en Demarcaciones Sanitarias.

## Actividad asistencial

### Atención Primaria

En el 2007 se atendieron un total de 29.977.670 consultas (17.593.811 de médicos de familia, 11.080.607 de enfermería y 1.303.252 de pediatría).

Tabla 63. Actividad en Atención Primaria de Salud. Jornada ordinaria y atención continuada. Castilla y León, 2007.  
Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007

	Act. Ordinaria
Medicina Familiar	17.593.811
Actividad de Enfermería	11.080.607
Actividad Pediatría	1.303.252
Matronas	272.577
Trabajadores Sociales	101.205
Sesiones de Fisioterapia	424.450
Equipos de Salud Bucodental	102.116

	Act. Continuada
Media consultas total/día	557
Media de consultas centro/día	454
Media de consultas domicilio/día	41
Media de consultas enfermera program/día	64

En promedio, cada médico de familia atiende a 30,15 pacientes al día y cada enfermera a 21,56. En pediatría el número de pacientes atendidos al día es de 23,74.

### Atención Especializada

La actividad en el nivel de Atención Especializada, en los centros de la Gerencia Regional de Salud, ha aumentado de forma importante desde 1998. El número total de altas hospitalarias ha crecido un 16% en este periodo destacando el gran incremento en el número de altas correspondientes al grupo poblacional de mayores de 65 años (incremento del 32%) y de mayores de 75 años (59%). Esta tendencia se repite cuando analizamos las estancias generadas. La estancia media apenas se ha modificado a lo largo de estos años.

Tabla 64. Actividad en Atención Especializada en Hospitales de Sacyl. Castilla y León, 1998 y 2005.

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos 1998-2005. Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación DGPCOF. Consejería de Sanidad Castilla y León. Memoria INSALUD 1998 y S.I.A.E Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2005.

	1998	2005
Total de Altas	209.270	242.003
Altas > 65 años	81.683	107.444
Altas >75 años	39.315	62459
Total de Estancias	1.635.298	1.839.627
Estancias > 65 años	815.155	1.049.367
Estancias >75 años	398.476	628.468
Estancia Media	7,80	7,60
Índice de rotación	36,28	37,91
Índice de ocupación	78,47	79,08
Partos/día	38,41	45,81
Consultas/1.000 habitantes	1.393,29	1.524
Urgencias/1.000 habitantes	300,77	376,57

Figura 52. Número de altas hospitalarias por sexo. Castilla y León. Hospitales Sacyl, 1998-2005.

Fuente: CMBD 1998-2005

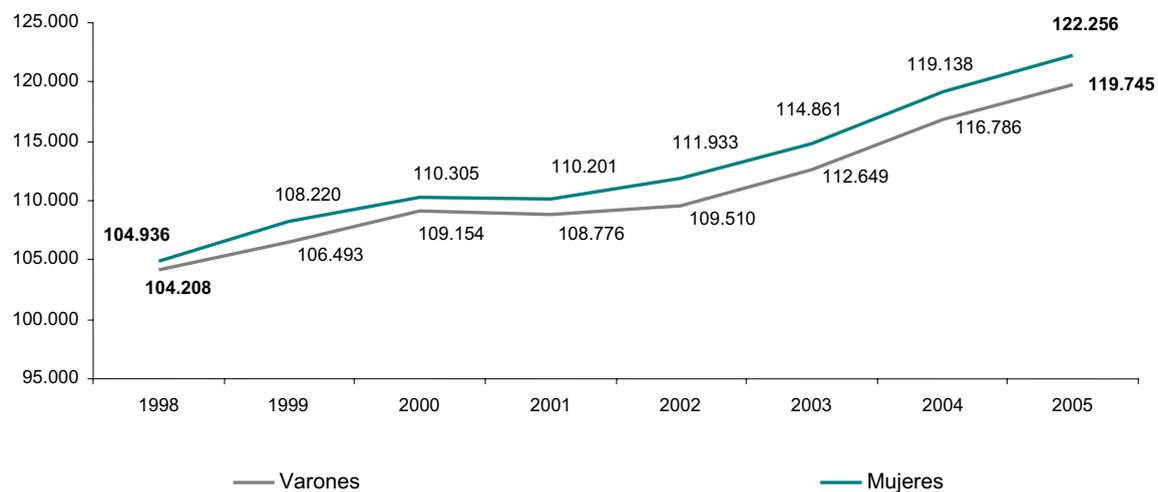


Figura 53. Número de estancias hospitalarias por sexo. Castilla y León. Hospitales Sacyl, 1998-2005.

Fuente: CMBD 1998-2005

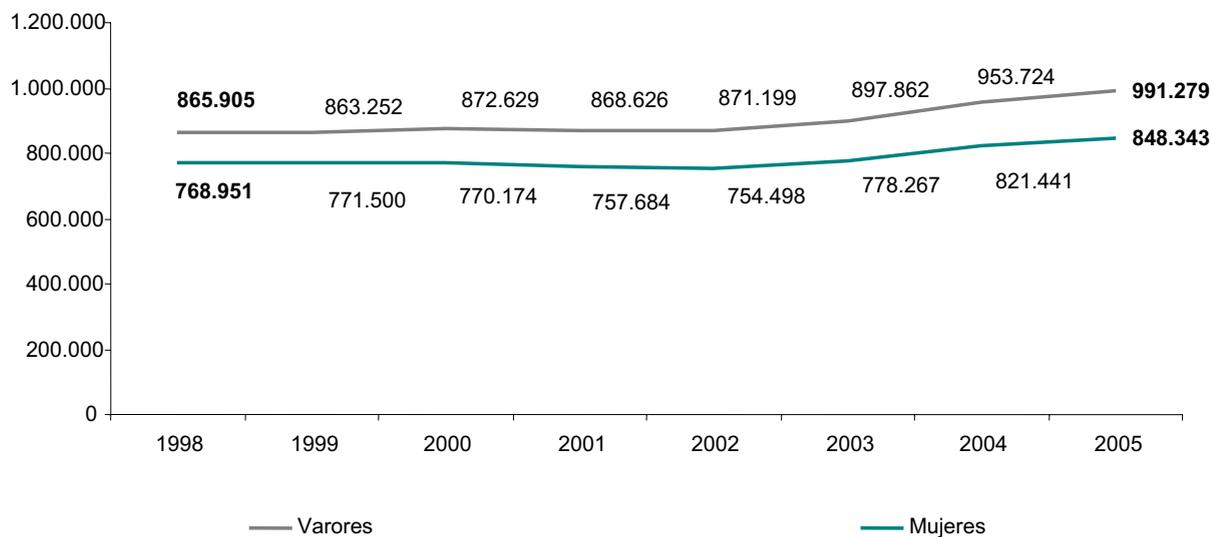


Figura 54. Número de altas hospitalarias. Mayores de 65 y de 75 años. Castilla y León. Hospitales Sacyl, 1998-2005.

Fuente: CMBD 1998-2005

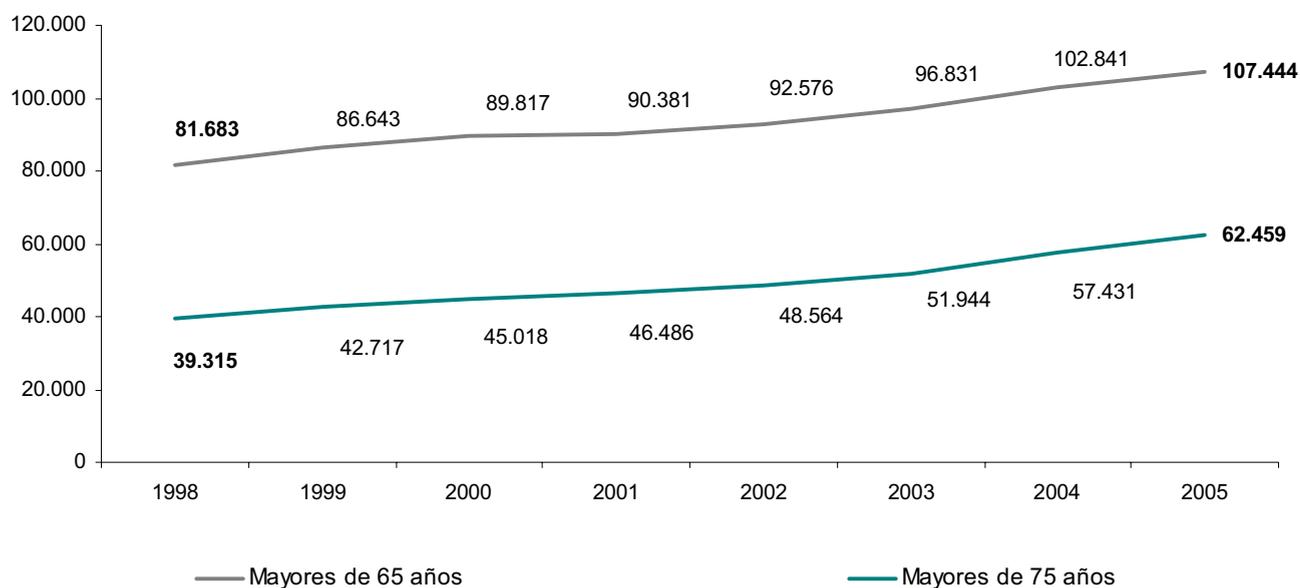


Figura 55. Número de estancias hospitalarias. Mayores de 65 y de 75 años. Castilla y León. Hospitales Sacyl, 1998-2005.  
Fuente: CMBD 1998-2005

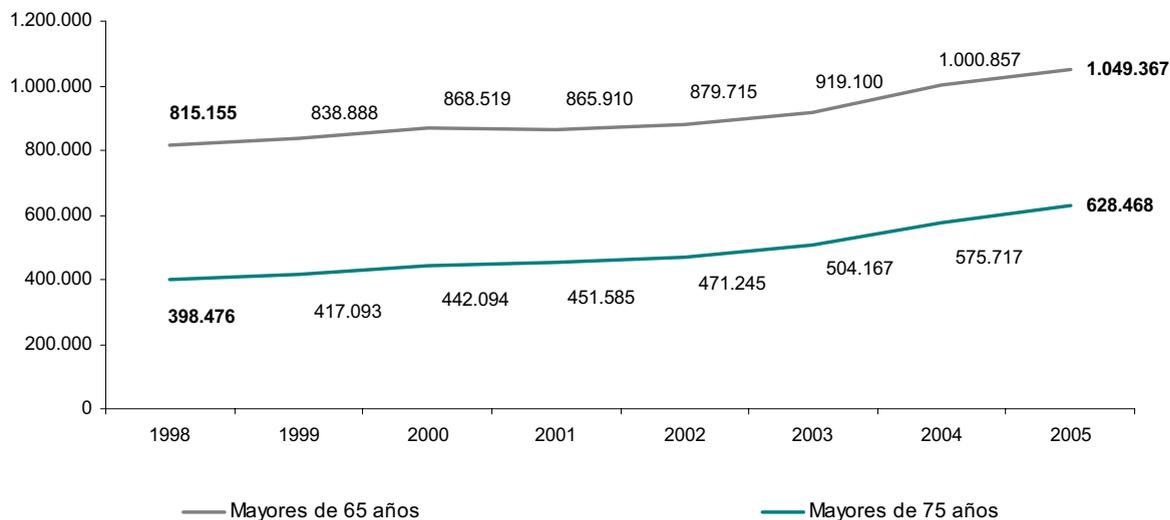


Tabla 65. Otros indicadores de actividad en Hospitales de Sacyl. Castilla y León, 2007.

Fuente: S.I.A.E Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2007.

<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>	
Nº PRIMERAS CONSULTAS	1.287.257
Nº CONSULTAS SUCESIVAS	2.467.402
<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>	
Nº IQ PROGRAMADAS	99.634
Nº IQ URGENTES	28.747
<b>PARTOS (nº partos)</b>	<b>17.623</b>
<b>URGENCIAS (nº urgencias)</b>	<b>950.036</b>
<b>HOSPITAL DE DÍA (nº de tratamientos)</b>	<b>119.727</b>
<b>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (nº de pruebas)</b>	
ECOGRAFÍAS	241.258
MAMOGRAFÍAS	60.310
TAC	142.801
RMN	22.163

El Acuerdo de la Junta de Castilla y León de 26 de diciembre de 2003 aprobó el Plan de Reducción de Listas de Espera 2004-2007 con el fin de reducir progresivamente las demoras llegando al final del periodo a tiempos máximos de espera quirúrgica por debajo de los 100 días, tiempos máximos de Lista de Espera de consultas externas, por debajo de los 30 días y tiempos máximos de espera de Lista de Espera de pruebas diagnósticas, por debajo de los 20 días, tal como refleja el cuadro publicado en el Acuerdo, para todo el periodo de vigencia del Plan.

Tabla 66. Plan de Reducción de Listas de espera, 2004-07.  
Fuente: Consejería de Sanidad

Año	DEMORA MÁXIMA PREVISTA 2004-2007		
	L.E. Quirúrgica	L.E. Consultas Externas	L.E. Pruebas Diagnósticas
2004	< 165	< 60	< 30
2005	< 150	< 45	< 25
2006	< 130	< 35	< 22
2007	< 100	< 30	< 20

La demora media en el periodo 2005-2006 para los diferentes dispositivos de Atención Especializada y para los procedimientos quirúrgicos más frecuentes se recogen en las tablas 67 y 68.

Tabla 67. Demora media durante el periodo 2005-2006. Intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnósticas.  
Fuente: Consejería de Sanidad.

	2006	2005	Nº de pacientes en lista de espera Dic 06
Intervención quirúrgica	57 días	56 días	28337
Consultas externas	22 días	24 días	43382
Pruebas diagnósticas	7 días	17 días	3.375
TAC	7 días	13 días	--
RNM	3 días	7 días	--
Ecografías	8 días	21 días	--
Mamografías	7 días	14 días	--

Tabla 68. Lista de espera quirúrgica. Demora media en los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, Diciembre 2006.  
Fuente: Consejería de Sanidad.

	Demora media	Nº de pacientes
Catarata	54 días	5.306
Osteoartrosis	64 días	2.228
Hernia inguinal	53 días	1.636
Varices extremidades inferiores	44 días	1.073
Hallux valgus	58 días	895

La Comunidad ha avanzado, en los últimos años, en autosuficiencia en la dotación de recursos en Atención Especializada tal y como demuestra la evolución de la derivación de pacientes a centros

asistenciales especializados fuera de la Comunidad Autónoma. Durante el período 2001-2007, el número de derivaciones a otras comunidades ha pasado de 8.918 en 2001 a 5.398 en 2007.

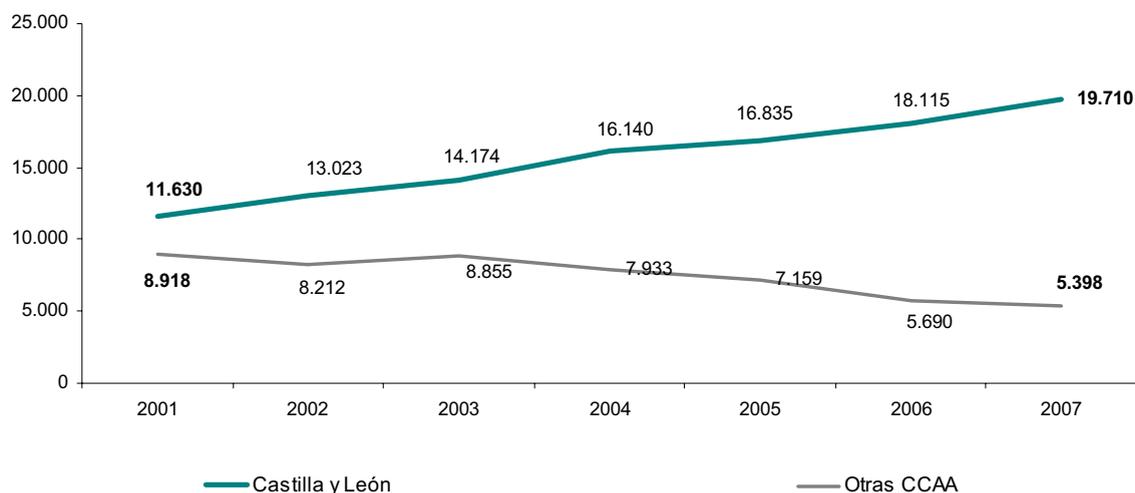
Tabla 69. Evolución de la derivación de pacientes a centros asistenciales especializados dentro y fuera de Castilla y León. Datos de primeras consultas.

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total</b>							
Nº derivaciones	20.548	21.235	23.029	24.073	23.994	23.805	25.108
Variación interanual	--	3,3%	8,4%	4,5%	-0,3%	-0,8%	5,5%
<b>Castilla y León</b>							
Nº derivaciones	11.630	13.023	14.174	16.140	16.835	18.115	19.710
% sobre el total	56,6%	61,3%	61,5%	67,0%	70,2%	76,1%	78,5%
Variación interanual	--	12,0%	8,8%	13,9%	4,3%	7,6%	8,8%
<b>Otras Comunidades</b>							
Nº derivaciones	8.918	8.212	8.855	7.933	7.159	5.690	5.398
% sobre el total	43,4%	38,7%	38,5%	33,0%	29,8%	23,9%	21,5%
Variación interanual	--	-7,9%	7,8%	-10,4%	-9,8%	-20,5%	-5,1%
<b>Nº de derivaciones a otras comunidades</b>							
Andalucía	9	9	1	4	2	5	6
Aragón	1521	1.137	888	790	346	207	247
Asturias	193	139	133	112	83	75	75
Baleares	0	1	0	1	0	0	0
Canarias	2	0	2	0	0	1	1
Cantabria	681	684	603	599	492	331	212
Castilla-La Mancha	80	76	88	70	81	49	118
Cataluña	89	109	109	92	95	101	132
Extremadura	0	1	1	5	2	2	3
Galicia	45	32	20	30	16	11	34
La Rioja	31	115	300	494	122	23	14
Madrid	5.646	5.210	5.851	4.506	4.492	3.758	3.890
Murcia	2	0	0	1	2	0	5
Navarra	240	257	382	566	801	517	286
País Vasco	349	427	457	649	613	594	354
Valencia	20	10	20	14	12	16	21
No definida	10	5	0	0	0	0	0

Figura 56. Evolución de la derivación de pacientes a centros asistenciales especializados dentro y fuera de Castilla y León. Datos del número de primeras consultas.

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2001-2007.



## Emergencias

La actividad asistencial prestada por los recursos de emergencias sanitarias ha ido creciendo a la vez que se han ido potenciando. Según la información referente al año 2007, en el último año se recibieron un total de 242.186 llamadas, de las cuales 182.058 (75,2%) requirieron la utilización de recursos móviles.

Respecto al total de recursos movilizados, 151.049 (73,0%) servicios fueron prestados con ambulancias de soporte vital básico y ambulancias convencionales de urgencias, 34.364 (17,0%) con

Unidades Medicalizadas de Emergencias. 21.414 llamadas fueron atendidas por Atención Primaria y 1.210 servicios requirieron la intervención de los helicópteros (1%).

## Donación y trasplantes

Los donantes reales durante el año 2006 han sido 92, la misma cifra que en 2005 y un 21% más alta, respecto a la registrada en el año 2004. Esto ha supuesto una tasa de Donantes por Millón de Población de 36,4, 2,6 puntos por encima de la media nacional.

Tabla 70. Número de donantes. Castilla y León. Datos por Áreas de Salud, 1998-2007.

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes. Castilla y León. 2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ávila	3	4	1	1	4	2	3	3	1	1
Burgos	8	8	10	9	10	14	12	21	14	16
León	11	8	10	15	13	19	15	19	13	11
El Bierzo	4	5	5	3	5	3	5	3	6	5
Palencia	2	2	0	5	4	1	1	2	6	4
Salamanca	9	8	11	7	12	9	11	9	10	13
Segovia	5	8	2	3	5	2	7	5	4	5
Soria	1	4	5	1	3	3	1	1	1	1
Va Este	8	5	15	16	17	13	11	13	21	11
Va Oeste	12	5	8	9	13	7	8	13	10	13
Zamora	1	7	1	6	2	0	2	3	6	6
<b>CyL</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>68</b>	<b>75</b>	<b>88</b>	<b>73</b>	<b>76</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>86</b>

En lo que se refiere a la organización en materia de donación y trasplantes, Castilla y León tiene peculiaridades por grande y dispersa, lo que condiciona que los centros de referencia de neurocirugía de la Comunidad estén más lejos de los lugares de origen de los pacientes que en otras regiones. A pesar de esto se han alcanzado tasas similares a otras Comunidades.

La puesta en marcha en el año 2000 del transporte sanitario asistido y la asistencia sanitaria "in situ" a través de la Gerencia de Emergencias Sanitarias

ha marcado una inflexión positiva, que ha facilitado el traslado y la asistencia de los pacientes en los centros neuroquirúrgicos de referencia de la Comunidad, hecho que unido a la formación de los médicos y enfermeras del servicio, en el proceso de la detección del donante potencial, el diagnóstico de la muerte encefálica y el mantenimiento de donante potencial de órganos, ha llevado a una mejora global de las actuaciones.

También la actividad trasplantadora ha ido aumentando en los diferentes centros autorizados, conso-

lidándose los programas de trasplante renal, hepático y cardiaco en la Comunidad.

Todo esto ha ido unido a la puesta en marcha de diferentes registros y programas de mejora de la calidad de los procesos de donación de los hospitales de la Comunidad.

**Tabla 71. Número de órganos y tejidos trasplantados. Castilla y León. 1998-2007**

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes. Castilla y León. 2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Trasplante Renal	60	55	61	70	79	79	69	95	95	83
Trasplante Cardiaco	--	--	--	2	7	10	12	9	13	6
Trasplante Hepático	--	--	--	3	16	30	25	40	34	30
Trasplante Médula ósea autólogo	98	84	69	63	75	71	62	68	70	--
Trasplante Médula ósea alogénico	17	29	34	27	31	35	33	26	20	--
Córneas	57	57	68	54	59	50	56	69	111	--





## Programas de vacunación

Desde 1998, y dentro del Programa de Vacunaciones se han publicado **4** *Calendarios Oficiales de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia en la Comunidad de Castilla y León*, con el fin de adecuar la administración de las vacunas a la situación epidemiológica de las enfermedades infecciosas prevenibles mediante vacunación:

- 1999: - Se introduce la hepatitis B en el recién nacido (3 dosis: 0, 2, 6 meses)
  - Tosferina acelular y Haemophilus influenzae b: 3 dosis y 1 refuerzo junto con DT (2, 4, 6 meses y refuerzo 18 meses)
- 2000: - Meningococo C conjugada (3 dosis: 2, 4, 6 meses)
  - Tosferina acelular a los 6 años junto a DT
  - 2<sup>a</sup> dosis de Triple vírica a los 6 años
- 2004: - Sustitución de Polio oral por Polio inactivada

- Administración junto con difteria, tétanos, tosferina, hib (vacuna pentavalente)

2005: - Supresión de la dosis de triple Vírica de los 11 años  
 - Introducción de la vacuna frente a la varicela a los 11 años

En abril de 2008 se iniciará la vacunación frente al virus de papiloma humano en las niñas (VPH) como medida preventiva primaria frente al cáncer de cuello de útero.

Figura 57. Calendario vacunal en Castilla y León, 2007.

Fuente: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública e I+D+I.



Desde 1998 a 2005 las coberturas de primovacuna-  
ción superan el 97%. Las dosis de refuerzo  
alcanzan el 95%, llegando al 98% en el 2005.

Respecto al resto de Comunidades Autónomas,  
Castilla y León se encuentra dentro del grupo de las  
cinco que presentan mejores datos de coberturas.

Desde 1998 se han realizado dos campañas de  
vacunación específicas:

- 2000: meningococo C con vacuna conjugada  
(menores de 6 años): cobertura 91,68%.
- 2004: meningococo C con vacuna conjugada  
(10 a 17 años): cobertura 86,55%.

Además están en marcha dos programas de vacu-  
nación en adultos:

- Vacunación antigripal: en Castilla y León la  
primera campaña de vacunación antigripal se  
llevó a cabo en 1986. Desde entonces y hasta  
la actualidad se han incrementado las cober-  
turas vacunales y se ha ampliado la población  
diana.  
Respecto al resto de España, Castilla y León  
está entre las cinco Comunidades con mayo-  
res coberturas.
- Vacunación antineumocócica: programa pue-  
sto en marcha en 2001 y dirigido a personas  
mayores de 65 años y a residentes en centros  
de personas mayores. Al ser una vacuna de  
administración única, se estima que la cobertu-  
ra total alcanzada en Castilla y León después  
de las 3 campañas realizadas es del 80,12%,  
en población mayor de 65 años.

## Programa de detección precoz del cáncer de mama

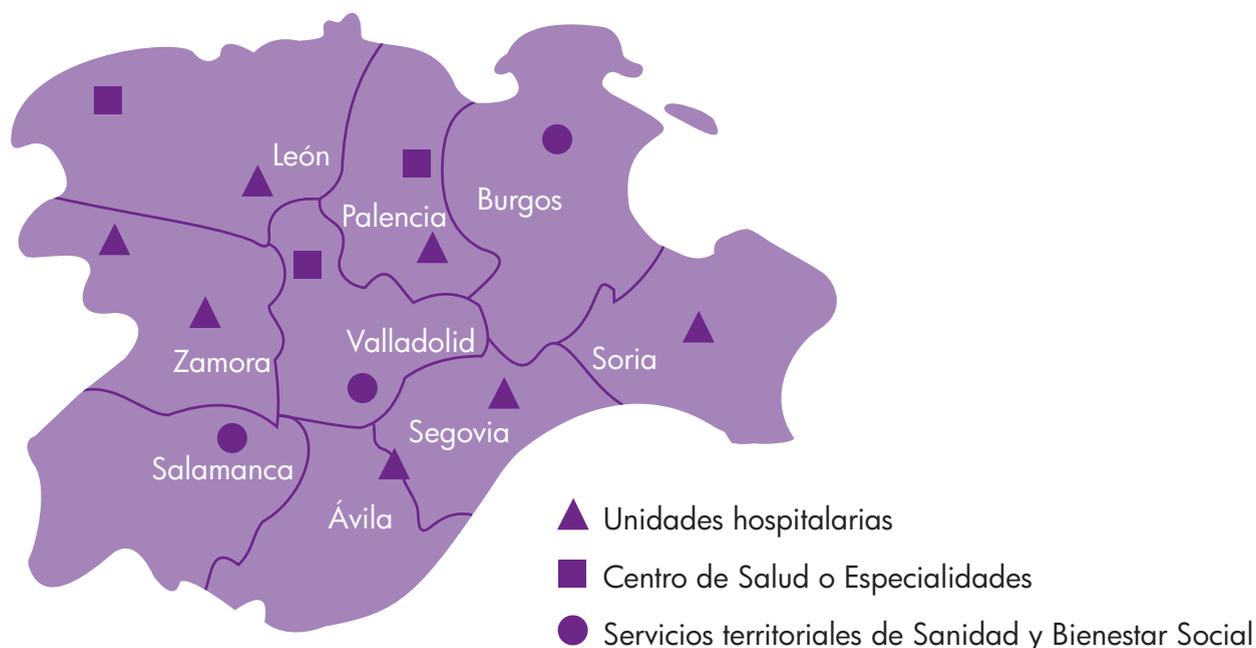
El Programa de Detección Precoz del Cáncer de  
Mama (PDPCM), inició su funcionamiento en  
1992. En la actualidad está implantado en todas  
las Zonas Básicas de Salud de la Comunidad.

Se utiliza la mamografía como prueba de cribado  
con un intervalo de 24 meses y doble proyección.  
La población diana hasta el año 2004 fueron las  
mujeres entre 45 y 65 años, ampliándose este  
grupo en 2005, hasta los 69 años. En 2005 la  
población diana en nuestra Comunidad superaba  
las 300.000 mujeres.

En lo que se refiere a las unidades de exploración,  
en el año 1998 estaban en funcionamiento 4 uni-  
dades móviles y 6 unidades fijas ubicadas en Ávila,  
Burgos, León, Salamanca, Soria y Valladolid. En el  
año 2006 estaba disponible una unidad fija en  
cada Área de Salud, además de la unidad de  
Benavente en Zamora, Cervera de Pisuerga en  
Palencia y una unidad móvil nueva, para aquellas  
Zonas Básicas de Salud con dificultades de acceso  
a las unidades fijas.

Figura 58. Distribución de las unidades de exploración mamográfica en Castilla y León, 2006.

Fuente: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública I+D+I.



Este incremento y mejora en las unidades de exploración ha permitido un incremento paulatino en la participación en el programa que ha llegado a ser en el 2005 del 64,61%, cifra similar a la que se registra de forma global para todo el territorio español.

En lo que se refiere a los resultados del informe mamográfico, del total de exploraciones mamográficas con informe del radiólogo, un 3,48% fueron informadas como positivas. De acuerdo al estándar de la Guía Europea de calidad en screening mamográfico, en la que se establecen como deseables los valores por debajo del 5%, la valoración del indicador mencionado es positiva.

En el marco de este programa y durante el periodo comprendido entre los años 1998 y 2005 se han

diagnosticado más de 1.200 tumores. Tal como muestra la tabla siguiente, las tasas de detección han oscilado entre 1,15 y 2,64.

**Tabla 72. Resultados de la evaluación del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Castilla y León, 1998-2005.**  
Fuente: Evaluación del PDPCM. 2005. Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Dirección General de Salud Pública e I+D+I.

	% de participación	Nº exploraciones	Nº Tumores diagnosticados	Tasa de detección/1.000
1998	46,64	64.985	170	2,62
1999	50,86	70.988	178	2,51
2000	38,34	53.109	140	2,64
2001	55,28	76.697	178	2,32
2002	48,87	67.862	171	2,52
2003	52,74	74.763	156	2,09
2004	56,20	81.742	137	1,68
2005	64,61	96.931	111	1,15

### Programa de prevención de cáncer e infecciones ginecológicas

Este programa inició su desarrollo en 1986 pero fue a partir de 1991 cuando se extendió a toda la Comunidad como programa de ámbito regional. En la actualidad está implantado, prácticamente, en el 100% de las Zonas Básicas de Salud de la Comunidad. Desde 1994 se encuentra integrado en la Red Europea de Screening de Cáncer de Cuello Uterino.

Desde 1998 el programa ha sufrido algún cambio en lo que se refiere a la población diana. En esos años se ofertaba la realización de estudios citológicos a mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años, así como a otras mujeres que, sin pertenecer a este grupo de edad, presentaran factores de riesgo. La población diana se modificó en 2004 elevando el límite inferior a los 35 años. En la actualidad este límite está fijado en los 30 años.

La prueba de cribado consiste en dos citologías iniciales separadas un año entre sí, y ante resultado negativo se repite cada 3 años.

Desde 1998 los datos de cobertura han sido similares situándose alrededor del 30%. La cobertura más alta fue la registrada en 2004 que alcanzó el 37,75%. Desde ese año han participado en el programa más de 425.000 mujeres, diagnosticándose 3.650 alteraciones morfológicas de las que se

han confirmado 960 casos. La tasa de detección se sitúa en torno al 0,25‰, salvo en el año 2001, en que casi se duplicó.

Tabla 73. Resultados de la evaluación del Programa de Prevención de cánceres e infecciones ginecológicas. Castilla y León, 1998-2004.

Fuente: Evaluación del Programa de Prevención de Cánceres e Infecciones ginecológicas 2004. Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Dirección General de Salud Pública e I+D+I.

	% de ZBS con programa	Cobertura	Nº Participantes	% alteraciones morfológicas	% infecciones	Casos positivos	Tasa de detección de casos ‰
1998	93,0	36,94	63.663	0,50	14,70	112	0,24
1999	96,3	30,13	63.234	0,55	13,04	116	0,27
2000	99,2	29,53	61.939	0,73	12,18	199	0,26
2001	99,2	31,67	58.883	0,82	12,18	164	0,48
2002	99,2	34,57	64.132	1,02	10,83	166	0,25
2003	99,2	32,03	58.485	1,00	13,15	118	0,21
2004	99,6	37,75	56.858	1,43	--	85	0,25

## Programas de protección de la salud y seguridad alimentaria

La Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria asumió la competencia de desarrollar programas relacionados con la vigilancia y el control de aquellos factores externos que, de alguna manera pueden modificar el estado de salud de una población. En este sentido se han puesto en marcha programas para el control del agua, tanto de consumo humano como de recreo, para el control de los alimentos y toda su cadena productiva, y para la prevención de la legionelosis.

Tabla 74. Número de inspecciones de Control Sanitario Oficial de Alimentos, 2007. Castilla y León.

Fuente: Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria.

Tipo de Industria/establecimiento	Nº Controles	%
Industrias de la carne	11.471	9,16
Industrias de la pesca	310	0,25
Industrias lácteas	2.802	2,24
Otras industrias	11.389	9,1
Almacenes mayoristas	9.158	7,32
Establecimientos minoristas	42.582	34,03
Prestación de servicios	47.395	37,88

En el marco del Plan de Vigilancia de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles, los Servicios Veterinarios Oficiales destinados en los mataderos de Castilla y León, durante 2007 proce-

dieron a la toma de 94.740 muestras de tronco encefálico de vacuno >24 meses, 7.133 muestras en caprino de >18 meses y 5.439 en el caso de ovino >18 meses.

Durante 2007 se han realizado 25.000 inspecciones de aguas de consumo humano para garantizar la calidad sanitaria del agua y 3.411 inspecciones relacionadas con la vigilancia sanitaria de las aguas de recreo.

Tabla 75. Relación de actuaciones en materia de vigilancia sanitaria de instalaciones relativas al Plan de Prevención de la Legionelosis en Castilla y León, 2007.

Fuente: Agencia de Protección de la Salud y Seguridad Alimentaria.

Año 2007	N
Nº establecimientos con torres de refrigeración y/o condensadores evaporativos	455
Nº de torres de refrigeración y/o condensadores evaporativos	1.151
Nº de inspecciones realizadas a establecimientos con torres y/o condensadores	696
Nº de inspecciones realizadas a otros establecimientos con instalaciones de riesgo	1.700
Nº de muestras tomadas	679

Desde el año 2006, la Consejería de Sanidad presenta en el Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León los datos de los niveles de 50 tipos polínicos y sus previsiones, de acuerdo con los análisis realizados semanalmente en las doce estaciones de medida de las provincias.



## Proyecto Oncoguías

El proyecto nació en el 2003 con el objetivo de facilitar la planificación y la gestión de los procesos oncológicos en la Comunidad Autónoma. Su objetivo final era mejorar la continuidad asistencial, e incorporar en la práctica, las necesidades y expectativas de los usuarios y la mejor evidencia científica disponible en la atención de estos pacientes.

Para facilitar el despliegue del enfoque estratégico buscado, el de un “usuario atravesando transversalmente el sistema de una forma continuada y coordinada” se utilizó, en la elaboración de las oncoguías, una poderosa herramienta de gestión que incumbe directamente a la organización del trabajo, la metodología de la gestión de procesos. Utilizando esta herramienta se consensuaron, para cada una de las oncoguías, las distintas etapas del proceso de atención de estos pacientes, desde la sospecha diagnóstica hasta la resolución del pro-

blema, los recursos necesarios para su implantación y los indicadores más útiles en la gestión de estos procesos.

Desde el 2003 se han editado once oncoguías (mama, cuidados paliativos, melanoma, próstata, colorrectal, pulmón, gástrico, vejiga, cuello de útero, ovario y mieloma). En su elaboración han participado más de un centenar de profesionales asistenciales y de la administración sanitaria de nuestra Comunidad.

### Programas para la vigilancia, prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria

Los profesionales sanitarios han desarrollado desde siempre acciones en su práctica habitual destinadas a favorecer la seguridad del paciente y a evitar la aparición de efectos adversos. En los últimos años, además, la seguridad se ha convertido en una estrategia prioritaria de la OMS y del SNS. Y así ha sido incluida como una de las líneas estratégicas del Plan de Calidad para el SNS que ha promovido la realización de acciones concretas de prevención en las Comunidades Autónomas, a través de convenios o transferencias finalistas.

La infección asociada a la asistencia sanitaria es uno de los efectos adversos que aparece con más frecuencia, en un 5-10% de los pacientes hospitalizados. No es posible eliminar su aparición aunque la puesta en marcha de medidas relacionadas con su vigilancia, prevención y control pueden minimizar el riesgo.

La monitorización de la infección asociada a la asistencia sanitaria es un indicador de calidad y su sistema de vigilancia uno de los objetivos clásicos de la acreditación hospitalaria. Todos los hospitales de la Comunidad cuentan con un sistema de vigilancia, disponen de un sistema de alerta y realizan periódicamente estudios de prevalencia además de pautas escritas con recomendaciones de actuación para su prevención y control. Además la mayoría realiza estudios de incidencia en áreas de alto riesgo.





## Gasto sanitario público

El incremento del gasto sanitario público no sigue el mismo ritmo desde un punto de vista de la clasificación económica o funcional del gasto.

A partir del año 2002 (coincidiendo con las transferencias en materia de sanidad) el mayor porcentaje del gasto sanitario público desde el punto de vista económico corresponde a la remuneración de personal (50%) y a las transferencias corrientes (24%). A lo largo de los últimos años todos los conceptos han ido incrementándose año a año.

Tabla 76. Gasto Sanitario Público en Castilla y León, 1998-2004. Clasificación económico presupuestaria. Gasto consolidado del subsector. Miles de Euros/Porcentaje sobre el total.

Fuente: Contabilidad anual de Castilla y León.

	1998	1999	2000	2001	2002(**)	2003*	2004*
Remuneración del personal	132.836 82,4 %	135.508 81,2 %	150.882 76,1 %	158.398 76,0 %	1.044.132 50,4 %	1.132.629 50,7 %	1.221.410 50,2 %
Consumo intermedio	12.393 7,7 %	13.296 8,0 %	16.556 8,3 %	17.618 8,5 %	315.967 15,2 %	315.811 14,1 %	350.971 14,4 %
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	83 0,0 %
Conciertos	--	--	--	--	97.673 4,7 %	98.421 4,4 %	115.961 4,8 %
Transferencias corrientes	1.323 0,8 %	4.368 2,6 %	3.869 2,0 %	4.022 1,9 %	491.430 23,7 %	548.590 24,6 %	596.793 24,5 %
Gasto de capital	14.683 9,1 %	13.622 8,2 %	27.065 13,6 %	28.459 13,6 %	122.978 5,9 %	138.221 6,2 %	145.893 6,0 %
<b>Gasto público en sanidad gasto consolidado del subsector</b>	<b>161.236</b>	<b>166.793</b>	<b>198.371</b>	<b>208.499</b>	<b>2.072.180</b>	<b>2.233.672</b>	<b>2.431.111</b>
Transferencias intersectoriales	3.359	4.265	2.023	2.543	10.026	14.592	6.658
<b>Aportación al gasto público en sanidad total consolidado</b>	<b>157.877</b>	<b>162.528</b>	<b>196.348</b>	<b>205.956</b>	<b>2.062.155</b>	<b>2.219.080</b>	<b>2.424.453</b>

(\*) Cifras provisionales

(\*\*) RD 1480/2001, de 27 de diciembre, B.O.E. 28 de diciembre, transferencias a Castilla y León con fecha 1 de enero de 2002.

Tabla 77. Porcentaje de incremento anual del Gasto Sanitario Público en Castilla y León 1998-2004. Clasificación económico-presupuestaria. Gasto consolidado del subsector.

Fuente: Contabilidad anual de Castilla y León.

	99-98	00-99	01-00	02-01	03-02	04-03
Remuneración del personal	1,97	10,19	4,75	84,83	7,81	7,27
Consumo intermedio	6,79	19,69	6,03	94,42	-0,05	10,02
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--
Conciertos	--	--	--	--	0,76	15,13
Transferencias corrientes	69,70	-12,89	3,81	99,18	10,42	8,08
Gasto de capital	-7,79	49,67	4,90	76,86	11,03	5,26
<b>Gasto público en sanidad gasto consolidado del subsector</b>	<b>3,33</b>	<b>15,92</b>	<b>4,86</b>	<b>89,94</b>	<b>7,23</b>	<b>8,12</b>

En lo que se refiere a la clasificación funcional del Gasto Sanitario Público observamos un incremento en todos los conceptos a lo largo de estos años, correspondiendo en 2004 un 47% del gasto a los servicios hospitalarios y especializados y casi un 24% a farmacia.

Tabla 78. Gasto Sanitario Público en Castilla y León 1998-2004. Clasificación funcional. Miles de Euros/Porcentaje sobre el total.

Fuente: Contabilidad anual de Castilla y León.

	1998	1999	2000	2001	2002(**)	2003*	2004*
Servicios hospitalarios y especializados	38.574 24,4 %	39.833 24,5 %	52.984 27,0 %	61.806 30,0 %	1.008.921 48,9 %	1.051.649 47,4 %	1.138.295 47,0 %
Servicios primarios de salud	77.879 49,3 %	79.191 48,7 %	58.241 29,7 %	55.934 27,2 %	340.192 16,5 %	363.549 16,4 %	394.519 16,3 %
Servicios de salud pública	14.539 9,2 %	15.092 9,3 %	40.559 20,7 %	43.756 21,2 %	46.690 2,3 %	46.293 2,1 %	55.911 2,3 %
Servicios colectivos de salud	14.874 9,4 %	15.775 9,7 %	18.921 9,6 %	17.672 8,6 %	40.117 1,9 %	51.089 2,3%	63.330 2,6 %
Farmacia	--	--	--	--	475.732 23,1 %	532.765 24,0 %	579.493 23,9 %
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	--	--	--	--	32.561 1,6 %	38.184 1,7 %	50.457 2,1 %
Gasto de capital.	12.011 7,6 %	12.638 7,8 %	25.643 13,1 %	26.788 13,0 %	117.941 5,7%	135.550 6,1 %	142.448 5,9 %
<b>Aportación al gasto público en sanidad total consolidado</b>	<b>157.877</b>	<b>162.528</b>	<b>196.348</b>	<b>205.956</b>	<b>2.062.155</b>	<b>2.219.080</b>	<b>2.424.453</b>

(\*) Cifras provisionales

(\*\*) RD 1480/2001, de 27 de diciembre, B.O.E. 28 de diciembre, transferencias a Castilla y León con fecha 1 de enero de 2002.

Tabla 79. Porcentaje de incremento anual del Gasto Sanitario Público en Castilla y León 1998-2004. Clasificación funcional.  
Fuente: Contabilidad anual de Castilla y León

	99-98	00-99	01-00	02-01	03-02	04-03
Servicios hospitalarios y especializados	3,16	24,82	14,27	93,87	4,06	7,61
Servicios primarios de salud	1,66	-35,97	-4,12	83,56	6,42	7,85
Servicios de salud pública	3,66	62,79	7,31	6,28	-0,86	17,20
Servicios colectivos de salud	5,71	16,63	-7,07	55,95	21,48	19,33
Farmacía	--	--	--	--	10,71	8,06
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	--	--	--	--	14,73	24,32
Gasto de capital.	4,96	50,72	4,27	77,29	12,99	4,84
<b>Aportación al gasto público en sanidad total consolidado</b>	<b>2,86</b>	<b>17,22</b>	<b>4,66</b>	<b>90,01</b>	<b>7,07</b>	<b>8,47</b>

Tabla 80. Gasto farmacéutico, número de recetas y % EFG en Castilla y León, 1998 y 2005.  
Fuente: Gerencia Regional de Salud.

	1998	2005
<b>GASTO</b>	329.227.904	569.218.488
Nº de recetas	32.272.062	43.261.747
Gasto por receta (Euros)	10,20	13,78
% EFG envases*	1,65	15,69

\* EFG (Especialidades Farmacéuticas Genéricas) envases de 1998, corresponde a 1999



## Encuestas de opinión y satisfacción

Los resultados referentes al año 2005 del Proyecto “Barómetro Sanitario”, de evaluación continuada de la satisfacción y de la calidad de los servicios asistenciales del Sistema Regional de Salud aportan una amplia información sobre la calidad percibida por los usuarios.

- **Encuesta poblacional:** Un elevado porcentaje de los castellanos y leoneses otorga bastante o mucha confianza al Sistema Regional de Salud y califican como buena o muy buena la asistencia sanitaria pública, tanto en hospitales como en centros de Atención Primaria y emergencias, además de considerar las instalaciones en estos niveles asistenciales como buenas o muy buenas.

Por otra parte, de los resultados de la encuesta se desprenden algunas oportunidades de

mejora, como la optimización del transporte en zonas rurales, la lista de espera, la atención específica a las personas mayores o la mejora de la información sobre los derechos, trámites administrativos o los programas de prevención en salud pública.

#### - Encuesta sobre servicios asistenciales:

**Urgencias en Atención Especializada.** El índice de satisfacción calculado mediante la matriz impacto-satisfacción de 8 variables de calidad de la encuesta, es de 86,9%. Las oportunidades de mejora detectadas corresponden al tiempo de espera, la implantación de sistemas de triaje o clasificación de pacientes en urgencias y a la utilización de este tipo de servicio como primera opción.

**Consultas Externas en Atención Especializada:** El índice de satisfacción calculado mediante la matriz impacto-satisfacción de 7 variables de calidad de la encuesta, es de 85,5%. De las oportunidades de mejora detectadas destacan las correspondientes al tiempo de espera en la consulta y las relativas a la realización de las pruebas derivadas de la consulta.

**Hospitalización General en Atención Especializada:** En este apartado el índice de satisfacción es muy elevado, 94,7%. Más del 90% de los usuarios valoran positivamente aspectos como la atención, trato, información, intimidad, comidas... En cuanto a las oportunidades de mejora detectadas destacan: el tiempo hasta el ingreso, la identificación del médico responsable, el conocimiento de las

normas de funcionamiento y la confortabilidad para los acompañantes.

**Encuesta sobre servicios asistenciales: Medicina de familia y pediatría en Atención Primaria:** El índice de satisfacción calculado mediante la matriz impacto-satisfacción de 10 variables de calidad de la encuesta, es de 78,27%. Los usuarios de este nivel asistencial consideran que los servicios son cercanos y accesibles y que resulta adecuado el tiempo que dedican los profesionales, la información recibida, las instalaciones y la atención. Entre las oportunidades de mejora detectadas, destaca la accesibilidad a la consulta de enfermería en núcleos grandes, la facilidad para conseguir cita, la solicitud de cambio de médico, los tiempos de espera, la coordinación entre niveles asistenciales y la accesibilidad a servicios especializados en este nivel asistencial.

**Atención a domicilio programada en Atención Primaria:** es un servicio bien valorado en el que se puede seguir mejorando para adaptarlo a las expectativas y nuevas necesidades de los usuarios.

**Atención a emergencias sanitarias: Servicio 112.** Es un servicio con una valoración excelente ya que un 98,3% de las ocasiones los usuarios han considerado buena o muy buena la asistencia recibida. Las oportunidades de mejora detectadas están relacionadas con la optimización de los tiempos de respuesta.

**Transporte sanitario programado:** más del 70% de los usuarios de este servicio están

satisfechos con la facilidad de las gestiones para su uso, puntualidad, y comodidad. Las oportunidades de mejora aportadas están relacionadas con el tiempo empleado, recorridos y acompañantes.

## Reclamaciones y sugerencias

Las reclamaciones y sugerencias constituyen la expresión de la participación de cada ciudadano en el Sistema Sanitario manifestando su opinión sobre el funcionamiento del mismo.

Los principales motivos de reclamaciones presentadas a lo largo del año 2005 han sido los relacionados con las listas de espera (32,87%), con la organización y funcionamiento (25,87%) y con la asistencia recibida (22,37%), similares a las del año 2004.

En el caso de la Atención Primaria de Salud es mayor el porcentaje de reclamaciones relacionadas con la organización y funcionamiento del sistema. Dentro de éstas, la libre elección de médico y de centro son los motivos más frecuentes de reclamación.

En el nivel de Atención Especializada, sin embargo, son las listas de espera y demoras los motivos más frecuentes, especialmente en relación con la espera para consultas o pruebas diagnósticas.

Las reclamaciones gestionadas en el nivel de la Gerencia de Salud de Área se relacionan en su gran mayoría con el transporte sanitario englobado en el apartado de motivos asistenciales.

Tabla 81. Principales motivos de reclamaciones. Castilla y León. 2005.

Fuente: Registro de Reclamaciones y Sugerencias del Sistema Sanitario de Castilla y León.2005

MOTIVOS	Gerencias de Atención Primaria		Gerencias de Atención Especializada		Gerencias de Salud de Área		Otros centros		TOTAL CASTILLA Y LEÓN	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
ASISTENCIALES	1.363	28,5	1.527	17,2	220	67,7	28	48,3	3.138	22,4
LISTAS DE ESPERA/DEMORA	560	11,7	4.012	45,2	20	6,2	19	32,8	4.611	32,9
TRATO	315	6,6	505	5,7	30	9,2	7	12,1	857	6,1
INFORMACIÓN	61	1,3	173	2,0	17	5,2	0	0	251	1,8
DOCUMENTACIÓN	70	1,5	634	7,1	8	2,5	1	1,7	713	5,1
ORGANIZACIÓN/FUNCIONAMIENTO	2.089	43,7	1.511	17,0	27	8,3	2	3,5	3.629	25,9
CONTENIDO ECONÓMICO	17	0,4	66	0,7	2	0,6	0	0	85	0,6
HOSTELERÍA/CONFORTABILIDAD	301	6,3	443	5,0	1	0,3	1	1,7	746	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>4.776</b>	<b>100</b>	<b>8.871</b>	<b>100</b>	<b>325</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>14.030</b>	<b>100</b>

Las provincias de Valladolid, Segovia y Salamanca son las que más reclamaciones han tramitado en relación a la población adscrita, situándose por encima de la media de la Comunidad.

Los motivos más frecuentes de reclamación en todas las provincias se agrupan en los tres grandes apartados que ya hemos visto para el conjunto de la población castellano y leonesa aunque se aprecian diferencias entre unas provincias y otras. En Ávila, Soria, Palencia, León y Zamora es mayor el porcentaje de reclamaciones englobadas en los motivos asistenciales (insatisfacción o disconformi-

dad con la asistencia recibida), en Segovia, Salamanca y Valladolid la lista de espera (concretamente la lista de espera para consulta o pruebas diagnósticas) y en Burgos los relacionados con la organización y funcionamiento del sistema (sobre todo elección de médico y centro y otras no clasificadas).

Figura 59. Número de reclamaciones/10.000 TIS. Distribución por provincia. Castilla y León, 2005.

Fuente: Registro de Reclamaciones y Sugerencias del Sistema Sanitario de Castilla y León. 2005.

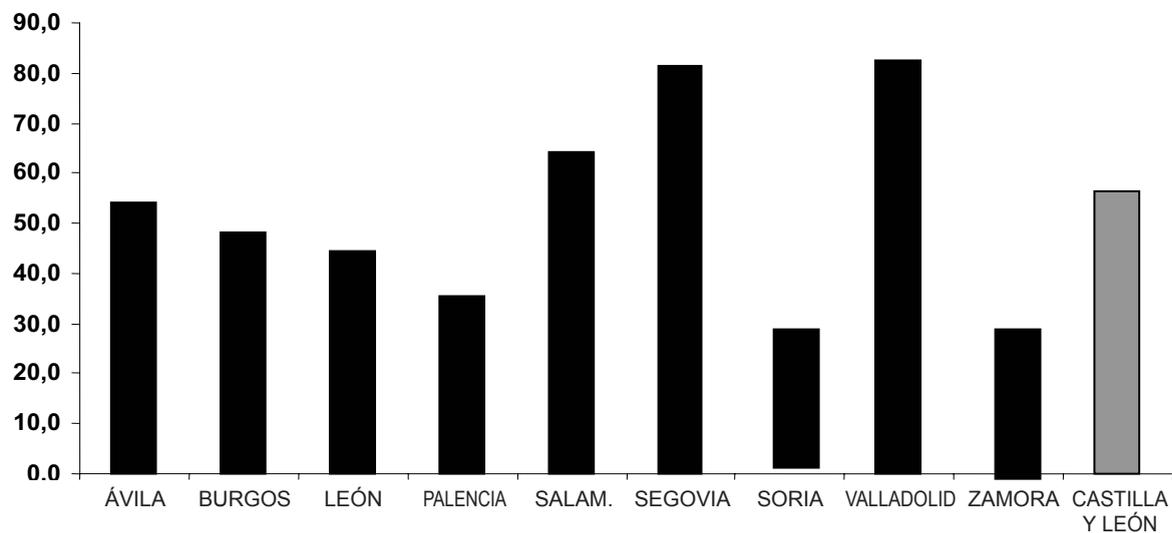
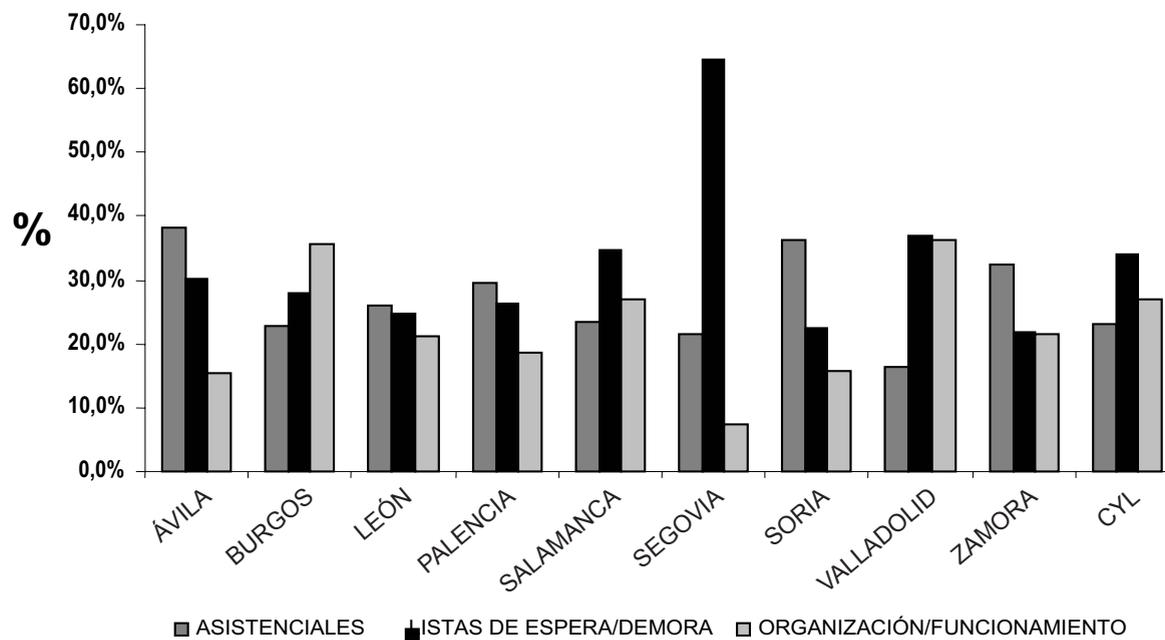


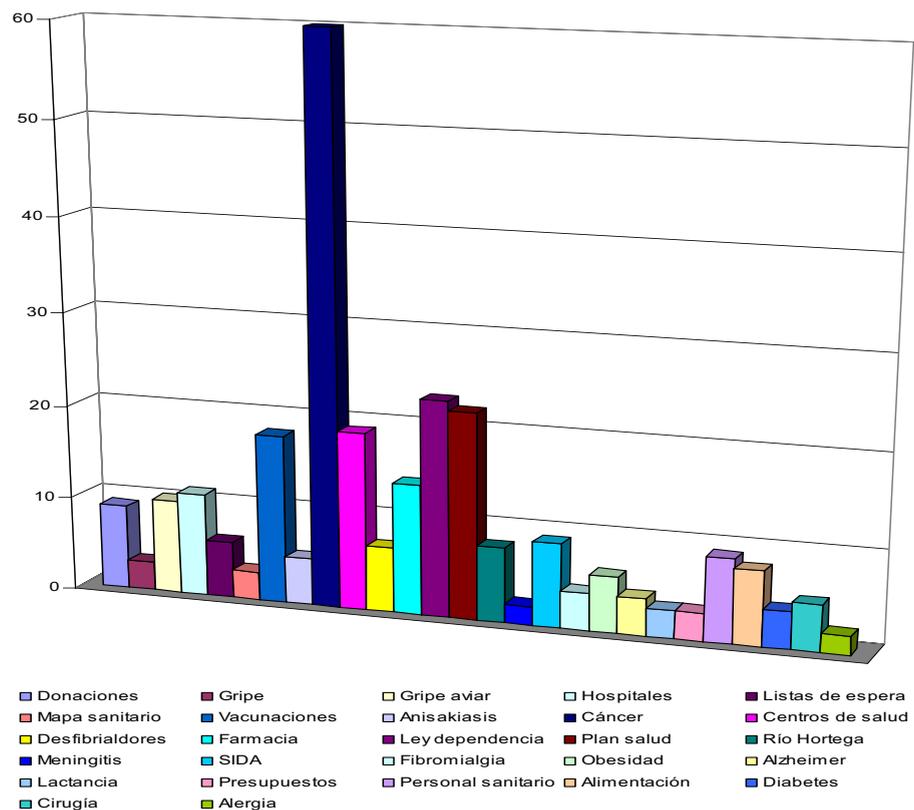
Figura 60. Principales motivos de las reclamaciones. Distribución por provincias. Castilla y León, 2005.

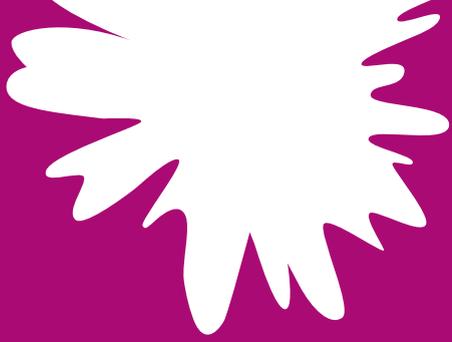
Fuente: Registro de Reclamaciones y Sugerencias del Sistema Sanitario de Castilla y León. 2005.



Durante el último año se ha analizado el impacto de los temas relacionados con la salud en la prensa tanto regional como nacional, comprobando dos tipos de situaciones: contenidos con presencia discreta pero constante y repetida como son: el cáncer, el SIDA, la alimentación y nutrición, donaciones de órganos y tejidos, vacunaciones, etc... y por otro lado, temas con una fuerte presencia durante un periodo concreto como el Plan de Salud, aprobación de normativa.

Figura 61. Número de noticias relacionadas con la salud aparecidas en prensa en días diferentes, 2007.





## Tablas y figuras

Tabla 1. Densidad de población 1998 y 2007. Datos por provincias.

Tabla 2. Número de habitantes según el tamaño del municipio en el que viven 2007. Datos por provincias.

Tabla 3. Indicadores demográficos en Castilla y León y España (1998 y 2007).

Tabla 4. Distribución de la población por grupos de edad (2007). Datos por provincias. Variaciones del grupo de edad de 65 y más años (2007/1998)

Tabla 5. Distribución de la población extranjera en Castilla y León, 2007 según los principales países de procedencia.

Tabla 6. Porcentaje de inmigrantes sobre la población de cada provincia en Castilla y León, 2007.

Tabla 7. Indicadores de natalidad en Castilla y León y España (1998-2006).

Tabla 8. Indicadores de natalidad, mortalidad y crecimiento natural por provincias (1998 y 2006).

Tabla 9. Tasa de crecimiento demográfico por provincias (2006).

Tabla 10. Nivel de estudios en Castilla y León por grandes grupos de edad y sexo. 2006.

Tabla 11. Valor Añadido Bruto (VAB) componentes, y Producto Interior Bruto (PIB). Precios corrientes (unidad miles de euros). Castilla y León 2000-2005

Tabla 12. Valor Añadido Bruto componentes, y Producto Interior Bruto. Índices de volumen encadenados, referencia 2000=100. % Variación anual. Castilla y León

Tabla 13. Esperanza de vida en Castilla y León y España. Distribución por sexos. 1998-2005.

Tabla 14. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Ambos sexos.

Tabla 15. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Varones.

Tabla 16. Principales causas de muerte en Castilla y León, 2006. Mujeres.

Tabla 17. Tasas estandarizadas de años Potenciales de Vida Perdidos por causa de muerte en Castilla y León y España, 2005.

Tabla 18. Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos/1000 hab. Quince primeras causas específicas de muerte. Datos por provincia, 2003

Tabla 19. Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos/1000 hab. Quince primeras

causas específicas de muerte. Datos por provincia y sexo, 2003

Tabla 20. Estancias hospitalarias según grandes grupos de causas. Castilla y León, 2006.

Tabla 21. Altas hospitalarias según grandes grupos de causas. Castilla y León 2006

Tabla 22. Número de altas hospitalarias según grandes grupos de causas. Castilla y León, 2007.

Tabla 23. Altas hospitalarias en procesos específicos. Hospitales del Sacyl, 1998 y 2005.

Tabla 24. Estancias hospitalarias en procesos específicos. Hospitales del Sacyl, 1998 y 2005.

Tabla 25. Estimación del número de diabéticos por sexos en Castilla y León, 2004.

Tabla 26. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Diabetes mellitus). Distribución por grupos de edad. Castilla y León, 2003.

Tabla 27. Número de accidentes de tráfico con víctimas en Castilla y León, 1998 y 2006.

Tabla 28. Principales indicadores de infección nosocomial. EPINE Castilla y León y España, 2002-2006.

Tabla 29. Denuncias por malos tratos (delitos + faltas) producidos por la pareja o expareja. Castilla y León y España, 2002-2007.

Tabla 30. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en Castilla y León por grupos de edad, 1997-2006.

Tabla 31. Tasas estandarizadas de IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años por provincias. Castilla y León, 1997-2004.

Tabla 32. Principales indicadores de Incapacidad Transitoria. Castilla y León, 1998-2006.

Tabla 33. Personas con discapacidad según sexo y tipo de deficiencia. Castilla y León 2005

Tabla 34. Consumo de tabaco en Castilla y León. Datos por sexo y grupo de edad, 2004.

Tabla 35. Consumo de tabaco en los estudiantes de Castilla y León y España, 2004.

Tabla 36. Consumo de alcohol en los estudiantes de Castilla y León y España, 2004.

Tabla 37. Estimación del número de hipertensos mayores de 15 años en Castilla y León, 2004.

Tabla 38. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Hipertensión arterial). Datos por grupo de edad y sexo. Castilla y León, 2003.

Tabla 39. Estimación del número de hiperlipémicos en Castilla y León, 2004.

Tabla 40. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por el médico (Colesterol elevado). Datos por grupo de edad y sexo. Castilla y León, 2003.

Tabla 41. Estimación del número de personas con sobrepeso y obesidad en Castilla y León, 2004.

Tabla 42. Porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad en Castilla y León y España, 2006.

Tabla 43. Porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad en Castilla y León y España, 2006.

Tabla 44. Porcentaje de consumos de alimentos en Castilla y León, 2006.

Tabla 45. Ejercicio físico desarrollado en el trabajo o actividad principal en Castilla y León y España, 2006.

Tabla 46. Infraestructura en Atención Primaria. Castilla y León por Áreas de Salud, 2005.

Tabla 47. Recursos humanos en Atención Primaria. Castilla y León por Áreas de Salud, 2005.

Tabla 48. Recursos humanos en los servicios de apoyo a la Atención Primaria de Castilla y León por Áreas de Salud, 1998 y 2005.

Tabla 49. Servicios incluidos en la cartera de servicios de Atención Primaria en Castilla y León, 2006.

Tabla 50. Número de hospitales según finalidad asistencial.

Tabla 51. Infraestructuras en Atención Especializada en Castilla y León. 1998 y 2005. Datos por hospital/complejo hospitalario

Tabla 52. Camas instaladas por Área de Salud. Hospitales de Sacyl. Tasa por 1.000 habitantes (población adscrita). Castilla y León, 1998 y 2005.

Tabla 53. Centros de Especialidades. Castilla y León, 1998 y 2005.

Tabla 54. Recursos de alta tecnología. Hospitales de la red Sacyl. 1998 y 2006.

Tabla 55. Dispositivos de la red de Asistencia Psiquiátrica. Castilla y León, 1998 y 2005.

Tabla 56. Recursos humanos en Atención Especializada. Estructura de efectivos. Castilla y León, 1998 y 2005.

Tabla 57. Servicios incluidos en la cartera de servicios de Atención Especializada. Castilla y León, 2007.

Tabla 58. Recursos en Emergencias. Castilla y León, 2007.

Tabla 59. Centros autorizados en materia de

III Plan de Salud de Castilla y León

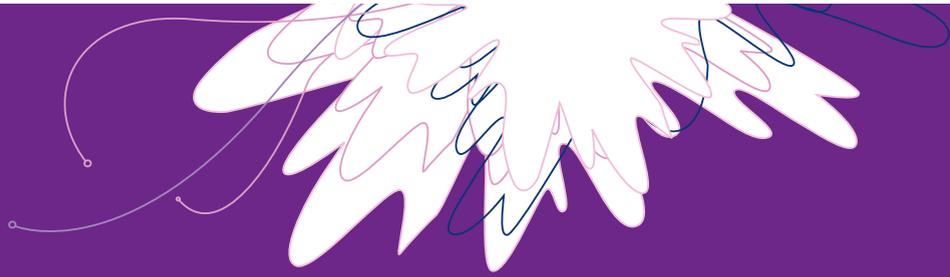
**Objetivos generales y específicos e intervenciones**





# 3

Evaluación del  
II Plan de Salud  
de Castilla y León







La evaluación del II Plan de Salud se ha realizado de acuerdo a la metodología establecida en el propio Plan, y esto ha permitido valorar el grado de consecución de los objetivos planteados y realizar el seguimiento de la evolución de las intervenciones puestas en marcha durante el período 1998-2007.

## 1. Objetivos generales

El II Plan de Salud incluía 28 objetivos generales y para conseguirlos, se propuso una estrategia basada en el desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, acompañada de la dotación de recursos que garantizaran la ejecución del mismo. Se diseñó, además, un sistema de evaluación de carácter dinámico que fuera adaptable a posibles nuevas necesidades.

La mayor parte de los objetivos generales estaban formulados en términos de resultados en salud, y en su definición se establecían las tendencias esperadas al final del período de vigencia del plan, ya fuera en términos de mortalidad o de incidencia, de los problemas sobre los que se iba a intervenir.

El logro de este grupo de objetivos denota que las líneas abordadas fueron las adecuadas para lograr los avances en la salud de la población que habían sido planificados.

La evaluación de estos objetivos queda recogida en la siguiente tabla.

### Evaluación del II Plan de Salud. Objetivos Generales

	OBJETIVOS	%
TOTAL	28	100%
EVALUADOS	26	92,8%
NO EVALUABLES	2	7,2%
<b>EVALUADOS</b>		
EVALUADOS	26	100%
EVALUADOS CONSEGUIDOS	22	84,6%
EVALUADOS PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	4	15,4%
EVALUADOS NO CONSEGUIDOS	-	-
OBJETIVOS EVALUADOS CONSEGUIDOS +EVALUADOS PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	26	100%

De los 28 objetivos generales recogidos en el II Plan de Salud, ha sido posible la evaluación de 26 (92,8%), sólo 2 fueron considerados “objetivos no evaluables” (7,2%). El porcentaje de logro de los objetivos conseguidos más los parcialmente conseguidos se sitúa en el 100%.

## 2. Objetivos Específicos

La evaluación de los 229 objetivos específicos del II Plan de Salud ha sido un proceso dinámico, en el que se ha analizado la evolución de los indicadores, con el fin de medir el grado de consecución alcanzado hasta el año 2007. Estos objetivos específicos presentan componentes más operativos y concretos que los objetivos generales y tienen relación directa con las acciones que el plan se planteaba desarrollar. Ponen de manifiesto la capacidad de la organización para llevar a cabo las intervenciones que habían sido planificadas.

La evaluación global queda recogida en la siguiente tabla.

### Evaluación del II Plan de Salud. Objetivos Específicos

	OBJETIVOS	%
TOTAL	229	100%
EVALUADOS	220	96,07%
NO EVALUABLES	9	3,93%
EVALUADOS	220	100%
EVALUADOS CONSEGUIDOS	177	80,45%
EVALUADOS PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	33	15,0%
EVALUADOS NO CONSEGUIDOS	10	4,55%
OBJETIVOS EVALUADOS CONSEGUIDOS +EVALUADOS PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	210	95,45%

De los 229 objetivos específicos recogidos en el II Plan de Salud, ha sido posible la evaluación de 220 (96,07%). Por tanto, sólo 9 fueron considerados como “objetivos no evaluables” (3,93%). Como se observa en la tabla, el logro de los objetivos conseguidos más los objetivos parcialmente conseguidos se sitúa en el **95,45%** de los objetivos evaluados.

Los 229 objetivos específicos que conforman el II Plan estaban clasificados en cuatro Áreas de Intervención: 1) Estilos de vida, 2) Medio ambiente, 3) Servicios sanitarios y 4) Intervenciones de apoyo al sistema sanitario. Transversalmente a estas cuatro áreas se establecían además otras dos áreas de actuación: a) Las intervenciones sobre los grupos de edad prioritarios: infancia y personas mayores y b) Los problemas de salud: accidentes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales y enfermedades infecciosas. Hay que señalar que 190 de estos objetivos estaban orientados a las nuevas responsabilidades de gestión que se iban a producir con las transferencias

sanitarias, y tenían como objetivo dotar a la Comunidad de una sanidad con un alto nivel de calidad, autosuficiente y accesible para los ciudadanos.

La evaluación de los objetivos específicos según las Áreas de intervención se muestra en la siguiente tabla

Evaluación del II Plan de Salud. Evaluación por Áreas

	Objetivos en el II Plan de Salud	Objetivos evaluados		Objetivos evaluados conseguidos+ parcialmente conseguidos	
	Objetivos	Objetivos	%	Objetivos	%
Estilos de vida	19	19	100	19	100
Medio ambiente	20	17	85	17	100
Servicios sanitarios	117	114	97,4	111	97,3
Intervenciones de apoyo al sistema sanitario	73	70	95,9	63	90
TOTAL	229	220	96	210	95,4

# 3

RESUMEN

La evaluación del logro de los 28 objetivos generales y 229 objetivos específicos se ha realizado a través de un proceso dinámico.

El porcentaje de logro de los objetivos conseguidos más los parcialmente conseguidos se sitúa en un 100% para los generales y un 95,4% para los específicos.

Según las áreas de intervención, se alcanzaron todos los logros evaluados relativos a los estilos de vida y medio ambiente.





Metodología para  
la elaboración del  
III Plan de Salud  
de Castilla y León

4





El Plan de Salud es un documento estratégico que deberá orientar las acciones y proyectos del Sistema Sanitario de Castilla y León durante los próximos años hacia aquellos que tengan mayor impacto en los objetivos de salud de los ciudadanos.

#### Marco normativo

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y más recientemente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud constituyen el marco de referencia estatal en relación con la planificación en salud. La Ley de Cohesión recoge en su articulado que, sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elaborarán planes sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar.

Estos planes, que tratarán de garantizar una atención sanitaria integral desde la prevención hasta la rehabilitación, incluirán criterios, estándares mínimos de atención y objetivos que servirán de base para el abordaje de estos problemas de salud por las Comunidades Autónomas.

En **Castilla y León**, el marco normativo que concreta los criterios y contenidos mínimos a tener en cuenta en las

diferentes fases de elaboración del III Plan de Salud está integrado por la **Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario y por el Decreto 107/2005, de 29 de diciembre, por el que se establecen las directrices para la elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León y se crea la Comisión de Coordinación Intersectorial.**

**La Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario** establece:

- Que el Plan de Salud es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación del sistema sanitario de Castilla y León.
  - Que la vigencia será fijada en el propio Plan.
  - Que esta herramienta definirá:
    - Las orientaciones básicas del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma.
    - Los objetivos y programas institucionales de las Administraciones Públicas relacionados con la salud, en una concepción integral de la misma.
    - Los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud.
  - Que en su redacción, contemplará:
    - Las conclusiones del análisis de los problemas de salud de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.
    - La evaluación de los resultados de planes anteriores.
    - Los objetivos de salud, generales y por áreas de actuación.
- Las prioridades de intervención.
  - La definición de las estrategias y políticas de intervención.
  - La definición general de los programas principales de actuación.
  - Los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, como a los medios materiales y personales precisos.
  - La evaluación económica de los elementos incluidos en el apartado anterior.
  - Un calendario general de actuación.
  - Los mecanismos de evaluación del desarrollo del Plan y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo.
- Que la elaboración del Plan de Salud de Castilla y León corresponderá a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, que procederá a su redacción de acuerdo a las directrices establecidas por la Junta de Castilla y León, teniendo en cuenta las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección de las Áreas de Salud.
  - Y que el Plan de Salud, que será aprobado por la Junta de Castilla y León a propuesta del Consejero de Sanidad y Bienestar Social, será remitido a las Cortes para su conocimiento.

La segunda referencia en nuestra comunidad, el **Decreto 107/2005, de 29 de diciembre, por el que se establecen las directrices para la elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León y se crea la Comisión de Coordinación Intersectorial**, especifica que:

- Corresponde a la Dirección General de Planificación y Ordenación, la dirección, realización, organización, coordinación y supervisión de los trabajos necesarios.
- Que para su desarrollo, se creará la Comisión de Coordinación Intersectorial del III Plan de Salud, adscrita a la Consejería de Sanidad, como órgano colegiado de asesoramiento técnico, cuyas funciones serán:

- a) La elaboración de propuestas al anteproyecto del III Plan de Salud, con el fin de recoger las diferentes estrategias, programas, actuaciones y recursos de naturaleza intersectorial que inciden directa o indirectamente en la salud de los ciudadanos, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 12.b) de la Ley 1/1993.
- b) Y el intercambio de información procedente de las distintas Consejerías o entidades institucionales adscritas, con el fin de integrar en el Plan las diferentes perspectivas interdisciplinares, intersectoriales e interdepartamentales.

Esta Comisión de Coordinación Intersectorial estará compuesta por:

- a) El titular de la *Consejería de Sanidad*, como presidente
- b) El titular de la *Dirección General de Planificación y Ordenación* de la Consejería de Sanidad, como vicepresidente
- c) Un representante de cada una de las restantes Consejerías de la Administración General de Castilla y León, como vocales.
- d) El Jefe del Servicio de Planificación de la *Dirección General de Planificación y Ordenación*, que actuará como secretario.

- Que en la elaboración del III Plan de Salud se contará con las propuestas que realicen los diferentes órganos de dirección y con la participación del Sistema de Salud de Castilla y León.

- Y que las fases para la elaboración del III Plan de Salud serán las siguientes:

- a) Evaluación del II Plan de Salud de Castilla y León.
- b) Análisis del estado de salud de la población y situación del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma.
- c) Establecimiento de prioridades y líneas de actuación.
- d) Definición de objetivos y diseño del método de evaluación y seguimiento.
- e) Análisis de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos y evaluación económica del III Plan de Salud.
- f) Redacción del Documento «III Plan de Salud de Castilla y León».
- g) Aprobación del III Plan de Salud.
- h) Difusión.

Para la elección de la metodología a utilizar en la elaboración del Plan, y para la orientación del resultado final que se quería conseguir, se definieron los siguientes criterios y premisas:

**a. Los sistemas sanitarios tienen como objetivo mejorar la salud de la población**, es decir, disminuir la carga de enfermedad que viene determinada por el número de nuevos casos (incidencia) que genera, por la prevalencia y por la discapacidad y la mortalidad prematura que ocasiona. Deben garantizar además, de forma igualitaria, los derechos sanitarios reconocidos en la legislación y el mismo nivel de acceso a las prestaciones sanitarias, asegurando, por otra parte, la sostenibilidad financiera de la propia organización. Los Sistemas Sanitarios pueden desarrollar sus objetivos a través de la prestación de servicios sanitarios individuales (asistencia sanitaria) y comunitarios (salud pública), con el ejercicio de la tutela y autoridad sanitaria y con un adecuado sistema de gestión.

**b. El plan de salud es un documento estratégico** que deberá orientar las acciones y proyectos del Sistema Sanitario de Castilla y León de los próximos años hacia aquellos que tengan más impacto en los objetivos de salud de la población, e incluir las acciones intersectoriales que ayuden a conseguirlos.

Deberá ser un proyecto de avance, de mejora. El texto del Plan no incluirá los servicios que, con los recursos asignados actualmente y con los

procesos de trabajo existentes obtienen buenos resultados de impacto en salud. Se centrará únicamente en las áreas que necesitan una mejora en la organización o en la dotación de recursos, recogiendo las acciones, proyectos y programas que mejoren o reorienten los programas y servicios actuales o que desarrollen nuevas acciones o servicios.

Debe convertirse en un instrumento que ayude a priorizar las inversiones y la asignación de recursos de los próximos años.

**c. El proyecto debe tener en cuenta las recomendaciones técnicas sobre la elaboración de los Planes de Salud recogidas en la bibliografía.**

Los distintos trabajos publicados sobre planes de salud en España identifican los siguientes recomendaciones como puntos a tener en cuenta en la elaboración y ejecución de un plan de salud:

- Los Planes de Salud han de llevar aparejados Planes de Gestión que permitan su desarrollo, seguimiento y evaluación.
- Los Planes de Salud pueden servir como guías para el desarrollo de políticas sanitarias, pero hay que tender a que incluyan menos objetivos y a que éstos estén bien definidos.
- La participación comunitaria es una condición necesaria para la eficacia de los Planes de Salud.
- Cualquier Plan de Salud ha de estar coordinado e integrado en las políticas sectoriales gubernamentales.
- Es necesaria la transparencia y el debate en el proceso de priorización de los objetivos de los Planes de Salud y de las intervenciones del Sistema Sanitario.

- Los Planes de Salud deben garantizar la cohesión y coordinación en todas las Áreas de la Comunidad.
- La efectividad de las intervenciones recogidas en los Planes de Salud ha de ser respaldada por la evidencia científica.
- Los Planes de Salud deben considerarse como una herramienta de las Administraciones Sanitarias para la definición de las Políticas de Salud, entendiéndolos como el elemento inicial de una cadena lógica que debería incluir también los Planes de Servicios, las Carteras de Servicios y los elementos de contratación, acreditación e incentivación.

**d. Se define como “problema”** un conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin. Bajo este concepto, en el III Plan de Salud, los problemas que dificultan la consecución de los objetivos de salud pueden estar relacionados con:

- **Problemas de salud.** Patologías (incluidas en la lista reducida de la CIE 10) que inciden sobre la salud de la población por su alta prevalencia o incidencia, la discapacidad que producen o la mortalidad prematura que ocasionan.
- **Problemas de garantía de derechos y de prestación de servicios sanitarios.** Hechos o circunstancias que impiden la adecuada prestación de servicios sanitarios o el libre ejercicio de los derechos sanitarios y el derecho a la salud recogidos en la legislación sanitaria.

**e. Marco y principios que debían guiar la definición de objetivos y actuaciones**

El III Plan de Salud tiene como marco general de referencia en política sanitaria las recomendaciones de “*Salud para todos en el siglo XXI*” para la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, así como las conclusiones del grupo de expertos en planificación sanitaria reunidos en Madrid en el 2003 cuyas conclusiones se recogieron en el denominado “*Marco de Madrid*” donde se definían doce dimensiones para la fijación de objetivos de salud en Europa.

Dentro de este marco, los principios explícitos orientadores del III Plan de Salud que se definieron fueron los siguientes:

- **Equidad:** las acciones que se propongan deben desarrollarse con criterios de equidad, que ayuden a minimizar las desigualdades en salud.
- **Integralidad:** los problemas de salud se abordarán con una perspectiva integral que contemple la prevención, el tratamiento, los cuidados coordinados y la rehabilitación. El Plan incluirá, además, estrategias de formación e investigación en relación con los diferentes problemas priorizados.
- **Orientación al ciudadano:** las intervenciones que se propongan tendrán en cuenta su aceptabilidad por parte de la población y estarán orientadas a satisfacer las expectativas y mejorar los niveles de satisfacción de los ciudadanos.
- **Perspectiva de género:** estará presente, en el análisis de los datos y en los objetivos y medidas propuestos, y en la metodología de evaluación.

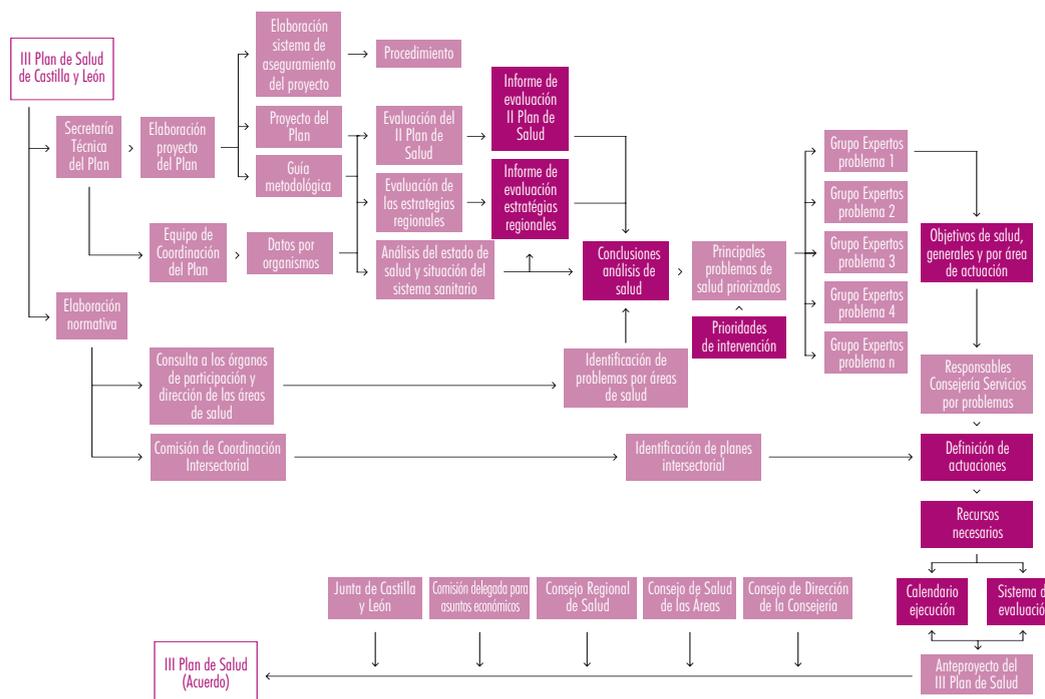
- **Práctica basada en la evidencia científica:** se propondrán medidas y recomendaciones que dispongan de suficientes niveles de evidencia.
  - **Eficacia y eficiencia:** entre las medidas de intervención se seleccionarán aquellas que resulten más eficaces y más eficientes.
  - **Aplicabilidad:** las acciones e intervenciones propuestas deben ser valoradas y aprobadas para su aplicación operativa durante la vigencia del Plan. El propio Plan recogerá la adjudicación de responsabilidades respecto a los objetivos, que quedarán incorporados a los Planes de Gestión del Servicio de Salud.
  - **Innovación:** se iniciarán líneas innovadoras en la gestión y en la organización de la atención de los diferentes problemas de salud, así como en la formación continuada y en la investigación.
  - **Orientación a resultados:** las intervenciones, se orientarán a conseguir, el despliegue de las medidas propuestas, y la mejora de los resultados en salud.
- f. Suficiencia financiera:** se asegurará, a lo largo de todo el Plan, la capacidad de financiación y la disponibilidad de recursos para su desarrollo.
- g. Calidad:** el proceso de elaboración del Plan se ajustará a las especificaciones recogidas en las normas publicadas, que sean aplicables en este caso, sobre gestión de la calidad.
- h. Participación:** además de la participación institucional prevista, se garantizará la de profesionales, gestores, técnicos y ciudadanos.

- i. Transversalidad:** junto a los problemas de salud seleccionados se incluirán nuevos entornos, objetivos y líneas de intervención relacionadas con la intersectorialidad de la salud.
- j. Nuevas Estrategias Regionales:** el Plan será el marco de nuevas Estrategias Regionales de Salud, que se desarrollarán durante su vigencia.

- k. Evaluación y retroalimentación:** se incluirá la metodología de evaluación del Plan, con la definición de los indicadores, las fuentes de información y la periodicidad del análisis a realizar. Siempre que sea posible se presentará la evaluación por Áreas de Salud. De la retroalimentación obtenida con la evaluación, se derivarán nuevas propuestas y ajustes en el Plan.

## Fases de la elaboración del Plan

En el esquema general de la elaboración del Plan (ver figura) pueden identificarse las diferentes fases que se han seguido para la elaboración del mismo y las comisiones y grupos que se formaron durante todo el proceso.



■ Apartados del Plan de Salud según art. 12 Ley 1/1993 de Ordenación Sanitaria.

**Creación de la Secretaría Técnica del Plan y del Comité Técnico de Coordinación.** La Secretaría Técnica, de carácter funcional, estaba formada por técnicos de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación, con la función de gestionar todas las actividades necesarias para elaborar el III Plan de Salud. El Comité Técnico de Coordinación incluía al equipo de la Secretaría Técnica y a un representante de los Centros directivos.

**Diseño del “Proyecto de elaboración del III Plan de Salud” y del sistema de seguimiento.** Se consideró como un proyecto estratégico la propia elaboración del Plan. Siguiendo las indicaciones de la Norma ISO 10006-2003 UNE 66916. “*Sistemas de Gestión de la Calidad: Directrices para la gestión de la calidad en los proyectos*” se diseñaron, la ficha del proceso (que definía todas las tareas necesarias para la elaboración del Plan, las fechas para realizarlas, los responsables y los recursos necesarios) y una serie de procedimientos que tenían como objetivo garantizar el óptimo seguimiento del proyecto.

**Identificación de acciones intersectoriales.** Teniendo presente el criterio de intersectorialidad y con la referencia de la Comisión de Coordinación Intersectorial creada a través del Decreto 107/2005, se convocaron y realizaron varias reuniones con representantes de las diferentes Consejerías para analizar los programas o actividades que pudieran tener impacto en la salud. En esta Comisión, se les solicitó que aportaran información, en un formato estructurado, sobre los proyectos o actuaciones de su ámbito que pudiesen estar relacionados con la salud.

**Evaluación del II Plan de Salud.** La evaluación del anterior plan se consideró clave para conocer la consecución de los resultados planificados hasta el momento y, de esta forma, orientar la definición de los nuevos objetivos.

**Evaluación de las Estrategias Regionales.** Las cuatro Estrategias Regionales de Salud desarrolladas constituían la planificación operativa del II Plan de Salud y por lo tanto, el conocimiento de sus resultados suponía una fuente de información relevante para definir las nuevas líneas de actuación.

**Análisis del estado de salud y situación del sistema sanitario.** Este análisis es esencial en la elaboración de cualquier Plan de Salud, puesto que sirve de apoyo en la identificación de los problemas de salud de la Comunidad Autónoma. Para su elaboración se utilizaron datos demográficos, datos socioeconómicos y datos sobre mortalidad, morbilidad y discapacidad. Se generaron diferentes índices e indicadores que permitieron comparar la situación y el nivel de salud de Castilla y León respecto al resto del Estado español y a los estándares internacionales publicados. El resultado fue una lista de los problemas de salud que influían, de forma prioritaria, en el nivel de salud y en la calidad de vida de los ciudadanos de Castilla y León.

**Identificación y priorización de los problemas de salud.** Siguiendo uno de los criterios técnicos de calidad citados anteriormente, que indicaba que no era conveniente incluir un número muy alto de objetivos dentro del Plan, se estableció la necesidad de realizar una selección de problemas. A partir de los datos obtenidos en la fase de análisis de la situación se utilizaron una serie de dimensiones,

que habían sido definidas previamente por la Secretaría Técnica del Plan, para realizar esta tarea:

- a. Carga de la enfermedad en forma de mortalidad.
- b. Carga de la enfermedad en forma de años potenciales de vida perdidos (APVP).
- c. Carga de enfermedad en forma de morbilidad generada y recursos utilizados. (incidencia, prevalencia, consumo de recursos, consumo farmacéutico...).
- d. Carga de enfermedad en forma de discapacidad.
- e. Evolución temporal y tendencia del problema.
- f. Consideración de problemas emergentes y re-emergentes.

El resultado final de esta *fase de identificación de problemas*, fue el siguiente (por orden alfabético):

- Accidentes de tráfico de vehículos de motor
- Accidentes laborales
- Alcoholismo
- Alergias
- Anisakiosis
- Asma
- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
- Demencias (incluido Alzheimer)
- Diabetes mellitus
- Dolor
- Enfermedades cerebrovasculares (ictus)
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)
- Enfermedades del aparato digestivo: gastritis, úlceras...
- Enfermedades osteoarticulares
- Esquizofrenia

- Infecciones de transmisión sexual
- Gripe
- Gripe aviar
- Hepatitis vírica
- Hipercolesterolemia
- Hipertensión arterial
- Hipoacusia
- Infarto agudo de miocardio
- Infección respiratoria aguda (bronquitis, faringitis, otitis...)
- Infertilidad
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia renal
- Leucemias y linfomas
- Malformaciones congénitas
- Malos tratos
- Melanoma
- Neumonía
- Obesidad
- Osteoporosis
- Prematuridad
- Procesos dermatológicos
- Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación
- Sedentarismo
- Sida
- Suicidio y lesiones autoinfligidas
- Tabaquismo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la alimentación
- Trastornos del humor (afectivos). Depresión
- Tuberculosis respiratoria
- Tumor maligno de la mama
- Tumor maligno de la próstata
- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
- Tumor maligno de páncreas

- Tumor maligno del colon
- Tumor maligno del encéfalo
- Tumor maligno del estómago

Aunque hubiera podido elaborarse el listado utilizando una clasificación más general (tumores malignos, patología cardiovascular, enfermedades mentales, etc.), se intentó que cada uno de los problemas tuviera suficiente nivel de definición para que su abordaje pudiera ser completo y específico. Analizando el resultado se podía constatar que, junto a los problemas de salud, aparecían también sus factores de riesgo (hipertensión, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, hipercolesterolemia) que, bien podían estudiarse por separado, o a través del análisis completo de cada una de las patologías en estudio. Se decidió que para dar una visión integral, al menos inicialmente, el estudio de los factores de riesgo quedara vinculado al análisis de cada uno de los problemas de salud con los que se iba a trabajar.

Con este primer listado (dejando fuera los factores de riesgo), se creó un grupo de trabajo para realizar la *priorización*. El grupo estaba compuesto por los miembros del Comité Técnico de Coordinación del III Plan de Salud y cuatro técnicos de la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. En la priorización se decidió utilizar una técnica considerada válida, conocida en el ámbito sanitario, de aplicación relativamente sencilla y que admitiera el consenso. La técnica propuesta fue el método de Hanlon, con las cuatro dimensiones clásicas y con los rangos de valores admitidos por la técnica en cada dimensión.

Según este método, la puntuación de la prioridad de cada problema se obtiene al aplicar la fórmula: (Magnitud + Severidad) x Eficacia x Factibilidad.

La *magnitud* corresponde al número de personas afectadas por el problema en relación con la población total. La escala oscila entre 0 y 10. La *severidad* se basa en datos objetivos (mortalidad, morbilidad, incapacidad) y en datos subjetivos (carga social que genera el problema). Utiliza el mismo rango de puntuación que la magnitud (0-10).

La *eficacia* valora la facilidad o dificultad para solucionar cada problema con los recursos y tecnologías actuales. La escala comienza en 0,5 (problemas difíciles de resolver) y termina en 1,5 (problemas que tienen una solución más fácil).

La *factibilidad* es el último componente del método. Su valoración global es dicotómica 0 y 1. Al igual que la eficacia, multiplica la magnitud y la gravedad, de forma que cualquier problema que obtenga un 0 en este apartado dejará de estar en el grupo de prioridades. El análisis de la factibilidad se descompone, a su vez, en las variables del acrónimo PEARL (Pertinencia, factibilidad Económica, Aceptabilidad, Recursos disponibles y Legalidad de la intervención) a las que se debe valorar con un sí (valor 1) o un no (valor 0). La obtención de un 0 en todas estas variables (porque la solución sea inapropiada, porque su coste sea excesivo e inabordable, porque sea inaceptable para la población, porque sea ilegal o porque no haya suficientes recursos para la solución que se proponga) eliminará, de entrada, el problema del grupo de prioridad.

Para trabajar con esta herramienta, se remitió a los participantes, antes del inicio de la primera sesión, el listado de problemas y la descripción de la metodología que se iba a seguir, con la petición de que lo revisaran y aportaran cuanta información considerasen oportuna. El objetivo de este grupo era seleccionar y proponer aproximadamente diez problemas de salud, por orden de prioridad.

En la primera reunión se presentaron todos los datos disponibles para cada una de las patologías a estudio y se fue aplicando el método, previa aceptación de todo el grupo de que los valores para cada una de las dimensiones se debían establecer mediante consenso. En esta primera sesión se llegó a un listado de problemas clasificados por orden de puntuación que aún debía ser completado.

En la segunda reunión se revisaron los problemas pendientes que se consideraba que era indispensable valorar. El grupo de priorización decidió que, dada la puntuación obtenida por los problemas de salud, la línea de corte más adecuada debía situarse en el problema número 10. El resultado final de esta segunda sesión fue el listado de los diez problemas que se relacionan a continuación:

- 1.- Infarto agudo de miocardio
- 2.- Diabetes mellitus
- 3.- Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.
- 4.- Enfermedades cerebrovasculares (ictus).
- 5.- Tumor maligno del colon.
- 6.- Tumor maligno de la mama.
- 7.- Trastornos del humor (afectivos): Depresión.
- 8.- Insuficiencia cardíaca.
- 9.- Accidentes de tráfico de vehículos de motor.

- 10.- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma): EPOC.

**Selección de otros problemas sanitarios.** Además de los problemas de salud que se identificaron por su alto impacto en la salud de los ciudadanos de Castilla y León, se priorizaron también otros problemas sanitarios que debían ser abordados en el III Plan de Salud porque cumplían alguno de los siguientes criterios:

- Consideración como problema expresado socialmente (a través del análisis de contenidos de medios de comunicación).
- Consideración como problema expresado por los profesionales del sistema sanitario.
- Identificación como problema desde la perspectiva de las estrategias de política sanitaria o de la gestión del propio sistema de salud
- Incluido en compromisos políticos.
- Problemas que hubieran sido motivo de reclamaciones

De este análisis, se seleccionaron los siguientes problemas sanitarios o áreas de mejora que se añadieron a los diez problemas de salud definidos previamente:

- 11.- Dolor asociado a la patología osteoarticular
- 12.- Patología infecciosa grave, relacionada con las políticas de vacunaciones, políticas de antibioterapia, diagnóstico microbiológico, prevención de infecciones nosocomiales y seguridad del paciente, etc.
- 13.- Prestación de servicios de sanidad ambiental.
- 14.- Prestación de servicios de seguridad alimentaria.

15.- Salud en el entorno laboral. Problema relacionado, sobre todo, con los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

16.- Dependencia asociada a la enfermedad.

Este listado de dieciséis problemas constituyó la propuesta final sobre la que se construyó el III Plan de Salud.

**Aprobación por la Dirección Corporativa del listado de problemas** que se debían incluir en el III Plan de Salud de Castilla y León. El listado se presentó al Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad para su aprobación.

**Definición de objetivos generales, específicos y propuesta de acciones.** Para la definición de objetivos y para la propuesta de acciones que pudiesen responder a los problemas detectados, se siguieron los siguientes pasos:

- a. Creación de grupos de trabajo con expertos. Teniendo presente el principio de participación, se procedió a la constitución de los grupos de expertos para cada problema. Con carácter general, estos grupos estuvieron compuestos por:
  - Profesionales de los dos niveles asistenciales, propuestos por la organización,
  - Un representante de la Dirección General de Salud Pública, Investigación, Desarrollo e Innovación,
  - Un representante de los servicios centrales de la Gerencia Regional de Salud,
  - Un representante de la Sociedad o Sociedades Científicas más relacionadas con el problema,

- Un representante de las Sociedades de Medicina de Familia (SOCALEMFYC, SEMG Y SEMERGEN),

- Un representante de las Asociaciones de Enfermería Comunitaria (AEC y SEEFYC),

- El coordinador del grupo y, en su caso, el secretario.

- b. Definición de la metodología de los grupos de trabajo. La metodología utilizada se basó en que los sistemas sanitarios deben prestar servicios ya sean individuales o colectivos que modifiquen o incidan sobre los determinantes que condicionan la aparición de problemas y la discapacidad o la mortalidad que producen.

Con el objetivo de homogeneizar los resultados de los distintos grupos de trabajo y facilitar su tarea se elaboró un procedimiento de gestión en el que se definían una serie de tablas de ayuda a las que los grupos tenían que adaptarse para desarrollar su propuesta. Se diseñaron 3 tablas diferentes:

- i. La primera tabla ayudaba a fijar los **objetivos generales** para un determinado problema de salud.

Debían identificarse objetivos relacionados con la mortalidad y/o con la morbilidad y/o con la discapacidad (calidad de vida).

Tras un análisis previo de la información disponible sobre la situación en Castilla y León, la tendencia de los últimos años y la situación nacional o internacional, se trataba de concretar las metas a conseguir al final del III Plan de Salud. Metas que el grupo debía intentar cuantificar y justificar.

PATOLOGÍA:	Indicador (tener presente variables: edad/sexo/geográfico/socio-económ.)	Situación CyL (año 2003)	Tendencia CyL	Situación España	Objetivo	Cuantificación	Justificación
Incidencia							
Mortalidad							
Discapacidad							

- ii. La finalidad de la segunda tabla era apoyar al grupo de trabajo de expertos en la definición de los **objetivos específicos**.

Para ello se le pedía al equipo que realizase una identificación sistematizada de los **principales determinantes** que influían en la aparición del problema de salud y en la discapacidad y mortalidad resultante.

Una vez identificados estos determinantes, se trataba de definir los objetivos específicos

a conseguir en relación con cada uno de ellos, realizando un análisis previo de la información disponible, de forma similar a como se había hecho con los objetivos generales. Las metas, al igual que en el caso anterior, debían intentar ser justificadas y cuantificadas.

El trabajo, en esta fase, finalizaba con la identificación de los procesos/servicios que tuvieran que ver con los objetivos definidos.

INCIDENCIA	Determinante 1	Determinante 2	Determinante 3	Determinante 4	Determinante 5	Determinante 6
Indicador						
Situación CyL						
Tendencia						
Situación Esp.						
Objetivo						
Cuantificación						
Justificación						
Servicios sanitarios relacionados con el determinante						



**c. Selección y preparación de los coordinadores.**

Se seleccionaron los coordinadores de los grupos entre los profesionales de la Consejería y la Gerencia Regional de Salud. Se impartieron cursos de formación sobre la metodología a utilizar y sobre las técnicas para la gestión y dirección de grupos de trabajo. Además, se elaboró un procedimiento de gestión en el que se indicaba la forma de funcionamiento de los mismos.

**d. Creación del foro on-line.** Como apoyo a los grupos de trabajo se creó un foro on-line denominado “e-Plan”, dentro del Portal de Sanidad de Castilla y León ([www.sanidad.jcyl.es](http://www.sanidad.jcyl.es)) para que fuese utilizado por los expertos como un repositorio de la documentación y de la bibliografía utilizada sobre el problema sanitario que tenían asignado y como un medio de intercambio de ideas, opiniones y propuestas durante la elaboración del documento.

**e. Funcionamiento de los grupos de trabajo.**

Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2007, los 170 expertos incluidos en los 16 grupos de trabajo desarrollaron su tarea mediante reuniones presenciales y trabajo personal, utilizando como vehículo de comunicación la herramienta “e-Plan” que se había creado. Cada grupo mantuvo un promedio de cuatro reuniones.

**f. Revisión de los objetivos.** Con el fin de unificar los conceptos utilizados, la Secretaría Técnica del III Plan elaboró un documento que recogía los objetivos y las medidas propuestas por los diferentes grupos de trabajo.

Por cuestiones de operatividad se decidió que, al existir varios determinantes comunes a los diferentes problemas abordados, los objetivos, medidas y estrategias propuestas por los diferentes grupos en relación con estos determinantes se presentarían de forma agrupada.

Y así, junto al listado de los dieciséis problemas de salud priorizados, se incorporó otro listado de determinantes comunes que incluía:

- Tabaco
- Actividad física
- Hipertensión arterial
- Hiperlipemia
- Obesidad
- Alcohol y otras drogas
- Alimentación

Con posterioridad, se solicitó a cada uno de los coordinadores de los grupos que revisaran el documento elaborado. Como resultado de este proceso se obtuvo el documento; *“Objetivos generales y específicos y medidas del III Plan”*

**g. Inclusión de las acciones sectoriales.** Se seleccionaron las acciones sectoriales enviadas desde las distintas Consejerías que formaban parte de la Comisión de Coordinación Intersectorial y se incluyeron en este documento.

**Revisión de los objetivos y medidas por la organización.** El documento de *“Objetivos generales y específicos y medidas del III Plan de Salud”*, después de su revisión por la Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación, fue remitido a las demás Direcciones Generales de

la Consejería de Sanidad y a la Gerencia Regional de Salud, para que realizaran las aportaciones finales.

**Aprobación final del documento “Objetivos generales y específicos y medidas del III Plan de Salud de Castilla y León”.** Una vez incluidas las modificaciones propuestas por las diferentes unidades se presentó el texto al Consejo de Dirección de la Consejería para su aprobación final.

# 4

RESUMEN

El III Plan de Salud tiene como marco general de referencia en Política Sanitaria las recomendaciones de "Salud para todos en el siglo XXI" para la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud.

Entre los principios explícitos orientadores destacan la equidad de las acciones, la integralidad del abordaje, la orientación al ciudadano de las intervenciones, la perspectiva de género en las medidas, la evidencia científica de las recomendaciones, la eficacia y eficiencia de las actuaciones, la aplicabilidad de las intervenciones, la innovación de las líneas y la orientación a los resultados de las acciones.



# 5

Objetivos generales,  
objetivos específicos,  
medidas y estrategias  
recomendadas



Introducción al III Plan de Salud  
*Objetivos generales, específicos, medidas y estrategias recomendadas*



A lo largo de los años 2008 a 2012 se establecerán y desarrollarán las estrategias e intervenciones para la mejora de la salud de los ciudadanos, mediante la reducción de la incidencia, de la mortalidad, de la mortalidad prematura evitable y de la discapacidad generada por los principales problemas de salud en la Comunidad.

## Insuficiencia Cardíaca

### Objetivos generales

- OG-1 Reducir la incidencia de insuficiencia cardiaca (IC) en menores de 65 años.
- OG-2 Reducir un 1% anual la mortalidad por insuficiencia cardiaca.
- OG-3 Reducir hasta un 15% los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, de la obesidad, de la cardiopatía isquémica (SCA) y de la diabetes, y los objetivos específicos de promoción de alimentación saludable y actividad física se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

- OEPS-1 Mejorar el diagnóstico e incrementar el número de pacientes diagnosticados de IC con ecografía realizada.
- OEPS-2 Mejorar la accesibilidad al tratamiento de calidad y evaluar los resultados de nuevos modelos organizativos de atención a la IC.

OEPS-3 Mejorar el tratamiento farmacológico administrando medicación con acción sobre el sistema renina-angiotensina en más del 90% de los pacientes diagnosticados de IC, y beta bloqueantes en más del 50%.

OEPS-4 Mejorar el tratamiento y reducir las tasas de reingreso por IC, sobre los datos de 2007.

OEPS-5 Mejorar el acceso a los programas de rehabilitación cardiaca garantizándolo en todas las Áreas.

OEPS-6 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma específica.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención relacionadas con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, de la obesidad, de la cardiopatía isquémica (SCA) y de la diabetes, y los objetivos específicos de promoción de alimentación saludable y actividad física se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

**1.** Revisión de los circuitos y procedimientos de organización de Atención Primaria de Salud y Atención Especializada para aumentar la capacidad de realización de ecocardiogramas y ampliar la accesibilidad de los profesionales de Atención Primaria a petición de pruebas diagnósticas.

**2.** Evaluar los resultados obtenidos en las Áreas con Unidades de Insuficiencia Cardiaca.

**3.** Iniciar la creación de grupos de trabajo con “pacientes expertos” en las Áreas que dispongan de Unidad de Insuficiencia Cardiaca.

**4.** Seguimiento de la adecuación de los tratamientos, (según las últimas guías), evaluando medicación sobre el sistema renina-angiotensina y beta-bloqueantes.

**5.** Establecimiento de protocolos de coordinación entre niveles.

**6.** Promover la utilización de telecardiología en los pacientes con IC.

**7.** Desarrollo e implantación de protocolos de rehabilitación cardiaca y de accesibilidad a esta prestación en todas las Áreas, a través de los modelos organizativos adaptados a cada situación -prestación común a otros problemas cardiológicos-.

**8.** Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud.

**9.** Oferta de formación continuada sobre el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca.

**10.** Promoción de la investigación sobre IC en los dos niveles asistenciales.

### Objetivos generales

OG-4 Modificar la tendencia ascendente actual de la incidencia de cardiopatía isquémica (SCA).

OG-5 Estabilizar la mortalidad por SCA en menores de 65 años en torno a las cifras de referencia nacional.

OG-6 Mantener la tendencia descendente de los Años Potenciales de Vida Perdidos por SCA.

OG-7 Reducir, por debajo de 190 días, la duración media de incapacidad temporal ocasionada por SCA.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, de la obesidad, de la diabetes, de la hipertensión y de la hiperlipemia y los objetivos específicos de promoción de alimentación saludable y actividad física se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-7 Mejorar el tratamiento extrahospitalario incrementando el número total de desfibriladores semiautomáticos (DESA) instalados y optimizando la calidad en su utilización en la Comunidad (en todos los centros asistenciales, en todas las ambulancias de Soporte Vital Avanzado y de Soporte Vital Básico y en las instalaciones no sanitarias).

OEPS-8 Mejorar la atención extrahospitalaria urgente del SCA, manteniendo tiempos medios de atención desde la llamada al 112, por debajo de 30 minutos en el 90% de las llamadas.

OEPS-9 Mejorar la atención urgente implantando el proceso de triaje por DTA en las urgencias hospitalarias y optimizando su tiempo de realización hasta tiempos medios de 10 minutos con ECG de

12 derivaciones en todos los centros hospitalarios.  
OEPS-10 Mejorar el tratamiento urgente de los pacientes diagnosticados de SCA incrementando las terapias de reperfusión -química o mecánica- en los pacientes que lo precisen, e incrementando las fibrinolisis realizadas de forma prehospitalaria.  
OEPS-11 Mejorar el tratamiento urgente de los pacientes diagnosticados de SCA reduciendo por debajo de 120 minutos el tiempo promedio hasta la reperfusión, en los pacientes subsidiarios de esta medida.  
OEPS-12 Incrementar el número total de SCA atendidos en el hospital, para reducir el diferencial sobre la incidencia teórica de los SCA que se producen.  
OEPS-13 Mejorar el tratamiento urgente de los pacientes diagnosticados de SCA ajustando los tiempos al estándar Puerta-Aguja (30 minutos) y Puerta- Balón (90 minutos)  
OEPS-14 Mejorar el tratamiento de los pacientes con SCA incrementando el número de pacientes con anatomía coronaria desconocida, a los que se realiza estratificación del riesgo antes del alta.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, de la obesidad, de la diabetes, de la hipertensión y de las hiperlipemias; y las medidas relacionadas con la promoción de alimentación saludable y actividad física se consideran incluidas dentro de este problema de salud.

**11.** Seguimiento anual de los datos de registros de los DESA instalados y de su utilización en la Comunidad (en centros y unidades asistenciales y en ubicaciones no sanitarias)

**12.** Definir los criterios de calidad en el uso y

OEPS-15 Mejorar el tratamiento de las complicaciones en el paciente con SCA aplicando un protocolo consensuado para la utilización de dispositivos de asistencia ventricular en insuficiencia cardiaca aguda post-infarto.

OEPS-16 Mejorar el acceso a la rehabilitación de los pacientes con SCA aumentando el porcentaje de pacientes atendidos en un programa de rehabilitación, extendiendo la rehabilitación cardiaca a todas las Áreas.

OEPS-17 Optimizar los resultados de la prevención secundaria en pacientes que han tenido un infarto aumentando el porcentaje de pacientes que tienen controlados los factores de riesgo.

OEPS-18 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

OEPS-19 Promover la investigación poblacional en cardiopatía isquémica.

manejo de desfibriladores, en hospitales, centros de salud y ambulancias y establecer la formación adecuada para mejorar su uso por todo el personal sanitario.

**13.** Análisis y optimización de las cronas del mapa

de recursos de unidades de transporte sanitario. Análisis específico de cronas en el medio rural y planificación de acciones de mejora.

**14.** Desarrollar -con el Centro Coordinador de Urgencias-, el sistema de información para identificar rápidamente la localización y los datos clínicos de un paciente que, con anterioridad, haya sufrido un SCA y en el que se pueda estar repitiendo un nuevo episodio, para acelerar la atención del nuevo proceso.

**15.** Formación continuada en Atención Primaria, en las áreas de urgencias y en emergencias sanitarias. Reciclaje acerca del diagnóstico y manejo del dolor torácico agudo (DTA).

**16.** Desarrollo del proceso de gestión clínica "Dolor torácico agudo".

**17.** Revisión del protocolo de triaje de DTA en todos los centros hospitalarios y elaboración de un plan de mejora continua -actuación previa a la implantación del proceso clínico DTA-.

**18.** Desarrollo e implementación de un sistema de información para el registro y seguimiento del Síndrome Coronario Agudo en los centros hospitalarios y en emergencias sanitarias que permita determinar, entre otros: registro de casos atendidos, tiempos parciales de intervenciones desde la llamada inicial, técnicas utilizadas desde la llamada, resultado de las intervenciones realizadas, etc.

**19.** Desarrollo de actuaciones dirigidas a los familiares y cuidadores de los pacientes con cardiopatía isquémica.

**20.** Elaboración del mapa de cronas de Castilla y León de los servicios de referencia para la reperfusión mecánica.

**21.** Elaboración de un protocolo consensuado para la utilización de dispositivos de asistencia ventricular en insuficiencia cardiaca aguda tras IAM,

con participación de los centros asistenciales implicados.

**22.** Definir e implantar el servicio/prestación de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria en todas las Áreas, asegurando la coordinación entre los dos niveles. Definir las actuaciones de enfermería en la rehabilitación cardiaca y en las medidas de prevención secundaria.

**23.** Promover la investigación de resultados de la prevención secundaria en Atención Primaria.

**24.** Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud.

**25.** Estudiar la existencia de diferencias vinculadas al género, relacionadas con el SCA y sus factores de riesgo y proponer actuaciones específicas.

**26.** Creación de centros de referencia para el estudio e investigación de la patología cardiovascular en Castilla y León.

**27.** Creación del Consejo Asesor de Patología Cardiovascular de Castilla y León.

**28.** Mantener investigaciones periódicas e información epidemiológica sobre el SCA y sus factores de riesgo en Castilla y León.

**29.** Publicación de artículos sobre investigación cardiovascular en los que han participado profesionales de centros de Castilla y León.

**30.** Promoción de la investigación sobre cardiopatía isquémica en los dos niveles asistenciales y asignación de recursos para esta investigación.

**31.** Oferta de formación continuada sobre el manejo del paciente con cardiopatía isquémica.

## Objetivos generales

OG-8 Reducir en un 10% la incidencia general de ictus.

OG-9 Reducir en un 20% la incidencia de ictus en personas menores de 65 años.

OG-10 Reducir los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por ictus, hasta una tasa de 1/1.000.

OG-11 Reducir la discapacidad total y grave debida a ictus del 22% al 15%.

## Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, del alcoholismo, consumo de drogas -cocaína-, de la obesidad, de la diabetes, de la hipertensión y de la hiperlipemia y los objetivos específicos de promoción de alimentación saludable y actividad física se consideran incluidos dentro de este problema de salud. Igualmente se considera incluido el objetivo específico del SCA acerca de la reducción de tiempos desde la llamada al 112.

OEPS-20 Mejorar el reconocimiento de los síntomas de alarma del ictus, aumentando su conocimiento por encima del 80% entre los pacientes de riesgo moderado o alto y entre sus familiares.

OEPS-21 Mejorar el acceso a unidades o equipos específicos de atención al ictus, incrementando el número de ZBS con equipos/unidades de ictus de referencia.

OEPS-22 Implementar el "Código Ictus"/trombolisis urgente en las Áreas de Salud.

OEPS-23 Incrementar el número de pacientes a los que se aplica tratamiento fibrinolítico en menos de 3 horas desde el inicio de los síntomas.

OEPS-24 Mejorar la rehabilitación de los pacientes

con ictus aumentando el número de pacientes que realizan una rehabilitación temprana, iniciada durante el ingreso hospitalario y continuada tras el alta.

OEPS-25 Mejorar la prevención secundaria consiguiendo reducir en un 5% el número de episodios recurrentes de ictus.

OEPS-26 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, del alcoholismo, del consumo de drogas -cocaína-, de la obesidad, de la diabetes, de la hipertensión y de las hiperlipemias; y las medidas relacionadas con la promoción de alimentación saludable y actividad física se consideran incluidas dentro de este problema de salud.

- 32.** Incrementar la atención a domicilio y los planes de cuidados personalizados, destinados a paciente y cuidador.
- 33.** Definir y aplicar protocolos de seguimiento en los casos de accidentes isquémicos transitorios (AIT)
- 34.** Desarrollo de actividades de educación sanitaria al alta dirigida a familiares y cuidadores.
- 35.** Difundir información que permita a los familiares identificar los signos de alarma en pacientes de riesgo.
- 36.** Promover el asociacionismo de mutua ayuda en pacientes y familiares.
- 37.** Elaborar material informativo sobre ayudas técnicas y material ortoprotésico adaptado, dirigido a pacientes y familiares.
- 38.** Celebrar el "Día del ictus".
- 39.** Revisar y redefinir los circuitos asistenciales, los

flujos de procesos, las derivaciones y los servicios/unidades de referencia en el ictus.

**40.** Definir la ubicación, los tiempos de desarrollo y los protocolos de funcionamiento e intervención (incluyendo trombolisis urgente) de las Unidades Multidisciplinares de Ictus de referencia, en Castilla y León.

**41.** Iniciar la aplicación del "código ictus" en algún Área de Castilla y León y planificar su extensión a todos los hospitales tras la evaluación de resultados.

**42.** Elaboración de guías clínicas y fomento de su utilización entre los profesionales.

**43.** Rediseñar protocolos de actuación urgente en el ictus para agilizar la aplicación del tratamiento fibrinolítico.

**44.** Promover centros de día y aumentar las actividades de terapia ocupacional.

**45.** Planificar e iniciar la rehabilitación de los

pacientes que han sufrido un ictus, durante el ingreso hospitalario.

**46.** Estudiar el desarrollo de actividades de rehabilitación y su evaluación, con la colaboración de fisioterapeutas, incluyendo la posibilidad de realización de las actividades en el domicilio del paciente.

**47.** Reducir los tiempos de espera para la primera consulta de neurología.

**48.** Evaluar las medidas de prevención secundaria en cardiopatías y vasculopatías.

**49.** Establecer protocolos consensuados de antiagregación y anticoagulación.

**50.** Revisar y mejorar el sistema de información clínico-epidemiológico sobre ictus y los factores de riesgo asociados.

**51.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

**52.** Elaborar un informe al alta con indicaciones concretas acerca de la coordinación que sea necesaria, en cada caso, entre los dispositivos asistenciales y sociales.

**53.** Estudiar la necesidad de camas para la estancia de estas patologías.

## Cáncer de mama

### Objetivos generales

OG-12 Reducir en un 1,4% anual la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de mujeres de 45 a 69 años.

OG-13 Incrementar por encima del 78%, las tasas de supervivencia a los 5 años, de las mujeres que han sufrido cáncer de mama.

OG-14 Reducir el impacto por discapacidad del cáncer de mama en la vida laboral de las mujeres.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento de la obesidad y estilos de vida se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-27 Mejorar el diagnóstico precoz superando el 70% de participación en el programa de detección precoz, en todas las Áreas.

OEPS-28 Mejorar el diagnóstico precoz aumentando el porcentaje de casos de cáncer de mama diagnosticados en estadios precoces: T<1 cm, por encima del 26,5%.

OEPS-29 Mejorar el seguimiento específico de las mujeres con antecedentes personales/familiares de cáncer de mama incrementando el número de personas estudiadas en las Unidades de Consejo Genético de Cáncer.

OEPS-30 Mejorar el diagnóstico reduciendo hasta un máximo de 15 días, el tiempo desde la sospecha hasta la confirmación radiológica y anatomopatológica.

OEPS-31 Mejorar el tratamiento reduciendo, a un máximo de 2 semanas, el tiempo de acceso al tratamiento quirúrgico, a 1 semana el tiempo para la quimioterapia y a 4 semanas el de la radioterapia.

OEPS-32 Mejorar la calidad del diagnóstico y del tratamiento implantando en todas las Áreas la oncoguía de cáncer de mama.

OEPS-33 Mejorar la calidad de tratamiento quirúrgico incrementando las tasas de cirugía conservadora efectiva.

OEPS-34 Mejorar en todas las áreas de salud la accesibilidad a las técnicas de reconstrucción mamaria.

OEPS-35 Mejorar la prevención y atención al linfedema ofertando en todas las áreas fisioterapia para drenaje linfático.

OEPS-36 Mejorar la calidad del tratamiento quirúrgico extendiendo la técnica del "ganglio centinela".

OEPS-37 Mejorar el apoyo psicosocial a los pacientes y familiares ofertándolo en todos los hospitales.

OEPS-38 Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer -objetivo común a otros tipos de cáncer-.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento de la obesidad y estilos de vida se consideran incluidas dentro de este problema de salud.

**54.** Establecer un plan de mejora tanto en el sistema de citas como en el de recordatorios de mujeres que no acuden a la primera cita del Programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM).

**55.** Desarrollo de acciones informativas periódicas -generales y personalizadas- sobre el PDPCM, mediante folletos, campañas en medios de comunicación -plantear una gran acción publicitaria implicando a personas con reconocimiento social-,

en el portal de sanidad y en el ámbito laboral.

**56.** Análisis y desarrollo de acciones dirigidas a reducir las posibles desigualdades por el lugar de residencia o grupo social en el acceso a estos servicios preventivos.

**57.** Revisar y mejorar los protocolos y pautas de seguimiento de mujeres con factores de riesgo.

**58.** Trasladar a todos los profesionales de Atención Primaria información periódica sobre las posibilidades de consejo genético en cáncer de mama y

las indicaciones y criterios para las mujeres susceptibles.

**59.** Desarrollar las actuaciones necesarias para reducir los tiempos de espera diagnóstica.

**60.** Estudiar la implantación de unidades de alta resolución diagnósticas y de tratamiento - actividades paralelas al PDPCM- en cáncer de mama.

**61.** Evaluar la capacidad y suficiencia de los equipos y recursos de oncología y radioterapia y mejorar la accesibilidad a dichos equipos, en caso necesario.

**62.** Implantación y revisión del proceso clínico "Oncoguías: cáncer de mama", que establece los criterios y tiempos de intervención.

**63.** Extender el uso de cirugía conservadora, evaluando los protocolos existentes de manejo quirúrgico de cáncer de mama. Promover un estudio multicéntrico.

**64.** Dotar a todos los centros que tienen Medicina Nuclear, para poder protocolizar el estudio del "ganglio centinela", reduciendo linfadenectomías innecesarias.

**65.** Mejorar la oferta de tratamiento rehabilitador tras la cirugía. Potenciar la formación en medidas de prevención del linfedema.

**66.** Facilitar apoyo psicológico a pacientes y familiares que lo precisen, a lo largo del proceso asistencial.

**67.** Promover la cirugía de cáncer de mama, sin ingreso.

**68.** Impulsar la utilización de un sistema único de codificación en los Servicios de Anatomía Patológica de la red (común a los otros tipos de tumores)

**69.** Desarrollar Registros hospitalarios de tumores en todos los centros (común a los otros tipos de tumores).

**70.** Extender el Registro Poblacional de cáncer a

todas las provincias de Castilla y León (común a los otros tipos de tumores).

**71.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

**72.** Promover el desarrollo de proyectos coordinados de investigación en cáncer de mama.

**73.** Promover, mediante protocolos, una adecuada información clínica dirigida a pacientes y familiares referida al diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas.

**74.** Desarrollar el Consejo Asesor del Cáncer de Castilla y León.

**75.** Incluir las acciones en un Plan Integral de Atención a la Salud de la Mujer.

**76.** Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre el cáncer de mama.

**77.** Promoción de la investigación sobre cáncer de mama, en los dos niveles asistenciales.

### Objetivos generales

OG-15 Frenar la tendencia ascendente de la incidencia del cáncer de pulmón.

OG-16 Mejorar las tasas de supervivencia a los cinco años y situarlas por encima del 14%.

OG-17 Frenar la tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer de pulmón.

OG-18 Frenar la tendencia ascendente de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por cáncer de pulmón.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico se incluyen dentro de este problema de salud.

OEPS-39 Mejorar el tratamiento aumentando el número de pacientes a los que se les realiza valoración quirúrgica específica.

OEPS-40 Mejorar la atención del cáncer de pulmón implementando la Oncoguía correspondiente en todas las Áreas.

OEPS-41 Mejorar el tratamiento incrementando el porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que reciben quimioterapia.

OEPS-42 Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de quimioterapia en pacientes con metástasis.

OEPS-43 Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de radioterapia en los casos localmente avanzados.

OEPS-44 Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de radioterapia paliativa en pacientes con metástasis.

OEPS-45 Reducir el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón por exposición al amianto.

OEPS-46 Incrementar el porcentaje de pacientes atendidos en unidades específicas de cuidados paliativos.

OEPS-47 Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer común a otros tipos de tumores.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y abandono del tabaquismo se consideran incluidas en este problema de salud.

**78.** Impulsar el funcionamiento de los comités de tumores interáreas, mediante videoconferencias y digitalización de las imágenes de exploraciones diagnósticas.

**79.** Revisar e implantar la Oncoguía sobre el cáncer de pulmón.

**80.** Revisar periódicamente las dotaciones de profesionales de oncología y de equipamiento radioterápico para mejorar la accesibilidad a los servicios relacionados con el tratamiento del cáncer, tomando como referencia los estándares actuales.

**81.** Promover la vigilancia y el seguimiento de las medidas del Real Decreto 396/2006 para minimizar la exposición laboral al amianto.

**82.** Promover, a través del Registro relacionado con la exposición laboral al amianto, el consejo antitabáquico y la derivación de estos pacientes a unidades especializadas de tabaquismo, en caso necesario.

**83.** Estudiar la posibilidad de pilotar, en algún Área de Salud, medidas de apoyo, facilitando la estancia de quienes tengan que acudir periódicamente a recibir tratamientos desde localidades alejadas. (Medida común a los otros tipos de tumores).

**84.** Implantar una Unidad Domiciliaria y una Unidad Hospitalaria de Cuidados paliativos en cada Área de Salud (vinculadas al desarrollo del Plan Regional de Cuidados Paliativos medida común a los otros tipos de tumores).

**85.** Desarrollar el Plan Regional de cuidados paliativos.

**86.** Impulsar la utilización de un sistema único de codificación en los Servicios de Anatomía Patológica de la red.

**87.** Desarrollar Registros hospitalarios de tumores en todos los centros.

**88.** Extender el Registro Poblacional de cáncer a todas las provincias de Castilla y León.

**89.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

**90.** Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre el cáncer de pulmón.

**91.** Promoción de la investigación sobre cáncer de pulmón, en los dos niveles asistenciales.

### Objetivos Generales

- OG-19 Reducir la incidencia de cáncer colorrectal.
- OG-20 Estabilizar la mortalidad por cáncer colorrectal, según las referencias nacionales.
- OG-21 Incrementar la supervivencia, a los cinco años, en cáncer colorrectal.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, del consumo de alcohol, de la obesidad, actividad física y promoción de alimentación saludable se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

- OEPS-48 Mejorar el diagnóstico precoz implantando un programa piloto de cribado de cáncer colorrectal en un Área y su progresiva extensión a las demás Áreas.
- OEPS-49 Mejorar la detección precoz en las poblaciones de riesgo intermedio, garantizando el seguimiento, al menos, del 80% de esta población, mediante el correspondiente protocolo.
- OEPS-50 Mejorar la detección precoz en poblaciones de alto riesgo incrementado en un 30% los casos que acceden al programa de consejo genético en cáncer colorrectal en Castilla y León.
- OEPS-51 Mejorar el diagnóstico reduciendo a un máximo de 15 días el tiempo transcurrido desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica.
- OEPS-52 Mejorar el tratamiento, reduciendo a un máximo de 30 días el periodo transcurrido desde la confirmación diagnóstica hasta la estadificación y la decisión terapéutica.
- OEPS-53 Evaluar la calidad de tratamiento, a través de los resultados.

OEPS-54 Mejorar la calidad del tratamiento oncológico a través de la implantación de la Oncoguía, reduciendo a un máximo de 8 semanas el periodo entre el tratamiento quirúrgico y el comienzo de la quimioterapia y radioterapia adyuvante, en los casos indicados.

OEPS-55 Mejorar la calidad del tratamiento, mediante el funcionamiento de comités de tumores en todos los hospitales/complejos asistenciales, y la puesta en marcha de nuevas formas de organización, como los equipos multidisciplinares de atención al cáncer colorrectal.

OEPS-56 Garantizar el apoyo psicosocial a los pacientes y a sus familiares.

OEPS-57 Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer -común a otros tipos de cáncer

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico, del consumo de alcohol, de la obesidad, actividad física y promoción de alimentación saludable se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

**92.** Diseño de un programa de cribado de cáncer colorrectal (Programa de CCR).

**93.** Puesta en marcha del proyecto piloto de Cribado de Cáncer Colorrectal y diseño de extensión al resto de la Comunidad.

**94.** Definir y difundir, entre los profesionales, los criterios de "riesgo intermedio" y el procedimiento de selección y derivación en todas las áreas.

**95.** Establecer profesionales de referencia en todas las Áreas de Salud para la derivación y seguimiento de los pacientes de riesgo que acceden a las Unidades de Consejo Genético de Cáncer (UCGC).

**96.** Analizar el desarrollo futuro de las UCGC.

**97.** Planificar y revisar la dotación de endoscopistas de la Comunidad.

**98.** Revisar e implantar la Oncoguía para la intervención en el cáncer colorrectal.

**99.** Estudiar la inclusión del "estomoterapeuta" como integrante del equipo multidisciplinar del tratamiento de cáncer colorrectal.

**100.** Establecer las unidades especializadas de referencia para la derivación de los casos que lo precisen, para la elaboración de protocolos asistenciales y para la coordinación de la investigación.

**101.** Facilitar apoyo psicológico a pacientes y familiares que lo precisen, a lo largo del proceso asistencial.

**102.** Impulsar la utilización de un sistema único de codificación en los Servicios de Anatomía Patológica de la red

**103.** Desarrollar Registros hospitalarios de tumores en todos los centros.

**104.** Extender el Registro Poblacional de cáncer a todas las provincias de Castilla y León.

**105.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud

**106.** Formación específica dirigida a enfermería sobre prevención del cáncer colorrectal.

**107.** Dotar a los hospitales de equipos multidisciplinares de atención al cáncer colorrectal.

**108.** Establecer un protocolo de captación, relacionado con el cribado de cáncer colorrectal, con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

**109.** Establecer un protocolo de consenso acerca de las recomendaciones comunes a los pacientes para la preparación y realización de colonoscopia y de sedoanalgesia.

**110.** Homogeneizar los informes anatomopatológicos en cáncer colorrectal.

**111.** Establecer un circuito de solicitud directa de colonoscopia desde Atención Primaria, en los Centros de Salud de la Comunidad.

**112.** Establecer circuitos preferentes de acceso a las pruebas diagnósticas de confirmación y a la cirugía, en todos los hospitales, en el caso de resultados positivos tras realización de colonoscopia.

**113.** Garantizar la confortabilidad e intimidad en el hospital de día oncológico e implantar el programa de acompañantes.

**114.** Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre el cáncer colorrectal.

**115.** Promoción de la investigación sobre cáncer colorrectal, en los dos niveles asistenciales.

### Objetivos generales

OG-22 Reducir por debajo de 1,7/1.000 habitantes la incidencia de la DM tipo 2.

OG-23 Reducir la mortalidad prematura por diabetes, por debajo de 1,4/100.000 habitantes en personas menores de 65 años y por debajo de 5,2/100.000 habitantes en personas menores de 75 años.

OG-24 Reducir, por debajo de 0,9/1.000 habitantes, los ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes mellitus.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento de la obesidad, promoción de actividad física y promoción de alimentación saludable y control de la hiperlipemia, se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-58 Mejorar la calidad de la atención sanitaria a las personas con diabetes, desarrollando una Estrategia Regional frente a la diabetes.

OEPS-59 Mejorar la detección precoz aumentando el número de pacientes con factores de riesgo a los que se les mide la glucemia siguiendo las Guías de Práctica Clínica.

OEPS-60 Mejorar el control de pacientes diagnosticados de diabetes consiguiendo alcanzar un 50% de pacientes diabéticos con una HbA1c (Hemoglobina glicosilada) inferior a 7%.

OEPS-61 Mejorar la prevención, tratamiento y seguimiento de la retinopatía diabética.

OEPS-62 Mejorar la prevención y tratamiento de las complicaciones cardiovasculares.

OEPS-63 Mejorar las actividades de control del pie

diabético, implicando también a los pacientes en el autocuidado, para lograr reducir la incidencia de amputaciones no traumáticas en diabetes.

OEPS-64 Mejorar la prevención y estabilizar la progresión de la nefropatía diabética.

OEPS-65 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento de la obesidad, con la promoción de alimentación saludable, la promoción de actividad física y control de hiperlipemia se consideraran incluidas dentro de este problema de salud.

**116.** Identificación de las personas con factores de riesgo y determinación de la glucemia basal, siguiendo las Guías de Práctica Clínica.

**117.** Establecer las condiciones para la realización de screening en grupos de riesgo.

**118.** Desarrollar una línea de comunicación dirigida a los profesionales para incluir la detección de diabetes mellitus en las actividades preventivas de Atención Primaria y de Salud Laboral.

**119.** Realización del cribado de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en todas las mujeres gestantes y, en los casos positivos, prestar la atención en un plazo de una semana.

**120.** Actividades dirigidas al control de todos los factores de riesgo en pacientes diabéticos.

**121.** Medición del perímetro abdominal en consulta.

**122.** Revisión, establecimiento y difusión de criterios y estándares de normalidad.

**123.** Medidas para mejorar la coordinación entre atención hospitalaria y Atención Primaria en la atención a las personas diabéticas.

**124.** Potenciar la educación diabetológica individual y grupal para conseguir la mayor autosuficiencia y autocuidado de los pacientes y una mejor calidad de vida con el control de la enfermedad. Definir el papel de las enfermeras en esta actividad.

**125.** Definir, mediante consenso, las Guías de Práctica Clínica (GPC) a utilizar para Diabetes tipo 2 y para diabetes tipo 1, e implantarlas en la Comunidad.

**126.** Definir e implantar el plan de extensión del cribado de retinopatía diabética, mediante el estudio de fondo de ojo con retinografía no midriática, en todas las Áreas (o en consultas específicas).

**127.** Divulgar e implantar la Guía de Riesgo Cardiovascular de Castilla y León para reducir los riesgos de complicaciones y para retrasar la evolución de la microangiopatía diabética en estos pacientes.

**128.** Fomentar la exploración del pie de pacientes diabéticos mediante la utilización de monofilamento y doppler vascular, asegurando el consejo de autocuidados a los pacientes.

**129.** Protocolizar la determinación periódica del cociente albúmina/creatinina o la prueba analítica que, en cada momento se pueda considerar más adecuada como método de screening de la nefropatía diabética en pacientes menores de 70 años sin proteinuria previa.

**130.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

**131.** A partir de las GPC consensuadas incluir, en la historia clínica informatizada de Atención Primaria, las actividades necesarias o más adecuadas tanto en los pacientes con diabetes, como en los que presenten factores de riesgo.

**132.** Fijar objetivos específicos relacionados con la diabetes mellitus en la formación continuada de los profesionales.

**133.** Desarrollar, mediante norma, la Comisión Asesora de Diabetes de Castilla y León.

**134.** Promoción de la investigación sobre diabetes mellitus, en los dos niveles asistenciales.

## EPOC

### Objetivos generales

OG-25 Reducir los ingresos hospitalarios por EPOC por debajo de 2,2/1.000 habitantes.

OG-26 Reducir la mortalidad por EPOC por debajo de 0,38 por 1.000 habitantes.

OG-27 Reducir la mortalidad prematura por EPOC en varones, por debajo de 0,3/1.000.

OG-28 Reducir la invalidez causada por EPOC en un 25%.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-66 Mantener los niveles de contaminación ambiental dentro de los parámetros establecidos en la normativa europea.

OEPS-67 Poner en marcha medidas para la reduc-

ción de la contaminación del aire en el medio laboral.

OEPS-68 Conocer el nivel de exposición de los distintos receptores de la contaminación atmosférica, es decir, la población, los cultivos y los ecosistemas naturales y poder así reaccionar en caso de episodios que pudieran ser perjudiciales. (Objetivo de la Estrategia de control de la calidad del aire de Castilla y León 2001-2010 de la Consejería de Medio Ambiente).

OEPS-69 Mejorar los resultados de la prevención secundaria reduciendo, al menos, hasta el 30% el porcentaje de pacientes con EPOC que fuman.

OEPS-70 Mejorar la prevención y el tratamiento precoz de las agudizaciones y disminuir los ingresos hospitalarios.

OEPS-71 Mejorar el seguimiento de los pacientes con EPOC de forma que se consiga aumentar, hasta el 90%, la aplicación de planes de cuidados en los mismos.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico se consideran incluidas dentro de este problema de salud.

**135.** Seguimiento de las condiciones de calidad del aire.

**136.** Dotar de pulsioxímetro a todos los centros de salud.

**137.** Ampliar los servicios de hospitalización a domicilio.

**138.** Incluir el plan de cuidados enfermeros individualizado al alta hospitalaria.

**139.** Establecer e implantar planes de cuidados estandarizados de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica (GPC).

OEPS-72 Mejorar el acceso al tratamiento de rehabilitación respiratoria realizado en Atención Especializada y asegurar su aplicación en los pacientes graves.

OEPS-73 Mejorar la calidad de la atención sanitaria de los pacientes con EPOC implantando las Guías de Práctica Clínica consensuadas.

OEPS-74 Mejorar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria y asegurar el cumplimiento de las indicaciones de oxigenoterapia en EPOC.

OEPS-75 Mejorar el diagnóstico precoz de pacientes con EPOC y déficit de alfa-1 (no fumadores y fumadores < 40 años)

OEPS-76 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

**140.** Difusión y formación en las GPC.

**141.** Incluir en la formación continuada de los profesionales de Atención Primaria, la oxigenoterapia y espirometría.

**142.** Mejorar los criterios de utilización de oxigenoterapia, realizando su seguimiento en todas las Áreas.

**143.** Revisar las condiciones de trabajo de los pacientes con EPOC.

**144.** Estudiar la creación de un Registro Regional

de pacientes con déficit de alfa-1 y los criterios que podrían establecerse para desarrollar el cribado, desde Atención Primaria, en los grupos de riesgo.

**145.** Fomentar la investigación sobre EPOC.

**146.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

## Depresión

### Objetivos generales

OG-29 Mantener la tendencia descendente en las tasas de suicidio.

OG-30 Continuar la tendencia descendente del número de estancias hospitalarias por depresión.

OG-31 Reducir la discapacidad originada por depresión.

### Objetivos específicos

OEPS-77 Mejorar el diagnóstico precoz de depresión en los siguientes grupos: pacientes en estado terminal, adolescentes, ancianos, cuidadores familiares, personas privadas de libertad y mujeres en las etapas de embarazo, puerperio y menopausia.

OEPS-78 Mejorar la calidad del diagnóstico aumentando el número de personas diagnosticadas de depresión que reciben tratamiento (hasta 3,6/1.000 habitantes).

OEPS-79 Mejorar la calidad de la atención sanitaria a la depresión desarrollando una nueva Estrategia de Salud Mental que contemple, entre otros, este problema de salud.

OEPS-80 Mejorar la calidad de los cuidados aplicando, en todas las Áreas, la metodología de gestión de casos en los tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad.

OEPS-81 Mejorar la calidad de los tratamientos mediante opciones como la psicoterapia, para aquellos pacientes con tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad.

OEPS-82 Mejorar la prevención de suicidios aumentando el porcentaje de planes de prevención de situaciones de riesgo.

OEPS-83 Incrementar la detección de planes suicidas, en Atención Primaria.

OEPS-84 Mejorar la prevención secundaria valorando el riesgo individual al alta y revisándolo en la primera semana tras el alta hospitalaria.

OEPS-85 Mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión en APS y en las Áreas desarrollando y aplicando un proceso asistencial.

OEPS-86 Desarrollar e implantar sistemas de información relacionados con este problema.

## Medidas y estrategias

**147.** Potenciación en APS de los servicios de atención al adolescente, mujer, anciano, inmovilizado, terminal y cuidador.

**148.** Inclusión de este tipo de patología en los análisis de la Red Centinela de Castilla y León y en los análisis periódicos de la prestación farmacéutica.

**149.** Elaboración del proceso clínico "Depresión".

**150.** Desarrollo e implantación de una nueva Estrategia Regional de Salud Mental con participación, entre otros, de profesionales y asociaciones de pacientes que, además de otras patologías contemple la depresión.

**151.** Mejorar la colaboración y coordinación en las interconsultas, donde la depresión se identifique como patología comórbida.

**152.** Aplicar la metodología de gestión de

casos, en los tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad.

**153.** Incluir en la Cartera de Servicios un servicio de atención a los trastornos afectivos en la APS.

**154.** Consensuar e implantar un protocolo con criterios para la detección precoz de riesgo de suicidio que sea aplicable en Atención Primaria, ambulatoria, hospitalaria y en urgencias y establecer un teléfono de ayuda sobre este asunto y facilitar formación a quienes lo atiendan.

**155.** Desarrollar un programa de seguimiento para personas con tentativas de suicidio frustradas.

**156.** Establecimiento de planes de cuidados y seguimiento de pacientes en tratamiento.

**157.** Aumentar los casos de depresión atendidos en Atención Primaria.

**158.** Consensuar criterios de detección precoz en Atención Primaria.

**159.** Mejorar los sistemas de información, introduciendo equipos informáticos y aplicaciones que faciliten la consulta en atención de salud mental y que tenga continuidad en el nivel de Atención Primaria.

**160.** Ampliación de plazas de centros de día para personas mayores.

**161.** Colaborar en el desarrollo de programas de formación en depresión para el personal de las residencias.

**162.** Colaborar en la formación del personal de prisiones y facilitar las consultas de los casos.

**163.** Creación del Consejo Asesor de Castilla y León para el seguimiento de la salud mental.

**164.** Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre la depresión.

**165.** Promoción de la investigación sobre depresión, en los dos niveles asistenciales.

## Sepsis, infección grave e infección nosocomial

### Objetivos generales

OG-32 Reducir la incidencia de sepsis, manteniendo las tasas de altas hospitalarias por esta causa, como diagnóstico principal, por debajo de 0,20 por 1.000 habitantes.

OG-33 Reducir en un 25% la mortalidad por sepsis.

OG-34 Reducir las infecciones de transmisión vertical.

OG-35 Estabilizar la tendencia en la prevalencia de infección nosocomial manteniéndola en cifras menores del 9% en hospitales de más de 200 camas y reduciéndola a cifras de menos del 7% en hospitales de menos de 200 camas.

### Objetivos específicos de sepsis e infección grave

OEPS-87 Reducir el riesgo de infección consiguiendo altos porcentajes de vacunación para aquellas patologías que pueden causar con más frecuencia

sepsis o infección grave (meningococo, neumococo, Hib, gripe).

OEPS-88 Reducir el riesgo de infección aumentando la cobertura de vacunación por gripe hasta el 75% en pacientes de alto riesgo.

OEPS-89 Detectar y reducir el riesgo infeccioso, en todas las mujeres, durante el embarazo y el parto.

OEPS-90 Reducir la resistencia a los antibióticos.

OEPS-91 Mejorar el diagnóstico precoz de la infección grave en todos los hospitales.

OEPS-92 Mejorar el tratamiento precoz de la infección grave y de las sepsis, aplicando protocolos de tratamiento.

### **Objetivos específicos de infección nosocomial**

OEPS-93 Disminuir el riesgo de infección asociada a la utilización de dispositivos en el hospital -sondas, catéteres y ventilación mecánica-.

OEPS-94 Disminuir el riesgo de infección quirúrgica, incrementando el uso adecuado de profilaxis antibiótica en los casos en que esté indicado.

OEPS-95 Reducir el riesgo de infecciones nosocomiales cruzadas.

OEPS-96 Minimizar el riesgo de infección nosocomial asociada a infraestructuras, equipos y productos.

OEPS-97 Disminuir la incidencia de infección nosocomial por microorganismos multirresistentes.

OEPS-98 Diseño de la "Estrategia Regional de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial" (IN), contando para ello con una Comisión Técnica Asesora y con otros profesionales.

OEPS-99 Implantar un sistema de información corporativo que permita monitorizar la incidencia de infección nosocomial en áreas y procesos críticos (indicador de calidad de los cuidados prestados).

## Medidas y estrategias

**166.** Creación de la Comisión Técnica Asesora en vigilancia, prevención y control de infección nosocomial.

**167.** Implantación de la Estrategia Regional de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial, adaptada a cada uno de los hospitales.

**168.** Intervenciones para el mantenimiento de coberturas elevadas en vacunación infantil y del adulto, con actividades de captación activa en los grupos y poblaciones con menores coberturas.

**169.** Implantar un sistema de información centralizado de vacunación.

**170.** Incrementar las acciones para conseguir una mayor tasa de vacunación en todo el personal sanitario.

**171.** Ampliación de los programas de vacunación de pacientes de alto riesgo, incluyendo mejores estrategias de captación -en los dos niveles- de pacientes con enfermedades crónicas.

**172.** Actualización de las guías de actuación para la prevención de infección congénita y perinatal en Castilla y León -antes, durante y después del embarazo-.

**173.** Intervenciones periódicas de promoción dirigidas a los ciudadanos sobre el uso responsable de los antibióticos en el hogar.

**174.** Inclusión, en la formación continuada, del uso de antimicrobianos y tratamiento precoz de infección grave.

**175.** Mejorar la disponibilidad de un diagnóstico precoz de urgencia.

**176.** Consensuar métodos diagnósticos y laboratorios de referencia.

**177.** Implantar el triaje pediátrico en Servicios de urgencia.

**178.** Elaboración de guías técnicas sobre la infección grave, adaptadas a Atención Primaria, Puntos de Atención Continuada y Servicios de Urgencias, Pediatría, UCI, etc.

**179.** Definir políticas de control en el uso de antimicrobianos en todos los hospitales y centros de Atención Primaria, y elaborar y difundir periódicamente los mapas de resistencias en cada Área de Salud.

**180.** Desarrollo de estrategias dirigidas a la población sobre hábitos higiénicos para detener los microorganismos en la casa, el trabajo y la escuela -con colaboración intersectorial-.

**181.** Creación de la red de laboratorios de vigilancia e investigación.

**182.** Potenciar los sistemas de información de vigilancia epidemiológica que permiten la identificación y detección activa de brotes.

**183.** Diseño de canales de comunicación inmediatos que permitan la adopción de las medidas necesarias en los casos de infección nosocomial que precisen control urgente.

**184.** Dotación adecuada de habitaciones de aislamiento.

**185.** Inclusión en todos los programas de formación continuada de las medidas preventivas de eficacia probada en IN.

**186.** Evaluación del despliegue y efectividad de los programas de introducción controlada de soluciones alcohólicas implantados en los hospitales.

**187.** Elaboración de materiales gráficos que faciliten el seguimiento de las medidas eficaces en la prevención de la IN.

**188.** Elaboración de una Guía de recomendaciones para la prevención de infección nosocomial en APS.

**189.** Valorar la actualización de las Guías Técnicas destinadas a reducir el riesgo de IN asociada a infraestructuras.

**190.** Elaboración de una Guía Técnica de recomendaciones para la gestión del proceso de esterilización en hospitales y para la introducción de sistemas de trazabilidad en el proceso de utilización de material quirúrgico esterilizado.

**191.** Elaboración de una Guía de recomendaciones para la gestión de microorganismos multirresistentes en los centros sanitarios.

**192.** Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud

**193.** Diseño e implantación de un sistema de información microbiológica corporativo que permita monitorizar la incidencia microbiológica de microorganismos de interés para la salud pública y el seguimiento de resistencias antimicrobianas en la Comunidad.

**194.** Promoción y desarrollo de líneas de investigación en los dos niveles asistenciales.

**195.** Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre la sepsis e infección nosocomial.

## Dolor: Patología osteoarticular

### Objetivos generales

OG-36 Mantener la prevalencia de dolor por patología osteoarticular en las cifras de referencia estatal.

OG-37 Mejorar la calidad de vida percibida por las personas con dolor osteoarticular.

OG-38 Reducir la discapacidad asociada a osteoartrosis.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico y de la obesidad, la promoción de la actividad física se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-100 Mejorar la prevención de patologías osteoarticulares, en el ámbito escolar a través de la formación en actitudes corporales correctas.

OEPS-101 Mejorar el diagnóstico y tratamiento de la patología del aparato locomotor en Atención

Primaria y Especializada aplicando protocolos de actuación clínica y actividades de formación.

○EPS-102 Mejorar el tratamiento facilitando la accesibilidad de los pacientes con dolor osteoarticular a la rehabilitación en Atención Especializada, en Atención Primaria (fisioterapia) y, en su caso, a "escuelas de la espalda".

○EPS-103 Mejorar los cuidados de los pacientes con dolor crónico, implantando planes de cuidados en todas las Áreas.

○EPS-104 Reducir los tiempos de atención entre el diagnóstico y el tratamiento de las patologías osteoarticulares.

○EPS-105 Reducir los tiempos de acceso a las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato locomotor.

○EPS-106 Reducir los tiempos de acceso al tratamiento rehabilitador situándolos, en Atención Primaria, por debajo de 20 días.

○EPS-107 Mejorar la calidad de la atención integral al dolor implantando "consultas de dolor" de referencia, en cada una las Áreas.

○EPS-108 Reducir el número medio de días de incapacidad temporal por lumbalgias a menos de 42,7 días, por cervicalgias a menos de 59,5 días y por osteoartrosis a menos de 129 días.

○EPS-109 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

## Medidas y estrategias

Todas las medidas y estrategias relacionadas con la prevención y tratamiento del hábito tabáquico y de la obesidad, y las relativas a la promoción de la actividad física se consideran incluidas dentro de este problema de salud.

**196.** Promover el ejercicio y la actividad física en todas las edades (actividad vinculada también a otros problemas de salud).

**197.** Protocolizar la detección precoz y la atención temprana de los problemas en la edad infantil y la detección y el diagnóstico de lesiones crónicas en adultos.

**198.** Incluir el manejo del dolor osteoarticular en la formación continuada de Atención Primaria.

**199.** Desarrollar sesiones de revisión y difusión de las estrategias terapéuticas de control del dolor recogidas en las principales Guías de Práctica Clínica.

**200.** Seleccionar e implantar Guías de Práctica Clínica consensuadas, en los centros.

**201.** Analizar periódicamente el consumo de fármacos analgésicos, AINE's y opiáceos, a través del sistema de información de prescripción, para establecer indicadores de uso y calidad en la prescripción.

**202.** Facilitar el acceso a mayor número de pruebas diagnósticas específicas desde Atención Primaria

**203.** Promover la realización de actividades preventivas desde las unidades de fisioterapia.

**204.** Revisar la distribución geográfica para mejorar la accesibilidad a las unidades de fisioterapia.

**205.** Ampliar, a todas las Áreas, la oferta de dispositivos funcionales para dar respuesta a problemas frecuentes del aparato locomotor ("Escuelas de la espalda" en las unidades de fisioterapia)

**206.** Elaborar planes de cuidados de enfermería dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor cronicado.

**207.** Potenciar el papel del especialista en reumatología en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología osteoarticular. Incrementar el papel de enfermería en la atención de esta patología.

**208.** Consensuar el protocolo de derivación específica y atención precoz para pacientes con artritis reumatoide, reduciendo así el tiempo de diagnóstico e inicio de tratamiento.

**209.** Estudiar la dotación de especialistas relacionados con la atención al dolor osteoarticular en la Comunidad, en particular para la especialidad de Reumatología.

**210.** Mejorar los tiempos de acceso a los Servicios de Reumatología, a los servicios de Rehabilitación en Atención Especializada o Atención Primaria (Fisioterapia), según la indicación de cada patología.

**211.** Dotar con dos unidades de formación MIR de Reumatología a la Comunidad.

**212.** Potenciar la función de los fisioterapeutas en el domicilio para el adiestramiento del cuidado de los pacientes.

**213.** Establecer una unidad del dolor o un especialista de referencia en cada una de las Áreas, así como unidades multidisciplinarias de referencia en la Comunidad.

**214.** Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud.

**215.** Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre el dolor osteoarticular.

**216.** Promoción de la investigación sobre dolor osteoarticular, en los dos niveles asistenciales.

## Accidentes de tráfico

### Objetivos generales

OG-39 Reducir en un 5% el número de accidentes de tráfico.

OG-40 Estabilizar la tendencia descendente de los últimos 5 años, en mortalidad por accidentes de tráfico.

OG-41 Romper la tendencia ascendente actual de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por accidentes de tráfico.

## Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con el alcohol y otras drogas se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-110 Mejorar la atención urgente y conseguir que la mediana del tiempo de llegada del primer recurso sanitario al lugar del accidente, no sobrepase los 15 minutos.

OEPS-111 Reducir la incidencia de accidentes por infracciones de las normas, velocidad inadecuada, distracciones/fatiga, consumo de alcohol y drogas y no utilización de medidas de seguridad.

OEPS-112 Mejorar la calidad de la asistencia pre-hospitalaria.

OEPS-113 Mejorar la calidad de la asistencia en urgencias hospitalarias.

OEPS-114 Mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria durante el periodo de hospitalización.

OEPS-115 Mejorar la calidad de la rehabilitación de los afectados por accidentes de tráfico y reducir los tiempos de acceso a los programas de rehabilitación de las víctimas de AT que lo precisen (Tiempo y calidad de la prestación)

OEPS-116 Establecer un sistema de información sobre la atención sanitaria prestada a los pacientes por accidentes de tráfico que incluya los traslados interhospitalarios.

OEPS-117 Contribuir a la formación de los jóvenes y conductores sobre los aspectos relacionados con la prevención de accidentes de tráfico. Reducir los accidentes en población joven relacionados con el alcohol y otras drogas. (V Plan Regional sobre Drogas).

OEPS-118 Reforzar conocimientos específicos para la implantación de conductas de conducción segura.

OEPS-119 Optimizar las condiciones físicas de los jóvenes a la hora de conducir.

OEPS-120 Informar de las características técnicas del vehículo que manejan.

(Los tres anteriores objetivos se han extraído de la "Campaña Joven de seguridad vial", de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades).

OEPS-121 Favorecer las condiciones de circulación y seguridad vial que repercutan en la disminución de accidentes de circulación.

(Objetivo extraído del Plan Regional de carreteras de Castilla y León, de la Consejería de Fomento).

## Medidas y estrategias

Todas las medidas relacionadas con el alcohol y otras drogas se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

- 217.** Difundir y ampliar la oferta de cursos de primeros auxilios dirigidos al primer interviniente ante un accidente de tráfico.
- 218.** Formación de mayor número de diplomados de transporte medicalizado.
- 219.** Formación continuada de los profesionales de Atención Primaria en la atención urgente de accidentes de tráfico.
- 220.** Formación de la población en primeros auxilios.
- 221.** Revisar las cronas de la dotación de estructura y recursos sanitarios para atender, en el menor tiempo posible, los accidentes de tráfico.
- 222.** Acordar la comunicación de información a partir de los sistemas de registro y monitorización de accidentes de tráfico para conocer la evolución de los diferentes determinantes de los accidentes de tráfico: infracciones a normas, velocidad inadecuada, distracción o fatiga, consumo de alcohol o de drogas, falta de utilización de medidas de seguridad, fallos técnicos de los vehículos, condiciones de la calzada, etc.
- 223.** Desarrollo de protocolos de transferencia entre la atención urgente en el lugar del accidente y la atención urgente hospitalaria y unidades de cuidados intensivos.
- 224.** Aplicación de guías clínicas sobre la atención a accidentados de tráfico en todos los servicios de urgencia.
- 225.** Seguimiento y actuación sobre la oferta de tratamiento rehabilitador en pacientes con lesiones y secuelas por accidentes de tráfico.
- 226.** Desarrollar actividades de prevención de accidentes de tráfico en la escuela.
- 227.** Seguimiento dirigido a evitar el cambio de material cuando el paciente es transferido.
- 228.** Inclusión de actividades preventivas sobre accidentes de tráfico en la cartera de Atención Primaria.
- 229.** Definir y mantener estrategias dirigidas a los grupos de edad con mayor accidentabilidad: menores de 18 años, jóvenes entre 18-34 años y mayores de 75 años. Desarrollar actividades relacionadas con la educación en la edad infantil.
- 230.** Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud
- 231.** Aumentar el control en los centros de reconocimiento médico y denegar el certificado en los casos contemplados en la legislación, vigilando especialmente la toma de productos psicotrópicos.

### Objetivos generales

OG-42 Reducir la incidencia de accidentes laborales por encima del 5%.

OG-43 Reducir la incidencia de enfermedades profesionales a niveles inferiores a la media estatal.

OG-44 Modificar la tendencia de los accidentes mortales para conseguir estar por debajo de la media estatal.

OG-45 Reducir los días de Incapacidad Temporal por accidentes laborales y enfermedades profesionales.

OG-46 Reducir la duración de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común.

### Objetivos específicos

Todos los objetivos específicos relacionados con la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial, del hábito tabáquico, del consumo de alcohol y drogas, se consideran incluidos dentro de este problema de salud.

OEPS-122 Mejorar la formación de los trabajadores en PRL (prevención de riesgos laborales) consiguiendo incrementar el porcentaje de los trabajadores que recibe formación sobre PRL en el último año y el porcentaje de los centros de trabajo donde alguna persona haya recibido cursos o charlas formativas sobre Seguridad y Salud Laboral.

OEPS-123 Mejorar la información que reciben los trabajadores sobre sus propios riesgos laborales en el puesto de trabajo, por parte de las empresas.

OEPS-124 Mejorar la prevención de las patologías osteoarticulares en el medio laboral valorando, desde los servicios de prevención, la ergonomía, adaptación, protección y adecuación de los puestos de trabajo.

OEPS-125 Mejorar la dotación y mantenimiento de los equipos de protección y aumentar las empresas que han adquirido, sustituido o modificado los equipos de protección individual (EPI) y colectivos.

OEPS-126 Mejorar la cultura preventiva entre los empresarios aumentando hasta el 45% las empresas que han mejorado la organización preventiva en el último año.

OEPS-127 Mejorar la cobertura de las evaluaciones de riesgos.

OEPS-128 Mejorar la cobertura de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

OEPS-129 Reducir el porcentaje de trabajadores que fuman, a menos del 30%.

OEPS-130 Mejorar la tramitación de declaración de contingencias.

OEPS-131 Mejorar la concienciación de los profesionales de Atención Primaria en la gestión de IT y reducir el número de IT nueva por mes, respecto al número de trabajadores activos de su cupo, la prevalencia de IT, su duración media y la duración media de IT con relación al número de asegurados activos.

OEPS-132 Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

OEPS-133 Incorporar la vacunación sistemática del adulto en el contexto de vigilancia de salud de los trabajadores.

OEPS-134 Reducir la prevalencia de consumidores habituales abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

OEPS-135 Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. (Los dos objetivos anteriores están extraídos del V Plan Regional sobre drogas de Castilla y León 2005-2008. Estos dos objetivos son comunes a los problemas relacionados con el consumo de alcohol).

OEPS-136 Disminuir la incidencia de las deficiencias derivadas de accidentes de tráfico, laborales y otros producidos en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. (Este objetivo está extraído del Plan Sectorial de Atención a Personas con discapacidad, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y es común a los accidentes de tráfico)

## Medidas y estrategias

Todas las medidas relacionadas con la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial, del hábito tabáquico, del consumo de alcohol y drogas, se consideran incluidas dentro de este problema de salud.

**232.** Elaboración y aplicación de propuestas de mejora de formación en salud laboral dirigidas a los trabajadores.

**233.** Con carácter previo a cualquier asignación de una subvención asegurar la cumplimentación

de la norma de prevención de riesgos laborales por la empresa.

**234.** Incrementar las inspecciones para garantizar el cumplimiento de la normativa: evaluación de

riesgos, planes de prevención y vigilancia de la salud.

**235.** Elaborar e implantar una "Guía de buenas prácticas" dirigida a los servicios de prevención.

**236.** Elaborar e implantar una "Guía de vacunación en el entorno laboral" dirigida a los Servicios de Prevención.

**237.** Extensión del plan de drogas a los servicios de prevención, incluyendo consejos antitabaco en la vigilancia periódica de la salud de los trabajadores.

**238.** Incluir en la formación continuada de los profesionales de Atención Primaria de todas las Áreas, cursos sobre duración y control de procesos de IT.

**239.** Definir un sistema de información sobre salud laboral para el sistema sanitario e implantación piloto.

**240.** Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

**241.** Formación sobre salud laboral al mayor número de profesionales.

**242.** Dotar y cubrir todas las plazas de salud laboral de los Servicios Territoriales.

**243.** Incluir la historia laboral en la historia clínica.

## Seguridad alimentaria

### Objetivo general

OG-47 Mejorar la seguridad alimentaria en la Comunidad de Castilla y León.

### Objetivos específicos

OEPS-137 Mejorar el control oficial mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

OEPS-138 Optimizar la formación del personal que realiza el control oficial en el marco de un Plan Estratégico de Formación de la Consejería de Sanidad.

OEPS-139 Implantar un programa específico de calidad del control oficial que incluya la realización de auditorías.

OEPS-140 Fomentar la elaboración, por los sectores alimentarios, de "Guías de prácticas correctas

de higiene y de aplicación del sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos", en adelante "Guías de higiene de sectores alimentarios", supervisadas por la Consejería de Sanidad.

### **Medidas y estrategias**

**244.** Instalación, durante el año 2008, de un cableado estructurado informático, en los principales edificios en los que se ubican los profesionales del control oficial, incluidos los mataderos.

**245.** Dotación, durante el año 2008, de equipos informáticos en todas las demarcaciones, y en el 70% de los mataderos.

**246.** Desarrollo e implantación, durante el año 2008 de una aplicación informática, a partir de los procedimientos documentados para el control oficial en materia de seguridad alimentaria, a la que se puedan conectar todas las demarcaciones y los principales mataderos. Dicha aplicación deberá alcanzar su máxima operatividad en el año 2010.

**247.** Diseño del modelo de formación específica para los profesionales que realizan control oficial: inicial, genérica y específica -materias, riesgos, sectores, nuevas tecnologías- incluyendo la opción de formación "on line", en el marco del Plan Estratégico de Formación.

**248.** Desarrollo de sistemas de realización de auditorías del control oficial, como medio de mejora de la calidad de dicho procedimiento de control.

**249.** Implantación de formación específica en sistemas de calidad en los Servicios Territoriales de Sanidad y en las Demarcaciones, destinados a conseguir la acreditación en dichos sistemas.

**250.** Elaboración de "Guías de higiene de sectores alimentarios" por los diferentes sectores privados implicados.

**251.** Supervisión y promoción, por la Consejería de Sanidad, de las Guías contempladas en el apartado anterior.

### Objetivo general

OG-48 Mejorar la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano en la Comunidad de Castilla y León.

### Objetivos específicos

OEPS-141 Mejorar el sistema de información y registro de vigilancia del agua de consumo humano (VACH), mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

OEPS-142 Mejorar la formación de las personas que realizan la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

OEPS-143 Actualizar las zonas de abastecimiento de agua de consumo humano.

OEPS-144 Diseñar mapas de riesgo para los parámetros relacionados con condiciones geológicas.

OEPS-145 Implantar un programa específico de control de calidad de la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

### Medidas y estrategias

**252.** Instalar, durante el año 2008, un cableado estructurado informático en los principales edificios en los que se ubican los profesionales responsables de la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

**253.** Dotación, durante el año 2008, de equipos informáticos a todas las unidades administrativas en las que se ubican los profesionales responsables de la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

**254.** Implantar, durante el año 2009, una aplicación informática regional que permita la captación y procesamiento de datos, disponible en todas las demarcaciones sanitarias.

**255.** Diseñar un modelo de formación especializada para las personas que realizan la vigilancia sanitaria del agua de consumo. Incluirá la opción de formación "on line", en el marco del Plan Estratégico de Formación.

**256.** Implantar una formación específica en sistemas de calidad en los Servicios Territoriales de Sanidad y en las Demarcaciones.

**257.** Definir los criterios que permitan realizar una nueva definición de zonas de abastecimiento, contando con la colaboración de los gestores de los abastecimientos.

**258.** Georreferenciar, al menos, el 90% de las captaciones subterráneas de agua, entre las que se incluirán las de mayor relevancia.

**259.** Elaborar los mapas de riesgo relacionados con determinados valores paramétricos del agua de consumo humano y ligados a las condiciones geológicas que puedan tener especial repercusión sanitaria.

**260.** Desarrollar sistemas de realización de auditorías y supervisión del control oficial, como medio para mejorar la calidad de la vigilancia sanitaria del agua.

## Dependencia asociada a la enfermedad

### Objetivos generales

OG-49 Reducir la incidencia de la dependencia asociada al abandono del tratamiento en personas con "enfermedad mental grave y prolongada".

OG-50 Reducir la incidencia de la dependencia asociada a fractura de cadera en mayores de 79 años.

OG-51 Reducir la incidencia de la dependencia asociada a las fases de crisis o descompensación en la demencia.

OG-52 Definir las necesidades de plazas de media y larga estancia sanitaria, en función de los procesos susceptibles de utilización, mejorando la equidad y el acceso a las mismas en toda la Comunidad.

## Objetivos específicos

OEPS-146 Definir los criterios para la utilización de plazas de media y larga estancia: perfil de los usuarios, sistema de acceso, tipo de cuidados a prestar, tiempos de estancia, sistema de financiación y provisión.

OEPS-147 Desarrollar e implementar en 2008-2009 una nueva Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica.

OEPS-148 Desarrollar el programa de "gestor de casos" en enfermedad mental grave y prolongada, e incluir al 80% de los pacientes con esta patología en dicho programa.

OEPS-149 Mejorar el tratamiento realizando una cirugía precoz (primeras 48 horas) en pacientes con fractura de cadera.

OEPS-150 Mejorar la prevención de complicaciones en pacientes con fractura de cadera.

OEPS-151 Mejorar la rehabilitación consiguiendo la continuidad de cuidados y la rehabilitación de los pacientes intervenidos de cadera, para lograr la recuperación de la marcha.

OEPS-152 Ofertar servicios coordinados de atención a la demencia entre los dos niveles asistenciales y los Servicios Sociales.

OEPS-153 Establecer procedimientos de atención hospitalaria, con circuitos diferenciados, para la atención a la demencia.

OEPS-154 Desarrollar una Estrategia sanitaria dirigida a los cuidadores no profesionales.

OEPS-155 Facilitar a las personas mayores que se encuentren con una necesidad de cuidados de carácter temporal por convalecencia, rehabilitación, etc., la permanencia en sus domicilios habituales, mediante estancias temporales en centros residenciales.

OEPS-156 Facilitar la adaptación de los domicilios de las personas mayores y las ayudas técnicas que posibiliten una vida autónoma.

OEPS-157 Asegurar la continuidad de los cuidados en el propio entorno, optimizando la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios.

(Los tres anteriores objetivos están extraídos del "Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores" de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades).

OEPS-158 Promover el refuerzo en la atención a la salud de las personas con discapacidad, avanzando en la coordinación entre el ámbito social y sanitario.

OEPS-159 Promover un mayor conocimiento e intercambio de experiencias entre profesionales del ámbito sanitario y social en relación con la discapacidad.

OEPS-160 Impulsar la adaptación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de las personas con discapacidad, en función de cada situación específica.

OEPS-161 Prestar en los Centros de Día los servicios técnicos, rehabilitadores o de salud que se adecuen a las necesidades de los usuarios, bien sean propios de los centros o a través de colaboraciones con otras instancias.

OEPS-162 Se dispondrán programas en coordinación con el Sistema de Salud, para la atención de aquellos usuarios con alteraciones del comportamiento o trastorno dual que presenten especiales dificultades de integración social o ajuste en el Centro de Día.

OEPS-163 Se establecerán protocolos de derivación entre los recursos sociales y los recursos de

Salud Mental, que permitan una atención a los usuarios con graves alteraciones del comportamiento o trastorno dual adecuada a cada caso y al momento del proceso.

OEPS-164 Favorecer el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias de las personas con discapacidad y sus familias en igualdad de oportunidades con respecto al resto de la población.

OEPS-165 Desarrollar mecanismos de coordinación entre el Sistema de Salud y de Servicios Sociales que permita la atención de corta estancia en recursos sanitarios de aquellas personas con discapacidad

## Medidas y estrategias

**261.** Protocolos para reducir al máximo los periodos de estancia hospitalaria -de cara a evitar la pérdida de capacidad cognitiva y la pérdida de funciones que se produce, con frecuencia, en los ingresos- y continuar los tratamientos al alta, de manera coordinada, con Atención Primaria.

**262.** Organización en todos los ESM de la gestión de casos en enfermedad mental grave y prolongada (EMGyP), desarrollados por enfermeras o trabajadores sociales.

**263.** Definir las guías y protocolos de valoración e intervención de la gestión de casos en pacientes, familias y entorno.

**264.** Impulsar la atención domiciliaria y los planes de cuidados en estos pacientes.

**265.** Implantar protocolos integrales de actuación en los hospitales para la atención de fractura de cadera (FC), con cirugía precoz, movilización precoz tras cirugía y reducción de estancias hospitalarias.

**266.** Incluir en el alta de los pacientes por FC el plan de cuidados que asegure la continuidad de los cuidados en el ámbito sanitario y social.

que presenten situaciones de crisis.

OEPS-166 Desarrollar recursos a nivel regional para atender a personas con discapacidad que presenten graves problemas de convivencia o adaptación en los servicios que aconsejen un abordaje habilitador y terapéutico en entornos diferentes de sus servicios de referencia).

(Los nueve objetivos anteriores están extraídos del "Plan Regional Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad", de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades).

**267.** Elaboración e implantación de guías de actuación y protocolos coordinados entre Atención Primaria y Atención Especializada para el abordaje de los síndromes de demencia (SD).

**268.** Definir protocolos de actuación entre los ESM y los EAP para la intervención en situaciones de crisis.

**269.** Gestión de casos compartida de los SD a través de los Equipos de Coordinación de Base.

**270.** Establecer acuerdos estables con las Asociaciones de afectados y familiares para diferentes colaboraciones, entre otras el apoyo a los cuidadores.

**271.** Revisar los programas dirigidos a personas cuidadoras en la Cartera de Servicios de APS.

**272.** Incluir en el servicio de atención al cuidador principal a quienes desempeñan esta función en los hospitales.

**273.** Desarrollar programas de formación y protocolos de información específicos, según patologías, para las personas cuidadoras.

**274.** Conocer las condiciones de la atención sanitaria a personas cuidadoras y, en su caso, establecer medidas de mejora.

**275.** Acordar intersectorialmente medidas que favorezcan recursos de respiro a las personas cuidadoras.

**276.** Desarrollo e implantación del sistema de información específico para la concreción y el seguimiento de los casos.

**277.** Integración de los protocolos entre los dispositivos sociales y sanitarios de convalecencia o estancia temporal dirigidos a recuperar la funcionalidad y el regreso al propio entorno.

## Objetivos relacionados con los estilos de vida, la prevención y los factores de riesgo

### Objetivos relacionados con el tabaco

#### Objetivos específicos

OEPS-167 Reducir específicamente la prevalencia de mujeres fumadoras declarada en 2007.

OEPS-168 Retrasar la edad de comienzo del consumo de tabaco en adolescentes.

OEPS-169 Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.

OEPS-170 Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.

OEPS-171 Reducir los daños asociados al consumo de tabaco. (Los cuatro objetivos anteriores están extraídos del V Plan Regional sobre drogas de Castilla y León 2005-2008, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades).

#### Medidas y estrategias

**278.** Intensificar las actividades del consejo sanitario anti tabaco en todos los Centros de Salud.

**279.** Desarrollar programas específicos de abandono de consumo dirigidos a: 1) padres y madres de menores, 2) mujeres embarazadas, 3) adolescentes, 4) profesionales de centros sanitarios 5) profesionales de la educación.

**280.** Disponer de unidades de deshabituación, o de consultas especializadas en tabaquismo, en todas las Áreas.

**281.** Crear la figura de "educador sanitario" en el Área de Salud y pilotar la actividad en alguna ZBS.

**282.** Fomentar las actividades de ocio -sobre todo al aire libre- de los menores y los jóvenes (deportes, fiestas sin tabaco ni alcohol, ampliación de horarios de bibliotecas, etc.).

**283.** Difundir las "mejores prácticas" frente al tabaco entre las corporaciones locales.

**284.** Dotación de mayor número de cooxímetros a todos los Centros de Salud.

**285.** Utilización de los espacios disponibles en medios de comunicación para incluir iniciativas de interés y difundir las mejores prácticas.

**286.** Estudiar la realización de un programa institucional semanal de televisión sobre promoción de la salud y estilos de vida saludables.

**287.** Aplicar programas acreditados de prevención escolar.

**288.** Control de los puntos de venta de tabaco en la proximidad de centros escolares.

**289.** Aumentar la captación y la cobertura del consejo médico sobre tabaquismo dentro del programa de atención al joven.

**290.** Aumentar las inspecciones de cumplimiento de la normativa sobre tabaco en instituciones, establecimientos y locales cerrados.

**291.** Desarrollo de acciones formativas sobre "técnicas de consejo para dejar de fumar" dirigidas a los profesionales de Atención Primaria.

**292.** Mantener el consejo sobre tabaquismo en Atención Primaria como prioritario y registrar, en la historia clínica, su realización.

## Objetivos relacionados con la actividad física

### Objetivos específicos

OEPS-172 Aumentar en un 10% el porcentaje total de población que realiza actividad física durante el tiempo libre.

OEPS-173 Aumentar, de manera específica, el porcentaje de mujeres que realiza actividad física durante el tiempo libre.

OEPS-174 Reducir el consumo de horas de TIC en niños menores de 16 años.

OEPS-175 Fomentar la actividad física entre los escolares de Castilla y León.

OEPS-176 Promover los desplazamientos caminando, en vehículos no motorizados y mediante el uso de vehículos colectivos.

OEPS-177 Promoción de acciones permanentes de movilidad sostenible. (Los dos objetivos anteriores están extraídos del programa "La ciudad sin mi coche" de la Consejería de Medio Ambiente).

OEPS-178 Fomentar la práctica deportiva como hábito de vida sana.

OEPS-179 Educar en la creación de hábitos de vida sana. (Los dos objetivos anteriores están extraídos de Programas de Deporte, de la Consejería de Cultura y Turismo).

OEPS-180 Difundir y promocionar rutas y destinos accesibles.

OEPS-181 Financiar a los ayuntamientos acciones en esta línea -promocionar rutas accesibles- en vía pública. (Los dos anteriores objetivos están extraídos del "Programa de Mejora de la calidad de los recursos turísticos" de la Consejería de Cultura y Turismo).

## Medidas y estrategias

**293.** Unificar todos los esfuerzos y ofertas institucionales dirigidos a fomentar la práctica regular de ejercicio y la actividad física.

**294.** Promover la práctica de actividad física cotidiana, fomentando el desplazamiento al trabajo caminando o en bicicleta y reservando aparcamientos específicos para bicicletas en los lugares de trabajo.

**295.** Elaboración y emisión de mensajes y campañas en espacios publicitarios o en espacios promocionados, en prensa, radio y televisión, dirigidos a toda la población adulta, con el mensaje de que es necesario caminar un mínimo de 30 minutos diarios.

**296.** Desarrollar iniciativas de sensibilización de los profesionales sanitarios, con la colaboración de las Sociedades Científicas en la definición de nuevas actividades.

**297.** Difundir información, dirigida a los padres, sobre tiempo máximo diario y semanal recomendable de uso de TIC por parte de los menores.

**298.** Fomentar en los colegios una oferta amplia de actividades deportivas regulares que puedan elegir todos los alumnos.

**299.** Estudiar las propuestas para ampliar las horas de educación física en educación primaria, secundaria y bachillerato.

**300.** Desarrollo de acuerdos con los Ayuntamientos y Diputaciones para la realización de actividad física variada dirigida a grandes grupos de personas de diferentes edades, fomentando alternativas que puedan ser practicadas en espacios públicos y al aire libre.

**301.** Fomento de la práctica de actividad física conjunta entre padre/madre e hijos/hijas.

**302.** Reflejar en todos los informes de alta hospitalaria la recomendación de ejercicio o actividad física que, en cada caso, esté indicada.

**303.** Implementar en Atención Primaria el consejo sanitario individual sobre actividad física.

## Objetivos relacionados con la hipertensión arterial (HTA)

### Objetivos específicos

OEPS-182 Reducir la prevalencia de hipertensión en un 10%.

OEPS-183 Mejorar la detección precoz de HTA en usuarios del sistema sanitario mayores de 20 años.

OEPS-184 Mejorar el control adecuado de los pacientes con HTA.

### Medidas y estrategias

**304.** Medir la prevalencia de HTA y otros factores de riesgo en la población mediante exámenes, encuestas de salud y otros sistemas de seguimiento.

**305.** Programa de información de consumo dirigido a la población, sobre la HTA y, en particular, sobre el contenido de sodio de los alimentos, con recomendaciones explícitas sobre la utilización diaria de la sal.

**306.** Desarrollar en Atención Primaria medidas de screening oportunista de HTA en mayores de 20 años.

**307.** Realizar screening sistemático, según protocolo, en todas las personas que presenten algún fac-

tor de riesgo cardiovascular.

**308.** Desarrollar medidas para el seguimiento de las complicaciones renales en casos de HTA no controlada.

**309.** Difundir el protocolo de cribado de HTA entre los profesionales de los servicios de salud laboral.

**310.** Desarrollar estrategias para la búsqueda activa de casos, con medidas de recaptación de usuarios que no acuden a consulta.

**311.** Evaluar y mejorar las normas técnicas definidas en la cartera de servicios de APS sobre detección precoz y medición de la presión arterial.

**312.** Aumento de las coberturas y de los estándares de calidad del "Servicio de atención al paciente con HTA", de la cartera de Atención Primaria.

**313.** Dotación de holter de presión o monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) a los Centros de Salud.

**314.** Elaboración de guías de prevención de HTA dirigidas a la población.

**315.** Cálculo de riesgo cardiovascular en todo paciente diagnosticado de HTA: información a los pacientes del resultado y de las recomendaciones correspondientes.

**316.** Fomentar las medidas de autocuidado y la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

**317.** Implantar Guías de práctica clínica.

## Objetivos relacionados con la hiperlipemia

### Objetivos específicos

OEPS-185 Reducir la prevalencia de la hiperlipemia en un 5%.

OEPS-186 Reducir el porcentaje de la población que desconoce que padece hiperlipemia.

OEPS-187 Mejorar el control permanente de pacientes diagnosticados de hiperlipemia (al menos hasta el 75%).

OEPS-188 Mejorar la prevención de la hiperlipemia, implantando el programa de cribado de hipercolesterolemia familiar en población diana, con antecedentes familiares.

OEPS-189 Mejorar la prevención de la hiperlipemia, implantando el cribado de hiperlipemia en varones mayores de 35 años y en mujeres mayores de 45 años, siguiendo los criterios de la Guía de Riesgo Cardiovascular.

## Medidas y estrategias

- 318.** Control de los menús escolares por expertos en nutrición.
- 319.** Control de los menús de comedores colectivos por expertos en nutrición.
- 320.** Medidas dirigidas a la identificación y control de alimentos que favorecen la hiperlipemia en establecimientos de restauración.
- 321.** Vigilancia del cumplimiento de las normas de etiquetado.
- 322.** Definir los criterios comunes para la realización del análisis basal.
- 323.** Control específico, mediante protocolo, de los pacientes que han sufrido eventos coronarios previos.

**324.** Detección precoz de los casos de hipercolesterolemia familiar: búsqueda activa de casos y de familiares de primer grado de los pacientes afectados.

**325.** Cálculo de riesgo cardiovascular en los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia, con la información y las recomendaciones que correspondan.

**326.** Definición del protocolo para la instauración del cribado oportunista de hiperlipemia en los casos de mayores de 20 años o con factores de riesgo (no está indicado un cribado universal).

## Objetivos relacionados con la obesidad

### Objetivos específicos

OEPS-190 Modificar la tendencia creciente de obesidad en los adultos.

OEPS-191 Modificar la tendencia creciente de obesidad en la población menor de 16 años.

### Medidas y estrategias

**327.** Promover el ejercicio y la actividad física en todas las edades.

**328.** Diseño del Plan de cuidados en obesidad en Atención Primaria y seguimiento de resultados.

**329.** Intervenciones diversificadas sobre conocimientos y habilidades dirigidas a padres y madres para mejorar la educación en alimentación saludable en el seno de las familias.

**330.** Acciones y recomendaciones dirigidas a los medios de comunicación contando con líderes sociales para fomentar una alimentación saludable.

**331.** Establecimiento de alianzas interinstitucionales: con el sector agroalimentario, con ayuntamientos y diputaciones, con colegios y asociaciones profesionales, asociaciones comunitarias y asociaciones de pacientes, etc.

**332.** Mejorar las coberturas y los resultados del "servicio de obesidad en APS".

**333.** Fomentar las Asociaciones de actividades al aire libre.

**334.** Promoción de menús saludables (por contenidos y por técnica de elaboración) en los establecimientos de restauración y en los centros con comedores colectivos.

**335.** Desarrollo de la red de referencia del tratamiento quirúrgico de la obesidad.

**336.** Estudiar actuaciones normativas relacionadas con la publicidad y la venta de productos hipercalóricos en centros educativos.

**337.** En la edad infantil, conseguir aumentar las actividades libres no organizadas -"ocio a tu aire"- y ofrecer actividades extraescolares relacionadas con la educación nutricional y la identificación y preparación de una alimentación rica y saludable.

**338.** Cribado sistemático de sobrepeso y obesidad dirigidos a la infancia y la adolescencia en los centros de Atención Primaria.

## Objetivos relacionados con el alcohol y otras drogas

### Objetivos específicos

OEPS-192 Reducir la prevalencia de consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

OEPS-193 Reducir los daños asociados al consumo de alcohol y drogas ilegales.

OEPS-194 Reducir el consumo de alcohol en jóvenes.

OEPS-195 Retrasar la edad de comienzo en el consumo de alcohol en adolescentes. (Los anteriores objetivos están extraídos del V Plan Regional sobre drogas de Castilla y León 2005-2008, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades).

## Medidas y estrategias

**339.** Desarrollo continuado de campañas de prevención e información dirigidas a grupos diana.

**340.** Aplicación de programas acreditados de prevención escolar y familiar.

**341.** Inclusión de actividades preventivas en el servicio de atención al joven en Atención Primaria en coordinación con otros programas preventivos impulsados por el Plan Regional sobre Drogas.

**342.** Inspecciones de los lugares de venta de alcohol.

**343.** Intensificar las actividades de atención al bebedor de riesgo en Atención Primaria.

**344.** Desarrollo de acciones formativas sobre "técnicas de consejo" dirigidas a los profesionales de Atención Primaria.

## Objetivos relacionados con la alimentación

### Objetivos específicos

OEPS-196 Incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas.

OEPS-197 Mejorar en la población general la identificación y la práctica de una alimentación diaria equilibrada y saludable.

OEPS-198 Reducir el consumo habitual de alimentos hipercalóricos, grasos y salados.

### Medidas y estrategias

**345.** Campañas intersectoriales de información y difusión sobre alimentación saludable dirigidas a toda la población.

**346.** Medidas de apoyo institucional a los establecimientos de restauración que apliquen medidas efectivas de alimentación saludable.

**347.** Organizar programas de alimentación saludable que incluyan la preparación de comidas saludables en los colegios, con la participación de padres y madres.

**348.** Oferta de cursos de preparación fácil de comida saludable en las web y portales institucionales.

**349.** Fomentar actividades físicas junto a los programas de alimentación saludable.

**350.** Limitar la oferta de productos hipercalóricos en los centros de enseñanza.

## Planes y programas intersectoriales de la Junta de Castilla y León

Línea estratégica: Integración en el III Plan de Salud de objetivos que requieren la coordinación de diferentes Administraciones e incorporación de planes y programas de otras Consejerías de la Junta de Castilla y León, que tienen relación con los determinantes de la salud, como acciones de impacto a evaluar a lo largo del III Plan de Salud.

En este apartado se recogen los Planes y Programas de la Junta de Castilla y León cuyo desarrollo incluye objetivos que tienen relación con la intersectorialidad en la mejora de la salud de los ciudadanos de la Comunidad.

### Consejería de Interior y Justicia

Plan integral de Inmigración de Castilla y León 2005-2009.

### Consejería de Medio Ambiente

Estrategia de control de la calidad del aire de Castilla y León 2001-2010.

Plan Regional de Ámbito Sectorial de Residuos Industriales de Castilla y León 2006-2010.

Plan Regional de Ámbito Sectorial de Residuos Urbanos y Residuos de Envases de Castilla y León.

Programa "La Ciudad sin mi coche". Promoción de la Red de Municipios Sostenibles.

### Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

II Estrategia de conciliación de la vida personal, familiar y laboral 2008-2011.

Red de asistencia a la mujer víctima de violencia de género.

Plan Regional Sectorial de Atención y Protección a la Infancia.

III Plan de Salud de Juventud de Castilla y León.

Plan Sectorial Regional de atención a las personas mayores.

Campaña joven de seguridad vial.

Campaña Convivimos: Jóvenes por la tolerancia 2008.

V Plan Regional sobre drogas de Castilla y León (2005-2008).

Plan Regional Sectorial de Atención a personas con discapacidad.

Líneas estratégicas de apoyo a las familias.

### Consejería de Educación

Proyecto ZEP (Zonas Educativas Prioritarias).

Plan de Atención al alumnado con necesidades educativas especiales.

Plan Marco de Atención Educativa a la diversidad para Castilla y León.

Plan de Atención al alumnado extranjero y de minorías.

Plan de Prevención y control de absentismo escolar

### Consejería de Cultura y Turismo

Programa Deporte Escolar

Programa Deporte Social, deportes náuticos y deportes de invierno.

Programa Deporte Universitario

### Consejería de Economía y Empleo

Creación del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León y del Observatorio Regional de Riesgos Laborales.

Fomento del ahorro energético y energías renovables.

### Consejería de Agricultura y Ganadería

Trazabilidad en la producción primaria de alimentos y alimentación animal.

Programa de vigilancia, control y erradicación de las encefalopatías espongiformes transmisibles.

Programa de erradicación de la tuberculosis bovina.

Programa de control de la salmonelosis de importancia para la Salud Pública en explotaciones de gallinas de puesta en Castilla y León. Estudio de la prevalencia de Salmonella spp. en explotaciones de pollos de carne y en explotaciones de ganado porcino.

Programa de erradicación de brucelosis bovina y ovina/caprina.

Plan de vigilancia de la Influenza Aviar en Castilla y León.

Plan de control de determinadas sustancias en animales vivos (PNIR)

Programa de calidad de leche en producción primaria.

Programa de control y vigilancia de Tularemia en roedores silvestres y Lagomorfos

### Consejería de Fomento

Estrategia Regional de Seguridad Vial 2004-2008

Proyecto de transporte a la demanda.

Plan Regional de carreteras de Castilla y León.

Programas de vivienda rural y vivienda joven.

Programa "Iníciate"; Red de Municipios digitales.

Programa de banda ancha. Programa "Conéctate". Red regional de cibercentros.

## Desarrollo de nuevos planes y estrategias derivados del III Plan de Salud

- ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL
- ESTRATEGIA REGIONAL DE DIABETES
- ESTRATEGIA REGIONAL FRENTE AL CÁNCER
- ESTRATEGIA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
- ESTRATEGIA REGIONAL DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E ICTUS (SALUD CARDIOVASCULAR)
- III PLAN SOCIOSANITARIO
- ESTRATEGIA REGIONAL DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL.
- PLAN INTEGRAL REGIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES. Contempla la violencia de género desde la perspectiva sanitaria.
- PLAN REGIONAL DE ATENCIÓN SANITARIA GERIÁTRICA
- ESTRATEGIA REGIONAL DE INVESTIGACIÓN EN BIOMEDICINA

# 5

RESUMEN

A lo largo del periodo 2008-2012 se implementarán medidas destinadas a alcanzar las metas en salud marcadas.

Los objetivos generales se centran en:

- reducir la morbimortalidad generada por las enfermedades cardiovasculares, especialmente la Insuficiencia Cardíaca, el Síndrome Coronario Agudo y el Ictus.
- incrementar la tasa de supervivencia y reducir el impacto provocado por la discapacidad del cáncer, específicamente en el de mama, pulmón, tráquea y bronquios y colorrectal.
- reducir la morbimortalidad asociada a la diabetes y EPOC.
- reducir la discapacidad originada por la depresión.
- reducir la incidencia y prevalencia de las infecciones graves y nosocomiales.
- mejorar la seguridad alimentaria y la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

- reducir la incidencia de la dependencia asociada a la enfermedad.

También se establecen objetivos específicamente destinados a conseguir:

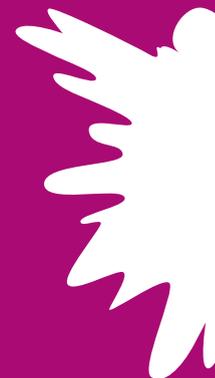
- reducir la prevalencia de factores de riesgo (tabaco, HTA, hiperlipemia, obesidad, alcohol, otras drogas).
- potenciar los hábitos de vida saludables.
- mejorar la calidad de vida percibida por las personas con dolor osteoarticular.
- romper la tendencia ascendente actual de APVP por accidentes de tráfico y reducir la incidencia de los ocasionados en el entorno laboral.





Evaluación del  
III Plan de Salud  
de Castilla y León





## Evaluación del III Plan de Salud

El III Plan de Salud de Castilla y León incorpora la evaluación de los objetivos como instrumento para su gestión del que se deducirá el grado de cumplimiento, y que permitirá el seguimiento de las medidas y estrategias puestas en marcha, así como las adaptaciones que resulten necesarias durante su vigencia.

La evaluación se desarrollará a partir de la medición y de la estimación de los indicadores fijados para los objetivos, utilizando para ello las fuentes de datos que generen la información más actualizada.

En el caso de aquellos objetivos que no hayan generado información se revisarán los indicadores, los mecanismos y los procedimientos para su obtención.

Cada objetivo ha sido asignado a las unidades directivas con mayor implicación en su desarrollo. Estas unidades se responsabilizarán de aportar la información disponible al sistema de evaluación.

Se realizará también el seguimiento de las medidas operativas y del proceso que se ha adoptado para alcanzar los objetivos.

La realización de las evaluaciones tendrá un carácter anual y estará elaborado en el primer trimestre de cada año. Con esa periodicidad se elaborará el "Informe de Progreso" que aportará una visión de la evolución de los logros obtenidos a medida que avance el desarrollo del Plan y del grado de ejecución y resultados de las diferentes medidas adoptadas. Se definirán estrategias de control de calidad de la evaluación. El "Informe Final" de evaluación se presentará una vez haya acabado el periodo de vigencia del III Plan.

Los Informes de Progreso incluirán la valoración de la marcha de cada uno de los objetivos específicos y de las medidas contempladas y será fundamental incorporar, en cada caso, cuantas recomendaciones se consideren de utilidad para asegurar su consecución.

Para llevar a cabo todo el proceso de evaluación se desarrollará un sistema de información cuya cumplimentación podrá estar distribuida, al objeto de agilizar la transmisión y comunicación de los datos. Mediante esta dinámica el seguimiento del III Plan tendrá lugar tanto en el nivel local como en el nivel central, que se coordinarán para la aplicación de las medidas que surjan como consecuencia del proceso de evaluación y retroalimentación.

Como resultado del desarrollo de las medidas del III Plan de Salud, se van a desencadenar, en muchas ocasiones, intervenciones que no pueden estar contempladas inicialmente en el Plan, pero que pueden considerarse indispensables para el logro de los objetivos. El proceso de evaluación también incluirá el seguimiento de todas estas nuevas medidas.

Los resultados de estudios, análisis o encuestas relacionados con el III Plan de Salud también formarán parte de la evaluación del mismo, así como los resultados de cuestionarios que pudieran elaborarse acerca del conocimiento del Plan, por parte de profesionales y gestores.

Los análisis de evaluación se realizarán para el ámbito cada una de las Áreas de Salud y los resultados de la Comunidad se obtendrán de la agregación de los de las Áreas. Las Gerencias de las Áreas de Salud y los Servicios Territoriales de Sanidad, cada uno en la parte que le corresponda, estarán implicados en el proceso de evaluación, en el que tendrán, por tanto, una participación activa.

Para la evaluación de la reducción de desigualdades en salud, la equidad y la inclusión de una perspectiva de género que se contemplan en el III Plan, se utilizarán los datos que faciliten el análisis desde estos enfoques.

El III Plan de Salud orienta, durante su vigencia, las políticas sanitarias para mejorar los resultados en salud de la Comunidad. Para hacerlo operativo se utilizarán, entre otros, los instrumentos de gestión de la Gerencia Regional de Salud entre los que se considera fundamental el Plan Anual de Gestión

(PAG) que distribuirá los objetivos asignados a sus unidades en el marco temporal del Plan de Salud. Los procedimientos de retroalimentación se verán también reflejados en los PAG's.

La Consejería de Sanidad podrá constituir grupos específicos para apoyar el seguimiento de determinados objetivos del III Plan de Salud.

Para los objetivos y estrategias intersectoriales contemplados en el III Plan de Salud y acordados en el marco de la Comisión de Coordinación Intersectorial, se utilizarán los propios mecanismos de evaluación que se hayan definido y que serán comunicados, periódicamente, a la Consejería de Sanidad.

Las Estrategias que se desarrollen a partir del III Plan de Salud dispondrán de los procedimientos de evaluación singulares que, en todos los casos que corresponda, estarán alineados con los objetivos del III Plan.

Los resultados de la evaluación del III Plan serán también una oportunidad para repensar los procedimientos de gestión y, en su caso, para valorar la necesidad de ubicación y distribución de recursos.

	OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
INSUFICIENCIA CARDIACA	OG 1	Tasa de incidencia de IC en < 65 años	Registro de AP
	OG 2	Tasa de mortalidad por IC	INE
	OG 3	Tasa de altas hospitalarias por IC	CMBD
	OE1	% pacientes diagnosticados de IC a los que se les realiza ecocardiograma	APS y Áreas
	OE2	Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con IC	CMBD
		Informe de evaluación sobre nuevas formas de organización y coordinación asistencial de la IC	ÁREAS
	OE3	% pacientes diagnosticados de IC en tratamiento con medicación sobre renina-angiotensina	ÁREAS
		% pacientes diagnosticados de IC con tratamiento betabloqueante	ÁREAS
	OE4	Tasa de reingresos por IC	CMBD
	OE5	% de pacientes con IC atendidos en Unidad Rehabilitación Cardíaca	Áreas de Salud
OE6	Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos	Áreas de Salud	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO	OG 4	Tasa de incidencia SCA	Sistema específico
	OG 5	Tasa de mortalidad por SCA en <65 años	INE
	OG 6	Tasa de AVPP por SCA	INE
	OG 7	Tasa, duración media IT e incapacidad permanente por SCA	INSS-GRS
	OE 7	Nº DESA instalados	Registro DESA y Centros
		Minutos hasta la desfibrilación desde el aviso	G Emergencias Sanitarias
	OE 8	Distribución de los tiempos de llegada de emergencias por SCA	G Emergencias Sanitarias
	OE 9	Centros con protocolo consensuado de triaje por DTA.	GRS
		Nº pacientes atendidos con protocolo	Sistema específico/ Áreas
OE 10	% pacientes con CI que reciben reperfusión	Sistema específico/ Áreas	
OE 11	Tiempo medio hasta tratamiento de reperfusión	Sistema específico/ Áreas	

	OE 12	Tasa de hospitalización por IAM	CMBD
		Tasa de mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria	CMBD
		% reingresos urgentes postinfarto	CMBD
		Nº SCA atendidos por Áreas	CMBD
	OE 13	Tiempo medio puerta-aguja/puerta-balón por áreas	Sistema específico
	OE 14	Nº coronariografías por áreas	SIAE
	OE 15	Protocolo consensuado de utilización de dispositivos de asistencia ventricular en IC post IAM	Sistema específico
	OE 16	% pacientes con rehabilitación tras SCA	ÁREAS
	OE 17	Encuesta sobre factores de riesgo cardiovasculares en pacientes SCA	Registro AP y Red Centinela
		Valoración del riesgo cardiovascular en >34años	Registro AP
OE 18	Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos	Sistema específico	
OE 19	Relación de proyectos de investigación	Sistema específico	
	Encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular en pacientes SCA	Registro AP y Red Centinela	
ICTUS	OG 8	Tasa de incidencia de ictus	CMBD
	OG 9	Tasa de incidencia de ictus en <65años	CMBD
	OG 10	Tasa APVP por ictus	INE
	OG 11	Tasa, días duración media IT e incapacidad permanente por ictus	Inspección Médica/Inss
	OE 20	Información elaborada y difundida sobre Ictus	GRS
	OE 21	Nº Áreas con unidades de ictus	GRS
	OE 22	Nº casos de aplicación del Código ictus.	Áreas
	OE 23	% pacientes con trombolisis	Sistema específico
		Tiempo medio de aplicación de trombolisis	Sistema específico
	OE 24	% pacientes con ictus en rehabilitación durante ingreso	Sistema específico (Áreas)
		% pacientes con ictus en rehabilitación tras ingreso	Sistema específico
	OE 25	% de reingresos hospitalarios por ictus	CMBD
OE 26	Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos	GRS-Consejería	

CANCER DE MAMA	OG 12	Tasa de mortalidad por cáncer de mama entre 45 y 69 años	INE
	OG 13	Supervivencia a los 5 años de pacientes con cáncer de mama	Registro de tumores sistema específico
	OG 14	Tasa de incapacidad permanente por cáncer de mama	INSS
	OE 27	% mujeres con mamografía en último ciclo entre 45 y 69 años	Resultados PDPCM y ENS
	OE 28	% de cáncer de mama detectado en estadio I	Resultados PDPCM y Registro de tumores
	OE 29	Nº mujeres con antecedentes familiares de cáncer mama estudiadas en las UCGC	UCGC
	OE 30	Tiempos medios y máximos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama por Áreas	Sistema específico
	OE 31		Sistema específico
	OE 32	Relación de áreas con Oncoguía implantada de cáncer de mama	PAG
	OE 33	% cirugía conservadora en el cáncer de mama	CMBD y Sistema específico
	OE 34	Relación de técnicas de reconstrucción	CMBD y Sistema específico
		% reconstrucciones en mujeres con mastectomía radical por Área	CMBD y Sistema específico
	OE 35	% pacientes intervenidas de cáncer de mama que desarrollan linfedema	CMBD y Sistema específico
		% mujeres con linfedema en tratamiento rehabilitador	GRS
	OE 36	Relación de hospitales que aplican técnica de ganglio centinela y resultados de actividad	GRS/Sistema Específico
	OE 37	Relación de hospitales con oferta sistemática de apoyo psicosocial a pacientes y familiares de cáncer de mama que apliquen técnica de ganglio centinela y resultados	GRS/Sistema Específico
	OE 38	Sistema de información activo. Nº Áreas que aportan datos	GRS-Consejería

TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS	OG 15	Tasa de incidencia de cáncer de pulmón, tráquea y bronquios	Registro de tumores/Sistema Específico	
	OG 16	Supervivencia a los 5 años de cáncer de pulmón, tráquea y bronquios	Registro de tumores/Sistema Específico	
	OG 17	Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios	INE	
	OG 18	Tasa de APVP por cáncer pulmón, tráquea y bronquios	INE	
	OE 39	% pacientes diagnosticados con tratamiento quirúrgico	CMBD	
	OE 40	Áreas con Oncoguía	PAG	
	OE 41	% pacientes intervenidos tratados con quimioterapia	Sistema específico	
	OE 42	% pacientes con metástasis tratados con quimioterapia	Sistema específico	
	OE 43	Pacientes con tumores localmente avanzados tratados con radioterapia	Sistema específico y CMBD	
	OE 44	% pacientes con metástasis tratados con radioterapia paliativa	Sistema específico y CMBD	
	OE 45	Registro relacionado con la exposición laboral al amianto.	DG Trabajo-DGSPIDI	
		Trabajos con amianto en los que se realiza evaluación de la exposición		
	OE 46	% pacientes con cáncer de pulmón que reciben cuidados paliativos	GRS	
	OE 47	Sistema de información activo. N° áreas que aportan datos	GRS-Consejería	
	CANCER COLORRECTAL	OG 19	Tasa de incidencia de cáncer colorrectal	Registro de Tumores
		OG 20	Tasa de mortalidad por cáncer colorrectal	INE
		OG 21	Supervivencia a 5 años de cáncer colorrectal	Registro de Tumores-sistema específico
OE 48		Cobertura programa de cribado y resultados	Sistema específico	
OE 49		Detección en poblaciones de riesgo intermedio	Sistema específico	
OE 50		Evolución de n° casos atendidos por UCGC por antecedentes familiares cáncer colorrectal	DGSPIDI-UCGC	
OE 51		Tiempos medios de diagnóstico, estadificación y tratamiento quirúrgico, quimioterápico y raditerápico de cáncer colorrectal	Sistema específico	
OE 52			Sistema específico	
OE 53		Evaluación de resultados de calidad en intervenciones quirúrgicas	CMBD-Sistema específico	
OE 54		Relación de Áreas con oncoguía implantada	PAG	
OE 55		N° Hospitales con comité de tumores	GRS/Sistema Específico	

	OE 56	Nº Hospitales con apoyo psicosocial; nº Hospitales con equipos multidisciplinares de atención al cáncer colorrectal	GRS
	OE 57	Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos	GRS-Consejería
DIABETES MELLITUS	OG 22	Tasa de incidencia DM Tipo 2	Registro AP
	OG 23	Tasa mortalidad DM entre 65 y 75 años	INE
	OG 24	Tasa altas hospitalarias DM	CMBD
	OE 58	Estrategia Regional de Diabetes	BOCYL
	OE 59	% pacientes con medición glucemia en AP	Registros AP
	OE 60	% pacientes diabéticos con HbA1c <7%	Registros AP
	OE 61	% pacientes diabéticos > 14 años con exploración de fondo de ojo en los dos últimos años	Registros AP
	OE 62	% pacientes diabéticos con complicaciones cardiovasculares que requieren ingreso	CMBD/Sistema Específico
	OE 63	Tasa amputaciones miembros inferiores en diabéticos	CMBD
		OE 64	% pacientes diabéticos en diálisis
	OE 65	Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos	GRS-Consejería
EPOC	OG 25	Tasa altas hospitalarias por EPOC	CMBD
	OG 26	Tasa mortalidad por EPOC	INE
	OG 27	Tasa mortalidad prematura en varones por EPOC	INE
	OG 28	Tasa incapacidad permanente. Nº Días IT por EPOC	INSS-GRS
	OE 66	Indicadores de contaminación del aire de la Estrategia de Control de la calidad del aire	Estrategia Control de la calidad del aire.
	OE 67		
	OE 68		
	OE 69	% pacientes EPOC fumadores	Registros AP.
	OE 70	Nº y tasa de altas hospitalarias por reagudizaciones de EPOC	CMBD
	OE 71	% pacientes EPOC en planes de cuidados en AP	Registros AP y sistema específico
	OE 72	% pacientes EPOC en tratamiento Rehabilitador	Registros AP y sistema específico
	OE 73	Aprobación Guía Práctica Clínica	GRS
	OE 74	Evolución población EPOC en tratamiento con oxigenoterapia	Registros AP e Inspección
OE 75	Estudio necesidad y viabilidad de registro poblacional pacientes con déficit de alfa-1	GRS	
OE 76	Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos	GRS-Consejería	

DEPRESIÓN	OG 29	Tasas de mortalidad por suicidio	INE
	OG 30	Tasa de altas hospitalarias por depresión	CMBD
	OG 31	Tasa incapacidad permanente; Tasa, días y duración media de IT	INSS-GRS
	OE 77	Protocolos específicos de actuación frente a situaciones de riesgo potencial	
	OE 78	Nº personas con diagnóstico de depresión en tratamiento	Sistema específico
		Tasa de pacientes en primera consulta y altas hospitalarias por trastornos afectivos	CMBD
	OE 79	Estrategia de Salud Mental	BOCYL
	OE 80	Evolución y Nº de pacientes incluidos en gestión de casos	Registros AP-Registros Salud Mental
	OE 81	% pacientes en tratamiento con psicoterapia	Registros Salud Mental
	OE 82	Nº Áreas con planes de prevención implantados en situaciones de riesgo	Registros AP-Registros Salud Mental
	OE 83	Nº y tasa de suicidios	INE
		Registro de comorbilidad de depresión en AP	Registros AP-Registros Salud Mental
	OE 84	% pacientes ingresados por tentativa de suicidios revisados a la semana	Sistemas específicos
		Tasa reingresos en pacientes de psiquiatría	CMBD
	OE 85	Nº de Áreas con Proceso asistencial definido	Registros AP-Registros Salud Mental
		Nº pacientes atendidos en AP	Registros AP-Registros Salud Mental
	OE 86	Sistema de información para Salud Mental	GRS/DGAS
SEPSIS, INFECCIÓN GRAVE E INFECCIÓN NOSOCOMIAL	OG 32	Tasa alta hospitalaria por sepsis	CMBD
	OG 33	Tasa mortalidad por sepsis	INE
	OG 34	Tasa incidencia enfermedades transmisibles teratógenas	EDO y Sistema específico
	OG 35	Prevalencia infección hospitalaria	EPINE
	OE 87	% Coberturas vacunación	EDO y Sistema de información vacunación
	OE 88	% Cobertura de la vacunación frente a la gripe en pacientes de alto riesgo	
	OE 89	Tasa incidencia enfermedades transmisibles teratógenas Prevalencia VIH y sífilis en embarazo Tratamiento infección congénita perinatal	EDO, Sistema específico
	OE 90	% prescripción antibióticos primera elección en AP	Sistema información consumo farmacéutico
	OE 91	Áreas con implantación de diagnóstico microbiológico de urgencia	GRS
	OE 92	Protocolos consensuados de actuación en sepsis	GRS

	OE 93	Tasa incidencia bacteriemia asociada a catéteres y neumonía asociada a ventilación mecánica	ENVIN-ELICS y sistema específico
	OE 94	Incidencia acumulada de infección de lugar quirúrgico en procesos quirúrgicos seleccionados	Sistema específico
		% Adecuación de profilaxis en procesos quirúrgicos seleccionados	
	OE 95	Actuaciones desarrolladas para evitar el riesgo de infección nosocomial cruzada o asociada a productos, equipamiento e infraestructuras	Comisión Técnica asesora en vigilancia, prevención y control de la IN
	OE 96		
	OE 97	Incidencia infección nosocomial por microorganismos multirresistentes	Sistema específico y Servicios Microbiología de Áreas
	OE 98	Diseño de la Estrategia Regional de vigilancia, prevención y control de la IN	BOCYL
	OE 99	Nº Áreas que aportan datos	GRS
DOLOR: PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR	OG 36	Prevalencia de dolor por patología osteoarticular	Encuesta Nacional de Salud
	OG 37	Calidad de vida percibida en personas con dolor osteoarticular	Encuesta Nacional de Salud Sistema específico
	OG 38	Tasa incapacidad permanente y días, duración media y tasa de IT asociada a dolor por patología osteoarticular	INSS-GRS
	OE 100	Actividades realizadas en medio escolar	
	OE 101	Tasa de derivaciones desde AP por dolor osteoarticular	AP-GRS
		Actividades de formación desarrolladas en AP y en AE referidas a dolor osteoarticular	GRS
		% Centros de Salud con acceso a pruebas diagnósticas específicas	GRS
	OE 102	Frecuentación y actividad de las unidades multidisciplinares y consultas del dolor en patología dolorosa osteoarticular	Áreas y GRS
		Frecuentación y actividad de las "Escuelas de la espalda"	Áreas y GRS
	OE 103	Tasa pacientes con dolor osteoarticular en planes de cuidados	Registros AP
	OE 104	Tiempos de acceso a primera consulta de especialidades relacionadas con el dolor osteoarticular y tiempos de acceso a rehabilitación y a fisioterapia	Registros AP y GRS
	OE 105	Demoras para intervenciones quirúrgicas en caderas, rodillas y espalda	GRS
	OE 106	Frecuentación y actividad de rehabilitación en AP (fisioterapia)	Registros AP
	OE 107	Nº Áreas con Unidad funcional de Dolor de referencia	GRS
	OE 108	Duración media de IT por lumbalgias, cervicalgias y osteoartritis	GRS/INSS
	OE 109	Sistema información activo. Áreas que aportan datos	GRS

ENTORNO NO LABORAL	ACCIDENTES DE TRÁFICO	OG 39	Nº Accidentes tráfico	DGT
		OG 40	Víctimas mortales de accidentes de tráfico	DGT/INE
		OG 41	Tasa APVP por accidentes de tráfico	INE
		OE 110	Tiempos medios de llegada UES	G Emergencias Sanitarias
		OE 111	Evolución nº accidentes de tráfico según causas	DGT
		OE 112	Nº Fallecidos en accidentes de tráfico (prehospitalario)	G Emergencias Sanitarias
		OE 113	Nº Fallecidos en accidentes de tráfico en urgencias	GRS
		OE 114	Nº Fallecidos en accidentes de tráfico (intrahospitalario)	CMBD-Áreas
		OE 115	Tiempo acceso a rehabilitación tras accidentes de tráfico	Sistema Específico
			% altas rehabilitación sin discapacidad	
		OE 116	Tasa altas hospitalarias por accidentes de tráfico	CMBD
			Sistema Información Activo nº Urgencias accidentes de tráfico % accidentes de tráfico con traslado interhospitalario	GRS
			Indicadores evaluación de la "Campaña joven de seguridad vial"	
		OE 121	Actuaciones modernización de carreteras e inversión en infraestructuras	Plan Regional de Carreteras CyL
		OG 42	Tasa incidencia de accidentes laborales	Centro de Seguridad y Salud Laboral CyL
		OG 43	Tasa incidencia de enfermedades profesionales	Centro de Seguridad y Salud Laboral CyL
OG 44	Tasa mortalidad de accidentes laborales	Centro de Seguridad y Salud Laboral CyL		
OG 45	Duración media de IT en accidentes laborales	GRS/INSS		
OG 46	Duración media IT contingencia común	GRS/INSS		
OE 122	% Trabajadores con formación sobre PRL/año	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL		
	% Centros de Trabajo imparten formación en Salud laboral	Sistema de información Servicios de Vigilancia de la Salud		
OE 123	nº Trabajadores reciben información en propios riesgos laborales	Sistema de información Servicios de Vigilancia de la Salud		
OE 124	% Evaluaciones que contemplan los riesgos del puesto de trabajo sensibles a patología osteoarticular	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL		

	OE 125	% Empresas que han adquirido, sustituido o modificado equipos protección individual EPI	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL
	OE 126	% Empresas que han mejorado la organización preventiva	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL
	OE 127	% Empresas que han realizado evaluación de riesgos puesto de trabajo	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL
	OE 128	Nº Trabajadores / Cobertura de Vigilancia de la Salud	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL
	OE 129	% Trabajadores fumadores	Encuesta condiciones de trabajo Empresas de CyL
	OE 130	Nº Determinaciones contingencia / Nº Procesos de contingencia profesional	Servicios Inspección Médica
	OE 131	Incidencia IT Prevalencia IT Duración Media IT Duración Media IT/ asegurado	GRS/INSS
	OE 132	Sistema de Información Activo	C. Economía y Empleo
	OE 133	Protocolos de vacunación	
	OE 134	Indicadores V Plan Regional de Drogas de CyL	V Plan Regional de Drogas de CyL
	OE 135		
	OE 136	Plan Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad	
SEGURIDAD ALIMENTARIA	OG 47	Relación de actividades de mejora	
	OE 137	Existencia Sistema de Información de control oficial	
	OE 138	% Profesionales que han recibido formación en control oficial	
	OE 139	Nº auditorías a los sistemas de control oficial	
		Nº unidades administrativas encargadas del control oficial en proceso de acreditación por sistema de calidad	
OE 140	Nº de Guías de higiene de sectores alimentarios supervisadas		
SANIDAD AMBIENTAL	OG 48	Relación de actividades de mejora	
	OE 141	Existencia Sistema de Información de vigilancia del agua de consumo humano	
	OE 142	% Profesionales que han recibido formación	
	OE 143	Verificación del rediseño de las zonas de abastecimiento de agua de consumo humano	
	OE 144	Mapas de riesgo elaborados	
	OE 145	Nº Auditorías y supervisiones de las unidades administrativas responsables de la vigilancia sanitaria de las aguas de consumo humano	

DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD	OG 49	Tasa de incidencia de dependencia asociada a abandono de tratamiento en enfermos mentales grave prolongada	Plan Sociosanitario
	OG 50	Tasa de incidencia de dependencia asociada a fractura de cadera en >=79 años	Plan Sociosanitario
	OG 51	Tasa de incidencia de dependencia asociada a crisis o descompensación de demencia	Plan Sociosanitario
	OG 52	Estudio de necesidades de plazas de media y larga estancia sanitaria	Plan Sociosanitario
	OE 146	Protocolo aprobado con criterios de utilización de plazas de media larga estancia	Plan Sociosanitario
	OE 147	Fecha aprobación de la Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica	BOCYL
		Tasa hospitalización de día en pacientes de edad geriátrica	GRS
	OE 148	Cobertura del gestor de casos en EMGYP	Registros AP yAE
	OE 149	Tiempo hasta la realización de cirugía tras fractura de cadera y existencia de protocolo	CMBD y Áreas
	OE 150	Tiempo de movilización tras intervención de fractura de cadera y existencia de protocolo	Áreas
	OE 151	% Pacientes con fractura de cadera que continúan rehabilitación tras el althospitalaria	Áreas
	OE 152	Existencia de protocolos entre los dos niveles asistenciales y los servicios sociales: n° de casos atendidos por la Comisión de Coordinación Sociosanitaria	DGPCOF
	OE 153	N° Áreas con protocolos de atención hospitalaria con circuitos diferenciados para la demencia	Salud mental
	OE 154	Cobertura de atención dirigida a los cuidadores no profesionales	Registros AP
	OE 155-157	Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores	CFIO
	OE 158-166	Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad	CFIO
TABACO	OE 167	Prevalencia de fumadoras	Encuestas de salud
	OE 168	Edad de comienzo de consumo de tabaco en adolescentes	V Plan Regional sobre Drogas de CyL / Encuestas de salud
	OE 169	Aplicación de nuevas medidas para protección de no fumadores	V Plan Regional sobre Drogas de CyL
		N° Denuncias y reclamaciones por no respeto de norma frente al tabaco	
	OE 170	Prevalencia de fumadores diarios en población escolar y general	V Plan Regional sobre Drogas de CyL
	OE 171	Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cáncer de esófago, cavidad orofaríngea, laringe y pulmón, EPOC y otras.	V Plan Regional sobre Drogas de CyL

ACTIVIDAD FÍSICA	OE 172	% Población que realiza actividad física en tiempo libre	Encuesta de Salud
	OE 173	Prevalencia de sedentarismo en mujeres	Encuesta de Salud
	OE 174	Prevalencia de sedentarismo en menores de 16 años	Encuesta de Salud
	OE 175	Prevalencia de sedentarismo en escolares	Encuesta de Salud
	OE 176	Indicadores del programa "La ciudad sin mi coche"	La ciudad sin mi coche
	OE 177	Indicadores del programa "La ciudad sin mi coche"	La ciudad sin mi coche
	OE 178	Indicadores del programa "Programas de Deporte"	Programas de Deporte
	OE 179	Indicadores del programa "Programas de Deporte"	Programas de Deporte
	OE 180	Indicadores propios del "Programa de Mejora de la Calidad de los Recursos Turísticos"	Programa de Mejora de la Calidad de los Recursos Turísticos
	OE 181	Indicadores propios del "Programa de Mejora de la Calidad de los Recursos Turísticos"	Programa de Mejora de la Calidad de los Recursos Turísticos
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	OE 182	Prevalencia global de HTA	Registros de AP. Estudios específicos
	OE 183	% Personas que desconocen su enfermedad de HTA	Exámen de salud en AP. Encuestas de salud
	OE 184	% Pacientes hipertensos con control adecuado	Registros AP. Estudios específicos
	OE 185	Prevalencia de hiperlipemia	Exámen de salud en AP. Encuestas de salud
HIPERLIPEMIA	OE 186	% Personas que desconocen su enfermedad de hiperlipemia	Exámen de salud en AP. Encuestas de salud
	OE 187	% Pacientes con control adecuado	Registros AP.
	OE 188	Nº personas a las que se ha realizado cribado de HC familiar	SPIDI
	OE 189	Nº personas a las que se ha realizado cribado de HC con factor de riesgo cardiovascular, en varones > 35 años y mujeres > 45 años	Registros AP.
	OBESIDAD	OE 190	Prevalencia de obesidad según sexo y grupos de edad
OE 191			

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	OE 192	Prevalencia global de consumo alcohol	V Plan Regional sobre Drogas de CyL
	OE 193	Nº pacientes atendidos en urgencias por coma etílico por grupos de edad	V Plan Regional sobre Drogas de CyL
	OE 194	Prevalencia consumo excesivo alcohol en joven	Encuesta de Salud
	OE 195	Edad media de comienzo de consumo de alcohol en adolescentes	V Plan Regional sobre Drogas de CyL
	ALIMENTACIÓN	OE 196	% Personas consumen a diario fruta, verdura y hortalizas
OE 197		% Personas que declaran dieta equilibrada y saludable	Encuesta de Salud/ Exámenes de Salud
OE 198		Prevalencia personas consumen habitualmente alimentos hipercalóricos y salados	Encuesta de Salud/ Exámenes de Salud



Resumen  
económico







## Evaluación económica del III Plan de Salud de Castilla y León

El nuevo Plan de Salud 2008-2012, asume como principios inspiradores: avanzar en la accesibilidad y la equidad, mejorar de forma permanente la calidad asistencial y progresar en la eficiencia del Sistema, todo ello desde un modelo de suficiencia y sostenibilidad financiera.

Debe señalarse en primer lugar, el carácter marco e instrumental del nuevo Plan de Salud, por contraposición a los de tipo operativo o de gestión, en tanto que será desarrollado por los planes y líneas estratégicas que darán respuesta a las 16 áreas de intervención priorizadas y que guiarán los avances y mejoras de la salud comunitaria en los próximos cinco años. Una parte importante de medidas tiene relación con mejoras en la organización y la gestión de nuevos recursos o bien con el perfeccionamiento de servicios y dotaciones ya en marcha. A la hora de evaluar la repercusión económica progresiva de las medidas propuestas, debemos partir de la financiación destinada en los últimos presupuestos aprobados por el Parlamento Regio-

nal. Así, el análisis parte de una dotación total de 3.323.530.841€ para el año 2008 a gestionar por la Consejería de Sanidad, de los que 3.184.874.433€ se destinan a la financiación de la Gerencia Regional de Salud (SACYL).

En la evaluación económica se han tenido en cuenta los esfuerzos financieros que ya se están realizando, o bien se hallan previstos, tanto en los correspondientes planes de mejora de las infraestructuras y equipamientos, como en los relativos a la optimización de los servicios asistenciales y de la promoción y prevención de la salud y la seguridad de los ciudadanos.

Los problemas de salud priorizados, así como los factores de riesgo sobre los que se pretende intervenir en este III Plan, repercuten enormemente respecto del total de los recursos que se destinan a la sanidad castellano y leonesa, estimándose que, actualmente, podrían suponer en su conjunto más de un 42,50% del gasto sanitario anual, lo cual significaría que en el año 2008, se habrán destinado a dar respuesta a estos problemas en torno a 1.412,5 millones de euros.

La proyección de este dato de manera transversal respecto de los presupuestos totales previstos para la financiación sanitaria a lo largo del periodo 2008-2012, considerando un incremento aproximado que va del 42,5% al 45,25% anual para atender las prioridades que se han establecido como áreas de intervención del III Plan de Salud, nos aproximaría al impacto económico en términos de costes directos que supondrá la atención de los problemas de salud que constituyen el eje vertebral del proyecto. Esta cifra, en términos constantes, supone que el incremento del presupuesto dedica-

do a atender, de manera específica, las nuevas actuaciones previstas en el Plan supondrá en torno a 478,3 millones de euros que se financiarán con cargo a los créditos asignados a la Consejería de Sanidad en los Presupuestos Generales de la Comunidad hasta 2012 y sin financiación suplementaria.

El desarrollo y cumplimiento del Plan, medido en términos de coste-efectividad, representará una reducción de costes directos e indirectos colateral, en tanto las medidas previstas incidirán, entre otras, en la reducción de años de vida potencialmente perdidos, pérdida de producción, gasto farmacéutico y episodios de hospitalización.

## Significado de las siglas y abreviaturas

<b>AINES</b>	ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS	<b>e-Plan</b>	HERRAMIENTA DE INTERNET PARA EL IIIPLAN DE SALUD
<b>AIT</b>	ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO	<b>EPOC</b>	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
<b>APS</b>	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	<b>ESM</b>	EQUIPO DE SALUD MENTAL
<b>APVP</b>	AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS	<b>FC</b>	FRACTURA DE CADERA
<b>AT</b>	ACCIDENTES DE TRÁFICO	<b>GPC</b>	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
<b>CMBD</b>	CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS	<b>GRS</b>	GERENCIA REGIONAL DE SALUD
<b>DESA</b>	DEFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO	<b>HbA1C</b>	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
<b>DM</b>	DIABETES MELLITUS	<b>HTA</b>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
<b>DTA</b>	DOLOR TORÁCICO AGUDO	<b>IAM</b>	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
<b>EPINE</b>	ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN ESPAÑA	<b>IVE</b>	INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
<b>EAP</b>	EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	<b>IC</b>	INSUFICIENCIA CARDIACA
<b>ECG</b>	ELECTROCARDIOGRAMA	<b>IN</b>	INFECCIÓN NOSOCOMIAL
<b>EMGyP</b>	ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA	<b>IT</b>	INCAPACIDAD TEMPORAL
<b>EPI</b>	EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL	<b>MAPA</b>	MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL
		<b>MIR</b>	MÉDICO INTERNO RESIDENTE
		<b>OMS</b>	ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD

<b>PAC</b>	PUNTO DE ATENCION CONTINUADA
<b>PDPCM</b>	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA
<b>PRL</b>	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
<b>Programa de CCR</b>	PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER CLORRECTAL
<b>SIAE</b>	SISTEMA DE INFORMACION DE ATENCION ESPECIALIZADA
<b>SACYL</b>	SALUD DE CASTILLA Y LEON
<b>SCA/CI</b>	SÍNDROME CORONARIO AGUDO/CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
<b>SNS</b>	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
<b>SD</b>	SÍNDROME DE DEMENCIA
<b>TIC</b>	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN
<b>UCGC</b>	UNIDADES DE CONSEJO GENÉTICO DE CÁNCER
<b>UCI</b>	UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
<b>VACH</b>	VIGILANCIA DEL AGUA DE CONSUMO HUMANO
<b>ZBS</b>	ZONA BÁSICA DE SALUD

## **Relación componentes grupos de trabajo**

### **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

Ramón García Calabozo  
Angel Diaz Rodríguez  
María Cruz Bañuelos Ramón  
Blanca Muñoz García  
Francisco Casanova Gómez  
Norberto Alonso Orcajo  
Susana Sánchez Ramón  
Víctor Velayos Jiménez  
Federico Gimeno de Carlos  
José María González Santos  
Manolo Villacorta Gonzalez

### **DIABETES MELLITUS**

Luís Cuéllar Olmedo  
Javier Mediavilla Bravo  
Florinda Hermoso López  
Milagros Gil Costa  
Enrique Ruiz Pérez  
María Luisa González de Castro  
María del Pilar Mena Martín  
Jose Luís Perez Salvador  
Marcelino Galindo Jimeno  
Isabel Alonso Ceballos

### **TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS**

Juan Ortiz de Saracho Bobo  
Álvaro Sanz Rubiales  
Pedro Soria Carreras  
Coral Ollo Pérez  
Gonzalo Varela Simó

Fermina Martín Hernández  
F. Javier González Martín  
Jesús Henández Hernández  
Delio Vázquez Mallada  
Fernando Arranz Arija  
Santiago Parrado Chamorro  
Fernando Revilla Ramos  
María José Pérez Bohillos

### **ICTUS**

Luís Inglada Galiano  
Rosario Fernández Herranz  
Flor de Castro Rodriguez  
Enrique Arrieta Antón  
Ana Álvarez Requejo  
Antonio Díez Andrés  
Jesús Cacho Gutiérrez  
María Teresa Jorge Bravo  
María José Piriz Santos  
Teresa Fombellida Peral  
Tomás Vega Alonso

### **CÁNCER COLORECTAL**

Jacinto García García  
Emilio Fonseca Sánchez  
Jesús Espinel Diez  
Pilar García Ortega  
Ana González Martín  
Isabel González Román  
Enrique Castillo Begines  
Begoña Morejón Huerta  
Julia Pérez Alonso  
María Luisa Cuadrado Domínguez

## **CÁNCER DE MAMA**

Jose Félix Cuezva Guzmán  
Juan Aragón Martínez  
Andrés García Palomo  
Yolanda Rodríguez de Diego  
Adelaida Nieto Palacios  
Agustina Garcia Pascual  
Rafael Aparicio Duque  
Ana Belén Revilla Asensio  
Isabel González Román  
César A. Rodríguez Sánchez  
Amparo Gómez Arranz  
Pilar Plaza García  
Josefa González Pastrana

## **DEPRESIÓN**

Pablo Alvarez Lobato  
José Antonio López Villalobos  
Pedro Morán González  
Marta Requejo Gutiérrez  
Pilar Machín Acosta  
Fernando Leal Herrero  
Manuel Franco Martín  
Alejandro Merino Senovilla  
Eugenia Brinck-Eriksson Sierra  
José Manuel Martínez Rodríguez

## **INSUFICIENCIA CARDIACA**

Jose Maria Asín Guillén  
María Luisa Fidalgo Andres  
Julián Velasco Gutiérrez  
Raquel Blasco Redondo  
Maria Teresa Fernandez Calvo  
Luís de la Fuente Galán  
Javier Gamarra Ortiz  
Víctor Velayos Jiménez  
Jose Luís Gutiérrez Lera

## **ACCIDENTES DE TRÁFICO**

Vicente Priego Martínez  
Aurelio Vega Castrillo  
Demetrio Carriedo Ule  
Ernesto Candau Pérez  
Ramón Sánchez Fuentes  
José Castellanos Castrillo  
Ignacio Rosell Aguilar  
María Pilar Soto Vallejera  
María Digna Rivas Villas  
Ángela de Miguel Ledesma  
Socorro Fernández Arribas

## **EPOC**

Fidel Martínez Toribio  
María Ángeles Callejo Velasco  
José Luís Yáñez Ortega  
Carmen Paredes Arranz  
Pilar López Merino  
José Vicente Pelazas Hernández  
Eva Bartolomé Castrillo  
Jose Luís Fernandez Sánchez  
Siro Lleras Muñoz

## **SALUD EN EL ENTORNO LABORAL**

Mercedes Elvira Espinosa  
Manuel Cuesta Galán  
Javier Fernando García Ortiz  
Juan Carlos Ibañez Martín  
Nieves González Alonso  
Angel Bitrián Lardés  
Pilar Trigueros Aguado  
Encarnación Montes Valdunciel  
Carlos Hernández Guzmán  
Soledad Domínguez Martínez  
Orencia Lobato Valcuende

## **SEPSIS, INFECCIÓN GRAVE E INFECCIÓN NOSOCOMIAL**

Carlos Rodríguez Villamañán  
José María Eiros Bouza  
Sonsoles Paniagua Tejo  
Miguel Ángel García González  
Pablo Carrero González  
José Ignacio Gómez Herreras  
Miguel Cordero Sánchez  
Pedro Pablo Oyagüez Ugidos  
Silvia de la Higuera Diaz  
María Jose Perez Bohillos  
María del Henar Marcos Rodríguez  
María Jesús Rodríguez Recio

## **DOLOR: PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR**

Pilar Aldea Arévalo  
Elpidio García Ramón  
Sandra García Ortiz  
Jose Angel Gómez Caso  
Julio Medina Luezas  
Enrique Ortega Ladrón de Cegama  
Francisco José Vara Hernando  
José Manuel Martín Santos  
Purificación de la Iglesia Rodríguez

## **SANIDAD AMBIENTAL**

Begoña Rodríguez Rodríguez  
Pilar Varela Cerviño  
Marta Arangüena Fanego  
Manuela Plaza Nieto  
Isabel Gallardo Alonso  
Isabel García Herrero  
Casto Fernández Carrasco  
María Almaraz Gómez  
Teresa García Pereda  
Enrique Estrada Vélez

## **SEGURIDAD ALIMENTARIA**

Antonio Calvo Blanco  
Fernando Díaz Torres  
Carmen Vilches Vilela  
Miguel Ángel Santos Martín  
Félix Manuel Losada Rivera  
Beatriz Quirós Martín-Mateos  
Camino García Fernández  
Alfonso Ramos Castro  
Juan José Lozano Barriuso

## **DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD**

Javier Idoate Gil  
Fernando Colina Pérez  
Cristina Martínez Arribas  
Isabel Velázquez San Francisco  
María Ángeles Guzmán Fernández  
Ana Lucas Núñez  
Carmen Fidalgo Vega  
Fco. Javier Iglesias Gómez  
Cristina Rodríguez Caldera  
María Paz González Esteban  
Mafalda Rodriguez Losada-Allende  
Ángel Gómez Mediavilla  
María Jose de la Fuente Fombellida



### **NOTA BIBLIOGRÁFICA:**

La relación de la documentación más relevante utilizada por los grupos de trabajo durante la elaboración del III Plan de Salud se encuentra disponible en el portal Sanidad Castilla y León:

**[www.sanidad.jcyl.es](http://www.sanidad.jcyl.es)**



