



Evaluación del III Plan de Salud



Castilla y León

2 0 0 8 - 2 0 1 2



Junta de
Castilla y León

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMAS DE SALUD	
INSUFICIENCIA CARDIACA	5
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO	23
ICTUS	51
CÁNCER DE MAMA	72
TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS	91
CÁNCER COLORRECTAL	111
DIABETES MELLITUS –DM-	130
EPOC.....	151
DEPRESIÓN	173
SEPSIS, INFECCIÓN GRAVE E INFECCIÓN NOSOCOMIAL	193
DOLOR: PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR.....	223
ACCIDENTES DE TRÁFICO	248
SALUD EN EL ENTORNO LABORAL	268
SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	304
SANIDAD AMBIENTAL	312
DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD	321
FACTORES DE RIESGO	
TABACO	352
ACTIVIDAD FÍSICA	370
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	389
HIPERLIPEMIA.....	397
OBESIDAD	408
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.....	418
ALIMENTACIÓN	430
RESUMEN GLOBAL	441

INTRODUCCIÓN

El III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012, que se aprobó por Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre, incluye 16 áreas de actuación, 52 objetivos generales, 198 objetivos específicos y 350 medidas o intervenciones. El Plan ha marcado las líneas a seguir en la política sanitaria para mejorar los resultados y las tendencias de salud de la ciudadanía, modificando el curso negativo para algunos problemas de salud y manteniendo los niveles satisfactorios alcanzados en otros.

El proceso de evaluación ha sido realizado siguiendo las pautas marcadas en el propio Plan a través de la medición y análisis de los indicadores fijados para cada objetivo a partir de las fuentes de información establecidas.

Un hecho a tener en cuenta en la evaluación final del III Plan de Salud, es que la implantación de algunas medidas y objetivos se han visto afectados por la situación de crisis económica que, temporalmente, ha coincidido con su periodo de vigencia, especialmente a partir del año 2010. Sin duda, este contexto socioeconómico ha marcado, y mucho, las actuaciones a llevar a cabo, con evidentes limitaciones presupuestarias para abordar nuevas acciones y con el consiguiente esfuerzo para minimizar sus efectos en los resultados finales en salud.

En el III Plan de Salud se seleccionaron dieciséis problemas considerados como áreas prioritarias de intervención. Cada uno de estos problemas incluía medidas que van desde la promoción de la salud hasta la atención en los servicios asistenciales. Los determinantes de estos problemas se abordan dentro de cada problema. Solamente se presentan de forma separada aquellos objetivos y medidas relacionados con algunos determinantes que son comunes a varias de las áreas analizadas (tabaco, actividad física, hipertensión arterial, hiperlipemia, obesidad, alcohol y alimentación).

La evaluación de los 16 problemas de salud refleja que los logros alcanzados varían en función del problema analizado.

Las **enfermedades cardiovasculares** constituyen en Castilla y León la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, por detrás de los tumores. Dentro de ellas, es la cardiopatía isquémica la que mayor mortalidad ocasiona, seguida del ictus y de la insuficiencia cardíaca. La evolución de la tasa de mortalidad de todos estos procesos ha sido favorable en los últimos años, situándose por debajo de la media del SNS. El mejor control de los factores de riesgo y los cambios asistenciales introducidos en la atención a estos pacientes han contribuido a disminuir la mortalidad por estas causas.

Los **tumores** constituyen la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en mujeres y los que generan más años de vida perdidos. De los tres tumores priorizados en el plan, es el cáncer de mama el que mejores resultados obtiene. El programa de prevención y las mejoras en la gestión de esta patología han conseguido que los resultados en salud sean muy favorables. No ocurre lo mismo con el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios, y el cáncer colorrectal. En el primer caso, se observa una tendencia ligeramente descendente de la mortalidad en los hombres, no así en mujeres, que presentan tasas mucho menores de mortalidad pero con tendencia a

aumentar en los últimos años. En cáncer colorrectal, la situación de nuestra comunidad es peor que la media de nuestro entorno, con provincias con tasas muy elevadas de mortalidad y con tendencia a seguir creciendo. La implantación del programa de diagnóstico precoz tiene como objetivo cambiar esta tendencia.

La prevalencia de **diabetes mellitus** diagnosticada en Castilla y León ha disminuido en hombres y ha aumentado en mujeres. Los factores que influyen en este incremento son, por un lado, el envejecimiento de la población, muy marcado en nuestra Comunidad y por otro, la obesidad, cuya prevalencia ha aumentado en hombres y ha disminuido en mujeres. La evaluación de los objetivos de DM arroja muy buenos resultados, con disminución de la incidencia y de la mortalidad prematura reflejo de un buen manejo del tratamiento de la diabetes y por tanto, un mejor control de los pacientes diagnosticados.

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte en nuestra comunidad. Entre ellas es la **EPOC** la causa más importante, relacionada directamente con el consumo de tabaco y el envejecimiento de la población. El descenso del consumo diario de tabaco y un mejor control de la enfermedad han favorecido un ligero descenso de la morbilidad así como de las tasas de mortalidad, mortalidad prematura y APVP, tanto en hombres como en mujeres.

La prevalencia de los trastornos de **depresión** y ansiedad ha aumentado en los últimos años, especialmente entre las mujeres, al igual que el consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos, constituyendo un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. La mortalidad por **suicidio**, relacionado con frecuencia con la depresión crónica, mantiene una tendencia descendente.

La **sepsis** es un problema de salud pública importante, pues su incidencia, lejos de ser controlada, continúa aumentando debido al envejecimiento de la población, la generalización de procedimientos invasivos y la utilización de fármacos quimioterápicos e inmunosupresores. Las mejoras terapéuticas introducidas en los últimos años han reducido la letalidad, pero el número de fallecimientos sigue siendo importante. Los resultados alcanzados con respecto a la **infección nosocomial** son variables. Los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero han conseguido disminuir el riesgo de infección asociada a la utilización de dispositivos y la prevalencia de infección nosocomial en los hospitales de Castilla y León presenta cifras inferiores a los estándares. Se ha desarrollado la Estrategia Multifactorial de la OMS pero hay que poner en marcha la Estrategia Regional de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial.

Otro de los problemas abordados fue el **dolor osteoarticular**, cuya prevalencia es elevada y con claro predominio en mujeres, quienes lo perciben como una pérdida de la calidad de vida. Se ha avanzado en cuanto a dotación de recursos tanto materiales como humanos en ambos niveles asistenciales, se ha potenciado la formación en este campo y los profesionales disponen de diversas herramientas como apoyo en la toma de decisiones. No obstante, su alta prevalencia y la cantidad de consultas que genera obliga a seguir prestando atención a este problema de salud.

Con relación a los **accidentes de tráfico**, en Castilla y León ha descendido la siniestralidad, el número de víctimas mortales, y en consecuencia, las tasas de mortalidad y de APVP, pero siguen siendo una causa importante de mortalidad prematura y de incapacidad laboral. Los resultados de la evaluación han sido buenos pero sigue siendo necesario plantear acciones intersectoriales en este ámbito. En

concreto, la atención sanitaria de los accidentados en los primeros minutos sigue siendo vital por lo que hay que seguir mejorando todos los eslabones implicados en el proceso.

Los objetivos en **seguridad y la salud Laboral**, muchos de ellos dependientes de otras Consejerías, obtienen un alto grado de consecución. En los últimos años la tendencia de accidentes laborales y de enfermedades profesionales es descendente, sin duda también influida por la situación socioeconómica de estos años. Han mejorado fundamentalmente los sistemas de información pero hay que seguir trabajando otros aspectos, como se ha puesto de manifiesto a través del nuevo Acuerdo de Prevención de Riesgos Laborales de Castilla y León 2012-2015.

El grado de cumplimiento de los objetivos es muy elevado en **seguridad alimentaria** gracias a la mejora del control oficial mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la realización de auditorías como sistemas de evaluación de las actuaciones de control, la mejora de la seguridad alimentaria en las empresas de Castilla y León y la formación de los profesionales implicados en el control oficial de alimentos.

En **sanidad ambiental** el objetivo prioritario ha sido conseguir que la calidad del agua de consumo humano cumpla con los requisitos sanitarios necesarios mediante la implementación del programa de vigilancia sanitaria del agua de consumo humano, la formación de los profesionales, la zonificación de los abastecimientos de Castilla y León, la elaboración de los mapas de riesgo y la ejecución de auditorías en diferentes niveles de control oficial.

El último problema de salud abordado fue la situación de **dependencia** que lleva asociada muchas enfermedades. En este sentido, hay que destacar el modelo de coordinación sociosanitaria que nuestra Comunidad ha consolidado para la atención de aquellos enfermos que por sus especiales características puedan beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales haciendo especial hincapié en la continuidad de los cuidados y en el trabajo interdisciplinar.

Además de los problemas de salud, el Plan estableció de forma independiente, intervenciones sobre los factores de riesgo implicados en una buena parte de los problemas priorizados, entre ellas las destinadas a reducir el consumo de tabaco y alcohol, a favorecer la actividad física y fomentar una alimentación saludable. La evaluación de estas intervenciones en general, no es buena. Se han conseguido algunos logros en la lucha frente al tabaquismo y el consumo de alcohol pero otros determinantes presentan cifras preocupantes como la obesidad o el sedentarismo, sobre todo en población infantil. Es necesario seguir desarrollando estrategias de promoción y prevención de la enfermedad, estrategias que han de venir marcadas por su carácter intersectorial para poder alcanzar los propósitos de protección y mejora de la salud.

La evaluación del III Plan de Salud de Castilla y León será el punto de partida para la elaboración del próximo, el cuarto, plan que habrá de desarrollarse en un contexto difícil asumiendo los retos que el sistema sanitario ha tenido que afrontar en los últimos años.

Por último, destacar el trabajo de aquellos profesionales que han colaborado en la evaluación del Plan y la participación de aquellos que con sus consideraciones han contribuido a mejorar el documento final.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La Insuficiencia Cardiaca (IC) afecta a un número muy elevado de personas. Su atención debe realizarse en atención primaria contando con el apoyo y en coordinación con atención especializada. Las unidades de insuficiencia cardiaca que se han ido implantando pretenden asegurar la coordinación y el adecuado seguimiento y tratamiento de estos pacientes, que evite descompensaciones de la enfermedad e ingresos hospitalarios innecesarios. Hay que mantener tratamientos de calidad en IC y, cuando sea necesario, asegurar la rehabilitación del proceso.

INSUFICIENCIA CARDIACA		
OG-1	Reducir la incidencia de insuficiencia cardiaca (IC) en menores de 65 años	NO CONSEGUIDO
OG-2	Reducir un 1% anual la mortalidad por insuficiencia cardiaca	CONSEGUIDO
OG-3	Reducir hasta un 15% los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-1	Mejorar el diagnóstico e incrementar el número de pacientes diagnosticados de IC con ecografía realizada	CONSEGUIDO
OE-2	Mejorar la accesibilidad al tratamiento de calidad y evaluar los resultados de nuevos modelos organizativos de atención a la IC	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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%	NO CONSEGUIDO
OE-4	Mejorar el tratamiento y reducir las tasas de reingreso por IC, sobre los datos de 2007	NO CONSEGUIDO
OE-5	Mejorar el acceso a los programas de rehabilitación cardiaca garantizándolo en todas las Áreas	NO CONSEGUIDO
OE-6	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma específica.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La Insuficiencia Cardíaca (IC) afecta a un número muy elevado de personas. En Castilla y León, los casos nuevos de IC registrados a lo largo de la vigencia del Plan de Salud han aumentado ligeramente al igual que la tasa de hospitalización, que ha aumentado hasta el año 2010, observándose un descenso en el año 2011, global y por sexos. Sin embargo, la tasa de mortalidad ajustada por edad para IC presenta una tendencia claramente descendente a lo largo del periodo y con cifras inferiores a las de España. La incidencia y la mortalidad son mayores en hombres pero la insuficiencia cardíaca como causa de hospitalización es más frecuente entre las mujeres que entre los varones.

Su atención debe realizarse en atención primaria contando con el apoyo y en coordinación con atención especializada. En este sentido, se ha elaborado una Guía Clínica y se ha establecido el Proceso Asistencial Integrado de IC, herramientas a disposición de los profesionales, que posibilitan la gestión integral del proceso asistencial mejorando los resultados en salud.

Las Unidades de Insuficiencia Cardíaca pretenden asegurar el adecuado seguimiento de estos pacientes, evitando descompensaciones de la enfermedad e ingresos innecesarios. Se han establecido Unidades/Consultas especializadas en Insuficiencia Cardíaca en 6 hospitales de la comunidad: CAU de Burgos, CAU de León, CA de Palencia, CAU de Salamanca y los dos hospitales de Valladolid, Hospital Clínico Universitario y el Hospital Río Hortega. Aunque no se ha conseguido reducir los reingresos hospitalarios a lo establecido en el Plan, los porcentajes son muy similares al año de referencia, invirtiéndose la tendencia ascendente que se observa hasta el año 2010.

Así mismo, se están dando los pasos adecuados para la puesta en marcha de la herramienta del "Paciente experto" enmarcado dentro de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León.

Es necesario mejorar el acceso de estos pacientes a los programas de rehabilitación cardíaca garantizando el acceso en todas las áreas.

INSUFICIENCIA CARDIACA

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



OG-1: Reducir la incidencia de IC en menores de 65 años.

INDICADOR: Tasa de incidencia de IC en < 65 años

Según los últimos estudios realizados en población española, la prevalencia de insuficiencia cardíaca (IC) es elevada, en torno al 7 % de la población de 45 o más años. La prevalencia no muestra diferencias entre sexos, pero sí por grupos de edad, aumentando de manera rápida desde el grupo de menor edad hasta el mayor, duplicándose por cada década de edad estudiada.

La incidencia - número de casos nuevos de una enfermedad durante un determinado tiempo - informa del grado de actividad de los factores de riesgo causales de la insuficiencia cardíaca en la población. El control de los factores de riesgo, como la hipertensión y la cardiopatía isquémica, las principales causas de insuficiencia cardíaca en España, es el único medio para controlar el previsible aumento de esta enfermedad.

Hay muy pocos estudios que informen sobre la incidencia de IC. Para realizar una aproximación a la **incidencia de IC en Castilla y León** se ha utilizado como fuente de información la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria en Castilla y León, MedoraCyL. Esta fuente ofrece datos homogéneos de explotación a partir del año 2010. Para ello, se ha recogido el número de pacientes < 65 años con diagnóstico nuevo de IC registrado, por cada 100.000 TSI (tarjeta sanitaria individual). No se trata pues, de una tasa de incidencia propiamente dicha.

Los casos nuevos registrados en el año 2012, fueron 16,81 por 100.000 TSI, casi el doble en varones (22,47) que en mujeres (11,34). Con respecto al año 2010, los casos nuevos registrados han aumentado y este aumento es mayor en varones.

Insuficiencia cardíaca. Castilla y León			
Incidencia ⁽¹⁾ en < 65 años			
	2010	2011	2012
Hombre	20,29	17,93	22,47
Mujer	11,30	8,71	11,34
Total	15,72	13,24	16,81

Fuente: MedoraCyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

(1) Pacientes menores de 65 años con diagnóstico nuevo de IC por 100.000 TSI

En general, todos los estudios realizados a nivel internacional, entre ellos el estudio Framingham, reflejan que la incidencia de insuficiencia cardíaca se encuentra estable, en ambos sexos y desde hace varias décadas y que la incidencia aumenta progresivamente con la edad, llegando al 1% anual en personas mayores de 65 años.

Varios son los factores que pueden contribuir a ello. Por un lado, un aumento de la supervivencia de la población y en consecuencia, un mayor número de personas expuestas a desarrollar IC, y por otro, un mejor control de la HTA y un mejor manejo de la cardiopatía isquémica permiten que menos enfermos desemboquen en el estadio de IC sintomática.

Evaluación: En Castilla y León, los casos nuevos de IC en menores de 65 años registrados en Medora CyL han aumentado ligeramente, más en varones que en mujeres. El objetivo pretendía retrasar la aparición de la IC controlando factores de riesgo como la HTA, cuya prevalencia ha aumentado en Castilla y León, o el mejor manejo de la Cardiopatía Isquémica, con indicadores muy favorables en nuestra Comunidad.

OG-1: Reducir la incidencia de IC en menores de 65 años

	2010	2012	Objetivo esperado	Evaluación
Casos nuevos IC / 100.000 TSI	15,72	16,81	Disminución	No conseguido

OG-2: Reducir un 1% anual la mortalidad por insuficiencia cardíaca.

INDICADOR: Tasa de mortalidad por IC

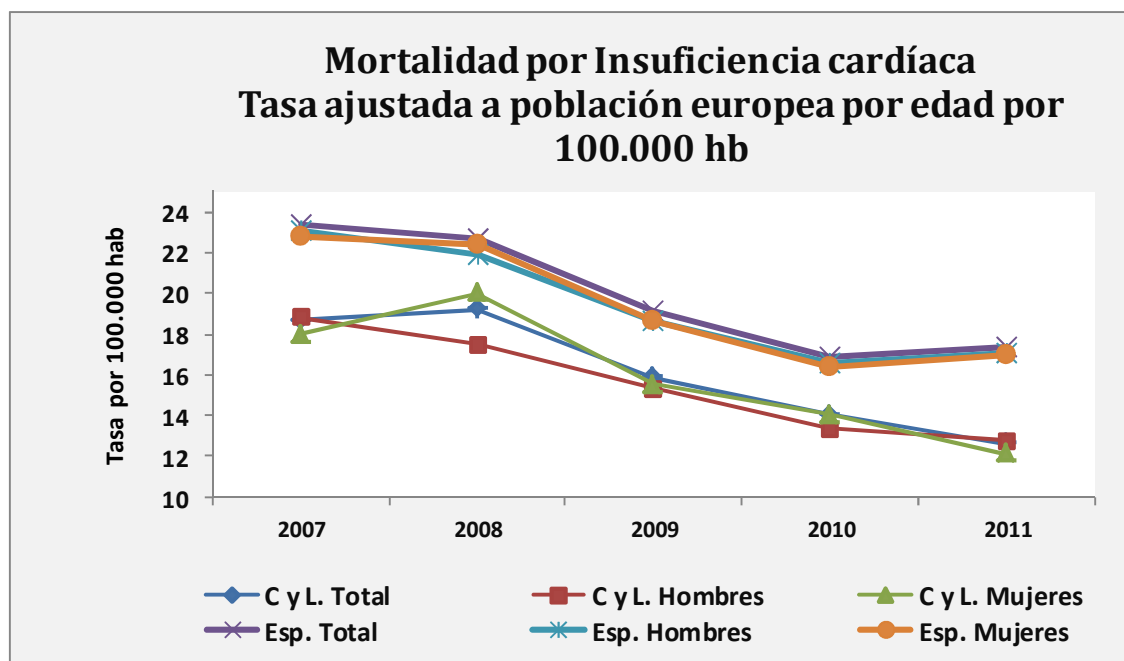
La insuficiencia cardíaca es la tercera causa de muerte cardiovascular en Castilla y León, detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. En el año 2011, entre los varones, la insuficiencia cardíaca fue responsable del 2,87% de todas las defunciones y del 10,66% de las muertes por enfermedades cardiovasculares; entre las mujeres, los porcentajes fueron del 5,47% y del 16,53%.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de mortalidad aportados por el Instituto de Salud Carlos III, siendo el último dato disponible el correspondiente al año 2011. Los datos corresponden a **mortalidad ajustada por edad por población europea por 100.000 hab.**

Insuficiencia cardíaca					
Tasa de mortalidad ajustada por edad/100.000 hab					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Hombres	18,83	17,47	15,30	13,36	12,75
Mujeres	17,98	20,01	15,50	14,06	12,13
España					
Hombres	23,03	21,91	18,67	16,56	17,04
Mujeres	22,81	22,39	18,64	16,37	16,97

Fuente: Instituto de Salud Carlos III. 2013

La mortalidad por IC en el año 2011 en Castilla y León fue de 12,61 muertes por cada 100.00 hab, mayor en hombres (12,75) que en mujeres (12,13). La mortalidad por insuficiencia cardíaca ha descendido progresivamente en ambos sexos a lo largo del periodo de estudio. Esta tendencia es similar a lo observado en España, aunque las cifras de mortalidad a nivel nacional son superiores.



Evaluación: La tasa de mortalidad ajustada por edad para IC en Castilla y León presenta una tendencia claramente descendente a lo largo del periodo y con cifras inferiores a las de España. El objetivo se considera **conseguido**.

OG 2: Reducir en 1% anual la mortalidad por IC

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de mortalidad/ 100.000 hab	18,67	12,61	Descendente	Conseguido

OG-3: Reducir hasta un 15% los ingresos hospitalarios por IC.

INDICADOR: Tasa de altas hospitalarias por IC

Las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca son una medida complementaria de la prevalencia puesto que informa adecuadamente de la carga asistencial que supone este problema de salud, no así de la frecuencia de insuficiencia cardíaca. Es una medida interesante porque la mayoría de los costes asistenciales en la insuficiencia cardíaca se producen con motivo de las hospitalizaciones y porque la insuficiencia cardíaca conduce, en los estadios avanzados, a numerosos reingresos hospitalarios.

En España, como en el resto de países desarrollados, los ingresos por IC han aumentado en los últimos años, y es más que probable que lo siga haciendo debido al envejecimiento poblacional. Dicho incremento de hospitalizaciones es más marcado entre las mujeres, superando en la actualidad a los originados por los varones.

En Castilla y León, a partir de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León, se observa el mismo comportamiento. Cada año, se producen más de 8.500 ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca, siendo más frecuente la hospitalización por esta causa entre las mujeres que entre los varones. El número de ingresos ha aumentado a

lo largo del periodo de estudio. La IC representa el 3,56% de todas las altas, lo que refleja la importancia de esta enfermedad como causa de ingreso hospitalario.

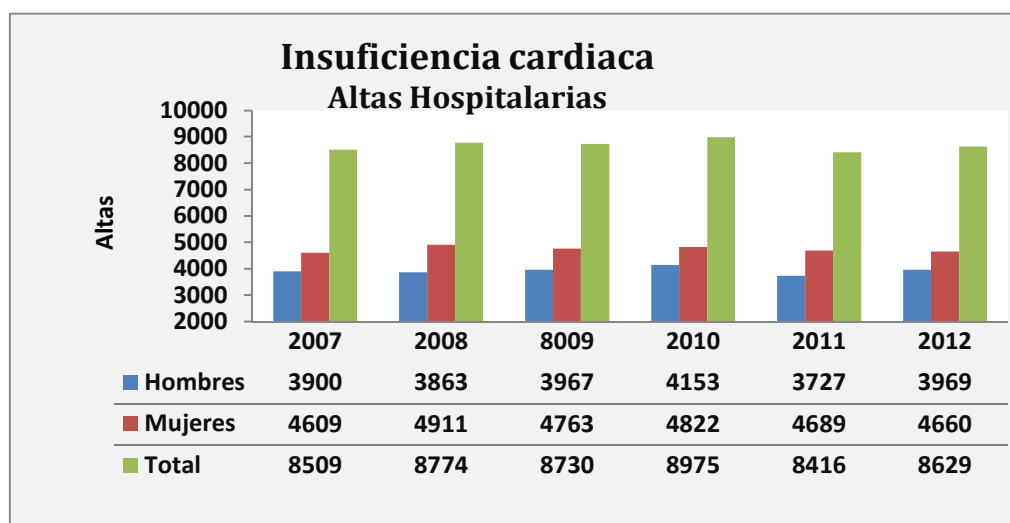
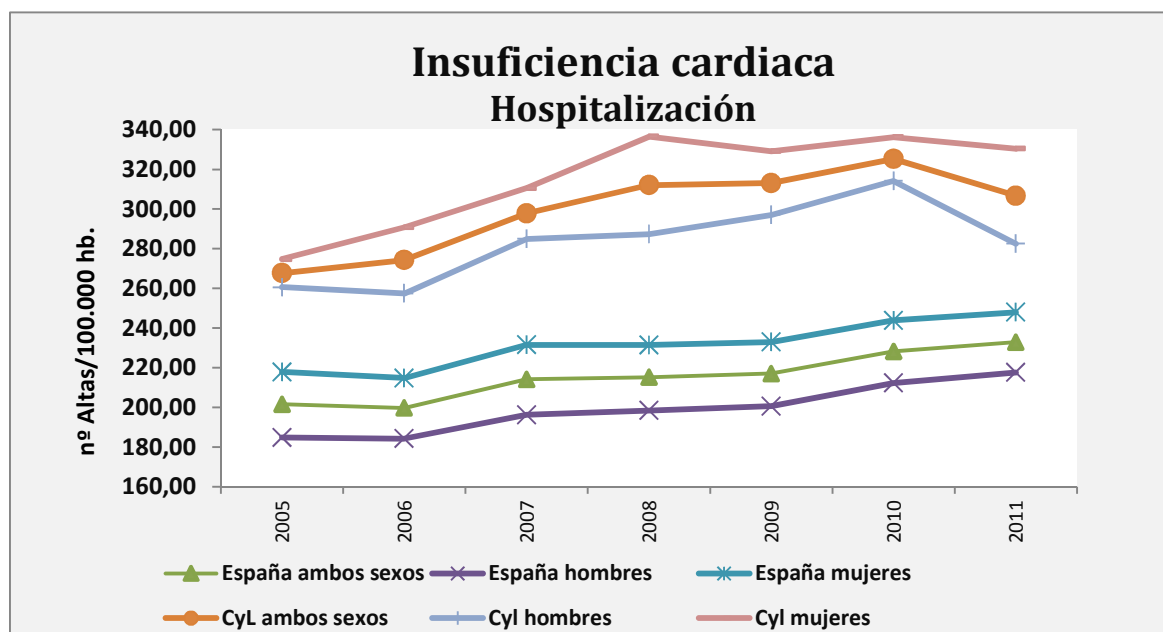


Gráfico A: Número de altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca.
Fuente: CMBD. Consejería de Sanidad. Castilla y León, 2013.

La **tasa de hospitalización o tasa de altas hospitalarias** -número de altas hospitalarias por cada 100.00 habitantes- es superior en nuestra comunidad que en el conjunto nacional. En el año 2011, último dato facilitado por el INE, la tasa de hospitalización en Castilla y León fue de 306,71 por 100.000 frente a 233 en España. La tasa es más alta en mujeres (330,42) que en varones (282,57). El mismo comportamiento se observa a nivel nacional, con una tasa de hospitalización de 217,59 en varones y de 248,02 en mujeres.

Insuficiencia cardiaca. Año 2011					
Tasa de hospitalización / 100.000 hab					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Total	297,89	312,12	313,16	325,26	306,71
Hombres	284,95	287,32	297,01	314,14	282,57
Mujeres	310,57	336,49	329,15	336,19	330,42
España					
Total	214,20	215,19	217,04	228,30	233,00
Hombres	196,36	198,48	200,66	212,34	217,59
Mujeres	231,64	231,56	233,08	243,88	248,02

Fuente: INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Evaluación: La hospitalización por IC ha aumentado en Castilla y León hasta el año 2010, observándose un descenso en el año 2011, global y por sexos, que habrá que confirmar. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OG 3: Reducir hasta un 15% los ingresos hospitalarios por ICC

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de altas hospitalarias/ 100.000 hab	297,89	306,71	Descendente en el último año	Parcialmente conseguido

OE-1: Mejorar el diagnóstico e incrementar el número de pacientes diagnosticados de IC con ecocardiograma realizado.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC a los que se les realiza ecocardiograma

M1: 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 la petición

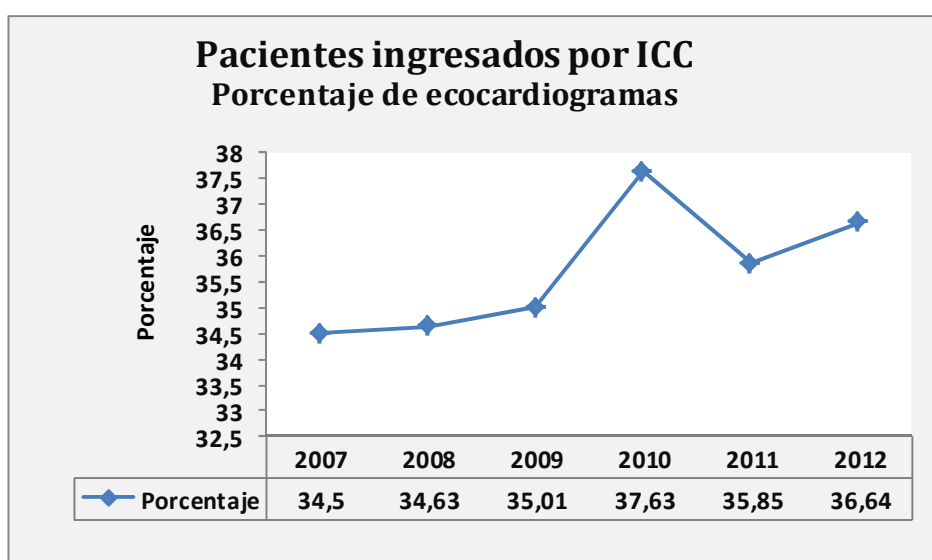
El diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) se establece por la presencia de una constelación de síntomas o signos poco específicos y con la ayuda de pruebas de laboratorio o de imagen. El ecocardiograma es una de ellas, aportando información útil concerniente al pronóstico, la hemodinámica y la respuesta a la terapéutica. Mejorar, pues, la precisión diagnóstica se incluyó como objetivo específico en el Plan de Salud.

Para obtener el indicador, se utiliza como fuente de datos el CMBD de Castilla y León, que registra el número de pacientes ingresados por IC a los que se les realiza ecocardiograma.

	Insuficiencia cardiaca. Castilla y León					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pacientes (n)	6.963	7.011	6.999	7.160	6.723	6.951
Ecocardiogramas (n)	2.402	2.428	2.450	2.694	2.410	2.547
Porcentaje (%)	34,50	34,63	35,01	37,63	35,85	36,64

Fuente: CMBD de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2013

En el gráfico pueden observarse los datos obtenidos, los cuales reflejan un incremento de algo más de dos puntos porcentuales en el número de ecocardiogramas realizados a pacientes ingresados por ICC, con respecto al año 2007. De forma que mientras el número de pacientes permanece estable, el número de ecocardiogramas realizados ha aumentado.



Revisión de los circuitos y procedimientos de organización de atención primaria y atención especializada

En 2010, un grupo de profesionales de ambos niveles asistenciales, constituido en el Área de Salud de León, elaboró una Guía Clínica de Insuficiencia Cardíaca de referencia para toda la Comunidad, lo que ha permitido que en todas las Áreas se estén aplicando protocolos conjuntos de actuación en insuficiencia cardíaca, dirigidos a Atención Primaria y Atención Especializada. En el año 2011, el Proceso Asistencial Integrado, se pilotó en las Áreas de León, Burgos y Segovia, y actualmente está funcionado en todas las Áreas de la Comunidad. Los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca son dados de alta con plan de cuidados de enfermería en todos los hospitales.

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del plan se ha elaborado una Guía Clínica de Insuficiencia cardíaca y se ha implantado el Proceso Asistencial Integrado en IC, herramienta a disposición de los profesionales que posibilita la gestión integral del proceso asistencial mejorando los resultados en salud. El indicador establecido en el objetivo muestra una evolución favorable, por lo tanto el objetivo se considera **conseguido**.

OE 1: Mejorar el diagnóstico e incrementar el número de pacientes diagnosticados de IC con ecografía realizada

	2007	2012	% Variación	Evaluación
% de pacientes con diagnóstico de IC con ecocardiograma	34,50	36,64	+ 2,14	Conseguido

OE-2: Mejorar la accesibilidad al tratamiento de calidad y evaluar los resultados de nuevos modelos organizativos de atención a la IC.

INDICADOR: Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con IC. Informe de evaluación sobre nuevas formas de organización y coordinación asistencial de la IC

M 2: Evaluar los resultados obtenidos en las Áreas con Unidades de Insuficiencia Cardíaca

M 3: Iniciar la creación de grupos de trabajo con "pacientes expertos" en las Áreas que dispongan de Unidad de Insuficiencia Cardíaca

M 5: Establecimiento de protocolos de coordinación entre niveles

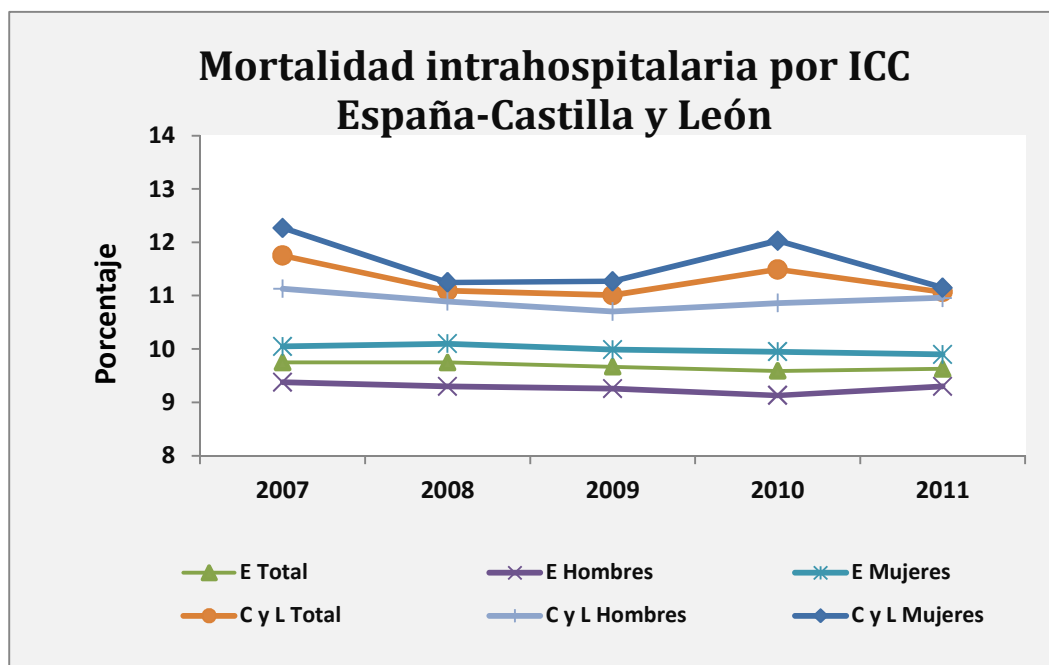
Para evaluar el indicador, se analiza la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con IC, utilizando como fuente de información la base de Indicadores Clave del SNS, que analiza el número de pacientes con IC fallecidos por cada 100 altas por IC a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Insuficiencia cardíaca					
Mortalidad intrahospitalaria: Pacientes fallecidos por cada 100 altas de IC					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Total	11,75	11,09	11,01	11,49	11,07
Hombres	11,13	10,89	10,70	10,86	10,96
Mujeres	12,27	11,25	11,27	12,03	11,15
España					
Total	9,75	9,75	9,67	9,59	9,63
Hombres	9,38	9,30	9,26	9,13	9,30
Mujeres	10,05	10,1	9,99	9,95	9,90

Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad, 2013

En Castilla y León, en el año 2011, la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 11,07 por cada 100 altas de pacientes con IC, mayor en mujeres (11,15) que en hombres (10,96), diferencia que se observa en todos los años del análisis. Las cifras son superiores a la media del SNS, siendo la mortalidad intrahospitalaria de 9,63 muertes por cada 100 altas de pacientes con IC, mayor en mujeres (9,90) que en hombres (9,30).

La evolución temporal refleja una disminución de la tasa en Castilla y León, al igual que en el conjunto del SNS, aproximando al estándar de calidad, < 8%, que establecen las guías del proceso ("Proceso asistencial integrado: ICC. Castilla y León").



Establecer nuevas formas de organización asistencial que mejoren la coordinación entre niveles

En Castilla y León, los Planes Anuales de Gestión (PAG) son instrumentos de trabajo orientados a un modelo de dirección por objetivos que contribuyen a la mejora continua de la calidad y de la práctica clínica, vinculando directamente a los centros sanitarios en la consecución de los objetivos institucionales. En los últimos años, uno de los procesos clínicos priorizados en los PAG ha sido la Insuficiencia Cardíaca, con el objetivo de potenciar la continuidad asistencial como elemento clave para garantizar la calidad y la gestión compartida del proceso en el área de salud.

De este modo, en cada Área de Salud se han establecido acuerdos de coordinación entre Atención Primaria y Especializada para la gestión compartida de la Insuficiencia Cardíaca, acuerdos que incluyen una serie de objetivos:

- Constitución de una Comisión Clínica y nombramiento de un responsable del proceso en cada área de salud
- Adaptación o elaboración de un Guía clínica sobre IC para el área de salud
- Establecimiento de protocolos de derivación e informes de resultados entre ambos niveles
- Desarrollo de un plan de formación sobre IC
- Implantación de un Sistema de Información
- Elaboración de un Plan de mejora en función de los resultados obtenidos

Se incluyeron además, una serie de indicadores para mejorar el diagnóstico de los pacientes con IC (porcentaje de pacientes diagnosticados de IC en el último año a

quienes se les ha realizado ecocardiografía Doppler y/o valorado la fracción de eyección en AE); mejorar el tratamiento y seguimiento de los mismos (porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC que han sido vistos en consulta o domicilio por el médico y/o enfermera al menos 4 veces en el último año, con periodicidad no superior a 3 meses entre cada visita) y medir el resultado a partir de la morbilidad hospitalaria (Porcentaje de pacientes que ingresan por IC sobre el total de ingresos hospitalarios).

Evaluar los resultados obtenidos en las Áreas con Unidades de Insuficiencia Cardíaca

Las Unidades de IC son unidades especializadas en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento integral de la IC. No todas las Unidades son iguales, sino que presentan importantes diferencias entre sí dependiendo de cuatro elementos principales: el tipo de pacientes atendidos (jóvenes, mayores, pacientes más o menos graves, etc.), quiénes componen la Unidad (Cardiólogos, Enfermería, Internistas, Geriatras, etc.), dónde se realiza la atención al paciente (en el hospital, en Atención Primaria, en la casa del paciente, etc.), y las actividades principales que realiza la Unidad (educación, aumento progresivo de las dosis de los fármacos, etc.). En cualquier caso, todas las unidades persiguen un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

En Castilla y León se han establecido Unidades/Consultas especializadas en Insuficiencia Cardíaca en 6 hospitales de la comunidad: CAU de Burgos, CAU de León, CA de Palencia, CAU de Salamanca y los dos hospitales de Valladolid, Hospital Clínico Universitario y el Hospital Río Hortega. Están atendidas por cardiólogos especialistas en IC pero no todas disponen de enfermera con formación específica (CAU de León y HCU de Valladolid). En su mayoría, atienden a los pacientes con IC más avanzada, con alto riesgo de descompensación y, por lo tanto, de reingreso, realizando un seguimiento de los mismos con el objetivo final de disminuir la morbimortalidad de estos pacientes. Algunas unidades disponen de servicio telefónico abierto con Atención Primaria y pacientes.

Según los datos de actividad aportados por cuatro de las seis unidades (CAU de Burgos, CAU de León y los dos hospitales de Valladolid, HCU y el HURH), en el año 2012 atendieron 3.970 consultas.

La Unidad de IC del HCU de Valladolid está autorizada para realizar trasplante cardíaco desde el año 2001, siendo la unidad de referencia en la Comunidad. Atiende a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada candidatos a recibir un trasplante de corazón, realiza el cuidado y seguimiento de los pacientes trasplantados y asesora a pacientes con IC avanzada, que no son candidatos a trasplante cardíaco.

Iniciar la creación de grupos de trabajo con “pacientes expertos” en las Áreas que dispongan de Unidad de Insuficiencia Cardíaca

En la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, aprobada recientemente, uno de sus objetivos plantea “Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente” y para conseguirlo, establece una Línea Estratégica de Autocuidado cuya finalidad es que los pacientes se corresponsabilicen de su propia salud a partir de actuaciones orientadas a mejorar su información, formación, implicación, interacción y comunicación, con el apoyo de las Asociaciones de Pacientes y Familiares,

utilizando iniciativas como el “paciente experto” y el Aula de Pacientes del Portal de Salud de Castilla y León como espacio de comunicación.

No obstante, en el Aula de Pacientes existen ya desde 2011 contenidos formativos dirigidos a la población general y muy especialmente a las personas con una patología crónica, entre ellas la Insuficiencia Cardíaca, con contenidos elaborados por expertos sanitarios y revisados por las principales sociedades científicas, con un formato fácil, accesible y atractivo, que utiliza también los sistemas de comunicación audiovisual (vídeo y audio) y cuya finalidad es conseguir una mayor calidad de vida de estos pacientes, fomentando el autocuidado el empoderamiento y la corresponsabilidad.

Evaluación: La evolución de la mortalidad intrahospitalaria presenta una tendencia descendente a lo largo del periodo de vigencia del III Plan de salud y con una evolución similar al conjunto del SNS. Por otro lado, se están realizando esfuerzos organizativos que garanticen la adecuada coordinación asistencial entre niveles y se están dando los pasos adecuados para la puesta en marcha de la herramienta del “Paciente experto”, acción enmarcada dentro de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León.

OE 2: Mejorar la accesibilidad al tratamiento de calidad y evaluar los resultados de nuevos modelos organizativos de atención a la IC

	2007	2011	Estándar	Evaluación
Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con IC	11,75 %	11,07 %	8 %	Parcialmente conseguido

OE-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%.

INDICADOR:

1. Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC en tratamiento con medicación sobre renina-angiotensina (IECA/ ARA II)

2. Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC con tratamiento con betabloqueantes

M 4: Seguimiento de la adecuación de los tratamientos (según las últimas guías), evaluando medicación sobre el sistema renina-angiotensina y betabloqueantes

La insuficiencia cardíaca es un trastorno progresivo y letal, aun con tratamiento adecuado. A pesar de ello, hay evidencias de que la supervivencia ha mejorado, en especial durante la última década, coincidiendo con un aumento del uso de terapias que, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y los betabloqueantes, han demostrado en ensayos clínicos que reducen la mortalidad por insuficiencia cardíaca.

En este objetivo se planteó mejorar la supervivencia de los pacientes diagnosticados de IC optimizando el tratamiento y realizando un seguimiento adecuado, de acuerdo a las mejores evidencias científicas. La situación de partida se conocía en España y situaba en un 50% el número de pacientes tratados con IECA / ARA II y en un 10%, los pacientes tratados con betabloqueantes.

A partir de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, se ha obtenido el **número de pacientes con diagnóstico de IC con al menos una receta de fármacos activos frente al sistema renina-angiotensina o de betabloqueantes**. En el primer caso, el porcentaje de pacientes tratados ha disminuido a lo largo del periodo estudio, mientras que en el caso de los betabloqueantes esta proporción ha aumentado. Sin embargo, en ambos casos, las cifras están muy alejadas del objetivo marcado.

Tratamiento de la Insuficiencia cardiaca					
Porcentaje de pacientes con IC con al menos una receta de fármacos activos frente al sistema renina-angiotensina (IECA/ARA II) o de betabloqueantes (%)					
	2008	2009	2010	2011	2012
IECAs/ ARA II					
Hombres	--	--	60,77	58,81	58,05
Mujeres	--	--	61,51	59,88	59,69
Total	64,80	65,20	61,19	59,43	58,99
Betabloqueantes					
Hombres	--	--	34,63	35,83	37,93
Mujeres	--	--	30,28	31,01	32,58
Total	31,10	32,80	32,14	33,06	34,85

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013
(--): No se dispone de datos por sexo para estos años.

Evaluación: Según los datos obtenidos, el uso de IECAs y betabloqueantes, está aún lejos del estándar recomendado. Puede ser que la forma de medir el indicador presente ciertas limitaciones que conlleve una infraestimación del mismo. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE 3: Mejorar el tratamiento farmacológico de la ICC

	2007	2012	Estándar	Evaluación
Porcentaje de pacientes tratados con IECA	64,8	58,99	90	No conseguido
Porcentaje de pacientes tratados con betabloqueantes	31,10	34,85	50	Parcialmente conseguido

OE-4: Mejorar el tratamiento y reducir las tasas de reingreso por IC sobre los datos de 2007.

INDICADOR: Tasa de reingresos por ICC

M 6: Promover la utilización de la telecardiología en los pacientes con IC

Los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen una elevada morbilidad, pero no existen demasiados estudios prospectivos en los que se analice la historia de ingresos hospitalarios tras su primer diagnóstico o cuáles son los factores relacionados con estos episodios.

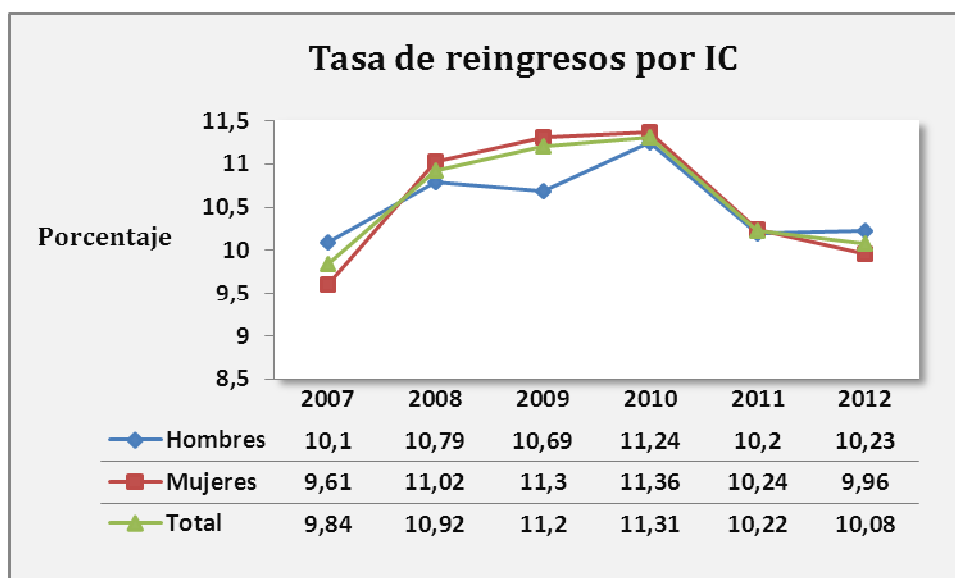
Según los últimos estudios publicados, tras un primer diagnóstico de insuficiencia cardiaca son frecuentes los ingresos hospitalarios posteriores, en torno a 1 ingreso/paciente/año. La mayoría de reingresos son motivados por causas no cardíacas, especialmente de etiología respiratoria. Por su parte, los reingresos por insuficiencia cardiaca son poco frecuentes, pero se concentran en unos pocos pacientes.

Utilizando como fuente de información el CMBD de Castilla y León, se ha calculado el número de reingresos, contabilizando como tal todo ingreso urgente tras un alta previa en el mismo hospital que se produce dentro de los 30 días siguientes al episodio índice y en la misma categoría diagnóstica. Según los datos obtenidos, se observa que sólo un 10% de los ingresos son motivados por un nuevo episodio de insuficiencia cardiaca.

Insuficiencia cardiaca. Castilla y León						
Reingresos hospitalarios por IC (número)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos totales por IC						
Hombres	3.900	3.863	3.967	4.153	3.727	3.969
Mujeres	4.609	4.911	4.763	4.822	4.689	4.660
Total	8.509	8.774	8.730	8.975	8.416	8.629
Reingresos por IC						
Hombres	394	417	424	467	380	406
Mujeres	443	541	538	548	480	464
Total	837	958	962	1.015	860	870

Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

La evolución a lo largo del periodo de estudio es relativamente estable, mostrando un ligero incremento del porcentaje hasta el año 2010 y a partir de entonces, un descenso global y por sexos.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad 2013

Promover la utilización de la telecardiología

La telemedicina permite aumentar la capacidad de resolución de los profesionales de Atención Primaria al dar respuesta a diversas cuestiones en tiempo real, con la presencia

del paciente, evitándole desplazamientos innecesarios y disminuyendo los tiempos de disposición de resultados diagnósticos e interconsultas, agilizando el diagnóstico y el tratamiento y mejorando a su vez la calidad de la asistencia sanitaria.

El programa de Telecardiología implantado en Castilla y León, permite la realización y transmisión vía telefónica, desde el Centro de Salud, domicilio de los pacientes u otros lugares, de registros de electrocardiograma (ECG). Son dos facultativos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid los responsables de informar de los electrocardiogramas realizados de forma remota.

Los resultados se remiten de forma telefónica, verbal e inmediata si se detectan anomalías que requieran intervención urgente y, en caso contrario, se remiten vía fax, correo electrónico u otro medio que se estime oportuno. El servicio se presta durante las 24 horas del día, los 365/6 días del año.

Todas las imágenes y datos generados quedan integrados de forma automática en la Historia Clínica Electrónica del paciente, junto al resto de la información introducida por los profesionales, con independencia de su ubicación (centro de Atención Primaria u Hospital).

El proyecto se inició en el año 2008 y hasta el año 2012 ha aumentado progresivamente el número de equipos de telecardiología disponibles, alcanzando los 121 equipos actuales. Empezó funcionando como piloto en las Áreas de Valladolid Este y Soria y a principios de septiembre de 2011, hasta su generalización al resto de las Áreas de Salud. Hasta el 31 de diciembre de 2012 se han realizado 3.748 ECG (datos acumulados), de ellos 1.054 de prioridad 1 (deben valorarse por el especialista en un plazo máximo de 10 minutos) y 1.751 de prioridad 2 (deben valorarse dentro de las 24 horas siguientes).

Evaluación: El objetivo inicial planteaba mejorar la atención al paciente disminuyendo el número de reingresos por ICC. El **objetivo no se ha conseguido** cuantitativamente pues los porcentajes son muy similares al año de referencia. Sin embargo, la evolución del indicador es favorable pues se ha invertido la tendencia ascendente que se observa hasta el año 2010. Como medida adicional, se ha implantado en todas las áreas de la comunidad la telecardiología, haciendo más resolutivo el primer nivel de atención.

OE 4: Mejorar el tratamiento y reducir las tasas de reingreso por IC sobre los datos de 2007

	2007	2012	Evaluación
Tasa de reingresos por ICC	9,84 %	10,08 %	No conseguido (con tendencia favorable)

OE-5: Mejorar el acceso a los programas de rehabilitación cardiaca garantizándolo en todas las Áreas.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con ICC atendidos en Unidades de Rehabilitación Cardíaca

M 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-

Las guías de práctica clínica más recientes sobre prevención secundaria establecen la idoneidad de realizar un programa de rehabilitación cardíaca (RC) por parte de los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo, angina estable, insuficiencia cardíaca, o se les ha realizado cirugía de revascularización coronaria o intervencionismo coronario percutáneo. Sin embargo, esta prestación sigue estando infrautilizada o escasamente implementada, muchas veces por falta de recursos. Pese a todo, hay cada vez más evidencia científica sobre los beneficios de estos programas en un mayor número de pacientes cardiológicos con dichas patologías.

El servicio de salud de Castilla y León dispone de una unidad de rehabilitación cardíaca pública en el Complejo Asistencial Universitario de León. Además, existe un concierto marco de servicios con cuatro centros que atienden a pacientes de las áreas de Burgos, Palencia, Segovia y Valladolid.

La actividad de rehabilitación cardíaca ha aumentado un 66% con respecto al año 2007, pasando de 364 a 607 los pacientes atendidos en 2012. El mayor porcentaje de pacientes atendidos corresponde a los centros concertados aunque este porcentaje ha disminuido en los últimos años. Se dispone de información sobre la tipología de los pacientes atendidos en los centros concertados. De ellos, el mayor porcentaje corresponde a pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica. A lo largo del periodo se han atendido en estos centros un total de 113 pacientes con Insuficiencia Cardíaca, el 4,83% del total y de ellos, el 92% de ellos han sido atendidos en el centro concertado de Valladolid.

Insuficiencia cardíaca. Castilla y León						
Rehabilitación cardíaca						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recursos propios	120	135	--	223	194	261
Centros concertados	244	312	388	547	500	346
Pacientes con IC (%)*	2,87	6,41	9,02	5,85	3,2	0,86

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

* Información referida a Centros concertados

Evaluación: El objetivo inicial planteaba mejorar la calidad de vida de los pacientes con ICC, y otros enfermos con patología cardiovascular, implantando una Unidad de Rehabilitación Cardíaca en cada área de salud. La situación socioeconómica actual está condicionando, y mucho, la implantación de nuevos recursos públicos. El aumento del número de pacientes atendidos refleja la importancia que se concede a la prevención secundaria en pacientes cardiológicos. Sin embargo, el número de pacientes con IC que inician un programa de rehabilitación ha descendido significativamente en el año 2012, priorizando otras patologías.

OE 5: Mejorar el acceso a los programas de rehabilitación cardíaca garantizándolo en todas las Áreas

	2007	2012	Evaluación
% de pacientes con ICC atendidos en Unidades de Rehabilitación Cardíaca	2,87	0,86	No conseguido

OE-6: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma específica.

INDICADOR: Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos

M 8. Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud

M 9. Oferta de formación continuada sobre el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca

M 10. Promoción de la investigación sobre IC en los dos niveles asistenciales

A lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud no se ha implantado un sistema de información activo sobre el problema de salud que aporte datos en tiempo real. La información se obtiene de los sistemas de información establecidos: CMBD de Castilla y León, Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (MedoraCyL) y, con carácter puntual, de las Gerencias de Atención Especializada.

Ofertar programas de formación continuada sobre el manejo del paciente con Insuficiencia cardiaca

Entre los años 2009 y 2012, se han llevado a cabo 105 acciones formativas en insuficiencia cardiaca en las cuales han participado cerca de 1.500 profesionales, mediante programas adaptados a las exigencias y necesidades asistenciales que mejoren el nivel de competencia de los profesionales.

Investigar sobre ICC en ambos niveles asistenciales

Dentro de las ayudas económicas establecidas desde el año 2008 por parte de la Gerencia Regional de Salud para proyectos de investigación a desarrollar en los centros de Atención Primaria y Atención Especializada y Gerencia de Emergencias Sanitarias, se ha consolidado una línea de investigación, en consonancia con el III Plan de Salud, donde se prioriza la investigación en enfermedades cardiovasculares (ECV), habiéndose financiado 55 proyectos a lo largo del periodo con una inversión superior a 1,21 millones de euros. Destacar el impulso de la investigación en Atención Primaria, ya que un 14% de los proyectos se promovieron y desarrollaron en centros de salud.

En esta línea, subrayar el *Estudio Leonés de Insuficiencia Cardiaca desde la Atención Primaria (estudio LEONIC)*, realizado con el objetivo de conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca en el ámbito de la Atención Primaria en el Área de León así como cuantificar el consumo de recursos sanitarios de estos enfermos.

Destacar también, el trabajo del Centro de Salud *La Alamedilla*, en Salamanca, integrado en la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (REDIAPP), que inició una línea de investigación en el área cardiovascular con objeto de profundizar en el abordaje de los distintos factores de riesgo desde el ámbito de la atención primaria, así como analizar y evaluar diferentes intervenciones para mejorar los estilos de vida de la población.

Evaluación: No se ha conseguido poner en marcha un sistema de información activo que aporte datos sobre ICC de forma continuada y que permita elaborar y difundir informes sobre el problema de salud. Sin embargo, se han llevado a cabo programas formativos sobre IC que contribuyen a mejorar la capacidad de los profesionales y a conseguir los objetivos institucionales. Además, existe un apoyo expreso de la Consejería de Sanidad a la investigación, que se traduce en ayudas y subvenciones económicas a centros asistenciales y grupos de investigación. Una de las líneas prioritarias de investigación son las enfermedades cardiovasculares. El objetivo se **considera parcialmente conseguido**.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO

El SCA debe identificarse lo antes posible, trasladar rápidamente al paciente a un hospital preparado para aplicarle técnicas mecánicas de reperfusión (angioplastia) y, en función de los tiempos previsibles de este tratamiento, adoptar otras técnicas de reperfusión (química). Lo fundamental son los tiempos y la calidad de la atención: desde que el SCA empieza a dar síntomas y se presta atención in situ hasta que las técnicas indicadas se aplican por profesionales con experiencia y resultados contrastados. Una red bien organizada que realice el traslado inmediato con soporte vital, a centros con salas de hemodinámica es la clave de la atención. Es importante la prevención primaria, secundaria y terciaria. El seguimiento de los SCA a través de sistemas de información es una necesidad para mejorar la atención.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA-SÍNDROME CORONARIO AGUDO

OG-4	Modificar la tendencia ascendente actual de la incidencia de cardiopatía isquémica (SCA).	CONSEGUIDO
OG-5	Estabilizar la mortalidad por SCA en menores de 65 años en torno a las cifras de referencia nacional.	CONSEGUIDO
OG-6	Mantener la tendencia descendente de los Años Potenciales de Vida Perdidos por SCA	CONSEGUIDO
OG-7	Reducir, por debajo de 190 días, la duración media de incapacidad temporal ocasionada por SCA.	CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

OE-11	Mejorar el tratamiento urgente de los pacientes diagnosticados de SCA reduciendo por debajo de 120 minutos el tiempo promedio hasta la reperusión, en los pacientes subsidiarios de esta medida.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-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).	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-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.	NO CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-18	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.	CONSEGUIDO
OE-19	Promover la investigación poblacional en cardiopatía isquémica.	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La tasa de hospitalización por cardiopatía isquémica continúa con su tendencia descendente de los últimos años tanto globalmente como por sexos, aunque el descenso ha sido más acusado en hombres. En cuanto a la tasa de mortalidad, se sitúa por debajo de los valores de referencia nacional y con una tendencia descendente a lo largo del periodo. De la misma manera los APVP y la tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica tienen una tendencia descendente y son más elevadas en los hombres, que presentan un mayor riesgo cardiovascular.

Estos buenos resultados se obtienen gracias a la mejora en los indicadores de asistencia sanitaria con mejoras tanto en el tratamiento urgente como en el intrahospitalario. La organización asistencial y la importante dotación de recursos en Emergencias, su distribución de acuerdo al mapa de cronas, la gestión llevada a cabo por el Centro Coordinador de Urgencias, la existencia de protocolos de atención al DTA así como las actuaciones encaminadas a la implantación del Código Infarto han mejorado la atención urgente al SCA, aunque es necesario mejorar los tiempos de actuación.

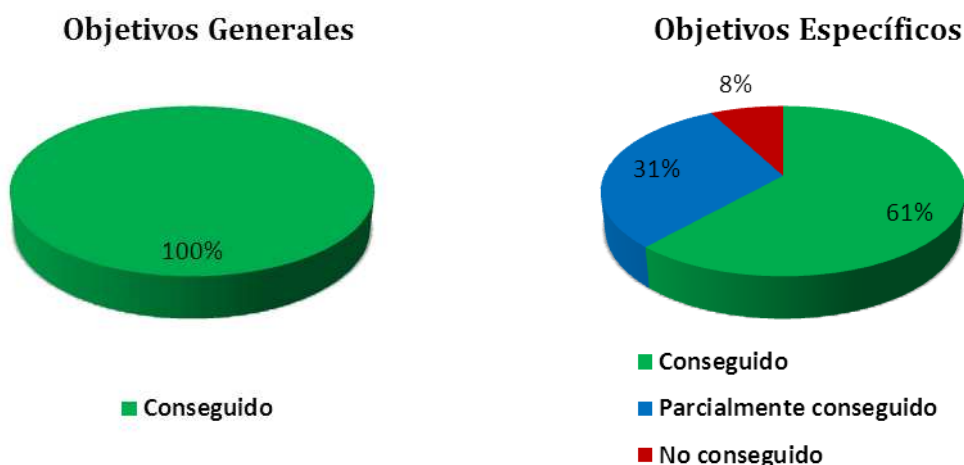
En cuanto a los tratamientos intrahospitalarios, se ha mantenido la actividad tanto en hemodinámica diagnóstica como terapéutica, ha disminuido la mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria y ha disminuido el porcentaje de reingresos.

El acceso a los programas de rehabilitación cardiovascular no es homogéneo en la Comunidad, y el porcentaje de pacientes que se benefician de estos programas es pequeño, en torno al 10%. No obstante, los datos de incapacidad temporal por cardiopatía isquémica reflejan que la duración media de la baja por asegurado (DMA) ha disminuido hasta los 112 días, quizás también influido por las modificaciones normativas que se han producido en este ámbito.

Los resultados de la prevención secundaria en pacientes que han tenido un infarto se mantienen en una tendencia favorable gracias a la valoración del riesgo cardiovascular en estas personas.

El grado de consecución de los objetivos generales es del 100% y de los específicos es el 61% conseguidos, 31% parcialmente conseguidos y 8% no conseguidos.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO



OG-4 Modificar la tendencia ascendente actual de la incidencia de cardiopatía isquémica.

INDICADOR: Tasa de incidencia de SCA-CI

Existen pocos estudios que permitan analizar la incidencia de cardiopatía isquémica (CI) y, ante dicha dificultad, se ha efectuado una modificación del indicador, calculando la "tasa de hospitalización" en lugar de la tasa de incidencia, como constaba originalmente en el Plan. Este cambio se produce de acuerdo a la misma modificación que se realizó en el Primer Informe de Evaluación de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, aprobado en noviembre de 2008.

En el año 2011, se produjeron en Castilla y León 259 altas por enfermedad isquémica del corazón por cada 100.000 hab (377 en hombres y 144 en mujeres) mientras que en España, la tasa fue algo mayor, 262 altas (376 en varones y 151 en mujeres). Dentro de esta rúbrica (410-414 CIE9-MC), se incluye tanto el infarto agudo de miocardio como la angina de pecho así como otras enfermedades isquémicas del corazón. La tasa de hospitalización por cardiopatía isquémica continúa con su tendencia descendente de los últimos años.

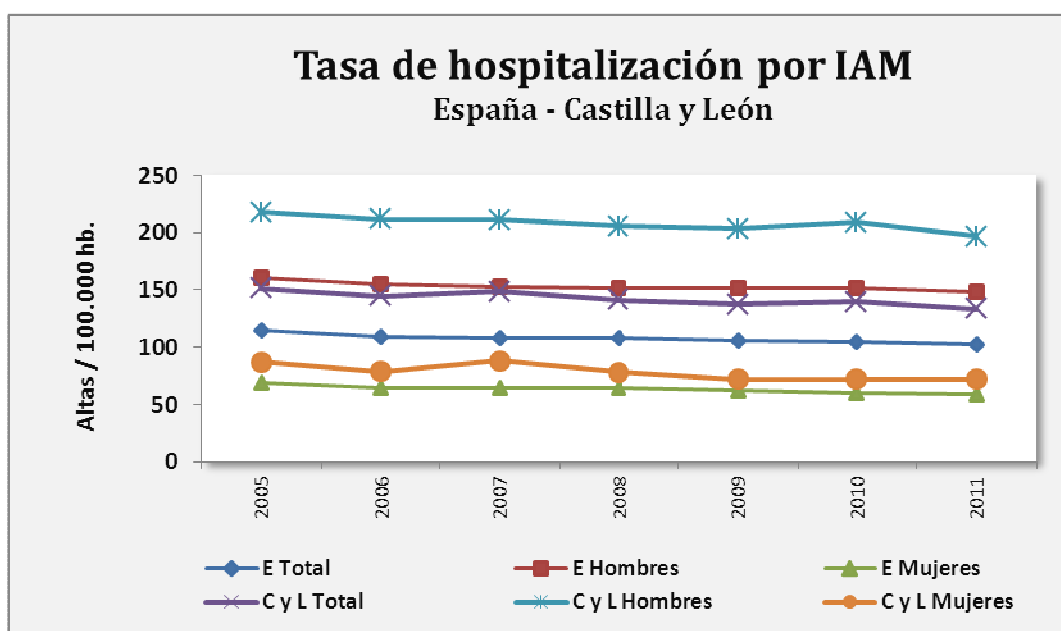
Para evaluar el objetivo, se analiza la **tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio (IAM)**, indicador utilizado en la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, para analizar el impacto global de la estrategia. Se utiliza como fuente de información la base de Indicadores Clave del SNS, que nos permite la comparación con el conjunto del estado. La tasa de hospitalización incluye todas aquellas altas por IAM (código 410 de CIE9-MC) ocurridas en un año por cada 100.000 habitantes. Quedan excluidos los reingresos (considerándose reingreso todo aquel que se ha producido en un periodo de tiempo inferior a un mes desde el alta anterior y por la misma causa). Los últimos datos disponibles corresponden al año 2011.

En el año 2011, se produjeron en Castilla y León 133 altas por IAM por cada 100.000 hab, aunque con diferencias importantes entre sexos, 196 altas en hombres frente a 72 en mujeres. Con relación al conjunto del SNS, las cifras en Castilla y León son superiores a la media, con mayores diferencias en el caso de los varones.

Infarto agudo de miocardio (IAM)							
Tasa de hospitalización: Altas por cada 100.000 hab.							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León							
Total	151,62	144,44	148,83	141,16	137,17	139,72	133,30
Hombres	217,76	211,78	210,97	205,39	203,5	208,9	196,39
Mujeres	87,22	78,82	88,23	78,4	72,26	72,32	71,90
España							
Total	114,25	109,55	108,22	107,72	106,2	104,89	103,01
Hombres	160,86	155,34	153,22	151,73	151,26	151,13	148,08
Mujeres	69,03	65,03	64,32	64,8	62,27	59,99	59,39

Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013

La tasa de hospitalización ha descendido a lo largo del periodo de estudio, tanto globalmente como por sexos. La evolución a nivel nacional es similar a la de nuestra comunidad.



Evolución: La tasa de hospitalización por IAM en Castilla y León muestra una tendencia descendente a lo largo del periodo de estudio, pero con cifras aun superiores a la media del SNS, especialmente en hombres. **El objetivo se considera conseguido.**

OG -4: Modificar la tendencia ascendente actual de la incidencia de cardiopatía isquémica (SCA)

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de hospitalización por CI/100.000 hab	148,83	133,30	Descendente	Conseguido

OG-5: Estabilizar la mortalidad por SCA en menores de 65 años en torno a las cifras de referencia nacional.

INDICADOR: Tasa de mortalidad por SCA en <65 años

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una importante causa de muerte para el conjunto de la población. En 2011 causaron en Castilla y León 8.108 muertes (3.733 en varones y 4.375 en mujeres), lo que supone el 29,94% de todas las defunciones (26,95% en varones y 33,07% en mujeres). A su vez, la enfermedad isquémica del corazón ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares, el 30,58% (38,92% en varones y 23,47% en mujeres).

Se analiza en primer lugar **la tasa de mortalidad ajustada por edad (TMEE) por Enfermedad isquémica del corazón** (CIE-9 410-414), indicador que refleja las defunciones por cardiopatía isquémica ocurridas en un año, ajustada a la población europea de la OMS. Este indicador es utilizado en la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, para analizar el impacto global de la estrategia. Se utiliza como fuente, los Indicadores Clave del SNS.

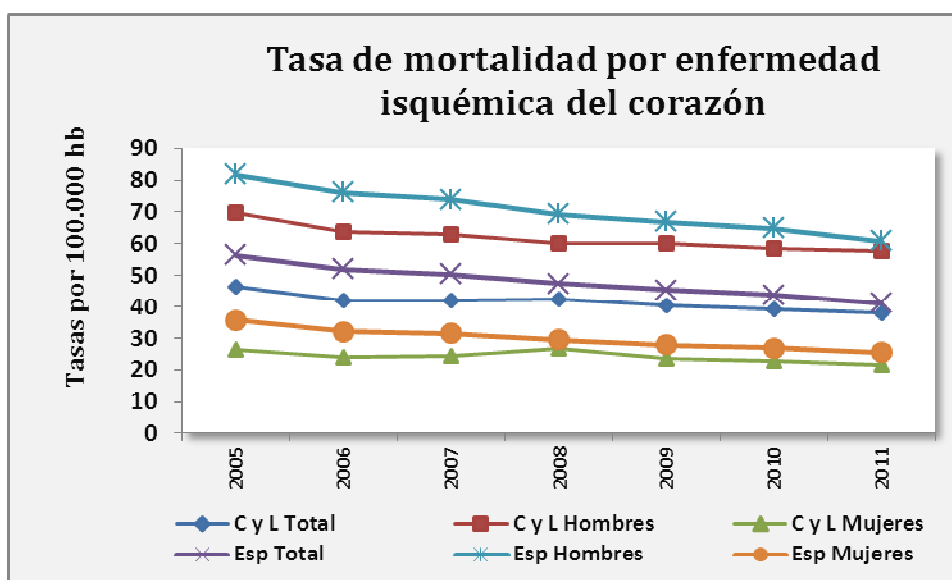
Enfermedad isquémica del corazón							
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 hb.							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León							
Total	46,45	42,18	42,14	42,38	40,3	39,06	37,97
Hombres	69,58	63,89	62,82	59,96	60,2	58,61	57,75
Mujeres	26,32	23,81	24,48	26,86	23,4	22,5	21,35
España							
Total	56,31	51,9	50,43	47,35	45,3	43,75	41,18
Hombres	81,71	76,11	73,98	69,32	66,9	64,83	60,83
Mujeres	35,7	32,14	31,36	29,47	27,8	26,77	25,39

Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el año 2011, se produjeron en Castilla y León, 38 muertes por cardiopatía isquémica por cada 100.000 hab, más en varones (57,75) que en mujeres (21,35).

La evolución muestra que entre 2005 y 2011, el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón descendió en Castilla y León tanto de forma global como por sexos. Los datos reflejan que la mortalidad es mayor en hombres que en mujeres en cualquiera de los periodos de estudio.

Con relación al conjunto del SNS, las tasas en nuestra Comunidad Autónoma se sitúan por debajo de la media nacional con una evolución temporal similar en ambos.



La enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en las edades avanzadas de la vida, especialmente a partir de los 65 años, pero el riesgo coronario no es similar en hombres que en mujeres. De hecho, el riesgo en los varones es similar al de las mujeres que son 10 años mayores que aquellos.

Así mismo, se analiza **la tasa específica de mortalidad prematura en < 65 años** en Castilla y León a partir de los datos de defunción del INE. Los datos reflejan de nuevo la

diferencia por sexo y el mayor riesgo cardiovascular de los hombres. Aunque el riesgo de mortalidad prematura en hombres menores de 65 años ha experimentado un notable descenso aun sigue constituyendo un importante problema de salud.

Enfermedad isquémica del corazón. Castilla y León					
Tasa específica de mortalidad en < de 65 años /100.000 hb.					
	2007	2008	2009	2010	2011
Total	16,13	13,84	14,28	15,09	13,57
Hombres	27,44	23,25	24,31	24,93	22,66
Mujeres	4,20	3,84	3,63	4,68	3,96

Fuente: Consejería de Sanidad con datos INE, 2013

Evaluación: La TMEE se sitúa por debajo de los valores de referencia nacional y con una tendencia descendente a lo largo del periodo. En menores de 65 años la mortalidad también ha descendido tanto en hombres como en mujeres, por lo que se ha **conseguido el objetivo**.

OG 5: Estabilizar la mortalidad por SCA en menores de 65 años en torno a las cifras de referencia nacional

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
TMEE /100.000 hab	42,14	37,97	Descendente	Conseguido
Tasa de mortalidad <65 años/100.000 hab	16,13	13,57	Descendente	Conseguido

OG-6 Mantener la tendencia descendente de los Años Potenciales de Vida Perdidos por SCA.

INDICADOR: Tasa de Años Potenciales Vida Perdidos (APVP) por SCA

En Castilla y León, las enfermedades cardiovasculares suponen una de las principales causas de carga de enfermedad con un componente importante de mortalidad. De los casi 125 mil años potenciales de vida que se perdieron en 2011 por todas las causas, el 7,64% lo son por IAM y otras enfermedades isquémicas del corazón. La distribución por sexos no es similar, de forma que en los varones supone el 9,07%, por detrás de otros problemas analizados en este Plan de Salud como el cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (12,44%), mientras que en las mujeres representa el 4,35%, por detrás del cáncer de mama (7,06%) o de las enfermedades cerebrovasculares (5,83%).

Para analizar el indicador se utiliza la información aportada por el Instituto de Salud Carlos III, en concreto la **tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP)** - número de años de vida perdidos por cada 100.000 hab, ajustado por edad a la población europea-. Último dato disponible, 2011.

El análisis de la tasa de APVP, revela que en Castilla y León, se perdieron en el año 2011, 144 años por cada 100.000 habitantes como consecuencia de la muerte prematura por

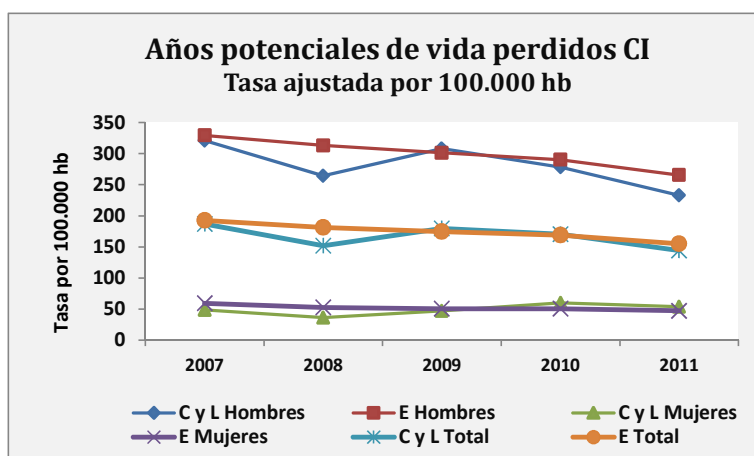
cardiopatía isquémica, muchos más en hombres (232,77) que en mujeres (53,60). Con respecto a España, las cifras son inferiores, tanto globalmente como por sexo.

	Cardiopatía isquémica				
	APVP ⁽¹⁾				
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Total	186,80	151,82	179,84	170,32	144,09
Hombres	320,91	264,37	308,20	278,08	232,77
Mujeres	48,56	36,19	47,15	59,82	53,60
España					
Total	192,65	181,26	174,55	169,05	154,88
Hombres	329,39	313,12	301,54	290,36	265,50
Mujeres	59,25	52,52	50,27	50,60	47,07

Fuente: ISCIII. 2013

(1) Tasa ajustada / por 100.000 hb

La tendencia general es descendente a lo largo del periodo en ambos territorios. Por sexos, en Castilla y León, el descenso se produce en hombres mientras que en las mujeres la evolución es irregular.



Al igual que sucede con otros indicadores, en el Primer Informe de Evaluación de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, se decidió la modificación de este indicador puesto que el indicador de años potenciales de vida perdidos está cayendo en desuso en aras de la mortalidad prematura, más sencilla de obtener y sobre todo, de interpretar.

La tabla y gráfico que se muestran a continuación, reflejan los datos de la **tasa ajustada de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica**, desagregados por sexo, para España y Castilla y León, utilizando como fuente de información los Indicadores Clave del SNS.

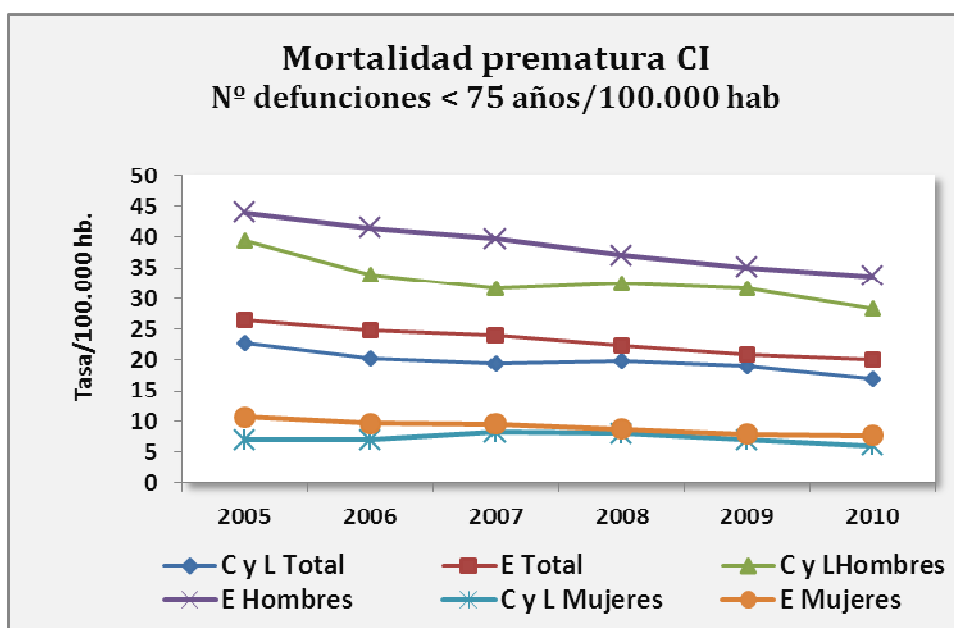
La mortalidad prematura, por debajo de los 75 años, ha experimentado un notable descenso, siendo en 2010 (último dato disponible) inferior a 2005 tanto en Castilla y León

como en España. La situación de Castilla y León con respecto al conjunto del SNS es favorable tanto en conjunto como por sexos.

	Cardiopatía Isquémica					
	Mortalidad prematura ⁽¹⁾					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Castilla y León						
Total	22,74	20,21	19,54	19,95	19,10	17,04
Hombres	39,42	33,96	31,65	32,50	31,70	28,42
Mujeres	6,89	6,96	8,11	7,92	6,90	6,01
España						
Total	26,51	24,90	23,93	22,27	20,80	20,11
Hombres	43,97	41,50	39,72	37,04	35,10	33,64
Mujeres	10,62	9,60	9,49	8,70	7,80	7,68

Fuente: Indicadores clave del SNS, 2013.

(1) Defunciones < 75 años / Población < 75 años *100.000 hb



Evaluación: La tasa de mortalidad prematura, (< 75 años) es menor en Castilla y León que en España. Esta diferencia se mantiene en ambos sexos y para todo el periodo de estudio, con una tendencia descendente a lo largo del mismo. **El objetivo se ha conseguido.**

OG 6: Mantener la tendencia descendente de los Años Potenciales de Vida Perdidos por SCA

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de APVP /100.000 hab	186,80	144,09	Descendente	Conseguido
Tasa de mortalidad prematura /100.000 hab	19,54	17,04*	Descendente	Conseguido

* Dato de 2010, último disponible.

OG-7 Reducir, por debajo de 190 días, la duración media de incapacidad temporal ocasionada por SCA.

INDICADOR: Tasa, duración media IT e incapacidad permanente por SCA

La repercusión de la cardiopatía isquémica en la vida laboral de los pacientes depende de factores individuales y sociales así como de la oferta asistencial-rehabilitadora y del sistema de protección social existente. A pesar de ello, un episodio de cardiopatía isquémica da lugar a un período, habitualmente prolongado, de incapacidad temporal. La rehabilitación cardiaca de estos pacientes tiene como objetivo una reducción del riesgo y la incorporación de los pacientes a una vida normal en el menor tiempo posible, habitualmente 3 meses.

El III Plan de Salud se planteó como objetivo general reducir los indicadores de incapacidad temporal de los pacientes diagnosticados de CI en Castilla y León, disminuyendo la duración media por asegurado por debajo de los 190 días (en 2006 era de 194,7 días). Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de Incapacidad Temporal aportados por la Gerencia Regional de Salud.

En la tabla se observa que, en el año 2012, ha disminuido el número de procesos en un 22% con respecto a 2007 al igual que el número total de días por incapacidad temporal (-52%) y la duración media de las mismas por asegurado (-70 días), situándose en 112 días. La incidencia en ese mismo año fue de 8,36 bajas nuevas por cada 100 afiliados activos.

Cardiopatía Isquémica (CIE9: 410-414). Castilla y León				
Incapacidad temporal				
	Nº procesos	Días	DMA ⁽¹⁾	Incidencia (%)
2007	950	172.744	182	9,76
2008	883	166.528	189	9,03
2009	873	163.449	187	9,30
2010	896	148.646	166	9,70
2011	782	122.836	157	8,56
2012	734	82.379	112	8,36

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

(1) Duración Media por Asegurado (DMA) - Es el resultado de dividir el número total de días en baja de las altas tramitadas para el diagnóstico solicitado entre el número de afiliados activos en el periodo anual.

Evaluación: La tasa de incidencia de incapacidad temporal por cardiopatía isquémica ha disminuido en Castilla y León 1,4 puntos porcentuales a lo largo del periodo y la duración media de la baja por asegurado (DMA) ha disminuido hasta los 112 días, superando ampliamente el objetivo marcado. Por lo tanto, el **objetivo se ha conseguido**.

OG 7: Reducir, por debajo de 190 días, la duración media de incapacidad temporal ocasionada por SCA

	2007	2012	Variación	Evaluación
Incidencia	9,76	8,36	- 1,4	Conseguido
DMA (días)	182	112	- 70	Conseguido

OE-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 Básico y de Soporte Vital Avanzado y en instalaciones no sanitarias).

INDICADOR: Nº DESA instalados. Minutos hasta la desfibrilación desde el aviso

M 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)

M 12: Definir los criterios de calidad en el uso y manejo de desfibriladores, en hospitales, centros de salud y ambulancias y establecer la formación adecuada para mejorar su uso por todo el personal sanitario

La fibrilación ventricular primaria es la causa de la mayor parte de los fallecimientos que se producen en las primeras horas tras un infarto agudo de miocardio, por lo que la posibilidad de identificar y revertir las arritmias letales (desfibrilación) constituye una medida eficaz para mejorar las expectativas de supervivencia de un paciente.

Los desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) son equipos técnicos que, por sus características, pueden ser usados, en cualquier lugar, por personal no sanitario adecuadamente formado, permitiendo una primera actuación que, por su inmediatez, contribuye a mejorar las posibilidades de supervivencia de las personas que sufren patología coronaria.

En enero de 2008, la Junta de Castilla y León aprobó el decreto relativo al uso de desfibriladores externos semiautomáticos por personal no sanitario en nuestra comunidad. El decreto establece los requisitos y obligaciones para la instalación y uso de estos aparatos (que pueden estar disponibles en aeropuertos y estaciones, grandes superficies comerciales, empresas e instalaciones y escenarios deportivos), regula la formación del personal no sanitario que debe de utilizar estos dispositivos y crea, además, el registro correspondiente.

Según los datos del Registro de DESA de la Consejería de Sanidad, el número de desfibriladores instalados fuera del ámbito sanitario a finales de 2012 era de 272, habiéndose registrado 210 actuaciones.

	Desfibriladores semiautomáticos instalados fuera del ámbito sanitario. Castilla y León				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº DESA	63	39	33	104	33
Actividad	15	35	31	33	96
Fuente: Registro DESA. Consejería de Sanidad, 2013					

La Gerencia de Emergencias Sanitarias dispone de 140 desfibriladores automáticos (DEA). Las Unidades Medicalizadas de Emergencias y los helicópteros sanitarios disponen de desfibrilador con la posibilidad de realizar ECG de 12 derivaciones y colocar marcapasos externo, mientras que las Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) disponen de desfibrilador semiautomático.

El número de pacientes desfibrilados por las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) y las Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) fue de 828 pacientes, entre los años 2009 y 2012.

El tiempo medio que transcurre hasta la desfibrilación no se determina en la Gerencia de Emergencias Sanitarias con exactitud. Pero si se puede estimar que tras la llegada de un recurso al escenario en el que se ha producido una parada cardiorrespiratoria (PCR) el tiempo medio empleado para realizar la primera desfibrilación está en torno a los 4 minutos. Por tanto, al tiempo medio de respuesta de cualquier recurso debe añadirse este tiempo.

Los sistemas de información no permiten aportar datos sobre la supervivencia de estos pacientes. En estos momentos solo es posible ofrecer el dato de los pacientes que tras sufrir una PCR por un ritmo considerado desfibrilable (Fibrilación ventricular o Taquicardia Ventricular sin pulso) son trasladados al hospital, en total 262 pacientes en el mismo periodo de tiempo.

Con respecto a los centros sanitarios, todos los hospitales y centros de salud de la comunidad están dotados con desfibriladores.

Evaluación: El número total de desfibriladores instalados en la comunidad se ha incrementado a lo largo del periodo. Se dispone de ellos en todos los centros hospitalarios y en todos los recursos de Emergencias Sanitarias (HS, UME y USVB). La instalación de desfibriladores conlleva definir los criterios de calidad en el uso y manejo de los mismos y establecer la formación adecuada para mejorar su uso por todo el personal sanitario. Así mismo, se ha regulado la instalación y uso de DESA por personal no sanitario en instalaciones no sanitarias, habiéndose alcanzado la cifra de 272 DESA instalados. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-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.

INDICADORES: Distribución de los tiempos de llegada de emergencias por SCA

M 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

M 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

La Gerencia de Emergencias Sanitarias aporta datos sobre el tiempo medio que transcurre desde la entrada de la llamada de demanda asistencial en el Centro Coordinador de Urgencias por una sospecha de Síndrome Coronario Agudo hasta la llegada al lugar del incidente de la UME. El tiempo aportado es el tiempo medio de respuesta de todos los recursos de Emergencias Sanitarias en toda la CCAA, tanto urbanos como rurales.

	Tiempo medio de respuesta de los recursos de GES			
	2009	2010	2011	2012
Tiempo	0:12:07	0:14:21	0:14:51	0:16:12

Fuente: Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES). Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

(1) Este tiempo hace referencia tanto a las UMEs urbanas como a las rurales, las cuales deben atender a pacientes que se encuentran en localidades muy alejadas de la Base.

El porcentaje de incidentes en los que el tiempo de respuesta de todos los Equipos de Emergencias es < 30 min, supera el 95% en 2012.

	Incidentes atendidos en menos de 30 minutos			
	2009	2010	2011	2012
Porcentaje (%)	94,3	95,4	96,4	95,5

Fuente: Gerencia de Emergencias Sanitarias

La distribución de los recursos de la Gerencia de Emergencias Sanitarias permite ofrecer una respuesta al ciudadano en menos de 30 min en un alto porcentaje de incidentes. Esta respuesta se debe fundamentalmente a la existencia de una red importante de Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) que actúan como complemento de las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) en el mundo rural. Esto permite ofrecer una respuesta en "2 pasos o 2 escalones" es decir, las USVB prestan una asistencia inicial al paciente mediante lo que se conoce como soporte vital intermedio que es completado, posteriormente con la llegada de las UME, soporte vital avanzado.

En agosto de 2008, la Gerencia de Emergencias Sanitarias realiza un cambio en el Centro Coordinador de Urgencias al implantar un nuevo sistema informático para la

gestión de los incidentes. Este nuevo sistema tiene, entre otras aplicaciones, la posibilidad de realizar una historia clínica en la que se recogen los antecedentes personales de los pacientes. Esta información es accesible durante un periodo determinado de tiempo por lo que, si un paciente solicita asistencia sanitaria de nuevo a Emergencias Sanitarias, sus datos personales y sus datos clínicos pueden ser recuperados.

Evaluación: La atención prehospitalaria urgente permite ofrecer tiempos medios de atención desde la llamada al 112, por debajo de 30 minutos en más del 95% de las llamadas. Este alto porcentaje de respuesta se consigue gracias a la importante dotación de recursos y su distribución de acuerdo al mapa de cronas y a la gestión llevada a cabo por el Centro Coordinador de Urgencias. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-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

INDICADORES: Centros con protocolo consensuado de triaje por DTA. Nº pacientes atendidos con protocolo

M 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)

M 16: Desarrollo del proceso de gestión clínica "Dolor torácico agudo" (DTA)

M 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-

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias hospitalarios. Algunas estimaciones lo sitúan entre un 5 y un 20%. El diagnóstico de la causa del dolor torácico es de extrema importancia porque es el síntoma guía de enfermedades graves que ponen en peligro la vida del paciente (particularmente por su elevada incidencia, la enfermedad coronaria). Un correcto diagnóstico y tratamiento, establecidos de modo precoz, influye sobre la supervivencia de los pacientes.

En Castilla y León, el Plan Anual de Gestión 2005, estableció entre sus objetivos, la realización de un protocolo conjunto entre emergencias, atención especializada y atención primaria sobre dolor torácico. El protocolo fue pilotado inicialmente en el Área de Ávila y posteriormente se extendió a todas las Áreas de forma progresiva. La Gerencia Regional de Salud mantiene, además, un grupo de trabajo encargado de revisar y actualizar los procedimientos del manejo del Síndrome Coronario Agudo.

Además, la Gerencia Regional de Salud incluye, de forma periódica dentro de su plan de formación, actividades formativas relacionadas con el manejo del paciente con dolor torácico agudo. Entre los años 2009 a 2012 se han desarrollado 198 actividades formativas, con 1.903 horas de formación y 5.457 participantes.

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido. Todas las áreas disponen de un protocolo de atención al DTA pero no disponemos de un indicador que cuantifique el número de pacientes atendidos según el mismo.

OE-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 hospitalaria

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con CI según reperfusión recibida

OE-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

INDICADOR: Tiempo medio hasta el tratamiento de reperfusión

M 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,...

M 20: Elaboración del mapa de cronas de Castilla y León de los servicios de referencia para la reperfusión mecánica

El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es un problema de salud pública en los países desarrollados. Las mejoras introducidas en el manejo de estos enfermos, tanto en la estratificación del riesgo como en el tratamiento de reperfusión, el empleo de fármacos antiagregantes o las medidas de prevención secundaria, han logrado reducir notablemente la morbilidad.

El punto clave del tratamiento de los pacientes con IAMCEST con menos de 12 h de evolución es restaurar el flujo coronario y reperfundir el tejido miocárdico de forma mecánica, con angioplastia coronaria percutánea primaria (ACTP 1ª), o farmacológica, administrando un fibrinolítico.

Las últimas guías de actuación establecen una clara preferencia por el tratamiento de reperfusión mecánico, mediante angioplastia primaria, siempre y cuando se realice en unas circunstancias operativas, organizativas y temporales, adecuadas.

Para conocer la situación epidemiológica del IAMCEST en Castilla y León en el año 2009, la Fundación de Cardiología Castellano-Leonesa (FUCALEC), junto con la Gerencia de Emergencias Sanitarias y algunos centros de Atención Especializada, puso en marcha un proyecto de investigación cuyo objetivo era instaurar un registro (RIAMCyL) de todos los IAMCEST, tanto a nivel extrahospitalario como a nivel hospitalario, que se atienden en la Comunidad de Castilla y León. Se adhirieron al proyecto los hospitales y/o complejos asistenciales que contaban con Unidades de Hemodinámica: CAU de Salamanca, CAU de Burgos, CAU de León y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, además del Complejo Asistencial de Zamora. El proyecto de investigación se llevó a cabo entre los años 2010 y 2011.

La evaluación ha sido realizada a partir de los datos de los 1.076 pacientes con IAMCEST que fueron incluidos en el registro, de los cuales el 78,6% eran hombres y la edad media era de 66 años. De los 1.076 pacientes, 12 fallecieron antes de llegar al hospital (1,1%).

El 29% de los pacientes acudieron al hospital por medios propios, en un 69% el primer contacto con el sistema sanitario fue extra-hospitalario (31% con el centro de salud; 28% con Emergencias Sanitarias; 10% otros) y en un 2% procedían del propio hospital.

El 80,7% de los pacientes recibieron **terapia inicial de reperfusión (TR)**, de ellos, el 55,4% mediante angioplastia primaria (ACTP 1ª) y el 25,3% con fibrinólisis (FB). Un 19,2% de los pacientes no recibió tratamiento de reperfusión. El 34,6% de las fibrinólisis fueron realizadas antes de llegar al hospital.

Situación epidemiológica del IAMCEST. Castilla y León		
Terapia de reperfusión (TR)		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Fibrinólisis (FB)	272	25,3
ACTP primaria ⁽¹⁾	596	55,4
Cirugía cardiovascular	1	0,1
Ninguna	207	19,2
Total	1.076	100
Fuente: FUCALEC. Situación epidemiológica del IAMCEST en Castilla y León, 2010-2011.		

El 86 % de los pacientes ingresados por IAMCEST fueron sometidos a *Coronariografía e Intervencionismo Coronario Percutáneo (ICP o ACTP)* durante el ingreso, bien de forma inicial, como terapia primaria de reperfusión, o bien, después de la fibrinólisis, como angioplastia de rescate o de forma electiva durante el ingreso, puesto que la recomendación es hacer una angiografía coronaria a todos los pacientes que han recibido tratamiento fibrinolítico eficaz en las primeras 24 horas. De los pacientes tratados con fibrinólisis fueron sometidos a ICP de rescate el 26% y de forma electiva, el 50%.

El **tiempo medio de aplicación del tratamiento de reperfusión**, desde el comienzo de los síntomas, parámetro que influye de forma importante en la mortalidad, fue de 3,1 horas en el caso de la fibrinólisis (inferior a 2,3 horas en el 50% de los pacientes) y de 5,0 horas en el caso de la ACTP 1ª (inferior a 4 horas en el 50%). Estos tiempos se consideran excesivos y son peores en el caso de la angioplastia primaria, debido a que el 32% de las FB fueron aplicadas por Emergencias Sanitarias antes de llegar al hospital.

	Situación epidemiológica del IAMCEST. Castilla y León	
	Tiempos de reperfusión	
	Media (DS⁴)	Mediana
Síntomas-Terapia de FB	3,1 horas (2,9)	2,3 horas
Síntomas- ACTP 1ª ⁽¹⁾	5,0 horas (4,1)	3,6 horas
PCM ⁽²⁾ - FB prehospitalaria	1,5 horas (1,8)	1,1 horas
ES ⁽³⁾ - FB prehospitalaria	0,9 horas (0,8)	42 minutos
PCM ⁽²⁾ - FB hospital	2,2 horas (2,3)	1,5 horas
PMC ⁽²⁾ - ACTP 1ª ⁽²¹⁾	2,6 horas (3,3)	1,7 horas

Fuente: FUCELEC. Situación epidemiológica del IAMCEST en Castilla y León, 2010-2011.
 (1) ACTP 1ª: Angioplastia primaria (2) PCM: Primer contacto médico (3) ES: Emergencias Sanitarias
 (4) DS: desviación estándar

El estudio epidemiológico sobre la situación del IAMCEST en Castilla y León permite extraer varias conclusiones con vistas a la implantación de un protocolo de atención a estos pacientes en nuestra comunidad, protocolo denominado **"Código Infarto"**.

Aunque con variaciones y matices en función de la situación del paciente, la estrategia actual de reperfusión establece que si el paciente se encuentra en un hospital con capacidad de realizar una ICP, o es posible trasladarle desde donde se encuentre a un hospital que lo pueda hacer en menos de 2 horas, la ICP primaria es el tratamiento de elección. Y si se encuentra en una situación en la que en ese tiempo no se va a poder realizar la ICP, entonces lo indicado sería aplicar fibrinólisis prehospitalaria, si ésta falla y ya en un periodo de hasta 12 horas, se realizará una ICP de rescate y si la fibrinólisis ha tenido éxito, debe hacerse una angiografía y una ICP dentro de un periodo de 24 horas.

El éxito de la administración de fibrinolíticos presenta unos límites temporales importantes: si el tratamiento se produce en la primera hora desde que se iniciaron los síntomas consigue salvar el doble de vidas que si se aplica en la segunda hora. Para conseguir los mejores tiempos de aplicación es fundamental que esté bien protocolizada la fibrinólisis prehospitalaria, más aún teniendo en cuenta las características geográficas de Castilla y León. No obstante, hay diferentes estudios que ponen de manifiesto que lo que hay que conseguir es una reperfusión lo más temprana posible, ya sea química o mediante ICP.

La decisión recae en el primer médico que atiende y diagnostica de forma urgente al paciente con un IAM, siguiendo un protocolo consensuado en el Área y en función de las características del paciente y del tiempo estimado para que pueda ser sometido a una ICP. Si han pasado más de 3 horas desde que se iniciaron los síntomas del IAM, en general, la decisión debería ser trasladar rápidamente al paciente a un hospital con sala de hemodinámica preparada para no retrasar la ICP.

La organización de la atención en la cardiopatía isquémica debe asegurar que a un paciente que ha sufrido un IAM se le está aplicando el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible y que, en todo caso, se le traslade a un centro con sala de hemodinámica, sin perder tiempo en traslados, ni en salas intermedias. En una Comunidad como Castilla y León, que cuenta con cuatro centros hospitalarios con salas de hemodinámica, es fundamental que funcione el protocolo de transporte dentro de la

red de referencia de atención a esta patología, para respetar al máximo los tiempos recomendados en las Guías de Práctica Clínica.

Por este motivo, en la actualidad existe un grupo de trabajo, coordinado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud cuya finalidad es poner en marcha este procedimiento que se conoce como "Código Infarto".

Evaluación: La angioplastia primaria se considera en la actualidad la mejor terapia de reperfusión en el caso del IAMCEST, pero no siempre es aplicable pues debe de hacerse por profesionales experimentados y dentro de un tiempo determinado. El tiempo medio de aplicación del tratamiento de reperfusión es aún excesivo si tenemos en cuenta que el objetivo ideal en nuestro medio es aplicar el tratamiento de reperfusión (TR) en menos de 3 horas al 70- 80% de los pacientes con IAMCEST. No obstante, se están dando los pasos adecuados para el establecimiento en nuestra comunidad del protocolo "Código Infarto". Por ello, consideramos **el objetivo parcialmente conseguido**.

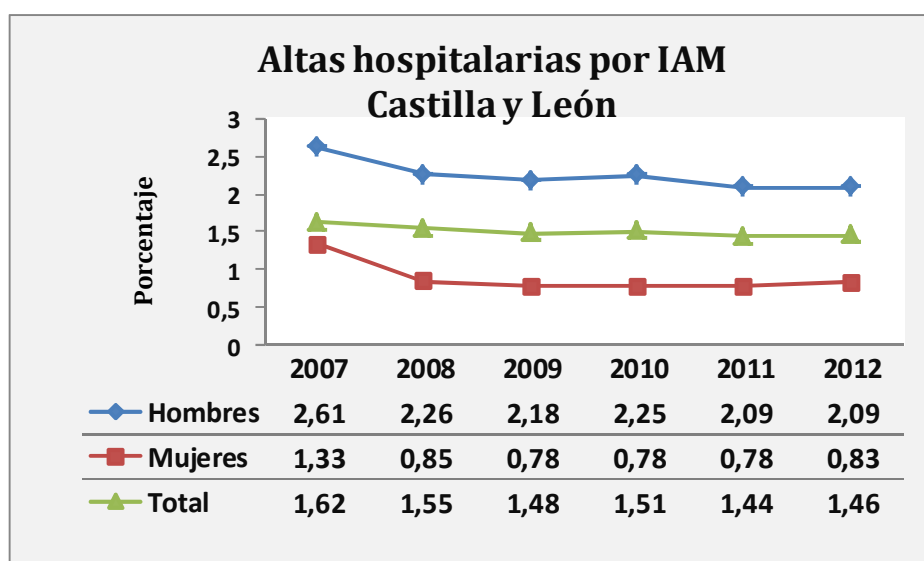
OE-12: Incrementar el número total de SCA atendidos en el hospital, para reducir el diferencial sobre la incidencia teórica de los SCA que se producen.

INDICADORES:

- 1.- Tasa de altas hospitalarias por IAM
- 2.- Tasa de mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria
- 3.- Porcentaje de reingresos urgentes postinfarto

M 19. Desarrollo de actuaciones dirigidas a los familiares y cuidadores de los pacientes con cardiopatía isquémica

La **tasa de altas hospitalarias** relaciona el número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de IAM (CIE9-MC: 410) con el total de altas, utilizando como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León. Este indicador refleja la carga asistencial que representa este proceso en el conjunto de la actividad hospitalaria. En el año 2012, el número de altas por IAM fue de 3.535, lo que supone el 1,46% de todas las altas hospitalarias. Cuando se analiza por sexos, la carga asistencial es mayor en el caso de los varones, el 2,09% (2.514 altas) frente al 0,83% en mujeres (1.021 altas). La tendencia a lo largo del periodo ha sido descendente.

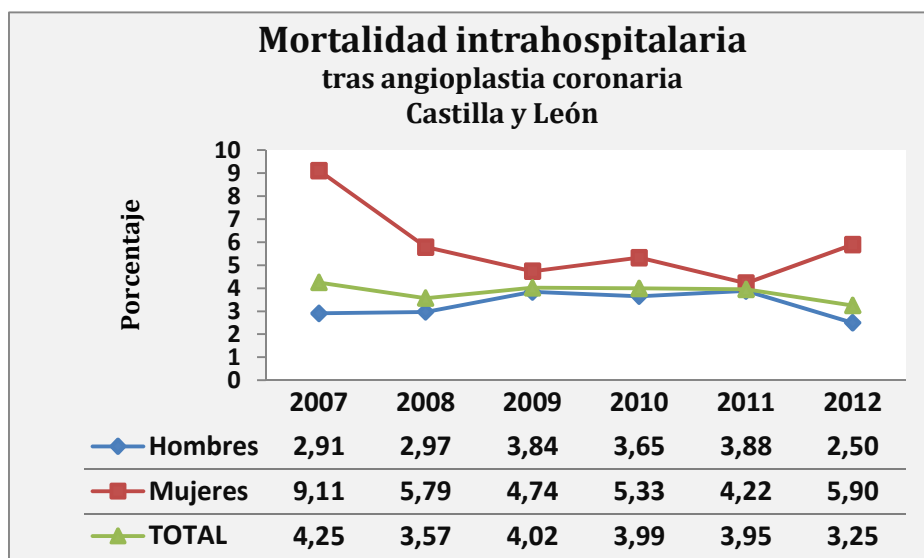


Fuente: CMBD Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

La **tasa de mortalidad intrahospitalaria global por angioplastia** relaciona el número de altas hospitalarias por fallecimiento tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho proceso. Esta técnica se realiza en los hospitales y/o complejos asistenciales que cuentan con Unidades de Hemodinámica: Complejo Asistencial Universitario (CAU) de Salamanca, CAU de Burgos, CAU de León y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que son además, centros de referencia para su área de influencia.

La mortalidad intrahospitalaria por angioplastia en el año 2012 ha sido del 3,25%, cifra cada año más cercana al estándar de calidad establecido en la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS (< 2%). A lo largo del periodo se ha producido una reducción global y por sexos y ello a pesar del aumento en el número de personas a los que se les ha practicado esta intervención (un 20% de incremento en el mismo periodo). La mortalidad intrahospitalaria es mayor en mujeres que en hombres para cualquier periodo analizado.

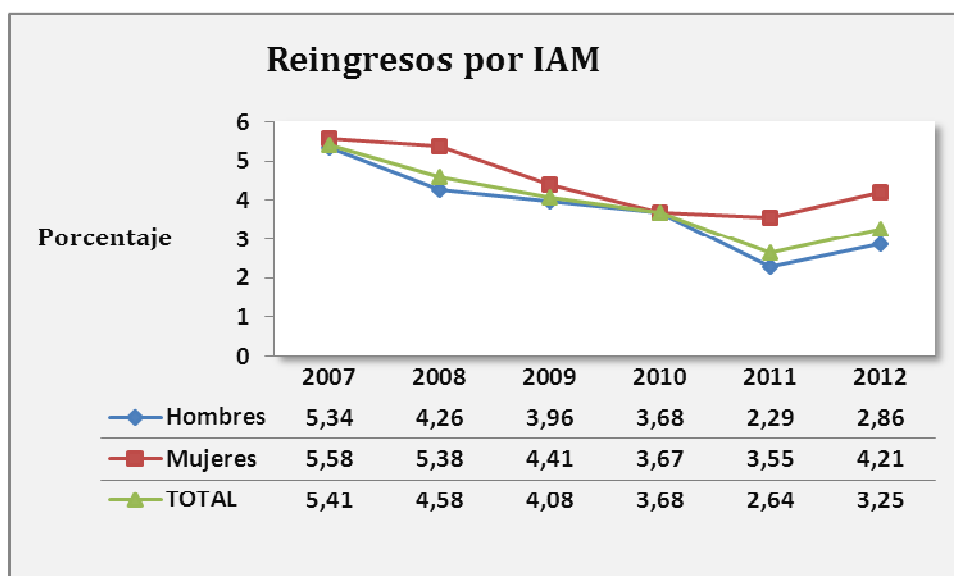
Este indicador también figura entre los Indicadores Clave del SNS, lo que nos permite compararnos con nuestro entorno. Con relación al SNS, la situación en Castilla y León se sitúa por encima de la media. Para el año 2011, último dato disponible a nivel nacional, la tasa global fue de 2,47 muertes tras angioplastia por cada 100 altas por la misma causa; por sexos, 2,17% en hombres y 3,44% en mujeres.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

En el estudio de la FUCALEC, la mortalidad global fue del 7,8%, siendo las causas principales de fallecimiento el shock cardiogénico (40%) y la asistolia (24%). En relación con la aplicación o no de terapias de reperfusión, se observa que la mortalidad en los pacientes que no son tratados mediante tratamiento de reperfusión es más de tres veces superior a la de los pacientes que reciben FB (4%) o ACTP 1ª (5,7%). No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes tratados con ACTP 1ª o fibrinólisis.

Dentro del mismo objetivo, se ha evaluado el **porcentaje de reingresos urgentes postinfarto**, - ingresos por el mismo diagnóstico que se producen de manera urgente o en los primeros 30 días-. En el año 2012, el 3,25% de los ingresos por IAM han sido reingresos por la misma causa. Por sexos, es mayor el número de reingresos en mujeres (4,21%) que en hombres (2,86%). La evolución a lo largo del periodo ha sido descendente hasta el año 2011 tanto de forma global como por sexos. En el año 2012 se ha producido un aumento en ambos sexos.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: El número de altas hospitalarias por CI ha descendido a lo largo del periodo pero la proporción con respecto a todas las altas hospitalarias se ha mantenido relativamente estable. Con respecto al porcentaje de reingresos, el indicador ha evolucionado bien hasta el año 2011 mientras que en el año 2012 ha experimentado un incremento que habrá que valorar en los años próximos. La mortalidad tras angioplastia coronaria ha disminuido con respecto al año 2007, sin embargo en el último año se ha producido un aumento de la mortalidad en mujeres. **El objetivo se considera conseguido.**

OE 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

	2007	2012	Tendencia	Evaluación
% de altas hospitalarias por IAM	1,62%	1,46%	Descendente	Conseguido
Tasa de mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria	4,25%	3,25%	Descendente	Conseguido
% de reingresos urgentes postinfarto	5,41%	3,25%	Descendente	Conseguido

OE-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).

INDICADOR: Tiempo medio puerta-aguja / puerta-balón por áreas

El tiempo medio de aplicación de la terapia de reperfusión (TR) desde que el equipo de Emergencias Sanitarias establece contacto con el paciente es un parámetro que influye de forma sustancial en la mortalidad y es, por lo tanto, uno de los aspectos clave en el proceso asistencial.

La Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS estableció entre sus objetivos de calidad conseguir un tiempo de revascularización con fibrinolíticos en menos de 30 minutos (tiempo puerta-aguja) y con angioplastia primaria en menos de 90 minutos (tiempo puerta-balón), objetivo que también se incluyó en nuestro Plan de Salud.

El **tiempo puerta-aguja** es el tiempo que transcurre desde que el Equipo de Emergencias Sanitarias llega al lado del paciente y le administra el tratamiento fibrinolítico. El dato es aportado por la Gerencia de Emergencias Sanitarias y hace referencia a toda la Comunidad, no existiendo datos desagregados por áreas.

	Gerencia de Emergencias Sanitarias. Castilla y León
	Tiempos de revascularización puerta- aguja (media)
2008	32,8 minutos
2009	26,5 minutos
2010	50,9 minutos
2011	55,0 minutos
2012	54,3 minutos
Fuente: GES. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad	

Este dato es concordante con las conclusiones del estudio de la FUCELEC sobre la Situación del IAMCEST en Castilla y León. En este estudio, el tiempo puerta-aguja fue de 0,9 horas (inferior a 0,7 horas en el 50% de los pacientes) y el tiempo puerta-balón de 2,9 horas (inferior a 2,9 horas en el 50%).

	Situación Epidemiológica del IAMCEST. Castilla y León	
	Tiempos de revascularización	
	Media (DS)	Mediana
Puerta-Aguja (ES-FB)	0,9 horas (0,8)	0,7 h (42 min)
Puerta-Balón (ES-ACTP 1ª)	2,9 horas (3,7)	1,9 horas
Fuente: FUCELEC. Situación epidemiológica del IAMCEST en Castilla y León, 2010-2011.		

Evaluación: El tiempo medio de aplicación de la Terapia de Reperusión (TR) desde que el equipo de Emergencias Sanitarias establece contacto con el paciente es un parámetro que influye de forma sustancial en la mortalidad. Estos tiempos pueden considerarse aun excesivos si tenemos en cuenta que el objetivo ideal es aplicar la FB en menos de 30 minutos y la ACTP 1ª en menos de 90 minutos. **El objetivo se considera parcialmente conseguido** pues se están realizando acciones encaminadas a mejorar esta situación.

OE-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.

INDICADOR: Número de coronariografías por áreas

Para analizar este indicador, utilizamos como fuente el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), que aporta datos sobre la actividad realizada en dos técnicas, Hemodinámica diagnóstica y Hemodinámica terapéutica. Estas técnicas se realizan en los hospitales y/o complejos asistenciales que cuentan con Unidades de Hemodinámica: CAU de Salamanca, CAU de Burgos, CAU de León y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. El resto de los hospitales cuentan con uno de estos centros como referencia para la derivación de estos pacientes.

La actividad en ambas técnicas presenta pequeñas variaciones a lo largo del periodo. En el caso de las angioplastias se ha producido un descenso de la actividad, sobre todo en el caso de angioplastia de más de dos vasos (- 32%), mientras que ha aumentado la actividad en la implantación de stents (+ 10%).

	Hemodinámica diagnóstica. Castilla y León					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CAU de Burgos	785	541	451	435	417	516
CAU de León	1.589	1.462	1.475	1.445	1.465	1.401
CAU de Salamanca	1.107	1.234	1.421	1.480	1.509	1.483
HCU de Valladolid	2.737	2.662	2.900	2.874	2.870	2.837
Total HD	6.218	5.899	6.247	6.234	6.261	6.237

	Hemodinámica terapéutica. Castilla y León					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Técnicas						
Angioplastia 1 ó 2 vasos	2.347	2.162	2.239	2.182	2.266	2.220
Angioplastia >2 vasos	845	461	555	677	563	576
Stents	3.757	3.967	4.035	4.216	4.199	4.129
Otros*	73	85	96	105	126	96
Total	7.022	6.675	6.925	7.180	7.154	7.021
Por centro asistencial						
CAU de Burgos	949	515	571	512	590	527
CAU de León	1.652	1.567	1.446	1.532	1.643	1.364
CAU de Salamanca	1.330	1.640	1.611	1.876	1.967	2.249
HCU de Valladolid	3.091	2.953	3.297	3.260	2.954	2.881
Total HT	7.022	6.675	6.925	7.180	7.154	7.021

Fuente: SIAE. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

* Incluye: valvuloplastias, aterectomías y actuaciones en malformaciones congénitas.

Evaluación: A lo largo del periodo de estudio se ha mantenido la actividad tanto en Hemodinámica diagnóstica como terapéutica, aunque ha aumentado la implantación de stents. Estas técnicas se realizan en los hospitales y complejos asistenciales que tienen Sala de Hemodinámica, los demás hospitales tienen como referencia uno de los anteriores. **El objetivo se ha alcanzado.**

OE-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.

INDICADOR: Protocolo consensuado de utilización de dispositivos de asistencia ventricular en IC post IAM

M 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.

Las complicaciones mecánicas son unos de los contratiempos más indeseables que pueden aparecer en el infarto agudo de miocardio (IAM) y, a pesar de su baja incidencia, la gravedad que conllevan necesita un diagnóstico rápido y un tratamiento precoz. Su aparición se suele producir en las primeras 48 h desde el inicio de los síntomas y, generalmente, se asocia a enfermedad coronaria oclusiva en ausencia de colaterales. Su pronóstico es malo, con una mortalidad de más del 50% y el tratamiento de elección es quirúrgico. La utilización de dispositivos percutáneos de asistencia ventricular, que ayudan al corazón a bombear la sangre, tiene un papel fundamentalmente estabilizador. En las situaciones en que el paciente se encuentre más estable, se puede someter con posterioridad a una posible revascularización quirúrgica.

En Castilla y León, son tres los centros asistenciales que realizan cirugía cardiaca: el CAU de León (centro de referencia para el H el Bierzo), el CAU de Salamanca (centro de referencia para los CA de Ávila y Zamora) y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (centro de referencia para el CAU de Burgos, CA de Palencia, CA de Segovia, CA de Soria y HURH de Valladolid). Son estos los centros que utilizan este tipo de dispositivos de asistencia ventricular. El número de pacientes susceptibles de utilizar este dispositivo no es muy alto, oscilando entre 5 y 10 pacientes al año en Castilla y León.

En el momento de evaluar el Plan, no se ha elaborado un protocolo consensuado para la utilización de dispositivos de asistencia ventricular en insuficiencia cardiaca aguda tras IAM, con participación de los centros asistenciales implicados.

Evaluación: Los dispositivos de asistencia ventricular son utilizados en los tres centros sanitarios que en Castilla y León realizan cirugía cardiaca pero no se ha elaborado un protocolo consensuado para su utilización. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con rehabilitación tras SCA

M 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.

El servicio de salud dispone de una Unidad de Rehabilitación cardiaca pública en el Complejo Asistencial Universitario de León. Además, existe un concierto marco de servicios con cuatro centros que atienden a pacientes de las áreas de Burgos, Palencia, Segovia y Valladolid.

La actividad de rehabilitación cardiaca con medios propios ha aumentado un 66% con respecto al año 2007, pasando de 364 pacientes atendidos a 607. De los pacientes atendidos en los centros concertados, el mayor porcentaje corresponde a pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica con riesgo cardiovascular medio-alto. A lo largo del periodo, un 10% de los pacientes que han sufrido un cuadro de cardiopatía isquémica han sido incluidos en un programa de rehabilitación cardiovascular.

	Rehabilitación cardiovascular. Castilla y León					
	Cardiopatía isquémica					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recursos propios	120	135	--	223	194	261
C. concertados	244	312	388	547	500	346
Total	364	447	388	770	694	607
Pacientes con Cardiopatía Isquémica (%)*	<i>95,49</i>	<i>88,41</i>	<i>88,14</i>	<i>92,14</i>	<i>95,00</i>	<i>97,40</i>
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad						
* % de pacientes que realizan la RHC en centros concertados						
(--) sin datos						

Evaluación: Los pacientes con diagnóstico de CI tienen acceso al servicio de Rehabilitación cardiaca aunque este acceso no está disponible en todas las áreas de salud. El número de pacientes atendidos en centros públicos ha ido en aumento a lo largo del periodo. En los centros concertados suponen más del 97% de los pacientes atendidos. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-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.

INDICADORES: Encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular en pacientes SCA; Valoración del riesgo cardiovascular >34 años

La información disponible para la **Valoración del Riesgo Cardiovascular** se obtiene a partir de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Esta valoración se realiza de forma anual a los pacientes incluidos en los servicios de atención a pacientes crónicos con hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. Para calcular el indicador se registra el número de pacientes del servicio de cartera correspondiente que tienen entre 34 y 65 años y de ellos, aquellos que tienen registrado, con anterioridad al periodo explotado, el riesgo cardiovascular.

Los datos están disponibles desde el año 2010. En todos los casos, el porcentaje de pacientes que tienen registrado el riesgo cardiovascular aumenta progresivamente entre

los años 2010 y 2012. El porcentaje es mayor en el caso de las pacientes con diabetes mellitus para cualquier periodo estudiado. No existen diferencias entre sexos.

Cartera de Servicios de Atención Primaria				
Valoración del riesgo cardiovascular				
		2010	2011	2012
Hipertensión arterial	Hombres	25,25	34,65	36,28
	Mujeres	24,91	34,21	35,70
	Total	25,09	34,45	36,02
Diabetes Mellitus	Hombres	26,55	35,48	37,71
	Mujeres	27,03	35,25	37,02
	Total	26,73	35,40	37,46
Dislipemia	Hombres	22,98	31,06	32,68
	Mujeres	24,14	32,28	33,58
	Total	23,49	31,59	33,07

Fuente: MEDORA Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, 2013

Evaluación: En Castilla y León, la valoración del riesgo cardiovascular en personas con factores de riesgo mantiene una tendencia favorable. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-18: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

INDICADOR: Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos

M 23: Promover la investigación de resultados de la prevención secundaria en atención primaria

M 24: Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud

M 25: Estudiar la existencia de diferencias vinculadas al género, relacionadas con el SCA y sus factores de riesgo y proponer actuaciones específicas

M 28: Mantener investigaciones periódicas e información epidemiológica sobre el SCA y sus factores de riesgo en Castilla y León.

La Consejería de Sanidad (Dirección General de Salud Pública, en colaboración con la Dirección General de Asistencia Sanitaria) continúa con el seguimiento de los sujetos incluidos en el **Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León** que se inició en 2004.

El Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular de Castilla y León estimó, en una primera fase, la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCVS) y del riesgo cardiovascular global en la población de la Comunidad Autónoma. La segunda fase de este estudio contempló el análisis parcial de los datos recogidos durante el trabajo de campo, centrándose específicamente en los factores de riesgo clásicos más relevantes, hipertensión, obesidad, hiperlipidemia, etc., algunos de cuyos resultados han sido publicados o están en fase de publicación.

La tercera fase del estudio prevé que se extraiga información complementaria de las muestras de suero, plasma y sangre total que se obtuvieron en el trabajo de campo y se ligan a los datos epidemiológicos disponibles y a la nueva información que se obtenga de la muestra incluida en el estudio para la investigación causal y clínica y la investigación traslacional, enfocada a la práctica de la asistencia sanitaria y a los servicios de salud pública.

Además, el estudio se planteó analizar los principales factores de riesgo cardiovascular, y realizar estimaciones sobre la evolución de los mismos antes del estudio final, que se llevará a cabo en 2014, a los 10 años del primero. La variable sexo es tomada en cuenta en todos los estudios epidemiológicos.

En el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León se pueden consultar numerosas publicaciones elaboradas a partir del Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular.

Por otro lado, la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León inició en el año 2000 un **Estudio sobre la diabetes** en nuestra Comunidad Autónoma, con una primera aproximación a la prevalencia de pacientes conocidos y tratados en el ámbito de Atención Primaria. A partir de este estudio multicéntrico, en el que participaron varias CC. AA. y las redes centinelas de Bélgica, Inglaterra, Francia, Holanda, Portugal y Eslovenia, se propuso crear una cohorte de pacientes de reciente diagnóstico con el doble objetivo de estimar la incidencia y realizar un seguimiento de las complicaciones y mortalidad de esta grave enfermedad.

Evaluación: El Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular de Castilla y León permite analizar los principales factores de riesgo cardiovascular y realizar estimaciones sobre la evolución de los mismos. Por su parte, la Red Centinela Sanitaria mantiene una cohorte de 1.000 pacientes diabéticos en los que realiza estudios periódicos de complicaciones cardiovasculares. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-19: Promover la investigación poblacional en cardiopatía isquémica.

INDICADORES: Relación de proyectos de investigación

M 26: Creación de centros de referencia para el estudio e investigación de la patología cardiovascular en Castilla y León

M 27: Creación del Consejo Asesor de Patología Cardiovascular de Castilla y León

M 29: Publicación de artículos sobre investigación cardiovascular en los que han participado profesionales de centros de Castilla y León

M 30: Promoción de la investigación sobre cardiopatía isquémica en los dos niveles asistenciales y asignación de recursos para esta investigación

M 31: Oferta de formación continuada sobre el manejo del paciente con cardiopatía isquémica

La administración sanitaria de Castilla y León ha financiado, mediante convocatorias públicas, la realización de diversos **proyectos de investigación en materia de enfermedad cardiovascular** por grupos de investigación de la Comunidad Autónoma.

En el año 2009, la Gerencia Regional de Salud (GRS) financió los siguientes proyectos: ICICOR, del HCU de Valladolid (7 proyectos, 445.242 €); HU Río Hortega de Valladolid (2 proyectos, 96.458 €); CAU de León (2 proyectos, 83.000 €) y CAU de Salamanca (1 proyecto, 48.000 €).

En el año 2010, se contabilizan 14 proyectos financiados por la GRS relacionados con la enfermedad cardiovascular: CAU de León (2 proyectos, 32.000 €); Gerencia A.P. León (1 proyecto, 4.930 €), CA de Palencia (1 proyecto, 9.000 €); CAU de Salamanca (1 proyecto, 10.000 €); Gerencia A.P. Salamanca (1 proyecto, 20.000 €); Gerencia A.P. Soria (1 proyecto, 6.850 €); Gerencia A.P. Zamora (1 proyecto, 10.500 €); HCU de Valladolid (5 proyectos, 85.000 €); HU Río Hortega de Valladolid (1 proyecto, 27.000 €).

En el año 2010, son 6 los proyectos financiados por la entonces DGSPi+D+i relacionados con la enfermedad cardiovascular: INFOSALUD (1 proyecto: 6.000 €); HCU de Valladolid (3 proyectos, 44.000 €); HU Río Hortega Valladolid (1 proyecto, 7.850 €); IBGM/CSIC (1 proyecto, 18.000 €).

En 2011, son 13 los proyectos financiados por la GRS: Hospital El Bierzo (1 proyecto, 10.000 €); CA de Palencia (1 proyecto, 1.000 €); Gerencia A.P. Salamanca (3 proyectos, 53.000 €); CAU de Salamanca (3 proyectos, 27.100 €); HCU de Valladolid (3 proyectos, 63.000 €); HU Río Hortega de Valladolid (2 proyectos, 16.000 €).

Y 4 los proyectos financiados por la DGSPi+D+i: Universidad de Salamanca (1 proyecto: 9.876 €); Innovagenomics S.L (1 proyecto, 9.000 €); HCU de Valladolid (1 proyecto, 18.000 €); IBGM/CSIC (1 proyecto, 18.000 €).

En el año 2012 no se han convocado nuevas ayudas o subvenciones pero se han seguido financiando los proyectos que ya estaban iniciados en años anteriores: Hospital El Bierzo (1 proyecto, 9.350 €); HCU de Valladolid (1 proyecto, 22.064 €); IBGM/CSIC (1 proyecto, 4.064 €); Universidad de Salamanca (1 proyecto: 3.601 €); Innovagenomics S.L (1 proyecto, 5.000 €).

A partir de estos estudios, se han realizado numerosas publicaciones de artículos sobre investigación cardiovascular en los que han participado profesionales de centros de Castilla y León, a los cuales se puede acceder a través de diferentes buscadores. La Biblioteca Virtual del Portal de Salud ofrece servicios on line para acceder a distintas bases de datos, revistas y libros electrónicos.

Por último, a lo largo del periodo de vigencia del Plan se ha mantenido la oferta de **formación continuada** sobre el manejo del paciente con cardiopatía isquémica. En concreto, se han realizado 9 actividades con la participación aproximada de 200 profesionales.

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan se ha impulsado la investigación en los dos niveles asistenciales mediante la asignación de recursos para proyectos de investigación en la línea de enfermedades cardiovasculares. Así mismo se han ofertados actividades formativas sobre CI a los profesionales sanitarios. **El objetivo se considera conseguido.**

ICTUS

La atención del ictus debe ser inmediata, para ello es necesario que la población sepa identificar los síntomas que orientan acerca de que se está produciendo este proceso agudo. En cuanto se identifica se debe activar la atención urgente a través del código ictus, asegurar el tratamiento trombolítico y, si es posible, la atención del paciente en una unidad específica. Por eso se han empezado a implementar las unidades de ictus cuya eficacia tiene que demostrarse midiendo su actividad y sus resultados. Al igual que en el SCA es indispensable instaurar mecanismos de prevención para evitar nuevos accidentes cerebrovasculares. Es crucial en el ictus prestar una adecuada atención rehabilitadora temprana. Mediante este tipo de atención se pueden reducir muertes y se reducen las secuelas de la enfermedad. Pero lo más importante es hacer prevención primaria para evitar nuevos casos de ictus.

ICTUS		
OG-8	Reducir en un 10% la incidencia general de ictus.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-9	Reducir en un 20% la incidencia de ictus en personas menores de 65 años.	NO CONSEGUIDO
OG-10	Reducir los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por ictus, especialmente en varones	CONSEGUIDO
OG-11	Reducir la discapacidad total y grave debida a ictus del 22% al 15%.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-22	Implementar el "Código Ictus"/trombolisis urgente en las Áreas de Salud.	CONSEGUIDO
OE-23	Incrementar el número de pacientes a los que se aplica tratamiento fibrinolítico en menos de 3 horas desde el inicio de los síntomas.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-25	Mejorar la prevención secundaria consiguiendo reducir en un 5% el número de episodios recurrentes de ictus.	CONSEGUIDO
OE-26	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La tasa de hospitalización en Castilla y León en la población general es superior a la media del SNS pero a lo largo del periodo de estudio ha descendido, más en mujeres que en hombres y, aunque no ha disminuido en la proporción establecida, la tendencia es favorable a lo largo del periodo. En las personas menores de 65 años la tasa no ha disminuido y en hombres tiene una discreta elevación.

Tanto la tasa de APVP como la tasa de mortalidad prematura son menores en Castilla y León que en España, manteniendo la tendencia descendente a lo largo del periodo. La mortalidad prematura es mayor en hombres que en mujeres.

A lo largo del periodo de vigencia del Plan, se han ido estableciendo en la Comunidad unidades/equipos de ictus, en función de la disponibilidad de recursos materiales y humanos, en seis hospitales y complejos asistenciales. En el HCU de Valladolid se ha puesto en marcha, además, el proyecto Teleictus, proyecto que facilita las consultas por videoconferencia con el CA de Palencia y el Hospital Medina del Campo. La colaboración entre los recursos de emergencias y unidades de ictus y/o equipos de ictus hospitalarios ha permitido la aplicación del "Código Ictus".

Así mismo, se ha realizado y pilotado el proceso "Atención al Accidente cerebrovascular agudo", se ha establecido el plan de cuidados al alta en todos los centros hospitalarios y se ha firmado un Convenio de colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales que permite prestar cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia.

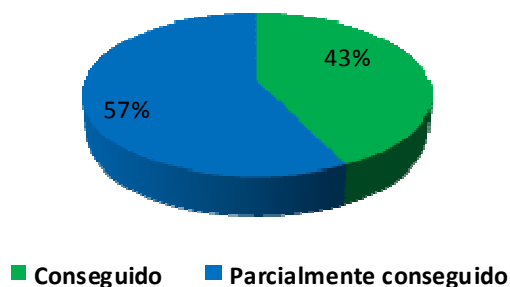
El grado de consecución de los objetivos generales es de 25% conseguidos, 50% parcialmente conseguidos y 25% no conseguidos. De los específicos, un 43% son conseguidos en su totalidad y el 57%, parcialmente conseguidos.

ICTUS

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



OG- 8: Reducir en un 10% la incidencia general de ictus.

INDICADOR: Tasa de incidencia de ictus

Existen pocos estudios que permitan analizar la incidencia de ictus y, ante dicha dificultad, se ha efectuado una modificación del indicador analizando la tasa de hospitalización en lugar de la tasa de incidencia, como constaba originalmente en el Plan, como aproximación a la misma.

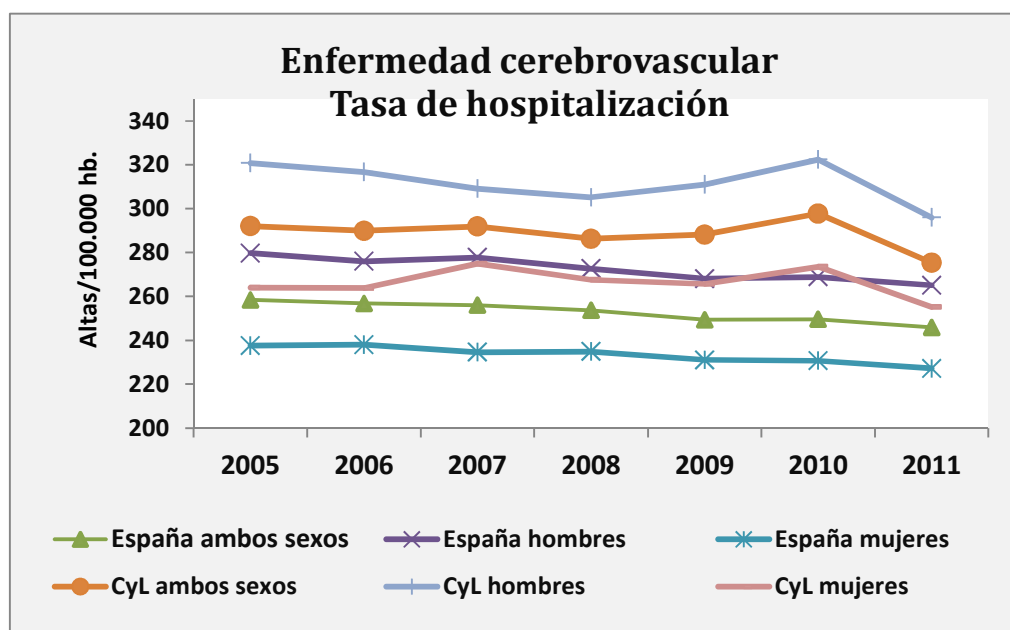
La **tasa de hospitalización** incluye todas aquellas altas **por enfermedad cerebrovascular (ECV)** ocurridas en un año, por cada 100.000 habitantes (CIE-9MC. 430-438). Los últimos datos disponibles corresponden al año 2011, siendo la fuente de información las estadísticas de morbilidad del INE.

En Castilla y León, se produjeron 275 altas por cada 100.000 hab, más en hombres (295) que en mujeres (255). La tasa de hospitalización ha descendido a lo largo del periodo de estudio tanto globalmente como por sexos, aunque el descenso ha sido más acusado en mujeres que en hombres.

	Enfermedad cerebrovascular (ECV)				
	Tasa de hospitalización (altas/100.000 hab)				
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Total	291,88	286,28	288,20	297,79	275,40
Hombres	309,17	305,20	311,08	322,42	295,98
Mujeres	274,95	267,63	265,66	273,58	255,19
España					
Total	255,93	253,61	249,38	249,54	245,85
Hombres	277,75	272,71	268,12	268,91	265,09
Mujeres	234,61	234,88	231,05	230,64	227,11

Fuente: Encuesta de morbilidad. INE

Con relación al conjunto del SNS, con una tasa de 245 altas por 100.000 hab (265 en varones; 227 en mujeres), las cifras en Castilla y León son superiores, aunque la evolución es similar, descendente en el mismo periodo de estudio.



Por otro lado, la **proporción de altas por Ictus** con respecto al total de altas, con datos del CMBD de Castilla y León, no ha experimentado apenas variación a lo largo del periodo, de forma que las altas por ictus representaron en 2012, el 2,36% de todas las altas, muy similar al año 2007 (2,35%). Esta proporción es algo menor en mujeres (2,35) que en varones (2,50), diferencia que se mantiene en todos los años de estudio.

Evaluación: La tasa de hospitalización por ECV en Castilla y León es superior a la media del SNS pero a lo largo del periodo de estudio ha descendido, más en mujeres que en hombres. **El objetivo se considera parcialmente conseguido** pues, aunque no ha disminuido en la proporción establecida, la tendencia es favorable a lo largo del periodo.

OG 8: Reducir un 10 % la incidencia general de Ictus

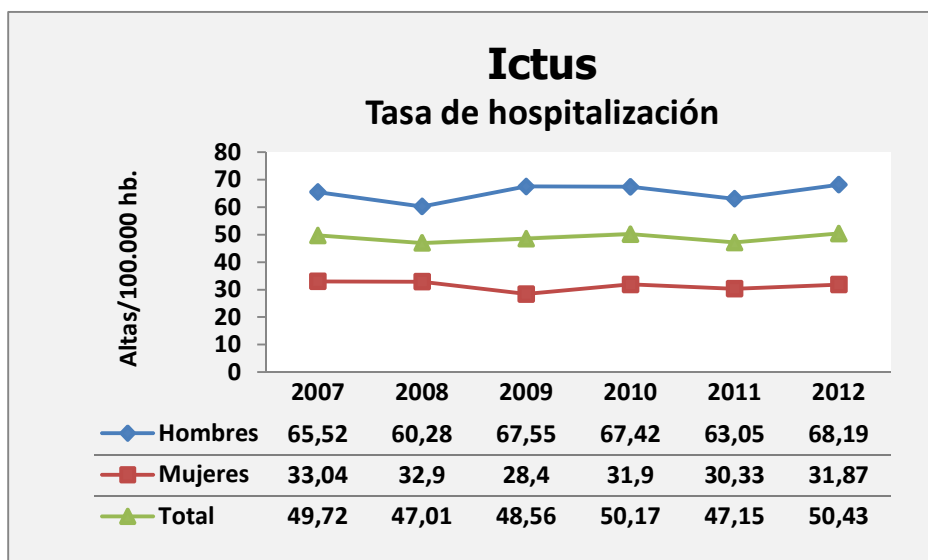
	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de hospitalización/ 100.000 TSI	291,88	275,40	Descendente	Parcialmente conseguido

OG-9: Reducir en un 20% la incidencia de ictus en personas menores de 65 años.

INDICADOR: Tasa de incidencia de ictus en < 65 años

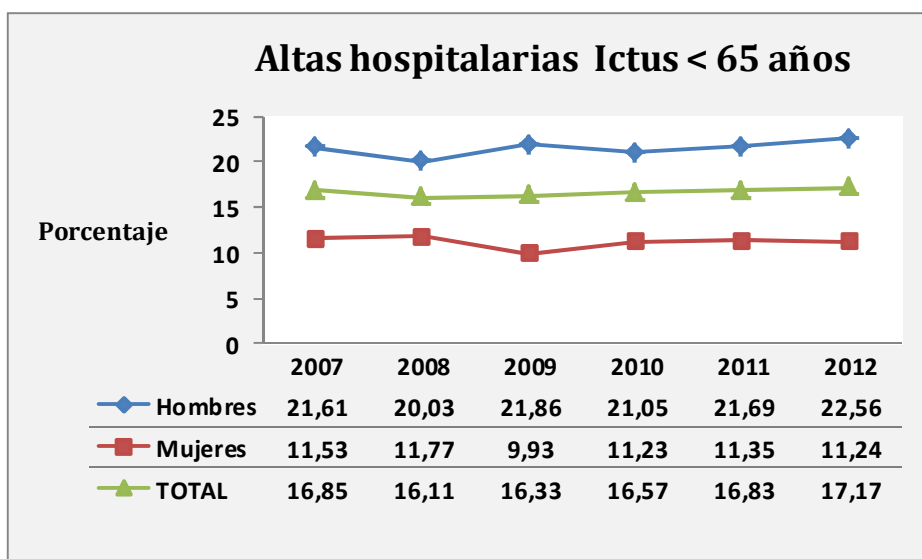
Al igual que en el objetivo anterior, ante la dificultad para calcular la incidencia, se utiliza **la tasa de hospitalización por ictus**, entendiendo como tal el número de altas hospitalarias en <65 años por cada 100.000 hab., utilizando como fuente del número de altas del CMBD de Castilla y León.

En el año 2012, el número de altas por ictus en menores de 65 años fue de 50,43, mayor en hombres (68,19 altas) que en mujeres (31,87). La tendencia se mantiene relativamente estable, ha descendido en las mujeres mientras que en hombres ha aumentado.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

La **proporción de altas por Ictus** con respecto al total de altas en <65 años, con datos del CMBD de Castilla y León, fue del 17,17 % en el año 2012, con marcadas diferencias entre varones (22,56%) y mujeres (11,24%). En el caso de los varones representa una importante carga asistencial. A lo largo del periodo la proporción se mantiene relativamente estable.



Fuente: CMBD, Consejería de Sanidad, 2013

Evaluación: No se ha conseguido disminuir la tasa de hospitalización por ECV en <65 años en la proporción planteada en el objetivo, 20%, por lo que el objetivo se **considera no conseguido**.

OG 9: Reducir un 20 % la incidencia de Ictus en < 65 años

	2007	2012	Tendencia	Evaluación
Tasa de hospitalización/ 100.000 TSI	49,72	50,43	Estable	No conseguido

OG-10: Reducir los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por ictus, especialmente en varones.

INDICADOR: Tasa de APVP por ictus

En el año 2011, se produjeron en Castilla y León, 1.962 fallecimientos por ECV (804 en varones; 1.158 en mujeres), lo que supone una tasa bruta de mortalidad de 78,99 muertes por cada 100.000 hab (65,63 en varones; 92,00 en mujeres). La tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 25,72 muertes por 100.000 hab (28,09 en hombres; 23,46 en mujeres), según los datos del Instituto de Salud Carlos III (tasa ajustada a población europea).

De los casi 125 mil años potenciales de vida que se perdieron en Castilla y León por todas las causas (2011), el 4,58% lo son por ECV (4.003 APVP). La distribución por sexos no es similar, de forma que en los varones supone el 3,95% (2.331 APVP), por detrás de otros problemas analizados en este Plan de Salud como es el cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (12,44%), o el Infarto Agudo de Miocardio (7,07%) mientras que en las mujeres representa el 5,83% (1.672 APVP), por detrás del cáncer de mama (7,06%).

Para evaluar el indicador se utilizan los datos aportados por el Instituto de Salud Carlos III, cuyo último dato disponible es 2011, relativos a la **tasa de APVP por ECV**, estandarizada por edad y por población europea.

En el año 2011, se perdieron de media en Castilla y León 62,87 años por cada 100.000 hab, siendo mayor el número de APVP en hombres que en mujeres, debido a que la edad media al fallecimiento es cuatro años menor en ellos, 84,88 años (82,50 en varones; 86,54 en mujeres). Con relación a España, presenta tasas más favorables en todos los casos. La tendencia es claramente descendente a lo largo del periodo, tanto globalmente como por sexos (más marcado en los varones) y en ambos territorios.

	Enfermedad cerebrovascular (ECV)				
	APVP ⁽¹⁾				
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Total	92,81	73,59	65,65	83,1	62,87
Hombres	124,23	91,68	81,2	108	74,88
Mujeres	60,44	55,04	49,53	57,75	50,48
España					
Total	98,8	99,23	87,87	77,66	76,96
Hombres	126,56	127,46	112,15	99,82	96,29
Mujeres	71,94	71,72	64,36	56,26	58,46

Fuente: ISCIII. 2013

(1) Tasa estandarizada por edad por población europea por 100.000 hab

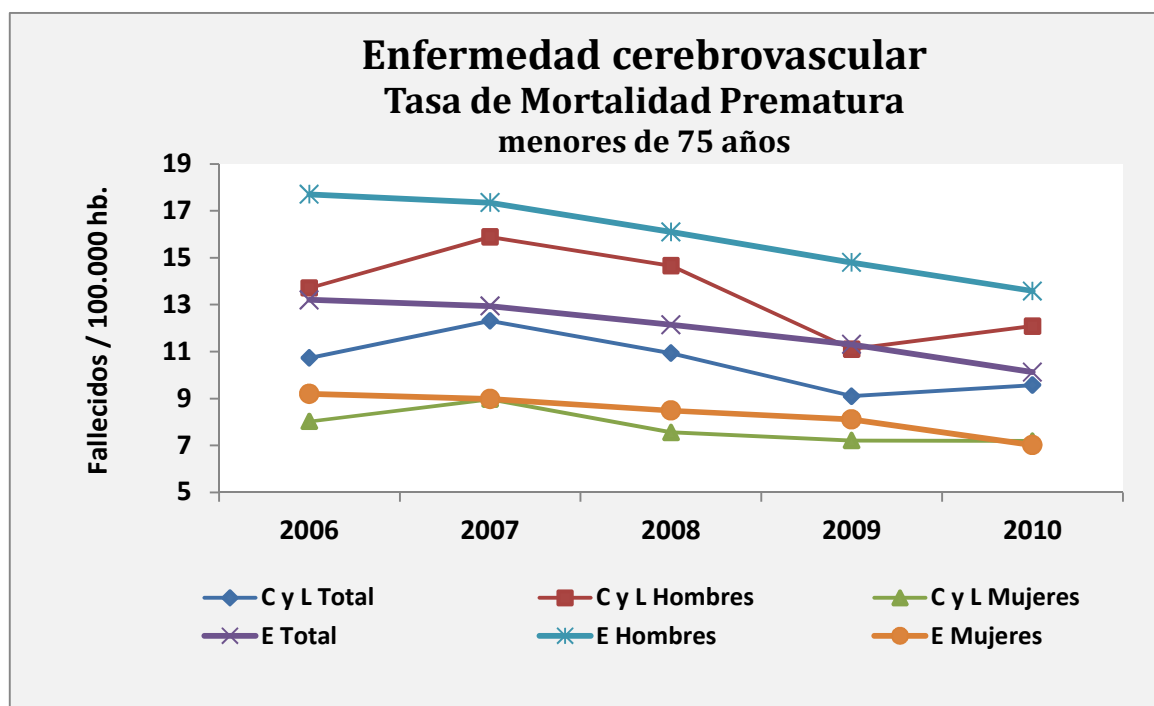
Para valorar este indicador se ha analizado también **la tasa de mortalidad prematura por ECV por 100.000 hab en menores de 75 años**, indicador mucho más sencillo de obtener y sobre todo, de interpretar que la tasa de APVP. La base de Indicadores Clave del SNS, aporta datos de la tasa desagregados por sexo, para España y Castilla y León.

	Enfermedad cerebrovascular (ECV)				
	Tasa de mortalidad prematura (< 75 años)				
	2006	2007	2008	2009	2010
Castilla y León					
Total	10,73	12,31	10,93	9,1	9,57
Hombres	13,71	15,89	14,66	11,10	12,08
Mujeres	8,02	8,97	7,55	7,20	7,18
España					
Total	13,2	12,93	12,14	11,30	10,12
Hombres	17,70	17,34	16,10	14,80	13,58
Mujeres	9,20	8,98	8,48	8,10	7,01

Fuente: Indicadores Clave del SNS, 2013

(1) Tasa estandarizada por edad por 100.000 hab

Los últimos datos disponibles reflejan que la mortalidad prematura ha descendido tanto en Castilla y León como en España, más en hombres que en mujeres, situándose en 2010 en nuestra Comunidad en 9,57 fallecimientos por 100.000 hab., algo menor que en España (10,12 muertes por 100.000).



Fuente: Indicadores Clave del SNS

Evaluación: Tanto la tasa de APVP como la tasa de mortalidad prematura por ECV son menores en Castilla y León que en España, (excepto en mujeres) manteniendo la tendencia descendente a lo largo del periodo. **El objetivo se ha conseguido.**

OG-10: Reducir los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por ictus, especialmente en varones.

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de APVP /100.000 hab	92,81	62,87	Descendente	Conseguido
Tasa de mortalidad prematura /100.000 hab * Años 2006 y 2010	10,73*	9,57*	Descendente	Conseguido

OG-11: Reducir la discapacidad total y grave debida a ictus del 22% al 15%.

INDICADOR: Tasa, días duración media IT e incapacidad permanente por ictus

El ictus es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Se debe valorar la limitación funcional post-ictus tras el alta hospitalaria y tras finalizar la rehabilitación, para así determinar el estado funcional conseguido. Para ello pueden utilizarse distintas escalas como el índice de Barthel.

El Índice de Barthel es una escala de valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La puntuación obtenida varía del 0, dependencia total para las ABVD, a 100, independiente para las ABVD, entre ambos se establecen los siguientes grados: total o severa (<45 puntos), grave (45-59), moderada (60-80) y ligera (>80).

El III Plan de Salud estableció como objetivo disminuir la discapacidad total y grave hasta el 15% en conjunto a partir de los datos del Índice de Barthel calculado al año. Para calcular el indicador se ha utilizado como fuente de información la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MEDORACyL, que calcula los pacientes con diagnóstico de ECV con fecha de inicio dentro del periodo analizado y en los que aparece registrado la realización de un test de Barthel, y de ellos, los que han obtenido una valoración severa o total y grave.

En el año 2012, un 27,76% de los pacientes con ECV y test de Barthel registrado presentan una discapacidad severa o total y el 8,21% una discapacidad grave, valores ambos muy alejados del objetivo planteado. Estos datos hay que interpretarlos con prudencia puesto que el porcentaje de pacientes con test de Barthel registrado está en un 25-30% de los casos y, dada la repercusión socioeconómica del grado de discapacidad, puede que se recoja con más frecuencia esta variable en aquellos casos en los que la discapacidad es más severa.

Enfermedad cerebrovascular. Castilla y León			
Valoración funcional en primer año			
	2010	2011	2012
Pacientes con ECV (n)	9.527	8.821	9.908
Test de Barthel registrado (n)	1.975	2.112	2.352
Severo o total (< 45) (%)	29,01	30,78	27,76
Hombres	29,37	28,32	25,59
Mujeres	28,74	32,62	29,43
Grave (45-59) (%)	8,15	10,51	8,21
Hombres	8,51	10,40	8,63
Mujeres	7,88	10,60	7,88

Fuente: MEDORA CyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Así mismo, dentro del objetivo se evalúa **la Incapacidad temporal** derivada de la ECV, utilizando como fuente de información los datos del sistema de registro de Incapacidad Temporal de la Gerencia Regional de Salud.

En la tabla se observa un descenso tanto en el número de días (- 41%) como en la duración media de la baja por asegurado (- 39%), y ello a pesar de que el número de procesos por ECV no ha disminuido a lo largo del periodo. La incidencia en el año 2012 fue de 4,01 bajas nuevas por cada 100 afiliados activos, mayor también que en el año 2007.

Enfermedad cerebrovascular. Castilla y León				
Incapacidad temporal				
	Nº procesos	Días	DMA ⁽¹⁾	Incidencia (%)
2007	340	62.631	184	3,49
2008	296	58.255	197	3,03
2009	347	59.131	170	3,70
2010	347	50.682	146	3,76
2011	351	52.449	149	3,84
2012	352	38.029	108	4,01

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

(1) Duración Media por Asegurado (DMA): Número total de días en baja de las altas tramitadas para el diagnóstico/ número de afiliados activos en el periodo anual.

Evaluación: La discapacidad grave y severa o total en pacientes con ECV medida con el Índice de Barthel no ha disminuido en el periodo de tiempo estudiado. Por su parte, el análisis de la incapacidad temporal refleja que a pesar del aumento en el número de procesos por esta causa han disminuido los días de baja y la duración media de las mismas, variables ambas que pueden verse afectadas por otras variables. **El objetivo se ha conseguido parcialmente.**

OG-11: Reducir la discapacidad total y grave debida a ictus del 22% al 15%

	2007	2012	Tendencia	Evaluación
Incidencia	3,49	4,01	Ascendente	No conseguido
DMA	184	108	Descendente	Conseguido

OE-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.

INDICADOR: Información elaborada y difundida sobre Ictus

M 32: Incrementar la atención a domicilio y los planes de cuidados personalizados, destinados a paciente y cuidador.

M 33: Definir y aplicar protocolos de seguimiento en los casos de accidentes isquémicos transitorios (AIT)

M 34: Desarrollo de actividades de educación sanitaria al alta dirigida a familiares y cuidadores.

M 35: Difundir información que permita a los familiares identificar los signos de alarma en pacientes de riesgo.

M 36: Promover el asociacionismo de mutua ayuda en pacientes y familiares.

M 37: Elaborar material informativo sobre ayudas técnicas y material ortoprotésico adaptado, dirigido a pacientes y familiares.

M 38: Celebrar el "Día del ictus".

En el manejo del ictus al alta hospitalaria se debe asegurar la continuidad asistencial por parte de los equipos de AP, programando las visitas necesarias en función de la situación clínica del paciente y en coordinación con el resto de especialistas implicados, asegurando las ganancias obtenidas. Por ello es fundamental promover acciones encaminadas a una buena gestión de los cuidados de enfermería en ambos niveles asistenciales. En este sentido, en nuestra comunidad, se han realizado varias actuaciones que contribuyen a este objetivo.

En el año 2009 se implementó el *Plan de cuidados al alta hospitalaria para el proceso de accidente cerebrovascular*, de manera que en el informe de alta hospitalaria constan las medidas adoptadas sobre las modificaciones de los estilos de vida en estos pacientes, favoreciendo así el avance en la continuidad de cuidados. La historia clínica electrónica, implantada en atención primaria y en desarrollo en atención especializada, permite que el informe de alta sea accesible de forma instantánea. En los Planes Anuales de Gestión

de la Gerencia Regional de Salud se ha incluido un objetivo dirigido a potenciar la continuidad asistencial como elemento clave para garantizar la calidad en la atención a diversos procesos, entre ellos el ictus.

Se encuentra accesible en el Portal de Salud de Castilla y León, la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria (2009), realizada en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Por otra parte, se ha difundido en los centros asistenciales de Sacyl la *Guía de práctica clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus*, elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña en el marco de Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en desarrollo de la Estrategia de Ictus del SNS. Esta guía contiene recomendaciones específicas para valoración de recurrencia del ictus y medidas para su prevención.

Por último, desde el año 2012, se encuentra disponible el **Proceso Asistencial de Atención al Accidente cerebrovascular agudo**, en cuya elaboración han participado profesionales de AP, AE y Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

Promover el asociacionismo de mutua ayuda en pacientes y familiares

La Administración Sanitaria de nuestra Comunidad manifiesta de manera expresa a través de las normas que desarrolla, su voluntad de promover el asociacionismo en pacientes y familiares en la medida que las reconoce en sus principios rectores y las da cabida en la toma de decisiones de los órganos de participación.

En este sentido, ya en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, se incluye como principio rector del Sistema de Salud "la participación de trabajadores, asociaciones representativas de usuarios, pacientes y familiares en el Sistema Público de Salud". Por otra parte, en el artículo 44 de la Ley se define el Consejo Castellano y Leonés de Salud, como el máximo órgano colegiado de carácter consultivo, de asesoramiento y de participación en el sistema de Salud de Castilla y León, en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, y en su composición estarán representadas las asociaciones de pacientes y familiares de éstos. También se define en el artículo 49 de la Ley, las actividades "Del voluntariado en el ámbito de la salud", actividades fundamentales en las asociaciones de pacientes y familiares, reconociendo que los ciudadanos podrán participar de forma directa y activa en la realización de actividades sanitarias de interés general de forma solidaria y altruista y que las administraciones sanitarias fomentarán la participación de los ciudadanos en la realización de actuaciones solidarias a través del voluntariado.

Difundir información que permita a los familiares identificar los signos de alarma en pacientes de riesgo

Así mismo, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, dentro de las Líneas Estratégicas para los años 2011–2015, define la Línea de Orientación al Usuario. Los cambios en la sociedad actual han provocado nuevos retos para la sanidad, la cual tiende hacia un modelo en el que el ciudadano pasa a ser el eje central del sistema sanitario. Este usuario del sistema es cada vez más activo, demanda cada vez más información sobre su salud y quiere participar más activamente en aquellas decisiones sobre su salud que le competen.

Las asociaciones de pacientes y familiares son interlocutores claros en este punto. El proporcionar una mejor y más accesible información al ciudadano, al paciente y a las asociaciones es uno de los objetivos de funcionamiento del Portal de Salud, como canal de comunicación entre la institución, los profesionales y los ciudadanos. En este sentido, se ha desarrollado el Subportal del Aula de Pacientes, en funcionamiento desde marzo de 2011, diseñado para ser un espacio dinámico de participación, con contenidos e información objetiva, útil y validada, que sirva de apoyo a los pacientes crónicos en el autocuidado de su salud, y a sus familias, que fomenta estilos de vida saludables y orienta en la prevención de la enfermedad. Uno de los espacios establecidos en el aula es el de las Asociaciones de Pacientes, donde se encuentran los datos de contactos y los enlaces a las Webs de las Asociaciones de Pacientes que existen en nuestra Comunidad. También se ha desarrollado un área de difusión de las noticias de interés cuyos promotores son las asociaciones y un espacio de intercomunicación entre éstas y la administración sanitaria.

Celebrar el “Día del ictus”

En el Aula de Pacientes del Portal de Salud, existe un apartado de “Noticias”, donde se difunde información a todos los ciudadanos sobre las patologías que tienen asignado un “Día” o un “evento” al año por parte de organismos europeos o internacionales de la salud (OMS) u otros organismos de interés y se contribuye de esta forma a difundir el conocimiento y a sensibilizar acerca de diferentes enfermedades. El 29 de octubre, se conmemora el Día Mundial del Ictus y tanto en 2011 como en 2012 se ha publicado en el Aula, la noticia sanitaria de ese Día Mundial.

Con motivo de la celebración del Día del Ictus en 2012, la Sociedad Española de Neurología (SEN) junto con el Observatorio del Ictus, pusieron en marcha una red de 32 puntos informativos en hospitales de toda España, en la que participó el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. En estos 32 espacios, se llevaron a cabo diferentes pruebas preventivas de ictus como el control de la presión arterial y glucemia y realización de eco-doppler. El principal objetivo de esta iniciativa es dar a conocer la importancia de poner en práctica labores preventivas, aprender a identificar las señales de aviso de un posible ictus y saber cómo actuar para evitarlo. Las pruebas que se realizan en los puntos informativos pretenden ayudar a la población a comprender alguno de los factores de riesgo cerebrovascular, tales como la hipertensión arterial o la diabetes.

Evaluación: A lo largo del periodo de estudio se han realizado acciones en alguna de las medidas incluidas en el objetivo, medidas todas ellas que contribuyen a mejorar el conocimiento que tanto la población general como los pacientes y sus familiares tiene sobre la enfermedad cerebrovascular. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Áreas con unidades de ictus

M 39: Revisar y redefinir los circuitos asistenciales, los flujos de procesos, las derivaciones y los servicios/unidades de referencia en el ictus.

M 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.

La Unidad de Ictus es el recurso más eficiente para el tratamiento de la fase aguda del mismo. Este dispositivo asistencial ha demostrado, con un nivel de evidencia I, que reduce la mortalidad, la dependencia y la necesidad de cuidados institucionales en los pacientes con ictus.

En Castilla y León existen **unidades de ictus** en 4 hospitales: CAU de Burgos, CAU de León, HCU de Valladolid y CAU de Salamanca, que dan cobertura a las áreas de salud de Burgos, León, El Bierzo, las dos de Valladolid, Palencia, Salamanca y Zamora. Los complejos asistenciales de Segovia y Soria disponen de un **equipo de ictus**, con guardia localizada de neurología, que realiza trombolisis y presta atención diferencial (similar a la de una u. de ictus) a pacientes con ictus.

		Atención al Ictus: Cartera de Servicios de Atención Especializada				
HOSPITAL		M. Interna	Neurología	Unidad de ictus	Equipo de ictus	Unidad de referencia
GRUPO I	H. Santos Reyes	X				CAU Burgos
	H.S. Apóstol	X				CAU Burgos
	H. Medina del Campo	X				HCU Valladolid
GRUPO II	CA de Ávila	X	X			CAU Salamanca
	H. El Bierzo	X	X			CAU León
	CA de Palencia	X	X			HCU Valladolid
	CA de Segovia	X	X		X	
	CA de Soria	X	X		X	
	CA de Zamora	X	X			CAU León; CAU Salamanca; HCU Valladolid
GRUPO III	CAU de Burgos	X	X	X		
	CAU de León	X	X	X		
	CAU de Salamanca	X	X	X*		
	H. Río Hortega	X	X			HCU Valladolid
	HCU de Valladolid	X	X	X		

Fuente: Unidades/Equipos de Ictus. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad
X*: CAU de Salamanca: Hay neurólogo de guardia presencial hasta las 22:00 h.

En total, son 20 camas en Unidades de Ictus: CAU de Burgos (6), CAU de León (6), CAU de Salamanca (4) y HCU de Valladolid (4). Los Equipos de Ictus utilizan las camas de UCI.

Telemedicina en la atención al ictus

El desarrollo de las nuevas tecnologías ha permitido aplicar la telemedicina en la atención al ictus, es lo que se ha denominado *Teleictus*, y con ello, la posibilidad de facilitar consultas remotas de pacientes con ictus a expertos en patología vasculocerebral. En Castilla y León, es el Hospital Clínico Universitario de Valladolid el que mediante videoconferencia, atiende a pacientes que ingresan por esta patología en el CA de Palencia y en el Hospital Medina del Campo. Supone la coordinación de los servicios implicados, Neurología, Radiología, Medicina Interna y Urgencias de los tres hospitales y, como nexo entre ellos, el Servicio de Emergencias Sanitarias. La conexión por videoconferencia permite al especialista de Valladolid compartir con el médico de urgencias de origen la situación clínica del paciente, estudiar sus pruebas, análisis y, en particular, examinar directamente el escáner cerebral y determinar así la terapia farmacológica. El tratamiento se inicia inmediatamente y se emprende el traslado en ambulancia a Valladolid. Cuando el paciente llega a la Unidad de ictus del Hospital Clínico, se comprueba si el tratamiento ha sido eficaz o es candidato a tratamiento endovascular de rescate.

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan, se han ido estableciendo en la Comunidad unidades/equipos de ictus, en función de la disponibilidad de recursos materiales y humanos. En el H.C.U. de Valladolid se ha puesto en marcha el proyecto Teleictus, proyecto que facilita las consultas por videoconferencia con el CA de Palencia y el Hospital Medina del Campo. **El objetivo se considera conseguido**, puesto que desde todas las áreas se puede acceder a este recurso.

OE-22: Implementar el "Código Ictus"/Trombolisis urgente en las Áreas de Salud.

INDICADOR: Nº casos de aplicación del Código ictus.

M 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.

M 42: Elaboración de guías clínicas y fomento de su utilización entre los profesionales.

M 43: Rediseñar protocolos de actuación urgente en el ictus para agilizar la aplicación del tratamiento fibrinolítico.

El "Código ictus" es un procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, de posible naturaleza isquémica, con el objetivo de estabilizar y trasladar al paciente en el menor tiempo posible a un centro hospitalario con Unidad de Ictus.

En Castilla y León, se ha organizado la aplicación del "Código ictus" en varias áreas de salud: Burgos, León, Salamanca, Segovia, Soria y las dos áreas de Valladolid, mediante colaboración entre los recursos de emergencias y unidades de ictus y/o equipos de ictus hospitalarias. Con la participación de todos los implicados, se ha elaborado el procedimiento para el Manejo Agudo del Ictus por parte de los equipos de emergencias sanitarias cuyo objetivo es mejorar la asistencia de los pacientes que presentan esta patología y coordinar la derivación de pacientes con sospecha de patología cerebrovascular susceptible de tratamiento trombolítico.

Del total de pacientes atendidos por Emergencias Sanitarias de Castilla y León, aproximadamente un 2,4% son pacientes cuyo diagnóstico de presunción es un ictus. De estos pacientes, en un 13% se activa el Código Ictus. Para realizar esta activación se tiene en cuenta a qué hospital va a ser trasladado y los criterios de inclusión que tiene ese hospital. Del total de Códigos Ictus activados por Emergencias Sanitarias en el 18,7% se aplica el tratamiento fibrinolítico.

Evaluación: En Castilla y León, se ha organizado la aplicación del "Código Ictus" mediante la colaboración entre los recursos de emergencias y unidades de ictus y/o equipos de ictus hospitalarios. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-23: Incrementar el número de pacientes a los que se aplica tratamiento fibrinolítico en menos de 3 horas desde el inicio de los síntomas.

INDICADORES: 1) Porcentaje de pacientes con trombolisis. 2) Tiempo medio de aplicación de trombolisis.

En nuestra Comunidad, los centros con Unidades/Equipos de Ictus disponen de un procedimiento estandarizado en la atención al paciente con ictus. Dentro de este procedimiento se encuentra la valoración directa por neurólogos de guardia, la práctica de neuroimagen urgente así como la aplicación de la trombolisis cuando está indicada. Algunos hospitales como el Hospital El Bierzo, realizan tratamiento fibrinolítico en ictus agudo, cuando hay neurólogo disponible (en jornada de mañana y cuando realiza guardias de Medicina Interna), siendo pautado en el Servicio de UCI.

El tratamiento fibrinolítico persigue la recanalización precoz de la arteria ocluida, para salvar el tejido cerebral lesionado por la isquemia, pero que aún puede ser salvable si se restablece el flujo. Es un tratamiento efectivo cuando se administra en las primeras horas de un ictus isquémico, 4,5 primeras horas del inicio de los síntomas. La proporción de los pacientes tratados es limitada debido a los criterios de exclusión.

La experiencia acumulada en los últimos años ha permitido reconsiderar alguno de estos criterios de exclusión y conocer la seguridad y eficacia del tratamiento trombolítico. En 2009 aumentó el tiempo puerta-aguja tras la expansión de la ventana terapéutica (publicación ECASS-3) hasta las 4,5 horas, lo que ha permitido aumentar el número de pacientes tratados.

	Unidades de Ictus/ Equipos				
	Tratamiento fibrinolítico (nº pacientes)				
	2008	2009	2010	2011	2012
CAU Burgos	22	31	35	34	26
CAU León	31	41	54	36	56
CAU Salamanca*	--	--	--	--	--
HCU Valladolid	65	69	111	110	109
CA Segovia	11	14	16	18	6**
CA Soria	--	--	--	10	10
H. El Bierzo	6	6	14	17	13

Fuente: Fuente: Unidades/Equipos de Ictus. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

* Funciona como Unidad desde mayo de 2012

** No están todos registrados

	Unidades de Ictus				
	Tiempo puerta-aguja medio de aplicación de la fibrinólisis (minutos/horas)				
	2008	2009	2010	2011	2012
CAU Burgos	48m	55m	59m	64m	72m
CAU León	95m	89m	90m	89m	82m
CAU Salamanca*	--	--	--	--	--
HCU Valladolid	56m	70m	57m	63m	56m
CA Segovia	3,05h	3,5h	3h	3h	3,5h
CA Soria	--	--	--	<3h	<3h
H. El Bierzo	--	--	--	--	--

Fuente: Fuente: Unidades/Equipos de Ictus. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad
* Funciona como Unidad desde mayo de 2012

La intervención más frecuente es la trombolisis endovenosa, pero diversos estudios han demostrado la eficacia y seguridad de la trombolisis intraarterial en determinados casos. La Unidad de Ictus del Hospital de León, puso en marcha la fibrinólisis intrararterial en noviembre de 2011, como programa compartido entre la Unidad de Ictus, el equipo de Neurorradiología Intervencionista y la UCI.

Evaluación: De acuerdo a los datos aportados, el número de pacientes ha aumentado teniendo en cuenta que los criterios para aplicar el tratamiento son muy restrictivos. El tiempo medio de aplicación de la fibrinólisis es inferior a las 4,5 horas, en todos los centros. El objetivo se considera **parcialmente conseguido** con tendencia favorable.

OE-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.

INDICADORES: Porcentaje de pacientes con ictus en rehabilitación durante ingreso. Porcentaje de pacientes con ictus en rehabilitación tras ingreso.

M 45: Planificar e iniciar la rehabilitación de los pacientes que han sufrido un ictus, durante el ingreso hospitalario.

M 46: Estudiar el desarrollo de actividades de rehabilitación y su evaluación, con la colaboración de fisioterapeutas, incluyendo la posibilidad de realización de las actividades educativas en el domicilio del paciente.

Tres de los cuatro centros que disponen de unidad de ictus, excepto CAU de Salamanca, tienen protocolizada la incorporación del paciente a un programa de rehabilitación temprana, que suele iniciarse durante el ingreso hospitalario, lo más precozmente posible, dependiendo de la estabilización del paciente, rehabilitación basada sobre todo en programas de fisioterapia. También los equipos de ictus de Segovia y Soria realizan rehabilitación temprana.

La valoración funcional de estos pacientes se puede realizar con diferentes escalas, siendo una de las más utilizadas la escala de Rankin modificada. La valoración se realiza al alta y a los tres meses. Según los datos aportados por las Unidades de ictus, la valoración de los pacientes a los tres meses refleja que entre un 64-70% de todos los pacientes presentan un Rankin ≤ 2 (0: sin síntomas; 1: sin incapacidad importante; 2: incapacidad leve). En los pacientes con FB, el porcentaje de pacientes con valoración ≤ 2 en la escala de Rankin, es algo menor, oscilando entre el 42 y el 49%, según la información disponible.

Una vez que el paciente es dado de alta, se recomienda un programa de rehabilitación llevado a cabo por un equipo profesional multidisciplinar que cuente con la participación activa de pacientes y familiares. Será el médico rehabilitador, una vez comprobados los criterios de inclusión en el mismo, el que determina las condiciones funcionales iniciales y establece los objetivos terapéuticos más adecuados en función de las posibilidades de recuperación.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla y León existe un contrato marco para la realización de procedimientos terapéuticos de rehabilitación en centros concertados. Dicho contrato marco incluye 5 técnicas, entre ellas la rehabilitación ambulatoria y la rehabilitación domiciliaria para pacientes con ACV. La *Rehabilitación Ambulatoria* se presta en centros ubicados en las áreas de Burgos (1), León (4), Palencia (1), Segovia (1) y Valladolid (6), a pacientes con diagnóstico de ACV con hemiplejía con/sin alteración del lenguaje y/o del habla y la *Rehabilitación Domiciliaria* se presta en centros ubicados en León (2) y Valladolid (1), a pacientes diagnosticados de ACV con hemiplejía tanto en fase aguda como en fase crónica.

El número de pacientes que ha realizado rehabilitación aumentó hasta el año 2011 para disminuir en el año 2012. A lo largo del periodo, el porcentaje medio de pacientes con diagnóstico de ACV que han recibido tratamiento rehabilitador es del 6,98%.

Enfermedad cerebrovascular. Castilla y León						
Rehabilitación en centros concertados: nº pacientes						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
R. Ambulatoria	236	244	232	302	345	199
R. Domiciliaria	16	83	89	113	122	67
Total	252	327	321	415	467	266

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: En cinco de las seis unidades/ equipos de ictus se realiza rehabilitación de pacientes durante el ingreso (rehabilitación temprana), una vez que el paciente está estabilizado, aunque no disponemos de cifras sobre el indicador. El porcentaje de pacientes que alcanza la autonomía e independencia funcional al tercer mes se sitúa entre el 64 y el 70%, según el centro. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-25: Mejorar la prevención secundaria consiguiendo reducir en un 5% el número de episodios recurrentes de ictus.

INDICADOR: Porcentaje de reingresos hospitalarios por ictus.

M 47: Reducir los tiempos de espera para la primera consulta de neurología.

M 48: Evaluar las medidas de prevención secundaria en cardiopatías y vasculopatías.

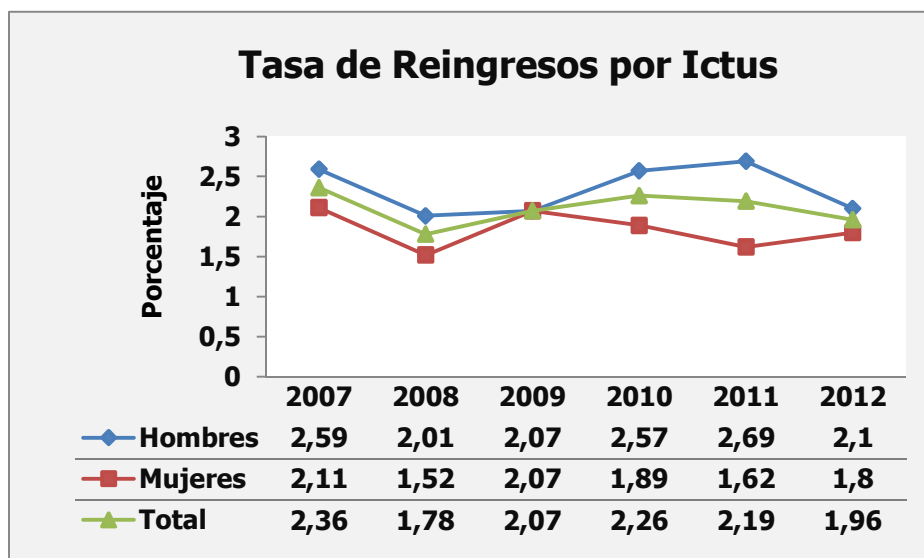
M 49: Establecer protocolos consensuados de antiagregación y anticoagulación.

M 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.

M 53: Estudiar la necesidad de camas para la estancia de estas patologías

Para evaluar el indicador, se calcula la **tasa de reingresos por ictus** utilizando como fuente el CMBD de Castilla y León, considerando como reingreso aquel episodio con el mismo diagnóstico que ocurre de forma urgente o en menos de 30 días.

El número de reingresos sobre el total de ingresos por ECV, en el año 2012, es del 1,96%, mayor en hombres (2,10%) que en mujeres (1,80%). Con respecto al año 2007, la tasa de reingresos ha disminuido casi un 17%.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

Elaborar un informe al alta con indicaciones concretas acerca de la coordinación que sea necesaria, en cada caso, entre los dispositivos asistenciales y sociales.

El documento del proceso asistencial "*Atención al accidente cerebro vascular agudo*", disponible en el Portal de salud, incluye los siguientes puntos:

1.- Planificar el alta hospitalaria mediante la programación de las visitas requeridas en función de la situación clínica del paciente y en coordinación con el resto de especialistas implicados, para asegurar las ganancias obtenidas.

2.- Adjuntar informe de alta que constará de un informe médico clínico, con los tratamientos al alta y fechas de las siguientes consultas y un informe de enfermería en el que consten los cuidados realizados, observaciones de enfermería y las valoraciones que procedan para conocer la situación funcional del paciente al alta.

3.- Seguimiento en Atención Primaria, por parte de medicina, enfermería y trabajo social, que realizarán una valoración integral tanto del paciente como de sus cuidadores y establecerán la frecuencia de visitas en función de las necesidades clínicas individuales.

En el mismo documento, se establecen los criterios de aplicación del tratamiento anticoagulante y antiagregante plaquetario.

En conclusión, todos los pacientes que han sido atendidos (hospitalizados) por Ictus o ACV son dados de alta con plan de cuidados de enfermería, en todos los hospitales de Castilla y León.

Reducir los tiempos de espera para la primera consulta de Neurología

La espera media estructural en los hospitales y complejos asistenciales de la comunidad para primera consulta de Neurología era en 2012 de 44 días, situación similar al año 2007. Al inicio del periodo, la espera media fue descendiendo pero a partir del año 2011, los tiempos de espera han aumentado de forma generalizada debido a los ajustes que los centros han tenido que realizar por razones presupuestarias.

Primera consulta de Neurología					
Espera media estructural					
	2008	2009	2010	2011	2012
EM en días	44,16	35,73	32,63	37,13	44,06

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Estudiar la necesidad de camas para estancias de estas patologías

En Castilla y León, las Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades firmaron en octubre de 2011, un Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria y posteriormente, un acuerdo específico de colaboración para la gestión conjunta de recursos de atención sociosanitaria, que permita prestar cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, en centros de personas mayores del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, siendo la atención sanitaria responsabilidad de la Gerencia Regional de Salud, y la atención social, de la Gerencia de Servicios Sociales.

Esto ha permitido llevar a cabo el pilotaje de la primera Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) en la provincia de Valladolid para las áreas Este y Oeste. El número de camas asignada a la UCSS es de 10 y la duración de la estancia se establece en dos meses como mínimo pudiendo ser ampliable hasta los 4 meses. El perfil de los

usuarios de la Unidad varía en función de su pronóstico rehabilitador. En el proyecto piloto, un 25% de los pacientes de la unidad presentaban como diagnóstico una ECV.

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan ha disminuido el porcentaje de reingresos por ECV, se ha realizado y pilotado el proceso "Atención al Accidente cerebrovascular agudo", se ha firmado un Convenio de colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales que permite prestar cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia y, gracias a ello, se ha pilotado un proyecto para el acceso a plazas de la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria en el área de Valladolid. **El objetivo se considera conseguido.**

OEPS-25: Mejorar la prevención secundaria consiguiendo reducir en un 5% el número de episodios recurrentes de ictus

	2007	2012	Tendencia	Evaluación
Porcentaje de reingresos hospitalarios por ictus	2,36	1,96	Descendente	Conseguido

OE-26: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

INDICADOR: Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos

M 50: Revisar y mejorar el sistema de información clínico-epidemiológico sobre ictus y los factores de riesgo asociados.

M 51: Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

No se ha establecido un sistema de información activo que nos aporte información en tiempo real sobre el problema de salud. La información se obtiene a partir del CMBD de Castilla y León y, con carácter puntual, directamente de las Unidades/Equipos de ictus de los centros hospitalarios.

La Consejería de Sanidad continúa el seguimiento de sujetos incluidos en el Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular. El ictus es estudiado como objetivo secundario en muchos otros estudios. Se realizan informes sobre esta patología con periodicidad variable basados en el Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular y en los programas de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

La valoración del riesgo cardiovascular y la realización de intervenciones oportunas, tanto en relación al nivel de riesgo como a los factores de riesgo encontrados, constituyen una de las actuaciones más relevantes que el profesional sanitario puede y debe realizar para mejorar la calidad y la expectativa de vida de sus pacientes. En este sentido, existen a disposición de los profesionales documentos de trabajo que les aportan criterios objetivos para la toma de decisiones. Por un lado la *Guía clínica basada en la evidencia: Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular* y por otro, dos Fichas de procesos: *Riesgo Cardiovascular por Dislipemia* y *Riesgo Cardiovascular por Hipertensión arterial*, todos ellos disponibles en el Portal de Salud.

Evaluación: No se dispone de un sistema de información activo que aporte datos del problema de salud. La información disponible se obtiene de los informes periódicos elaborados a partir del Estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León. Así mismo existen a disposición de los profesionales, guías basadas en las mejores evidencias científicas para la toma de decisiones que buscan una mayor implicación de profesionales y pacientes en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama ha de detectarse lo antes posible, confirmar el diagnóstico, establecer y aplicar, dentro de unos plazos determinados, la pauta de calidad indicada de tratamiento, eligiendo siempre el tratamiento más eficaz y menos agresivo. A lo largo del proceso deben atenderse las necesidades psicológicas de la paciente y de su familia y atender las complicaciones que, con motivo de las intervenciones puedan surgir. Al tratarse d una patología que, al menos de momento, no puede prevenirse, y que sigue incrementándose, es necesario hacer un seguimiento poblacional de lo que sucede con la enfermedad.

CÁNCER DE MAMA		
OG-12	Reducir en un 1,4 % anual la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de mujeres de 45 a 69 años.	CONSEGUIDO
OG-13	Incrementar por encima del 78% la tasa de supervivencia a los 5 años de las mujeres que han sufrido cáncer de mama.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-14	Reducir el impacto por discapacidad del cáncer de mama en la vida laboral de las mujeres.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-27	Mejorar el diagnóstico precoz superando el 70% de participación en el programa de detección precoz, en todas las Áreas.	CONSEGUIDO
OE-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%.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-30	Mejorar el diagnóstico reduciendo hasta un máximo de 15 días, el tiempo desde la sospecha hasta la confirmación radiológica y anatómo-patológica.	CONSEGUIDO
OE-31	Mejorar el tratamiento reduciendo a un máximo de 2 semanas el tiempo de acceso al tratamiento quirúrgico, a 1 semana el tiempo para quimioterapia y a 4 semanas el de la radioterapia.	NO CONSEGUIDO
OE-32	Mejorar la calidad del diagnóstico y del tratamiento implantando en todas las áreas la oncoguía de cáncer de mama.	CONSEGUIDO
OE-33	Mejorar la calidad de tratamiento quirúrgico incrementando las tasas de cirugía conservadora efectiva.	CONSEGUIDO
OE-34	Mejorar en todas las áreas de salud la accesibilidad a las técnicas de reconstrucción mamaria.	CONSEGUIDO

OE-35	Mejorar la prevención y atención al linfedema ofertando en todas las áreas fisioterapia para drenaje linfático.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-36	Mejorar la calidad del tratamiento quirúrgico extendiendo la técnica del "ganglio centinela".	CONSEGUIDO
OE-37	Mejorar el apoyo psicosocial a los pacientes y familiares ofertándolo en todos los hospitales.	CONSEGUIDO
OE-38	Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer – objetivo común a otros tipos de cáncer.	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La mortalidad por cáncer de mama en Castilla y León en mujeres ha disminuido a lo largo del periodo de estudio y se sitúa por debajo de las cifras nacionales. Se carece de datos para valorar la supervivencia a los 5 años por lo que se ha decidido valorar otro de los indicadores propuestos en el Plan, los APVP, que presentan una tendencia descendente y por tanto, una evolución favorable a lo largo del periodo estudiado.

Al evaluar la detección precoz, medida por la participación de mujeres en el Programa de prevención de cáncer de mama, se observa que ha aumentado el número de mujeres participantes a lo largo del periodo. Así mismo, ha aumentado el número de casos que se diagnostican en estadios precoces. Otra de las medidas de prevención son los estudios que se realizan en las Unidades de Consejo Genético a mujeres con antecedentes familiares y que, según los datos disponibles, va en aumento.

La Oncoguía de mama está implantada en todas las áreas de Salud, lo que ha permitido mejorar la atención a esta patología. Se ha mejorado el tiempo de diagnóstico desde la sospecha hasta la confirmación radiológica y anatomo-patológica no así el intervalo diagnóstico-terapéutico, que no alcanza el estándar fijado por el Plan, según la fuente analizada.

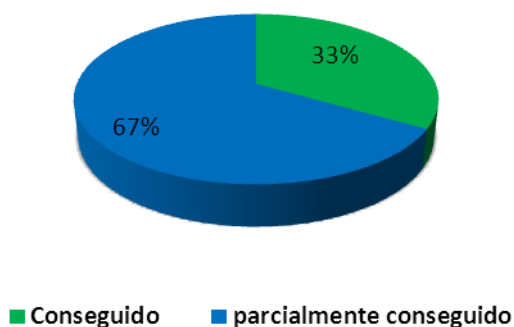
Todas las fuentes de información analizadas reflejan un incremento del tratamiento conservador de mama, además, de generalizarse la utilización de la técnica del ganglio centinela. Actualmente, son varias las técnicas de reconstrucción de mama que se realizan en los centros sanitarios de la comunidad, siendo cada vez más utilizadas las técnicas de reconstrucción inmediata.

Aunque los datos reflejan una proporción muy baja de casos de linfedema en pacientes mastectomizadas es necesario seguir mejorando la oferta de rehabilitación (drenaje linfático) en todas las linfadenectomías y la formación en medidas de prevención del linfedema.

En cuanto al análisis de la incapacidad laboral que produce esta enfermedad en las mujeres es de destacar que si bien se ha incrementado el número de bajas en un 15%, el número de días de baja ha disminuido en un 17%. Igualmente, ha disminuido la duración media de la baja por asegurado. Por tanto, ha disminuido la discapacidad por este proceso aunque hay que tener en cuenta otras variables en la reducción de estas cifras.

CÁNCER DE MAMA

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



OG-12 Reducir en un 1,4 % anual la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de mujeres de 45 a 69 años

INDICADOR: Tasa de mortalidad por cáncer de mama entre 45 y 69 años

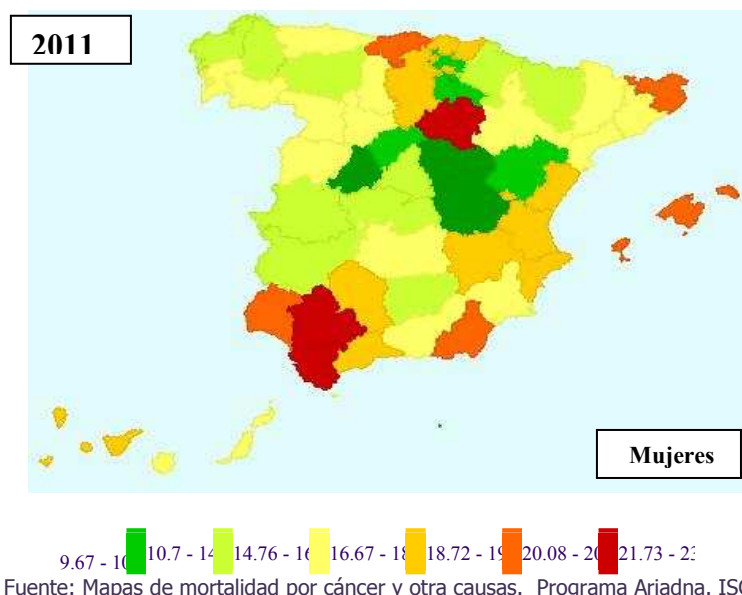
El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer. Según los datos del Instituto de Salud Carlos III, en el año 2011 (último disponible) se produjeron en Castilla y León 399 muertes por cáncer de mama en mujeres, el 13,56% de todos los fallecimientos por cáncer, únicamente superado por el cáncer de colon. Esta cifra corresponde a una tasa bruta de mortalidad de 31,7 casos por 100.000 mujeres superior a la tasa española, que en ese mismo año se situó en 26,85 por 100.000.

Si tenemos en cuenta la estructura por edad, la tasa de mortalidad ajustada (TMEE) en las mujeres de Castilla y León a lo largo del periodo de vigencia del Plan ha experimentado un descenso constante en los últimos años; en el año 2011, la TMEE fue de 16,67 por 100.000 mujeres, situándose en este ajuste por debajo de la tasa nacional.

Cáncer de mama: Mortalidad					
Tasa ajustada por edad por población europea por 100.000					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Mujeres	19,5	19,09	16,52	17,23	16,67
Total	10,4	10,14	8,82	9,16	9,59
España					
Mujeres	18,34	18,1	17,58	17,65	17,51
Total	10,04	9,9	9,65	9,69	8,94

Fuente: Mortalidad. ISCIII, 2013

El análisis de la TMEE en mujeres y por provincias revela que hay tres en Castilla y León que superan la media nacional: Burgos (19,71), Salamanca (18,10) y Palencia (18,02).



Para evaluar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de defunción del INE y se calculan las tasas específicas de mortalidad para el grupo de edad y por grupos quinquenales, por cada 100.000 habitantes.

El análisis de la **mortalidad por grupos de edad** muestra que, en el año 2011, entre los 45 y los 69 años se producen menos fallecimientos que en 2007 pero que esta disminución no es homogénea, de forma que el descenso se produce sobre todo en el de 60 a 64 años.

Cáncer de mama. Castilla y León						
Mortalidad específica por grupos de edad: casos/100.000 hb						
	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	45-69
2011	23,24	26,73	33,92	29,49	50,92	31,82
2010	19,53	40,70	43,15	23,43	44,70	33,54
2009	30,33	34,07	17,59	44,69	33,03	31,81
2008	22,26	36,52	35,20	60,86	56,29	40,38
2007	25,94	25,52	31,71	64,68	49,56	38,02
2011-2007	-2,70	1,20	2,21	-35,19	1,36	-6,20

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

Evaluación: La mortalidad por cáncer de mama en Castilla y León en mujeres ha disminuido a lo largo del periodo de estudio, tanto de forma global como para el grupo etario analizado, por lo tanto **el objetivo se considera prácticamente conseguido**.

OG-12 Reducir en un 1,4 % anual la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de mujeres de 45 a 69 años

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de mortalidad entre 45-69 años	38,02	31,82	Descendente	Conseguido

OG-13 Incrementar por encima del 78% la tasa de supervivencia a los 5 años de las mujeres que han sufrido cáncer de mama

INDICADOR: Supervivencia a los 5 años de pacientes con cáncer

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido (uno, tres, cinco años, por ejemplo) es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida, los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos.

Los datos de supervivencia pueden obtenerse de varias fuentes pero para valorar el impacto real de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes afectados de cáncer, es necesario disponer de información poblacional.

El Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León se encuentra en fase de consolidación y no dispone de información sobre la supervivencia de los pacientes, entre otros motivos por la imposibilidad de acceder a la información del Registro de Mortalidad.

EUROCORE es la única fuente homogénea y sistematizada de información existente en Europa que permite la interpretación de los resultados y la comparación entre países. El estudio EUROCORE-4 proporciona datos de supervivencia por países. Según este estudio, la supervivencia para el cáncer de mama es elevada, superior al 80%, y algo mejor que en los países de nuestro entorno.

Supervivencia relativa por tipo de tumor en población adulta (15-99 años)				
	ESPAÑA		EUROCORE	
	Número de casos	Supervivencia relativa a los 5 años (%)	Número de casos	Supervivencia relativa a los 5 años (%)
MAMA				
Ambos sexos	13.279	82,57	409.448	81,57
Hombres	108	77,52	2.861	76,34
Mujeres	13.171	82,61	406.587	81,60
TODOS LOS TUMORES				
Ambos sexos	85.611	51,08	2.572.428	52,03
Hombres	50.550	44,78	1.316.229	45,87
Mujeres	35.061	59,62	1.256.199	58,22

Fuente: EUROCORE 4. Periodo 1995-1999.

En el estudio EURO CARE 4, se ha analizado la supervivencia de los cánceres diagnosticados entre los años 2000-2002 para Europa en su conjunto. La supervivencia relativa a los 5 años ha mejorado para el tumor de mama (82,20 %).

Para evaluar el indicador en el Plan de salud, se utiliza como alternativa otro de los indicadores propuesto por el grupo de trabajo, los **años potenciales de vida perdidos (APVP) por cáncer de mama**, analizando en este caso no los años vividos sino los años que se dejan de vivir cuando se muere prematuramente. Se utiliza como fuente de información, los datos del Instituto de Salud Carlos III sobre mortalidad, que aporta datos sobre los Años Potenciales de Vida Perdidos así como la tasa estandarizada por edad por población europea por 100.000 hab.

En el año 2011, se produjeron en Castilla y León 399 fallecimientos de mujeres a consecuencia de un cáncer de mama con una edad media en el momento de fallecer de 73,1 años. La tasa de APVP revela que se perdieron en Castilla y León 181 años por 100.000 hab como consecuencia del cáncer de mama, el 11,83% del total (Tasa APVP/ 100.000 hab: 1.533,01), lo que sitúa a esta patología como la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos en mujeres. En España, la situación es la misma, con una tasa de 184 APVP por 100.000 hab, el 11,09% del total (Tasa APVP/ 100.000 hab: 1.665), también la primera causa en APVP en mujeres.

El análisis de las tasas de APVP ajustada a la población europea revela el descenso en Castilla y León, pasando de 220,80 en 2007 a 181,32 en 2011, invirtiendo su situación con respecto a España, con una tasa más favorable en el año 2011.

Cáncer de mama					
Tasa ajustada de Años potenciales de vida perdidos. Mujeres					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla León	220,80	194,59	193,31	185,02	181,32
España	195,88	195,63	184,03	177,81	184,74

Fuente: ISCIII
Nota: Tasa ajustada por edad a población europea por 100.000 hab

Evaluación: En la Comunidad de Castilla y León, el Registro Poblacional de Cáncer aún no aporta datos de supervivencia, dato que tampoco está disponible a nivel nacional. Por ello, se ha evaluado otro de los indicadores propuestos en el Plan, la tasa ajustada de APVP, con una evolución favorable a lo largo del periodo. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OG-13 Incrementar por encima del 78% la tasa de supervivencia a los 5 años de las mujeres que han sufrido cáncer de mama

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de APVP/100.000 hab	220,80	181,32	Descendente	Parcialmente conseguido

OG-14: Reducir el impacto por discapacidad del cáncer de mama en la vida laboral de las mujeres.

INDICADOR: Tasa de incapacidad permanente por cáncer de mama

Para evaluar el indicador se analizan los datos aportados por el sistema de información de Incapacidad Temporal de la Gerencia Regional de Salud. Se analizan los datos para el proceso neoplasia maligna de mama en ambos sexos (Neoplasia maligna de mama CIE 10: 174-175).

En la tabla se observa que el número de bajas para este proceso ha ido en aumento a lo largo del periodo así como su incidencia sobre el total de asegurados activos. Sin embargo, mientras el número de bajas se ha incrementado en un 15% en el periodo, el número de días de baja ha disminuido en un 17%. Igualmente, ha disminuido la duración media de la baja por asegurado.

Cáncer de mama ⁽¹⁾ . Castilla y León				
Incapacidad temporal. Ambos sexos				
Años	PROCESOS	DIAS	INCIDENCIA ⁽²⁾	DMA ⁽³⁾
2007	386	85.134	0,04%	0,09
2008	435	99.699	0,04%	0,10
2009	362	88.849	0,04%	0,09
2010	415	101.706	0,04%	0,11
2011	440	103.188	0,05%	0,11
2012	444	70.551	0,05%	0,08

Fuente: DGAS. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

(1) Incidencia: Es el número de procesos del diagnóstico solicitado sobre el total de AA

(2) Duración Media por Asegurado (DMA): Es el resultado de dividir el número total de días en baja de las altas tramitadas para el diagnóstico solicitado entre el número de afiliados activos en el periodo anual.

Evaluación: No ha sido posible obtener datos de incapacidad permanente. Se han analizado los datos de incapacidad temporal como aproximación a la situación actual. En este sentido, se observa que, a pesar de que aumentan los procesos, los días de baja disminuyen, mientras que la DMA se mantiene. Sin duda, son varios los factores que explican esta situación. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OG-14: Reducir el impacto por discapacidad del cáncer de mama en la vida laboral de las mujeres

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Incidencia de IT por neoplasia de mama	0,04%	0,05%	Aumento	Parcialmente conseguido

OE-27: Mejorar el diagnóstico precoz superando el 70% de participación en el programa de detección precoz en todas las Áreas

INDICADOR: Porcentaje de mujeres con mamografía en último ciclo entre 45-69 años

M54: Establecer un plan de mejora tanto en el sistema de citaciones como en el de recitaciones de mujeres que no acuden a la primera cita del PDPCM.

M55: Desarrollo de acciones informativas periódicas –generales y personalizadas- sobre el Programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM), mediante folletos, campañas en medios de comunicación –plantear una gran acción publicitaria implicando a personas con reconocimiento social-, en página web/portal sanitario y en el ámbito laboral

M56: 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.

Desde 1992, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León viene impulsando y desarrollando un Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), cuya población diana está constituida por las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma con edades comprendidas entre 45 y 69 años.

Para dar a conocer el programa, se desarrollan periódicamente acciones informativas generales mediante cartas de sensibilización, folletos, carteles y campañas en medios de comunicación. También hay información disponible a través del *Portal de Salud* de la Junta de Castilla y León.

El acceso a la población diana se realiza mediante carta personalizada de invitación a participar en el programa, con información clara y precisa sobre cómo acceder a la mamografía y teléfono de contacto. Tanto el sistema de citaciones como el de recitaciones de mujeres que no acuden a la primera cita han mejorado desde que se puso en marcha el programa.

El PDPCM cuenta con 14 Unidades mamográficas, además de una unidad móvil, para realizar las exploraciones mamográficas en aquellas zonas básicas no referenciadas a un mamógrafo fijo.

La tasa de participación en el programa se sitúa por encima del 70% a lo largo de todo el periodo de vigencia del Plan de Salud. Esta tasa supera no sólo el nivel aceptable (>70%) sino el nivel deseable, situado por encima del > 75%, establecido en la *Guía Europea: Garantía de la calidad de cribado*.

Cáncer de mama. Castilla y León						
Programa de detección precoz del cáncer de mama: Resultados						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ⁽⁴⁾
Número de participantes	105.389	111.785	113.090	121.544	119.967	124.121
% participación ⁽¹⁾	77,8	79,8	80,5	75,6	76,5	84,0
Cribado positivo ⁽²⁾	3,3	4,1	4,6	3,9	4,5	4,6
% (n)	(3.514)	(4.565)	(5.201)	(4.778)	(5.348)	(5.664)
Resultado final positivo % (n) ⁽³⁾	7,4	7,8	7,2	6,5	7,0	5,5
	(261)	(357)	(373)	(309)	(372)	(314)

(1) Porcentaje de participación sobre las mujeres invitadas al programa.
 (2) Porcentaje de mujeres con resultado de cribado positivo en el programa (mamografía de cribado positiva) → derivadas Atención Especializada (AE) para estudio.
 (3) Porcentaje de mujeres derivadas a Atención Especializada con resultado final positivo (tumor detectado y salen d programa).
 (4) Datos provisionales.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Evaluación: La participación en el Programa de Prevención de Cáncer de mama en el año 2012 alcanzó el 84% sobre las mujeres invitadas al programa. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-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%.

INDICADOR: Porcentaje de casos de cáncer de mama detectado en estadio I.

Durante el periodo de vigencia del Plan han participado en el programa 695.896 mujeres y se han detectado 1.725 tumores, lo cual supone una tasa de detección de 2,48 tumores por cada mil mujeres participantes.

El PDPCM recoge el tipo de tumor de acuerdo al diagnóstico de anatomía patológica pero no según el estadio, que si tiene en cuenta el tamaño. El tipo de tumor consta en el 55,13% de los tumores detectados. De ellos, un 7,71% son tumores *in situ* y un 47,42% son *invasivos*.

La tasa de detección de cánceres invasivos, (*número de cánceres invasivos/ total de cánceres detectados mediante cribado*), se sitúa para todo el periodo de estudio en un 86% (nivel deseable, 80-90%; Guía Europea: Garantía de Calidad en el Cribado de Cáncer de Mama).

Cáncer de mama. Castilla y León				
Programa de detección precoz del cáncer de mama: Resultados				
Años	T. detectados	In situ (%)	Invasivos (%)	No consta (%)
2008	357	29 (8,12)	167 (46,78)	161 (45,40)
2009	373	30 (8,04)	214 (57,37)	129 (34,58)
2010	309	20 (6,47)	154 (49,84)	135 (43,69)
2011	372	31 (8,33)	160 (43,01)	181 (48,66)
2012 ⁽¹⁾	314	23 (7,32)	123 (39,17)	168 (53,50)
2008-12	1.725	133 (7,71)	818 (47,42)	774 (44,87)

(1) Los datos de 2012 son provisionales.
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

OE-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.

INDICADOR: Número de mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama estudiadas en las UCGC.

M57: Revisar y mejorar los protocolos y pautas de seguimiento de mujeres con factores de riesgo.

M58: 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.

El programa de consejo genético en cáncer de mama, ovario y colon en Castilla y León cuenta con tres unidades de referencia ubicadas en Burgos, Salamanca y Valladolid (Hospital Universitario Río Hortega), que comenzó su actividad en el año 2010.

En las Unidades de Consejo Genético de Cáncer (UCGC) se proporciona información a individuos y familias sobre la naturaleza, herencia e implicaciones de los desórdenes genéticos, así como de las medidas de seguimiento y profilaxis disponibles, con el fin de ayudarles a tomar decisiones personales y médicas.

Cáncer de mama. Castilla y León				
Número de mujeres estudiadas en las UCGC				
Años	BURGOS	SALAMANCA	VALLADOLID ⁽¹⁾	TOTAL
2007	200	233	---	433
2008	266	264	---	327
2009	342	163	---	340
2010	292	172	163	627
2011	259	97	155	511
2012	260	195	97	552

(1) La UCGC de Valladolid comenzó su actividad en 2010.
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Evaluación: Con los datos disponibles, se observa que la tendencia del número de mujeres estudiadas en las UCGC va en aumento, por tanto el **objetivo se considera conseguido**.

OE-30: Mejorar el diagnóstico reduciendo hasta un máximo de 15 días, el tiempo desde la sospecha hasta la confirmación radiológica y anatómo-patológica.

INDICADOR: Tiempos medios y máximos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama por Áreas.

M59: Desarrollar las actuaciones necesarias para reducir los tiempos de espera diagnóstica.

M60: Estudiar la implantación de unidades de alta resolución diagnóstica y de tratamiento – actividades paralelas al PDPCM- en cáncer de mama.

No se dispone de un sistema de información que permita la recogida sistemática de datos que revele los tiempos medios y máximos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama por Áreas.

Para analizar la mejora en el diagnóstico mediante la evaluación del tiempo desde la sospecha hasta la confirmación radiológica y anatómo-patológica, se utilizan los datos del PAG 2009, que, dentro de su objetivo de implantación progresiva de la Oncoguía de cáncer de mama, se centró en dos aspectos:

- Al menos el 90% de los casos derivados para confirmación diagnóstica deberían ser informados, y
- Al menos el 80% de las pacientes deberían tener confirmación diagnóstica (1ª consulta en AE) en menos de 15 días.

En promedio, en más del 89% de los casos se cumplió este requisito, superando el 90% en pacientes con alta probabilidad de diagnóstico maligno.

Los resultados según el tipo de lesión, fueron los siguientes (PAG, 2009):

- Pacientes con lesión probablemente benigna (B3b), el 84,5% han sido atendidas antes de 15 días.
- Pacientes con moderada probabilidad de diagnóstico maligno (B4), el 85,9% han sido atendidas antes de 15 días.
- Pacientes con alta probabilidad de diagnóstico maligno (B5), el 90,06% han sido atendidas antes de 15 días.

Desarrollar las actuaciones necesarias para reducir los tiempos de espera diagnóstica

Desde el año 2008, los Planes Anuales de Gestión, teniendo en cuenta el III Plan de Salud, han introducido objetivos que se han orientado hacia la implantación progresiva de la Oncoguía en la comunidad.

Inicialmente, el objetivo estableció la implantación de la Oncoguía de cáncer de mama así como el seguimiento de los casos sospechosos detectados en el programa de prevención del cáncer de mama. Todas las áreas de salud cumplieron este requisito, de forma que la "Oncoguía de cáncer de mama" está implantada en todas las áreas de salud de la Comunidad.

Con posterioridad, se han establecido circuitos para la derivación de las pacientes provenientes del PDPCM (Programa de detección precoz del cáncer de mama) y sistemas de registro para la valoración y seguimiento de los tiempos de los subprocesos de la Oncoguía relacionados con el diagnóstico de las pacientes derivadas.

En 2009, el estándar de este indicador se centró en dos aspectos:

- Al menos el 90% de los casos derivados para confirmación diagnóstica deberían ser informados, y
- Al menos el 80% de las pacientes deberían tener confirmación diagnóstica (1ª consulta en AE) en menos de 15 días. En promedio, en más del 89% de los casos se cumplió este requisito.

En el año 2010, dentro de los objetivos de continuidad asistencial del PAG, el objetivo se orientó a mejorar el seguimiento de los casos derivados desde el programa de prevención de cáncer de mama, y adecuar el tiempo diagnóstico al estándar propuesto en la oncoguía, introduciendo un aspecto adicional, conseguir que un 80% de mujeres tengan confirmación diagnóstica efectiva en menos de 21 días en relación a mujeres derivadas. Este objetivo se mantuvo en el PAG 2011.

En cuanto a la regulación normativa en materia de derechos de los pacientes, destacar el desarrollo en el Sistema de Salud de Castilla y León, tanto del *Decreto de garantía de espera máxima en intervenciones quirúrgicas* (que en el caso de la cirugía oncológica es de 30 días naturales) como el del ejercicio del derecho a la *segunda opinión médica* para determinadas patologías, entre las que están incluidas las neoplasias malignas.

Estudiar la implantación de unidades de alta resolución diagnóstica y de tratamiento – actividades paralelas al PDPCM- en cáncer de mama

La Comunidad dispone de 14 Servicios de Obstetricia y Ginecología en los Complejos Asistenciales y hospitales, atendidos por 241 especialistas, además de otros profesionales sanitarios y no sanitarios.

Existen Unidades/Consultas de Patología Mamaria en 12 CA y hospitales (excepto el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro y el Hospital Medina del Campo). Estas unidades constituyen un modelo de gestión multidisciplinar en el que participan algunas/todas las especialidades implicadas en el proceso, dependiendo del centro: Ginecología, Radiodiagnóstico, Oncología Médica y Radioterápica, Anatomía Patológica, Cirugía Plástica, Medicina Nuclear, Rehabilitación, Cuidados Paliativos, Hospital de Día.

Evaluación: Actualmente no se dispone de un sistema de información que permita recoger el indicador propuesto en el objetivo de forma sistemática. Se ha evaluado la mejora en el diagnóstico a través de los indicadores del PAG, de forma que el **objetivo se considera conseguido**.

OE-31: Mejorar el tratamiento reduciendo a un máximo de 2 semanas el tiempo de acceso al tratamiento quirúrgico, a 1 semana el tiempo para quimioterapia y a 4 semanas el de la radioterapia.

INDICADOR: Tiempos medios y máximos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama por Áreas.

M 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.

No se dispone de un sistema de información que permita la recogida sistemática de datos que revele los tiempos medios y máximos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama por Áreas.

Para analizar la mejora en el tratamiento mediante la evaluación de los tiempos de acceso a los distintos tratamientos, se ha utilizado como fuente de información el estudio de Evaluación de la Estrategia de cáncer de mama, colorrectal y pulmón de Castilla y León, publicado en 2011 por el Instituto Universitario Avedis Donabedian. Este informe resume las actividades llevadas a cabo dentro del proyecto de "Evaluación de la Estrategia de Atención al Cáncer en la Comunidad de Castilla y León", en el contexto de la Estrategia en Cáncer del SNS, publicada en 2006 por el entonces, Ministerio de Sanidad y Política Social. El trabajo de campo se realizó a través de la recogida de información por parte de evaluadores, previamente formados, mediante la revisión de historias clínicas y de otras evidencias que permiten medir los indicadores previamente seleccionados para evaluar la estrategia en cáncer. En Castilla y León se revisaron 392 casos de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, con una edad media de 60,8 años (rango: 20-97).

Entre los indicadores de proceso y resultado se analizó **el intervalo diagnóstico terapéutico ≤ 28 días** - entendido como el intervalo, en días naturales, desde la fecha del informe de confirmación hasta la fecha del tratamiento inicial, ya sea cirugía o tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, terapia molecular) o radioterapia (día del inicio de la primera sesión)-.

En dicho informe se analizó en qué proporción de mujeres el intervalo diagnóstico-terapéutico fue ≤ 28 días, como un indicador de control asistencial, estableciendo este periodo por debajo de las 4 semanas, tal como se recoge en todas las guías clínicas, para evitar la repercusión y el impacto psicológico en la mujer.

El resultado de este indicador en nuestra comunidad reflejó que el 48,9% (IC al 95%: 42,9-54,9) de las pacientes están en 28 días o menos desde que se obtiene el diagnóstico de certeza hasta el primer tratamiento. El promedio en días es de 30,8 con una desviación de casi 16 días. El estándar se estableció en el 90% por lo que el estudio de evaluación lo consideró como objetivo no alcanzado.

Evaluar la capacidad y suficiencia de los equipos y recursos de oncología y radioterapia y mejorar la accesibilidad a dichos equipos, en caso necesario

La Comunidad dispone de una amplia cartera de servicios, que a lo largo de los últimos años se ha ido reforzando tanto en recursos humanos como materiales. Destacar las

mejoras en la implantación y potenciación de la oncología médica en todas las áreas de salud y la extensión de la oncología radioterápica:

- **Oncología Médica** en 13 CA y hospitales (excepto en el Hospital Medina del Campo y 55 especialistas, con una tasa de 2,15 profesionales 100.000 hab).
- **Hospital de Día**, número de puestos en Oncohematología: 217 (2012)
- **Oncología Radioterápica**, en 5 CA y hospitales (CAU Burgos, CAU León, CAU Salamanca, HCU de Valladolid y CA Zamora); 27 especialistas (tasa de 1,05 por 100.000 hab)
- **Equipamiento**, 10 aceleradores lineales (incluida la tomoterapia del CAU de Salamanca) y dispositivos para tratamiento de braquiterapia ginecológica, entre otros.

Evaluación: Actualmente no se dispone de un sistema de información que permita recoger los indicadores establecidos en el objetivo de forma sistemática. Se ha evaluado el intervalo diagnóstico-terapéutico, utilizando como fuente de información el estudio de "Evaluación de la Estrategia de Atención al Cáncer en la Comunidad de Castilla y León" de la Fundación Avedis Donabedian. Según la información disponible, el indicador no alcanza el estándar establecido. Sin embargo, hay que destacar el esfuerzo realizado en la Comunidad en el ámbito de la oncología médica y radioterápica. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE-32: Mejorar la calidad del diagnóstico y del tratamiento implantando en todas las áreas la oncoguía de cáncer de mama.

INDICADOR: Relación de áreas con "*Oncoguía de cáncer de mama*" implantada

M62: Implantación y revisión del proceso clínico "*Oncoguías: cáncer de mama*", que establece los criterios y tiempos de intervención.

Desde el año 2008, los Planes Anuales de Gestión, teniendo en cuenta los objetivos establecidos en el III Plan de Salud, han introducido objetivos que se han orientado hacia la implantación progresiva de la Oncoguía en todas las áreas de salud.

Así mismo, se han establecido circuitos para la derivación de las pacientes provenientes del PDPCM (Programa de detección precoz del cáncer de mama) y sistemas de registro para la valoración y seguimiento de los tiempos de los subprocesos de la Oncoguía relacionados con el diagnóstico de las pacientes derivadas del PDPCM.

Evaluación: La Oncoguía de cáncer de mama está implantada en todas las áreas de salud de la Comunidad. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-33: Mejorar la calidad de tratamiento quirúrgico incrementando las tasas de cirugía conservadora efectiva.

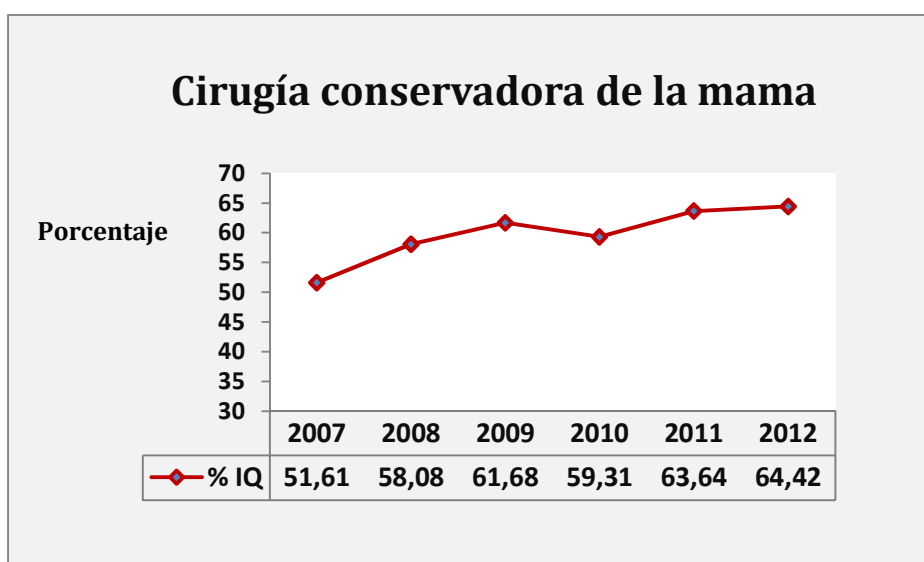
INDICADOR: Porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama.

M63: Extender el uso de cirugía conservadora, evaluando los protocolos existentes de manejo quirúrgico de cáncer de mama. Promover un estudio multicéntrico.

El tratamiento conservador de la mama ha mostrado que los resultados, en términos de supervivencia global, son equivalentes a los resultados de una cirugía más radical para un determinado tamaño tumoral. Actualmente representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de pequeño tamaño o en aquellos de mayor tamaño susceptibles de recibir quimioterapia coadyuvante para reducir su dimensión.

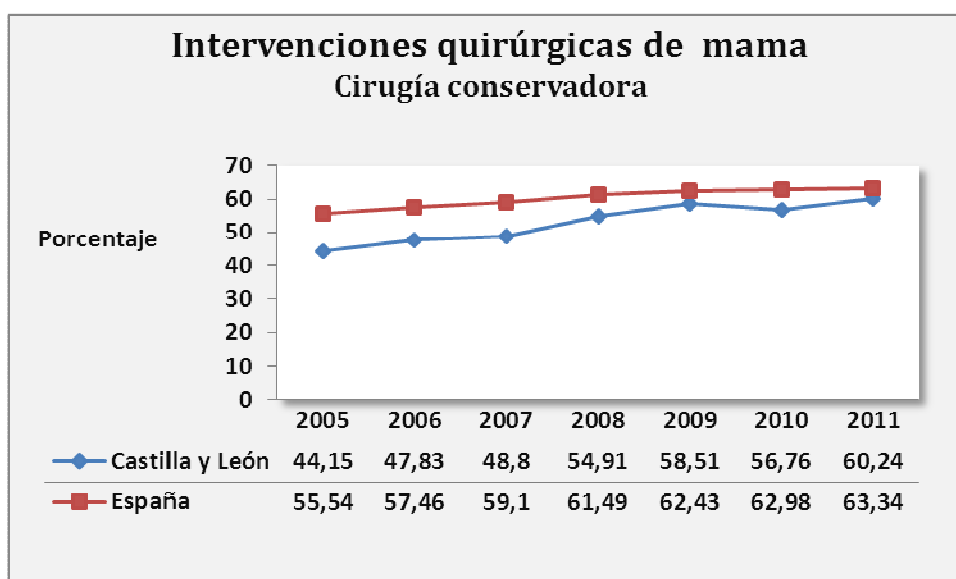
Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos proporcionados por el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Castilla y León (CMBD) - número de altas con procedimiento quirúrgico conservador (todo tratamiento quirúrgico que no suponga una mastectomía radical o modificada) dividido entre el número total de altas con cualquier procedimiento quirúrgico de extirpación de cáncer de mama -.

Según la fuente, el porcentaje de cirugía conservadora en nuestra comunidad se ha ido incrementando paulatinamente a lo largo del periodo de vigencia del plan, situándose en 2012 en un porcentaje de 64,42%.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. 2013

Los Indicadores Clave del SNS también aportan datos de este indicador, aunque las cifras son algo inferiores a las obtenidas a partir de nuestro sistema de información. La conclusión es la misma, reflejando para Castilla y León un aumento progresivo de la cirugía conservadora, con cifras que se van aproximando a las del conjunto del SNS.



Fuente: Indicadores Clave del SNS, MSIII, 2013

Evaluación: Todas las fuentes de información analizadas reflejan un incremento del tratamiento conservador de mama. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-34: Mejorar en todas las áreas de salud la accesibilidad a las técnicas de reconstrucción mamaria.

INDICADORES: Relación de técnicas de reconstrucción. Porcentaje de reconstrucciones en mujeres con mastectomía radical por área.

La elevada supervivencia del cáncer de mama, tumores diagnosticados a edades cada vez más jóvenes y el que la mama tenga un importante componente dentro de la estética y la belleza corporal de la mujer, han hecho que cada día se demanden más técnicas rectoras de la mama.

En la actualidad, existen muchas técnicas para reconstruir la mama. La decisión de reconstruir la mama debe ser siempre personal y basada en una buena información. La reconstrucción mamaria puede realizarse al mismo tiempo que se extirpa la mama como parte del tratamiento del cáncer de mama (reconstrucción inmediata), o en una intervención quirúrgica distinta (reconstrucción diferida). En ambos casos, la reconstrucción puede realizarse empleando tejidos autólogos (tejidos de la propia paciente: colgajo pediculado, miocutáneo, libre o microquirúrgico), mediante implantes (prótesis definitiva, prótesis expansora, expansores) o técnicas mixtas, con implante más colgajo.

En general, se realiza la reconstrucción diferida pero cada vez se realizan más técnicas de reconstrucción inmediata que son abordadas por los cirujanos que integran las Unidades de Patología de la Mama.

En la Comunidad, existen cuatro centros con Servicio de Cirugía Plástica: el CAU de Burgos, CAU de León, CAU de Salamanca y el HRH de Valladolid, que actúan como centros de referencia en cirugía rectora de la mama.

Evaluación: Actualmente, son varias las técnicas de reconstrucción de mama que se realizan en los centros sanitarios de la comunidad. Cada vez se utilizan más las técnicas de reconstrucción inmediata. **El objetivo se considera conseguido.**

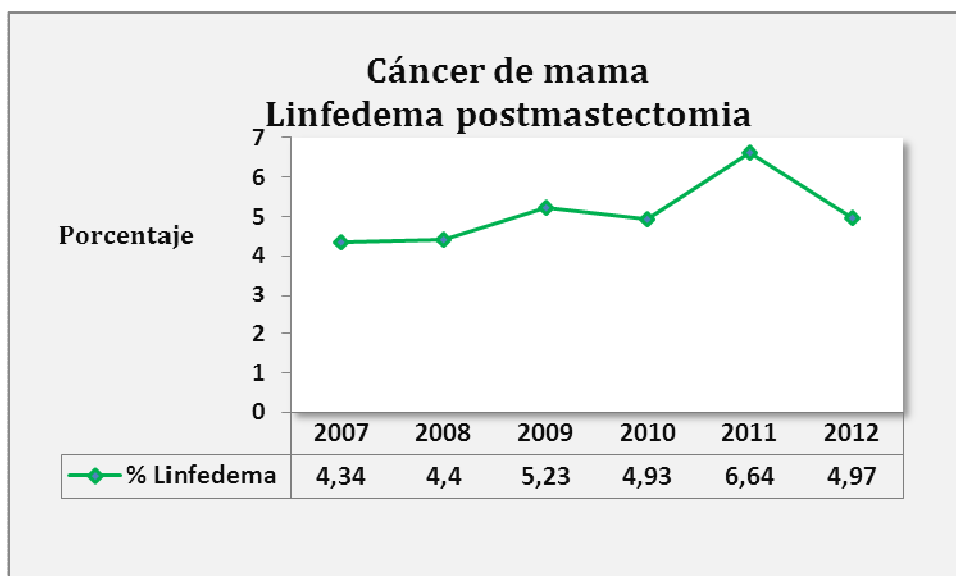
OE-35: Mejorar la prevención y atención al linfedema ofertando en todas las áreas fisioterapia para drenaje linfático.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes intervenidas de cáncer de mama que desarrollan linfedema. Porcentaje de mujeres con linfedema en tratamiento rehabilitador

M 65: Mejorar la oferta de rehabilitación (drenaje linfático) en todas las linfadenectomías y la formación en medidas de prevención del linfedema.

El tratamiento del cáncer de mama puede comportar unos efectos secundarios importantes que afectan a la calidad de vida de las pacientes. La técnica del ganglio centinela ha reducido la morbilidad, incrementando la calidad de vida, pero en aquellas ocasiones en las que es necesario vaciar los ganglios de la axila, operación conocida como linfadenectomía, puede aparecer un linfedema. La incidencia de linfedema es muy difícil de evaluar y se han descrito cifras muy variables, en un rango que puede variar entre un 2,4% a un 56%. En general, se estima que una de cada cuatro mujeres con cáncer de mama puede desarrollar un linfedema. La instauración de un tratamiento precoz es fundamental para prevenir no sólo la aparición de linfedema sino también de otras complicaciones como infecciones.

Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos aportados por el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Castilla y León, a través del cual se ha evaluado el **porcentaje de mujeres intervenidas mediante mastectomía que han desarrollado linfedema**. A lo largo del periodo de vigencia del Plan se han realizado 3.413 mastectomías habiéndose desarrollado linfedema en 173 mujeres, lo que supone un porcentaje global del 5,07%.



Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud, 2013

Formación en medidas de prevención del linfedema

Hoy en día, muchos hospitales disponen de protocolos de prevención de linfedema basados en la educación sanitaria de las pacientes que instruyen en el inicio precoz de una serie de ejercicios específicos para evitar su aparición.

En Castilla y León, 11 de los 14 hospitales y complejos asistenciales de la comunidad realizan algún tipo de programa de prevención de linfedema, bien a través de consultas específicas de enfermería o bien a cargo de los fisioterapeutas de los servicios de Rehabilitación.

Atención al linfedema: drenaje linfático

La prestación de este servicio se realiza con medios propios. Todos los centros sanitarios disponen de servicios de Rehabilitación, en su mayoría con programas específicos para el tratamiento del linfedema y fisioterapeutas formados en este ámbito. El drenaje linfático es ofertado a las pacientes cuando aparece el problema. No obstante, al tratarse de un problema crónico cuando aparece, necesita una intervención más continuada que en estos momentos no parece que se esté realizando. Actualmente no se dispone de un sistema de información que permita recoger información sobre las mujeres con linfedema que realizan tratamiento rehabilitador.

Evaluación: Los datos reflejan una proporción muy baja de casos de linfedema en pacientes mastectomizadas. Posiblemente, el CMBD hospitalario no sea el sistema de información más adecuado para estimar los casos de linfedema, teniendo en cuenta que este problema se puede desarrollar en cualquier momento tras la cirugía, a veces incluso meses después de la misma. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-36: Mejorar la calidad del tratamiento quirúrgico extendiendo la técnica del "ganglio centinela".

INDICADOR: Relación de hospitales que aplican técnica de ganglio centinela y resultados de actividad

M 64: Dotar a todos los centros que tienen Medicina Nuclear, para poder protocolizar el estudio del "ganglio centinela", reduciendo linfadenectomías innecesarias.

La **Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela** es una técnica que evita linfadenectomías innecesarias y disminuye la morbilidad. La realización de esta técnica requiere la actuación coordinada de un equipo multidisciplinar que incluye cirujano/ginecólogo, anatomopatólogo y un especialista en medicina nuclear. En nuestra comunidad, la técnica está disponible en los cuatro hospitales de Sacyl que tienen servicio de Medicina nuclear, y que constituyen centros de referencia regional, son el CAU de Burgos, el CAU de León, el CAU de Salamanca y H. Clínico Universitario de Valladolid. Adicionalmente, llevan a cabo esta técnica, los complejos asistenciales de Ávila, Palencia, Segovia, Soria y Zamora, así como el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro, el H El Bierzo y el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, en colaboración con sus centros de referencia.

Evaluación: La técnica del ganglio centinela se realiza en 12 de los 14 hospitales o complejos asistenciales de la Comunidad. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-37: Mejorar el apoyo psicosocial a los pacientes y familiares ofertándolo en todos los hospitales.

INDICADOR: Relación de hospitales con oferta sistemática de apoyo psicosocial a pacientes y familiares de cáncer de mama.

M 66: Facilitar apoyo psicológico a pacientes y familiares que lo precisen, a lo largo del proceso asistencial.

M 67: Promover la cirugía de cáncer de mama sin ingreso.

En los enfermos oncológicos, en general, es fundamental valorar la necesidad de apoyo psicológico a la paciente y/o sus familiares. Hay evidencias suficientes de que las intervenciones en este ámbito mejoran las alteraciones psicológicas propias de este proceso, reduciendo los efectos locales de las diferentes terapias.

En nuestra comunidad, todos los centros ofrecen apoyo psicológico al paciente y/o las familias aunque, en general, no se hace de forma rutinaria o protocolizada en el manejo habitual del cáncer de mama. Sólo un centro incluye en su equipo multidisciplinar un psicólogo (CAU de Salamanca). En el resto, se utilizan los recursos del centro, mediante interconsulta cuando el especialista detecta alguna situación de riesgo en el caso de pacientes ingresadas, o a través de los Equipos de Salud Mental en pacientes ambulatorias.

Existe un convenio general con la Asociación Española contra el Cáncer que ofrece este tipo de apoyo. El proyecto que desarrolla se denomina "Primer Impacto" y se trata de un programa de acogida a los pacientes recién diagnosticados de cáncer y a sus familias.

Evaluación: En general, todos los centros disponen de este servicio, no de forma específica, pero sí utilizando recursos del propio hospital o del área. Destacar así mismo, el convenio con la AECC que permite el desarrollo de actividades de apoyo a pacientes y familiares en los centros hospitalarios. **El objetivo se considera conseguido.**

TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS

El cáncer de pulmón sigue siendo uno de los tumores con peores datos de supervivencia. Se observa que se está produciendo una estabilización de casos en los hombres pero aumentan los casos en las mujeres, en quienes también aumenta la mortalidad. La prevención primaria evitando el tabaco es fundamental. Una vez detectado el tumor, el tratamiento y seguimiento del paciente debe seguir los criterios de calidad establecidos en las guías clínicas. En la actualidad se pueden abordar más medidas activas que anteriormente.

TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS		
OG-15	Frenar la tendencia ascendente de la incidencia del cáncer de pulmón.	NO CONSEGUIDO
OG-16	Mejorar las tasas de supervivencia a los cinco años y situarlas por encima del 14%.	NO EVALUABLE
OG-17	Frenar la tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer de pulmón.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-18	Frenar la tendencia ascendente de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por cáncer de pulmón.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-39	Mejorar el tratamiento aumentando el número de pacientes a los que se les realiza valoración quirúrgica específica.	NO EVALUABLE
OE-40	Mejorar la atención del cáncer de pulmón implementando la Oncoguía correspondiente en todas las Áreas.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-41	Mejorar el tratamiento incrementando el porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que reciben quimioterapia.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-42	Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de quimioterapia en pacientes con metástasis.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-43	Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de radioterapia en los casos localmente avanzados.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-44	Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de radioterapia paliativa en pacientes con metástasis.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

OE-45	Reducir el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón por exposición al amianto.	CONSEGUIDO
OE-46	Incrementar el porcentaje de pacientes atendidos en unidades específicas de cuidados paliativos.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-47	Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer común a otros tipos de tumores.	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

Según los últimos datos del IARC, la incidencia de cáncer de pulmón en España continua aumentado aunque la tasa es similar a la de los países de nuestro entorno. Los datos de incidencia del Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León, muestran que la tasa de incidencia ha aumentado en el periodo de estudio.

En cuanto a la mortalidad se observa que la tasa ajustada por edad para el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios refleja una mayor estabilidad en el caso de los hombres, no así en el caso de las mujeres, que presenta una tendencia ascendente. En ambos casos, las cifras son inferiores a las del conjunto del SNS. Situación muy similar sucede con respecto a la tasa de APVP, que disminuye en los hombres pero no así en las mujeres.

El grado de implantación de la Oncoguía no es homogéneo en los centros de la Comunidad. Los sistemas de información disponibles no permiten el análisis pormenorizado de los diferentes tratamientos aplicados en pacientes con esta patología por lo que se ha realizado un análisis global. Se observa que la evolución de la actividad en las consultas de Oncología Médica a lo largo del periodo de estudio ha aumentado, con un incremento del 40% en primeras consultas. Así mismo, se están mejorando de forma progresiva y muy importante los servicios y secciones de Oncología Radioterápica. En cuanto al equipamiento, la inversión en alta tecnología y en especial la adquisición de equipos para el tratamiento del cáncer, ha sido uno de los campos que más relevancia adquirió en el I Plan de Infraestructuras 2002-2010, con un notable refuerzo de las unidades de radioterapia de los hospitales de la Comunidad.

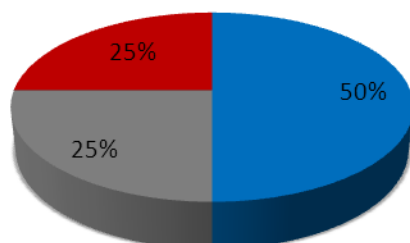
Los recursos en el ámbito de cuidados paliativos también se han visto reforzados en los últimos años, con 78 camas en la UHCP, equipos de soporte domiciliario o la hospitalización a domicilio. Entre los retos futuros está la elaboración del proceso asistencial integrado de cuidados paliativos y la creación de nuevas Unidades Hospitalarias en Cuidados Paliativos (UHCP) para completar la dotación de unidades propias en todas las áreas de Salud, todo ello condicionado a la aprobación de la Estrategia Regional en Cuidados Paliativos.

En otro orden de cosas y en cumplimiento de la normativa vigente, en Castilla y León se han establecido las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la protección de los trabajadores contra los riesgos derivados de la exposición al amianto durante el trabajo, así como la prevención de tales riesgos.

El grado de consecución de los objetivos generales es del 50% parcialmente conseguido, 25% no evaluables y 25% no conseguidos. En cuanto a los objetivos específicos un 22% de conseguidos, el 67% de parcialmente conseguidos y un 11% no evaluables.

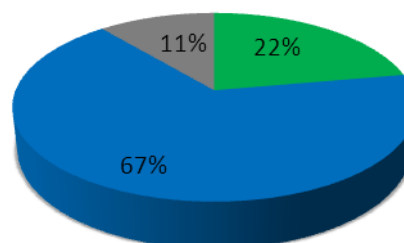
TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS

Objetivos Generales



■ Parcialmente conseguido
■ No evaluable
■ No conseguido

Objetivos Específicos



■ Conseguido
■ Parcialmente conseguido
■ No evaluable

OG-15: Frenar la tendencia ascendente de la incidencia del cáncer de pulmón.

INDICADOR: Tasa de incidencia de cáncer de pulmón, tráquea y bronquios

La incidencia del cáncer en una población definida geográficamente se conoce mediante la implantación de un sistema de registro de todos los casos nuevos. En Castilla y León, existe el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León que depende funcionalmente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Hay que tener en cuenta las limitaciones que aún presenta el registro, en especial, su exhaustividad, debido a que los datos no comprenden ni todos los registros ni todos los años de estudio, puesto que la incorporación de los datos de cada provincia ha sido progresiva. Estas limitaciones hacen difícil valorar los datos aportados.

Los datos de incidencia del Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León muestran que la **tasa de incidencia – casos nuevos por 100.000 hab-** ha aumentado en el periodo de estudio pasando de 50,32 a 53,17 casos por 100.000 hab. para el conjunto de la población.

Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios. Castilla y León					
Incidencia (tasa bruta)					
	2007	2008	2009	2010	2011
Casos nuevos/ 100.000 hab	50,32	53,53	53,29	50,20	53,17
Fuente: Registro poblacional de cáncer de Castilla y León. DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes (datos parciales y provisionales)					

A nivel nacional existen varios registros poblacionales en diferentes CC. AA. que aportan datos al IARC (Agencia Europea de Investigación sobre Cáncer) quien a partir de ellos, y

de los de otros países, realiza estimaciones sobre incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer por países y regiones.

Según los últimos datos del IARC, la incidencia de cáncer de pulmón en España continua aumentado aunque la tasa es similar a la de los países de nuestro entorno. Por sexos, se observa que ha aumentado en ambos. En hombres, la tendencia de la incidencia muestra un aumento progresivo de nuevos casos de cáncer, con cifras superiores a la media europea. En mujeres, también se produce un incremento importante de la tasa, que todavía presentan una incidencia de cáncer de pulmón bastante inferior a los hombres, pero que reflejan ya el cambio en los patrones de consumo de tabaco. Sin embargo, es inferior a la de las mujeres europeas debido al desfase en relación al consumo de tabaco, que en mujeres españolas no empezó hasta los años setenta y desde entonces continua creciendo.

Incidencia de cáncer de pulmón, tráquea y bronquios. España				
Tasas ajustadas por 100.000 hab (población estándar europea)				
	2008 ¹		2012 ²	
	España	Reg. Europea	España	UE-27
Hombres	53,3	48,1	76,8	66,3
Mujeres	7,7	12,7	15,7	26,1
Ambos	28,8	28,2	43,5	44,1

Fuente: ¹ GLOBOCAN / ² EUCAN. Adaptado de Ferlay y col. IARC

Evaluación: Las fuentes de información consultadas reflejan que los casos nuevos registrados siguen aumentando en nuestro país. **El objetivo se considera no conseguido.**

OG-15: Frenar la tendencia ascendente de la incidencia del cáncer de pulmón

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de incidencia	50,32	53,17	Creciente	No conseguido

OG-16: Mejorar las tasas de supervivencia a los cinco años y situarlas por encima del 14%

INDICADOR: Supervivencia a los 5 años de cáncer de pulmón, tráquea y bronquios

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido, es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida, los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos.

Los datos de supervivencia pueden obtenerse de varias fuentes pero para valorar el impacto real de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes afectos de cáncer es necesario disponer de información poblacional.

El Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León se encuentra en fase de consolidación y no dispone de información sobre la supervivencia de los pacientes, entre otros motivos por la imposibilidad de acceder a la información del Registro de Mortalidad.

Para evaluar el objetivo, se utiliza como fuente de información los datos de supervivencia de EUROCARE. EUROCARE es la única fuente homogénea y sistematizada de información existente en Europa que permite la interpretación de los resultados y la comparación entre países. Si la supervivencia para un tipo de cáncer determinado en un país es marcadamente inferior a la supervivencia de otros países de nivel económico y desarrollo similares, es una clara indicación de que el sistema asistencial no está funcionando y requiere un análisis más profundo.

Los últimos datos disponibles de supervivencia se han obtenido de EUROCARE-4, estudio que incluye más de 13 millones de casos de cáncer de los registros de los 23 países participantes, diagnosticados entre 1978 y 2002.

Según los datos de EUROCARE, la supervivencia relativa para todos los tumores en los pacientes españoles es semejante a la de los países de nuestro entorno. El cáncer de pulmón, tráquea y bronquios destaca por su mala supervivencia (inferior al 20% a los cinco años), debido a que, generalmente, se diagnostica en fases muy avanzadas o no disponen de tratamientos efectivos. En España, la supervivencia relativa a los 5 años es peor en hombres (10,68%) que en mujeres (16,17%). Con respecto a los países de nuestro entorno, la supervivencia es mejor en las mujeres y peor en hombres.

Supervivencia relativa por tipo de tumor en población adulta (15-99 años)				
	ESPAÑA		EUROCARE	
	Número de casos	Supervivencia relativa a los 5 años (%)	Número de casos	Supervivencia relativa a los 5 años (%)
CÁNCER DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS				
Ambos sexos	11.334	11,25	338.755	12,21
Hombres	10.215	10,68	234.992	11,59
Mujeres	1.119	16,17	103.763	14,16
TODOS LOS TUMORES				
Ambos sexos	85.611	51,08	2.572.428	52,03
Hombres	50.550	44,78	1.316.229	45,87
Mujeres	35.061	59,62	1.256.199	58,22

Fuente: EUROCARE 4. Datos de supervivencia para tumores diagnosticados entre 1995-1999.

En el estudio EUROCARE 4, se ha analizado la supervivencia de los cánceres diagnosticados entre los años 2000-2002 para Europa en su conjunto. En el caso del tumor de pulmón, tráquea y bronquios, la supervivencia relativa a los 5 años ha disminuido al 12%; a los 10 años la supervivencia relativa es de un 8,7%.

Evaluación: Objetivo no evaluable en Castilla y León.

OG-17: Frenar la tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer de pulmón

INDICADOR: Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios.

El cáncer de pulmón es el tumor más importante en cuanto a mortalidad en el mundo. Presenta un patrón diferente entre hombres y mujeres, de manera que tanto la incidencia como la mortalidad son más elevadas en hombres, reflejando el retraso en la adquisición del hábito tabáquico y el menor riesgo laboral de las mujeres.

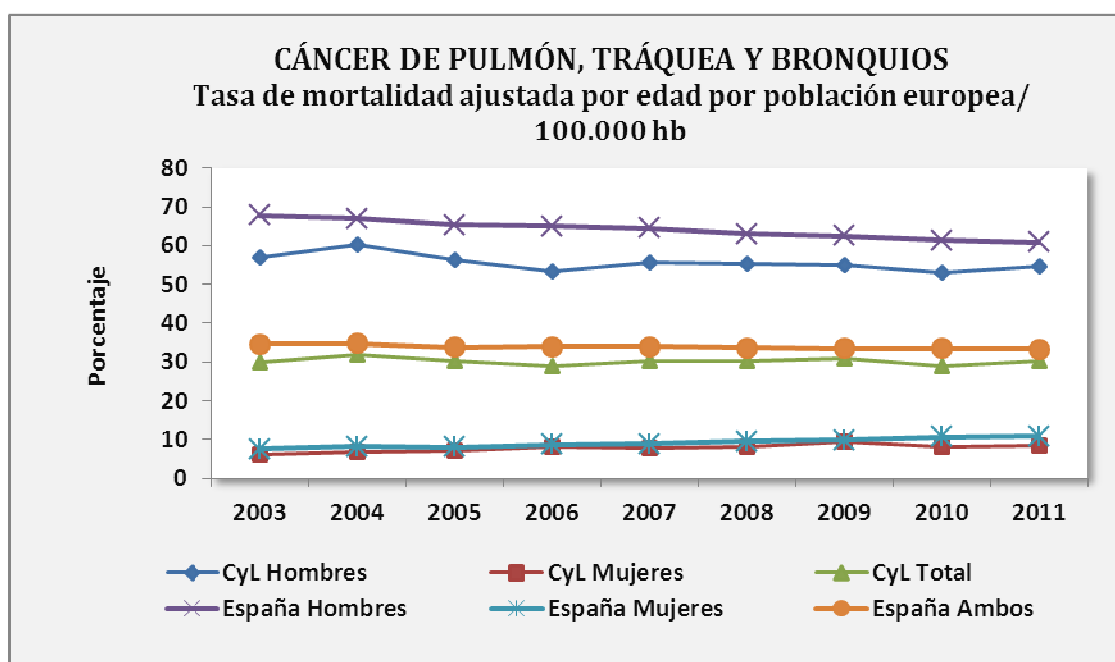
En Castilla y León, en el año 2011 según datos del Instituto de Salud Carlos III, 1.244 personas murieron debido a este tumor, muchos más que por cualquier otro tipo de cáncer. Es el tumor más frecuente en los hombres causando 1.067 muertes, el 23,48% de las muertes producidas por tumores malignos. En las mujeres, fue el sexto tumor más letal, causante de 177 muertes en ese mismo año, el 6,02 % del total de muertes producidas por tumores malignos. La tasa bruta de mortalidad fue de 50,08 casos por 100.000 hab (87,1 en hombres; 14,06 en mujeres).

Para evaluar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III, que aporta datos sobre la **tasa de mortalidad estandarizada por edad por población europea por 100.000 habitantes (TMEE)**, siendo el último dato disponible el año 2011.

En Castilla y León, la TMEE fue de 54,62 muertes por 100.000 hab en hombres y 8,50 en mujeres. La razón entre hombres y mujeres es de 6,43. Esta razón ha descendido en los últimos años (7,25 en 2007) y refleja el paulatino abandono del hábito tabáquico en los hombres y la incorporación de las mujeres al mismo.

	Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios				
	Mortalidad: Tasa ajustada por edad por población europea por 100.000 hab.				
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Hombres	55,61	55,17	54,96	52,94	54,62
Mujeres	7,67	7,98	9,34	8,15	8,50
Total	30,16	30,2	30,75	28,91	30,17
España					
Hombres	64,43	63,03	62,45	61,31	60,81
Mujeres	8,91	9,58	9,78	10,75	10,79
Total	33,93	33,68	33,52	33,52	33,34
Fuente: ISCIII, 2013					

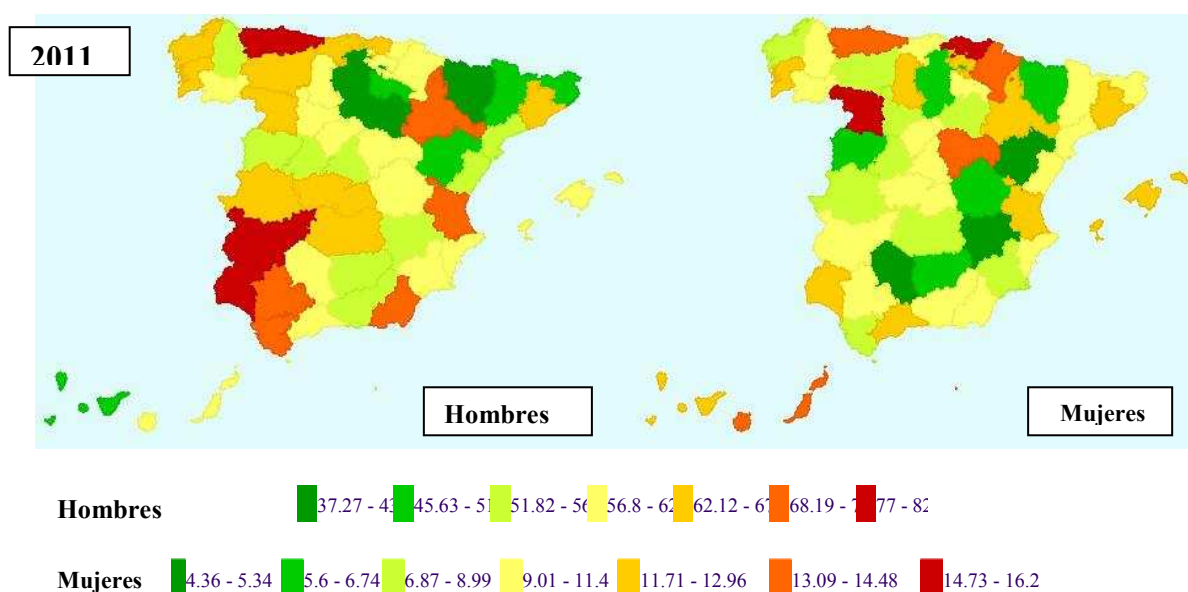
La evolución temporal muestra una situación estable en su conjunto, pero con tendencia descendente en el caso de los hombres y ascendente en mujeres.



Fuente: Instituto de Salud Carlos III.

Las cifras en Castilla y León reflejan una mejor situación para este tipo de tumor que a nivel nacional, con cifras de mortalidad superiores tanto en hombres como en mujeres. La tendencia temporal a nivel nacional es similar, con descenso de las cifras en varones y ascenso en las mujeres.

El análisis de la TMEE por provincias, refleja que en el caso de los hombres hay dos provincias que superan la media nacional: León (62,51) y Zamora (62,21) y en el caso de las mujeres, son tres las que superan la media: Zamora (14,73), Palencia (12,33) y Segovia (11,40).



Fuente: Mapas de mortalidad: TMEE por cáncer de pulmón. Programa Ariadna. ISCIII

Evaluación: La tasa de mortalidad ajustada por edad para el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios refleja una mayor estabilidad en el caso de los hombres, no así en el caso de las mujeres, que presenta una tendencia ascendente. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OG-17: Frenar la tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer de pulmón

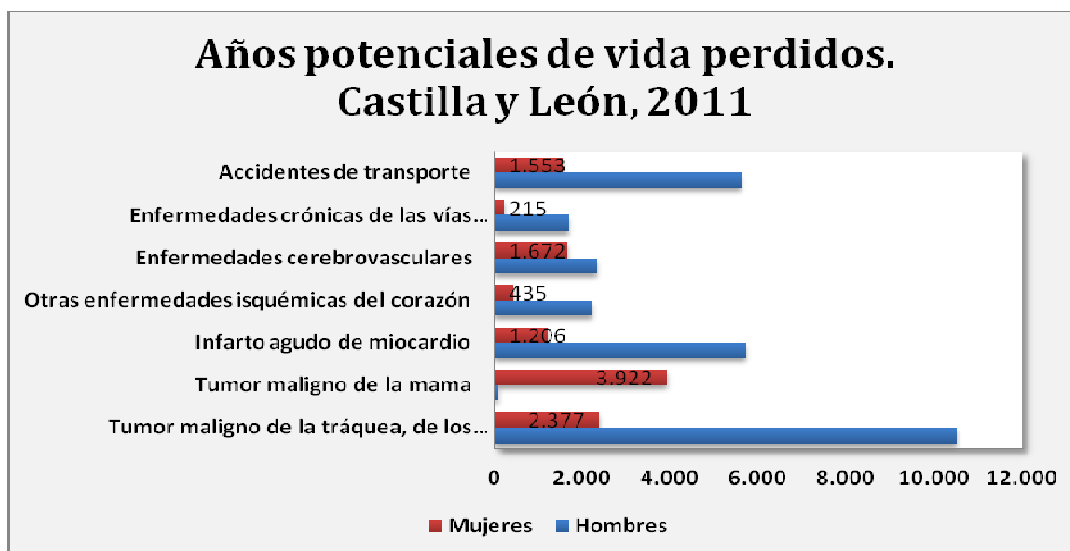
	2007	2011	Tendencia	Evaluación
TMEE/ 100.000 hab	33,93	33,34	Estable	Parcialmente conseguido

OG-18: Frenar la tendencia ascendente de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por cáncer de pulmón

INDICADOR: Tasa de APVP por cáncer pulmón, tráquea y bronquios

La mortalidad prematura, o número medio de años potenciales de vida perdidos (APVP), son los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad que no es la habitual de defunción fijada para ese colectivo. Es una medida de la mortalidad que teóricamente se podría evitar pues las muertes sanitariamente evitables son las que están relacionadas con la actividad de los servicios sanitarios.

En Castilla y León, se han calculado en casi 125.000 los APVP en 2011, de los cuales el 9,53% (12.885 APVP) se pierden a causa de este tipo de tumor. Por sexos, la situación es diferente, 10.508 son APVP en hombres y 2.377 en mujeres. Supone la primera causa de mortalidad prematura en los varones mientras que en las mujeres se sitúa por detrás de otros problemas de salud analizados en este Plan de salud, como el cáncer de mama.



Para evaluar el indicador se analiza la tasa de años potenciales de vida perdidos por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios, utilizando como fuente de información, los datos del Instituto de Salud Carlos III sobre mortalidad, que aporta datos sobre **la tasa de APVP estandarizada por edad por población europea por 100.000 hab.** (Último dato disponible, 2011).

En el año 2011, la tasa de APVP en Castilla y León fue de 233 APVP por 100.000 hab, (355 en hombres; 109 en mujeres). La edad media de fallecimiento por cáncer de pulmón en hombres fue de 71,49 años mientras que en mujeres es algo inferior, 68,92 años, con tendencia descendente en el caso de los hombres y ascendente en el de las mujeres.

Con respecto a España, la tasa en hombres se sitúa por debajo de la media, no así en mujeres, que presenta una tasa superior en Castilla y León, superándola por primera vez en el periodo de estudio. La evolución temporal a nivel nacional es similar, descenso en varones y aumento en mujeres.

Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios					
Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Hombres	415,28	399,46	373,93	307,78	355,1
Mujeres	80,05	91,86	94,44	89,60	109,59
Ambos	249,92	247,83	235,99	199,82	233,62
España					
Hombres	409,88	394,47	376,42	365,94	359,07
Mujeres	95,03	101,42	102,31	110,51	106,59
Ambos	249,30	244,90	236,30	235,21	229,84

Fuente: ISCIII
Nota: Tasa de APVP ajustada a población europea por 100.000 hab

Evaluación: Globalmente, la tasa presenta una tendencia descendente, pero por sexos, sólo se consigue en hombres no así en mujeres, por lo que el objetivo está **parcialmente conseguido**.

OG-18: Frenar la tendencia ascendente de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por cáncer de pulmón

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
TASAE APVP/ 100.000 hab	249,92	233,62	Descendente	Parcialmente conseguido

OE-39: Mejorar el tratamiento aumentando el número de pacientes a los que se les realiza valoración quirúrgica específica.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes diagnosticados con tratamiento quirúrgico.

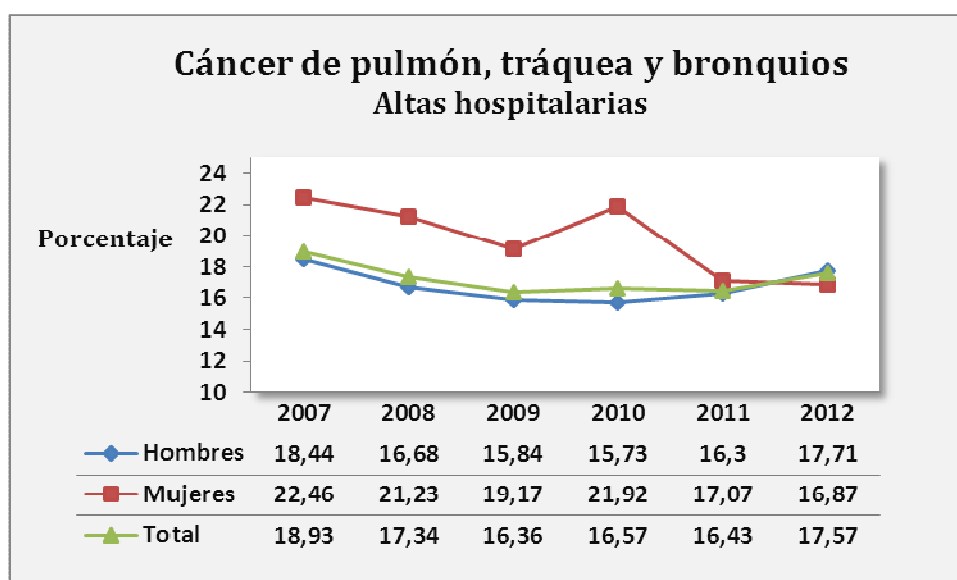
M 78: Impulsar el funcionamiento de los comités de tumores interáreas, mediante video conferencias y digitalización de las imágenes de exploraciones diagnósticas.

La cirugía es la primera opción de tratamiento, la más eficaz, en los cánceres no microcíticos en estadios localizados. El tipo de cirugía dependerá del tamaño, localización y extensión del tumor. El objetivo es que cada paciente reciba el mejor tratamiento en función del estadio y adaptado a sus circunstancias. Para ello, se debe facilitar la valoración quirúrgica por parte de los servicios de Cirugía Torácica en todos aquellos casos en los que la cirugía está indicada.

Son dos los centros que disponen de Servicio de Cirugía Torácica, el CAU de Salamanca y el HCU de Valladolid, que actúan como centros de referencia para el resto.

Para evaluar este objetivo se planteó como indicador analizar la **evolución del porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón a los que, tras valoración específica, se les realiza tratamiento quirúrgico**. Se ha utilizado como fuente de información el CMBD de Castilla y León, utilizando como numerador los pacientes ingresados por esta causa a los que se realiza tratamiento quirúrgico sobre el total de pacientes ingresados por la misma causa.

El porcentaje de intervenciones quirúrgicas en cáncer de pulmón ha descendido ligeramente a lo largo del periodo. En los hombres este descenso se produce hasta 2011 y asciende en 2012. En mujeres ha descendido también en 2012, de forma que, por primera vez, el porcentaje de intervenciones quirúrgicas se sitúa por debajo del de los hombres.



Fuente: CMBD. Consejería de Sanidad 2013

Un elemento importante es que el hospital disponga de un comité para la valoración previa a cualquier decisión terapéutica y en el que participen todos los profesionales implicados en el proceso. En Castilla y León, el CAU de Salamanca, el CA de Zamora y el Hospital de El Bierzo disponen de Comité específico de cáncer de pulmón. El resto de centros disponen de Comité de Tumores.

Actualmente, se ha digitalizado la imagen radiológica en todos los centros de Castilla y León siendo posible la utilización de imágenes para su valoración en otros centros. Así mismo, se ha regulado la segunda opinión médica para determinadas patologías, entre las que se encuentran los tumores. Para ello, la Gerencia Regional de Salud ha establecido un sistema de servicios de referencia en segunda opinión médica, que distribuye los centros de destino y especialidades médicas responsables de emitir el informe en función del centro de origen del paciente. En el año 2012, el motivo de solicitud de segunda opinión médica en el 81% de los casos corresponde a procesos de neoplasias malignas.

Evaluación: Es difícil valorar este objetivo a través del indicador establecido, pues la realización de cirugía en este tipo de tumores se ve afectada por muchas variables. **El objetivo se considera no evaluable.**

OE-40: Mejorar la atención del cáncer de pulmón implementando la Oncoguía correspondiente en todas las Áreas.

INDICADOR: Áreas con Oncoguía.

M 79. Revisar e implantar la Oncoguía sobre el cáncer de pulmón.

La Consejería de Sanidad elaboró en el año 2007, con la participación de un nutrido grupo de especialistas, la **Oncoguía sobre cáncer de pulmón**, con el objetivo de estandarizar el proceso asistencial "Cáncer de Pulmón" y disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención sanitaria a pacientes con esta neoplasia. Los objetivos específicos establecidos en el documento pretenden aumentar la seguridad de la estadificación clínica de los tumores y mejorar la efectividad de la terapéutica al seleccionar las pautas más adecuadas para cada estadio clínico, siguiendo las mejores evidencias disponibles en la literatura. No obstante, el grado de implantación de la Oncoguía presenta mucha variabilidad entre centros.

Evaluación: El grado de implantación de la Oncoguía no es homogéneo en los centros de la Comunidad. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-41: Mejorar el tratamiento incrementando el porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que reciben quimioterapia

INDICADOR: Porcentaje de pacientes intervenidos tratados con quimioterapia

OE-42: Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de quimioterapia en pacientes con metástasis.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con metástasis tratados con quimioterapia

OE-43: Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de radioterapia en los casos localmente avanzados

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con tumores localmente avanzados tratados con radioterapia

OE-44: Mejorar el tratamiento incrementando la utilización de radioterapia paliativa en pacientes con metástasis

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con metástasis tratados con quimioterapia y radioterapia paliativa

M 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.

Junto con el indicador anterior, el objetivo de todos los indicadores incluidos en este objetivo es que todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia, tengan acceso al tratamiento más adecuado. Para ello es necesario que los profesionales

dispongan de la mejor información posible para la toma de decisiones. Mejorar tanto la dotación de recursos humanos como el equipamiento son aspectos fundamentales para conseguir el objetivo.

La Gerencia Regional de Salud está llevando a cabo una importante potenciación y refuerzo de los servicios y secciones de **Oncología Médica**, con la creación de dichas secciones en aquellas áreas de salud que no disponían de la prestación y con un incremento progresivo de recursos humanos en los servicios ya existentes. Actualmente existen Servicios de Oncología Médica en 13 hospitales, incluidos los hospitales Santos Reyes de Aranda de Duero y Santiago Apóstol de Miranda de Ebro, que entraron en funcionamiento en 2009. Sólo el H. Medina del Campo no dispone de este servicio en su cartera.

La evolución de la actividad en las consultas de Oncología Médica a lo largo del periodo de estudio ha aumentado a lo largo del periodo de vigencia del Plan, con un incremento del 40% en primeras consultas.

Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios. Castilla y León						
Actividad en consultas externas en Oncología médica						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primeras consultas	7.858	8.129	9.625	9.912	10.846	11.051
Sucesivas	96.888	107.068	106.176	122.601	136.742	142.976
Totales	104.746	114.519	115.801	132.513	147.588	154.027

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

Se ha ampliado el número de puestos de **Hospital de Día Oncohematológico** (63 puestos más; + 40%), para la aplicación de tratamientos de quimioterapia.

Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios. Castilla y León						
Hospital de Día Oncohematológico						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Puestos (n)	154	164	166	192	201	217
Tratamientos (n)	89.642	95.180	98.774	83.692	107.908	108.379

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

Así mismo, se están mejorando de forma progresiva y muy importante los servicios y secciones de **Oncología Radioterápica**. Actualmente Sacyl cuenta con esta prestación en la cartera de servicios de cinco de sus centros: CAU de Burgos, CAU de León, CAU de Salamanca, HCU de Valladolid y CA de Zamora, que actúan como servicios de referencia.

En cuanto al equipamiento, la inversión en alta tecnología y en especial la adquisición de equipos para el tratamiento del cáncer, ha sido uno de los campos que más relevancia adquirió en el I Plan de Infraestructuras 2002-2010, con un notable refuerzo de las unidades de radioterapia de los hospitales de la Comunidad.

Actualmente estos servicios disponen de 10 aceleradores lineales (una unidad por cada 242.000 TSI), incluido el equipo de tomoterapia de alta gama que sustituyó a la bomba de

cobalto del CAU de Salamanca, equipo dotado de todos los sistemas que optimizan la irradiación de determinados tumores. Además, los equipos existentes se han equipado de los correspondientes TAC simuladores para localizar con precisión el tumor, de planificadores y de módulos complementarios para la realización de técnicas especiales (como la radioterapia de intensidad modulada). También se ha dotado a determinados centros con dispositivos para tratamiento de braquiterapia ocular (HCU de Valladolid), prostática (HCU de Valladolid) y ginecológica (CAU de Salamanca y HCU de Valladolid).

Todo ello, ha permitido mantener y aumentar la calidad asistencial y contribuir a mejorar la suficiencia en los tratamientos radioterápicos con recursos propios del sistema.

	Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios. Castilla y León						
	Tratamientos en Radioterapia*						Aceleradores Lineales
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
CAU de Burgos	696	729	655	668	751	628	2
CAU de León**	736	610	770	946	967	989	2
CAU de Salamanca	1.226	1.177	1.112	1.094	712	1.043	3
HCU de Valladolid***	540	691	828	931	1.096	1.121	2
CA de Zamora	397	371	430	388	397	420	1
Total	3.595	3.578	3.795	4.027	3.943	4.201	10

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

(*) Incluye tratamientos de RT convencional, externa y braquiterapia con medios propios

(**) CAU de León, el acelerador lineal inició actividad en mayo de 2009

(***) La braquiterapia de próstata inició actividad en septiembre de 2009

En cuanto a los profesionales, el incremento ha sido especialmente importante en Oncología médica, con 16 nuevos facultativos, lo que supone un incremento de más del 70%. Actualmente, la ratio de oncólogos médicos por cada millón de habitantes en Castilla y León es de 22, situándose dentro del rango establecido en el Primer Libro Blanco de la Oncología Médica en España, cuyas estimaciones oscilan entre 22 y 25 oncólogos, dependiendo de características locales como la dispersión de la asistencia o la insularidad.

Por su parte, la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, SEOR, en su Libro Blanco estima que, para una cobertura óptima de las indicaciones radioterápicas en un escenario de calidad, en España se requieren 19 oncólogos radioterápicos por millón de habitantes, estimación que debe ir vinculada a la disponibilidad de unidades de irradiación. Esta ratio se sitúa en Castilla y León en 11 profesionales por millón de habitantes.

	Recursos Humanos en Oncología					
	Evolución de facultativos por especialidad					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oncología médica	39	44	50	52	55	55
Oncología radioterápica	25	26	26	26	27	27
Radiofísica hospitalaria	23	24	24	25	25	25

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

Evaluación: No disponemos de ninguna fuente de información para poder calcular los indicadores establecidos, pero el esfuerzo realizado por mejorar la dotación en recursos humanos y en equipamiento ha sido muy notable a lo largo del periodo, por lo que podemos considerar el objetivo como **parcialmente conseguido**.

OE-45: Reducir el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón por exposición al amianto.

INDICADOR: Registro relacionado con la exposición laboral al amianto. Trabajos con amianto en los que se realiza evaluación de la exposición.

M81: Promover la vigilancia y el seguimiento de las medidas del Real Decreto 396/2006 para minimizar la exposición laboral al amianto.

M82: 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.

En el año 2007, Castilla y León aprobó el **Plan de actuaciones sanitarias en personas con exposición laboral a amianto** (Orden SAN/667/2007, de 2 de abril), plan que integra y coordina las diversas actuaciones dirigidas a fomentar el mayor nivel posible de salud de las personas que tienen, o han tenido, exposición laboral a amianto en la Comunidad.

El plan establece tres objetivos específicos:

- *Objetivo específico 1.* Mejorar el nivel de conocimiento de los problemas de salud relacionados con la exposición laboral a amianto: sistemas de información, formación e investigación.
- *Objetivo específico 2.* Impulsar la detección precoz de problemas de salud relacionados con la exposición laboral a amianto: vigilancia de la salud ocupacional y post-ocupacional.
- *Objetivo específico 3.* Fomentar la asistencia integral y la mejora de calidad de vida en las personas con problemas de salud relacionados con la exposición laboral a amianto: asistencia sanitaria y reconocimiento médico-legal de la enfermedad.

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, a través de la Unidad de Salud Laboral, es la responsable del seguimiento de la vigilancia de la salud que realizan los servicios de prevención de riesgos laborales a los trabajadores que por su trabajo pudieran estar expuestos al amianto.

Una de las actividades a realizar como parte del Programa para la Vigilancia de la Salud fue la creación de un Registro de trabajadores con antecedentes de exposición a amianto (TEAM), registro que por otra parte, ya venía funcionando desde el año 2005. El Registro conlleva la actualización permanente tanto de trabajadores que siguen con exposición laboral como de trabajadores que ya están jubilados o que ya no están expuestos así como el seguimiento de los mismos, con objeto de detectar precozmente problemas de salud relacionados con su exposición laboral a amianto.

A finales de 2012, el número de trabajadores registrados era de 2.807, de los cuales el 58% eran trabajadores que ya no están expuestos. La actividad de las empresas en las cuales hay un mayor número de trabajadores expuestos a amianto son, en primer lugar, las fábricas de fibrocemento seguidas por las empresas dedicadas a la captación, depuración y distribución de aguas así como las de transporte interurbano de pasajeros por ferrocarril.

Registro de trabajadores			
Resultados			
	Hombres	Mujeres	Total
Expuestos	1.140	29	1.169
Postexpuestos			
Activos			
En la misma empresa	629	29	658
En distinta empresa	364	115	479
Inactivos Jubilados	493	8	501
Total	2.626	181	2.807

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Castilla y León, 2013
Nota: Datos a diciembre de 2012

Periódicamente, todo trabajador que esté o haya estado expuesto a amianto en la empresa, se someterá a reconocimientos médicos con la periodicidad determinada por las pautas y protocolos correspondientes. Esta vigilancia de la salud se lleva a cabo por los Servicios de prevención de empresas, en el caso de los trabajadores activos, y por el Sistema Público de Salud, en el caso de los trabajadores pasivos.

En este sentido, se ha realizado un primer examen de evaluación a 1.772 trabajadores, el 63,13 % de los trabajadores incluidos en el registro, y 4.658 exámenes sucesivos.

Registro de trabajadores						
Examen de salud						
	Primer examen			Exámenes sucesivos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Expuestos	889	21	910	2.210	77	2.287
Postexpuestos						
Activos						
En la misma empresa	508	29	537	1.577	93	1.670
En distinta empresa	21	2	23	184	6	190
Inactivos Jubilados	296	6	302	504	7	511
Total	1.714	58	1.772	4.475	183	4.658

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Castilla y León, 2013

Se han detectado cerca de 200 casos de enfermedades relacionadas con la exposición al amianto, entre ellas: fibrosis pulmonar o asbestosis (54 casos), fibrosis pleural (19 casos),

mesotelioma pleural (13 casos), neoplasia laríngea (2 casos), además de 7 casos de neoplasia pulmonar.

		Enfermedades causadas por amianto		
		Valoración clínica global		
		Hombre	Mujer	Total
Expuestos		12	--	12
Postexpuestos				
	Activos			
	En la misma empresa	11	--	11
	En distinta empresa	30	--	30
	Inactivos Jubilados	143	1	144
Total		196	1	197

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Castilla y León, 2013

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León firmó en el año 2010 un Convenio de Colaboración con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (*RESOLUCIÓN de 25 de octubre de 2010, de la Dirección General de Relaciones Institucionales y Acción Exterior*) con la finalidad de establecer actuaciones conjuntas destinadas a evaluar, con criterios homogéneos, las posibles situaciones de incapacidad laboral temporal y/o permanente y, en su caso, el grado correspondiente de incapacidad.

Así mismo, existen cauces de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Economía y Empleo, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 11 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que contemplan actuaciones de coordinación entre ambas administraciones, para una más eficaz protección de la seguridad y la salud de los trabajadores.

En concreto, la Consejería de Economía y Empleo, a través de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales forma parte de la Comisión Técnica de Seguimiento del "Plan de actuaciones sanitarias en personas con exposición laboral al amianto en Castilla y León". Así mismo, realiza visitas de control a empresas con actividades laborales con riesgo de exposición al amianto. Entre los años 2007 y 2010 se han realizado 563 visitas en el sector de la construcción y 74 en otros sectores de actividad.

Visitas de control de trabajos con riesgo de amianto					
	2007	2008	2009	2010	Total
Sector de construcción	96	133	147	187	563
Otros sectores de actividad	9	15	25	25	74

Fuente: Memoria de Actuaciones de la DG de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales Junta de Castilla y León

Los programas de vigilancia de la salud de trabajadores expuestos a amianto ofrecen una buena ocasión para el **estudio del hábito tabáquico y para practicar el consejo**

antitabáquico. En el caso del amianto es incuestionable debido a la sinergia que ejerce el tabaco para la aparición de efectos nocivos relacionados con la exposición laboral a esta sustancia, como es el cáncer de pulmón, el mesotelioma, entre otros tipos de cánceres, así como cuadros de EPOC.

El consejo antitabaco se realiza a los trabajadores a través de las Unidades de Salud Laboral de los Servicios Territoriales de Sanidad (personalizada y con trípticos informativos), a través de los Servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud así como por profesionales del sistema público, médicos de atención primaria y especialistas de neumología. Los últimos datos disponibles de los Servicios de Prevención relacionados con el consejo antitabaco y unidades de deshabituación, corresponden al año 2011.

En Castilla y León, había 227 Servicios de Prevención que dieron cobertura a 460.423 trabajadores. El consejo antitabaco estaba contemplado en el reconocimiento médico de 197 Servicios de Prevención (el resto no sabe o no contesta), 24 de ellos disponían de Unidades de Deshabituación tabáquica.

Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, 2011						
	SERVICIOS PREVENCIÓN	NÚMERO TRABAJADORES con cobertura en vigilancia de la salud	CONSEJO ANTITABACO en el reconocimiento		UNIDADES DESHABITUACION TABACO (Disponibilidad Servicios Prevención)	
			SI	NO/NC	SI	NO
ÁVILA	14	22.380	12	2	1	13
BURGOS	39	5.7271	34	5	4	35
LEÓN	28	116.916	24	4	4	24
PALENCIA	27	31.628	25	2	0	27
SALAMANCA	20	53.774	17	3	0	20
SEGOVIA	16	26.287	13	3	1	15
SORIA	17	18.159	13	4	4	13
VALLADOLID	44	106.514	39	5	10	34
ZAMORA	22	27.494	20	2	0	22
TOTALES	227	460.423	197	30	24	203

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Castilla y León

Evaluación: En cumplimiento de la normativa vigente, en Castilla y León se han establecido las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la protección de los trabajadores contra los riesgos derivados de la exposición al amianto durante el trabajo, así como la prevención de tales riesgos. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-46: Incrementar el porcentaje de pacientes atendidos en unidades específicas de cuidados paliativos.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón que reciben cuidados paliativos.

M83: 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).

M84: 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).

M85: Desarrollar el Plan Regional de cuidados paliativos.

A finales de 2008 se concluyó la elaboración de la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla y León, actualmente en fase de tramitación (pendiente de aprobación por parte de Consejería de Hacienda), que recoge los objetivos y líneas de actuación que se plantea la Comunidad para extender y mejorar la atención de cuidados paliativos en los próximos años.

La Comunidad dispone de dispositivos específicos en el ámbito de los Cuidados Paliativos, que a lo largo de los últimos años se han ido reforzando tanto en recursos humanos como materiales:

- **Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos (UHCP):** Actualmente son 8 las UHCP de carácter público: CA de Ávila (Hospital Provincial), CAU de León (H. Monte San Isidro), CA de Palencia (H. San Telmo), CAU de Salamanca (H. Los Montalvos), CA de Segovia, CA de Soria (H. El Mirón) y CA de Zamora (H. Provincial). En las provincias de Burgos y Valladolid existe un concierto con el H. San Juan de Dios y el C.H. Benito Menni. En total, son 148 camas, 80 en centros públicos y 62 concertadas. Las unidades están atendidas por personal médico y de enfermería así como psicólogos y trabajadores sociales.
- **Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos a Domicilio (ESCPD):** Son 14 los equipos actualmente en funcionamiento: Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Ávila; GAP de Burgos (3 equipos), GAP de León (3 equipos), GAP de Palencia, GAP de Salamanca (2 equipos), GAP de Segovia, GAP de Valladolid Este, GAP de Valladolid Oeste y GAP de Zamora. Los equipos son atendidos por 14 médicos y 14 enfermeras.
- Existe un **Equipo de atención psicosocial** en la Unidad Regional de Cuidados Paliativos de Salamanca (financiado con ayuda de la Fundación La Caixa).
- Además, hay 5 Unidades Hospitalarias de Atención a Domicilio (UHD), ubicadas en Burgos, León, Valladolid (2) y Zamora. Son atendidos por 10 médicos y 18 enfermeras.

El número de pacientes ingresados en las unidades hospitalarias de cuidados paliativos (UHCP) va aumentando progresivamente. Este incremento ha sido especialmente acusado

en el año 2009, a raíz de la entrada en funcionamiento de las tres nuevas unidades creadas a finales de 2008. Dado que el cáncer de pulmón es uno de los más frecuentes y con mal pronóstico en cuanto a la supervivencia, una buena parte de los pacientes atendidos en UCPH lo son por esta causa aunque no se dispone de un sistema de información que nos permita conocer los datos por patologías.

Los Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP) también han visto incrementada su actividad de forma importante a partir del año 2010, debido a la integración de varios equipos en la Gerencia Regional de Salud como consecuencia de la progresiva extinción del convenio que había con la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

	Recursos en Cuidados Paliativos				
	Actividad asistencial				
	2008	2009	2010	2011	2012
Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos					
Camas en funcionamiento	68	68	70	73	78
Estancias	14.855	18.141	19.278	19.230	20.730
Ingresos	1.229	1.605	1.819	1.842	2.066
Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos					
Ingresos	590	539	651	1.754	1.537
Estancias	35.817	31.214	37.911	65.014	68.898
Número de visitas	10.643	9.365	10.615	19.194	18.258
Visitas médicas	5.200	4.484	5.280	9.596	9.101
Visitas de enfermería	5.443	4.881	5.335	9.598	9.157
Hospitalización a domicilio					
Ingresos	2.522	2.697	2.742	3.087	2.883
Número de visitas	34.622	36.324	36.089	37.431	35.985
Visitas médicas	12.912	13.763	13.473	13.749	12.507
Visitas de enfermería	21.710	22.561	22.616	23.682	23.478
Fallecimientos en domicilio	342	298	380	730	750
Fuente: SIAE. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad					

La Gerencia Regional de Salud colabora con la Asociación Española contra el Cáncer en el mantenimiento de pisos para aquellos pacientes oncológicos y sus familiares que tengan que desplazarse fuera de su domicilio habitual para recibir tratamiento. Los pacientes y sus familias disponen además, de un trabajador social, que les ofrece el apoyo social y psicológico necesario en esos momentos. Además de los tres pisos habilitados en Burgos, Salamanca y Valladolid, la Gerencia también subvenciona las dependencias que, con el mismo fin, mantiene la Asociación de Lucha Contra la Leucemia y las Enfermedades de la Sangre de León en la capital leonesa (ALCLES).

Evaluación: En la Comunidad de Castilla y León existen 10 UHCP, 8 públicas y 2 concertadas, así como 14 ESDCP, que son atendidos por profesionales con formación específica en este ámbito. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.** Entre

los retos futuros está la elaboración del proceso asistencial integrado de cuidados paliativos y la creación de 3 UHCP adicionales en las áreas de Burgos, Valladolid-Este y Valladolid-Oeste, con lo que se completará la dotación de UHCP propias en todas las áreas de Salud, todo ello condicionado a la aprobación de la Estrategia Regional en Cuidados Paliativos.

CÁNCER COLORRECTAL

Dentro de todos los tipos de cáncer, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia y en mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados, tanto en hombres como en mujeres y cuando se consideran ambos sexos conjuntamente, ocupa el primer lugar. Comparado con otros países europeos, España ocupa una posición intermedia en cuanto a incidencia y mortalidad.

La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, con un máximo a los 70, aunque se registran casos desde los 35-40 años. Los casos que aparecen a edades tempranas suelen tener una predisposición genética.

El número de casos de cáncer colorrectal (CCR) va en aumento en Castilla y León, entre otras cosas, por el incremento de la esperanza de vida. La mortalidad debida a este tipo de tumor presenta diferente tendencia en hombres, en quienes se reduce, y en mujeres, en quienes se incrementa.

No se conocen medidas claramente eficaces de prevención primaria, por eso, en los últimos años, la UE pone el énfasis en los programas de detección precoz. Una vez detectado el CCR han de aplicarse, siguiendo criterios consensuados de calidad, los procedimientos terapéuticos indicados.

CÁNCER COLORRECTAL		
OG-19	Reducir la incidencia de cáncer colorrectal.	NO CONSEGUIDO
OG-20	Estabilizar la mortalidad por cáncer colorrectal según las referencias nacionales.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-21	Incrementar la supervivencia, a los cinco años, en cáncer colorrectal.	NO EVALUABLE
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-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.	NO EVALUABLE
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-51	Mejorar el diagnóstico reduciendo a un máximo de 15 días el tiempo transcurrido desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica.	NO EVALUABLE

OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-53	Evaluar la calidad de tratamiento, a través de los resultados.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-56	Garantizar el apoyo psicosocial a los pacientes y a sus familiares.	CONSEGUIDO
OE-57	Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer (común a otros tipos de cáncer).	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La incidencia en cáncer de colon ha aumentado a lo largo del periodo de vigencia en Castilla y León tanto en los hombres como en las mujeres, siguiendo el mismo comportamiento en el resto de España y en los países del entorno.

Las tasas de mortalidad en Castilla y León para ambas localizaciones se sitúan por encima de la media nacional tanto en hombres como en mujeres, pero con diferencias cada vez menos marcadas. La tendencia temporal refleja cierta estabilización tanto a nivel nacional como a nivel comunitario, aunque con diferencias según el sexo.

El programa de cribado de cáncer de colon se ha implantado en dos áreas de salud y está prevista su extensión al resto de la Comunidad en el año 2013. Mediante el Programa de Consejo Genético se ha mejorado la detección precoz en poblaciones de alto riesgo.

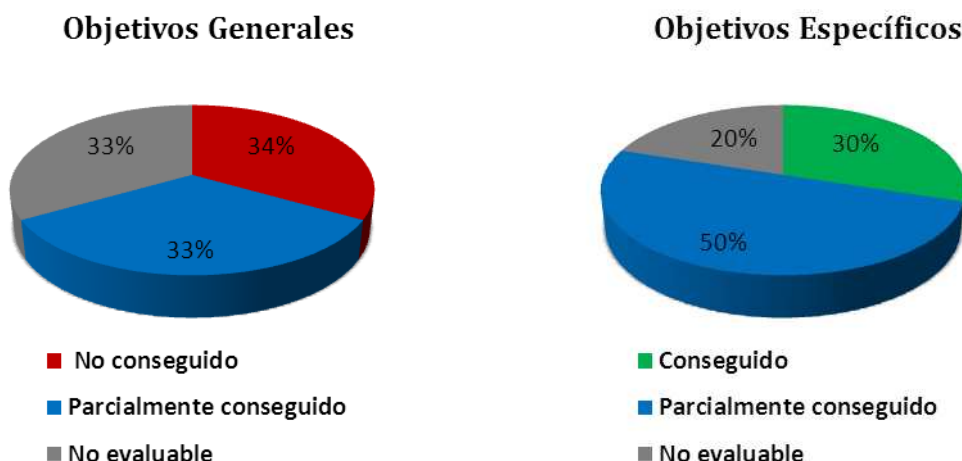
Todos los centros hospitalarios de Castilla y León disponen de Comité de Tumores y en algún caso concreto, comités específicos para cáncer colorrectal en el que participan los profesionales que intervienen en el proceso diagnóstico y terapéutico. A pesar de ello, el grado de implantación de la Oncoguía es muy heterogéneo.

En Castilla y León, se ha establecido normativamente un plazo de demora máxima para cirugía oncológica junto con un sistema de garantías que asegure su cumplimiento.

Todos los centros hospitalarios dan apoyo psicosocial, no de forma específica, pero si utilizando recursos del propio hospital o del área. Destacar así mismo, el convenio con la AECC que permite el desarrollo de actividades de apoyo a pacientes y familiares en los centros hospitalarios.

El grado de consecución de los objetivos generales es el 33% parcialmente conseguidos, 33% no evaluables y 34% no conseguidos. Los objetivos específicos se han conseguido en un 30%, parcialmente conseguidos el 50% y no evaluables un 20%.

CÁNCER COLORRECTAL



OG-19: Reducir la incidencia de cáncer colorrectal.

INDICADOR: Tasa de incidencia de cáncer colorrectal

La incidencia del cáncer en una población definida geográficamente se conoce mediante la implantación de un sistema de registro de todos los casos nuevos. Los registros poblacionales de cáncer son imprescindibles para conocer la incidencia y la prevalencia del cáncer y para evaluar la supervivencia de los pacientes.

En Castilla y León, se estima la incidencia de CCR a partir del Registro de Cáncer Poblacional de Castilla y León (RPCCyL), teniendo en cuenta los datos disponibles, que no son homogéneos para todas las provincias, pues su implantación ha sido progresiva a lo largo de los últimos años. Estos datos se pueden considerar una estimación y muestran cifras brutas. La tendencia es irregular a lo largo del periodo pero con respecto al año 2007, reflejan un aumento de incidencia.

Cáncer colorrectal. Castilla y León					
Incidencia					
	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa	90,71	99,76	101,50	92,09	101,34
Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León (RPCCyL). DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes (datos parciales y provisionales)					

A nivel nacional existen varios registros poblacionales en diferentes CC. AA. que aportan datos al IARC (Agencia Europea de Investigación sobre Cáncer) quien a partir de ellos, y

los de otros países, realiza estimaciones sobre incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer por países y regiones.

Según los últimos datos del IARC, las estimaciones reflejan un aumento de la incidencia de CCR tanto en España como en los países del entorno. Por sexos, se observa que aumenta en ambos, especialmente en hombres, que a su vez presentan una incidencia mayor que en mujeres, con cifras superiores a la media europea. En mujeres, también aumenta, pero se sitúa en cifras inferiores a las de mujeres europeas.

Incidencia de cáncer colon-rectal				
Tasas ajustadas por 100.000 hab (población estándar europea)				
	2008 ¹		2012 ²	
	España	Reg. Europea	España	UE-27
Hombres	39,7	35,3	65,6	59,0
Mujeres	22,9	22,7	35,3	36,1
Ambos	30,4	28,1	48,9	46,3

Fuente: ¹ GLOBOCAN / ² EUCAN. Adaptado de Ferlay y col. IARC

Evaluación: Los datos disponibles en nuestra comunidad son datos brutos y provisionales que hay que valorar con prudencia, pero reflejan la misma tendencia que los datos de estimación de incidencia aportados por la IARC, que muestran que la incidencia de cáncer colorrectal aumenta de forma general en España, y en los países de nuestro entorno, tanto en mujeres como en hombres. **El objetivo no se ha conseguido.**

OG-19 Reducir la incidencia de cáncer colorrectal

	2007	2011	Tendencia	Evaluación
Tasa de incidencia/ 100.000 hab	90,71	101,34	Creciente	No conseguido

OG-20: Estabilizar la mortalidad por cáncer colorrectal según las referencias nacionales.

INDICADOR: Tasa de mortalidad por cáncer colorrectal.

En Castilla y León, en el año 2011, se produjeron 523 muertes por cáncer de colon en hombres y 404 en mujeres, y por cáncer de recto, 194 muertes en hombres y 125 en mujeres. La tasa bruta de mortalidad (TBM) en cáncer de colon fue de 37,32 casos por 100.000 hab (42,69 en hombres; 32,10 en mujeres) y para cáncer de recto, 12,84 (15,84 en hombres; 9,93 en mujeres).

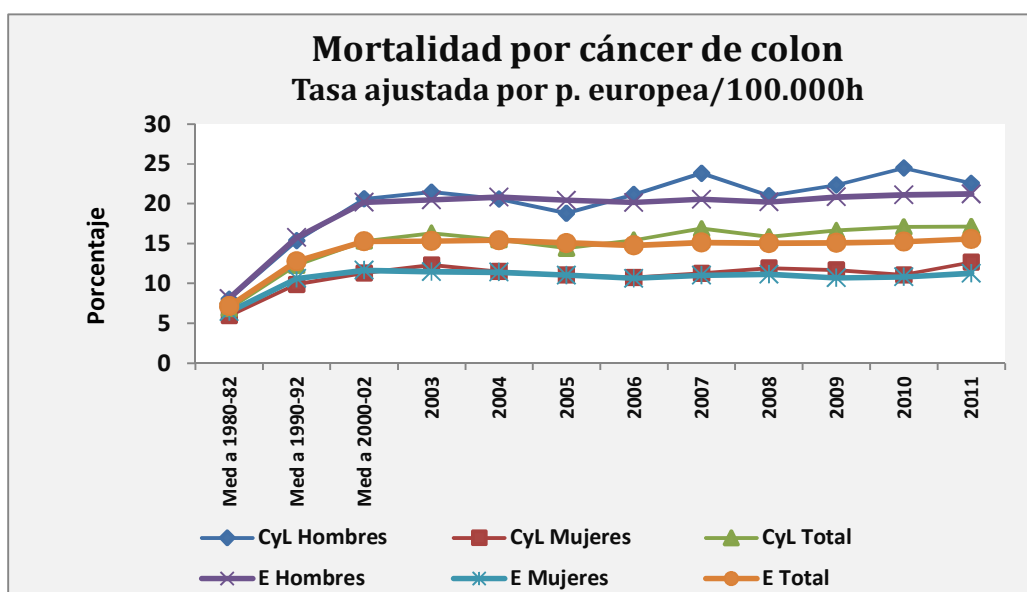
Para evaluar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III, que aporta datos sobre la **tasa de mortalidad estandarizada por edad por población europea por 100.000 habitantes (TMEE)**, siendo el último dato disponible el del año 2011.

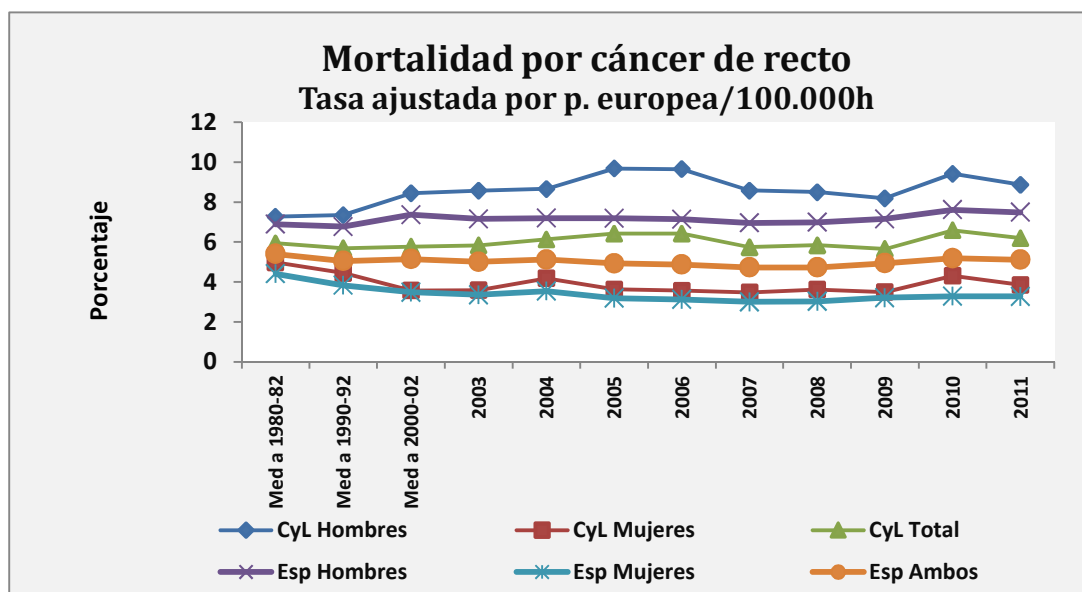
La TMEE en Castilla y León por cáncer de colon es de 17,13 y por cáncer de recto, 6,19, más altas en hombres que en mujeres. En todos los casos, las cifras son superiores a la

media nacional. La evolución temporal refleja estabilidad en los últimos años, aunque las cifras han aumentado en el cáncer de colon y disminuido en el de recto.

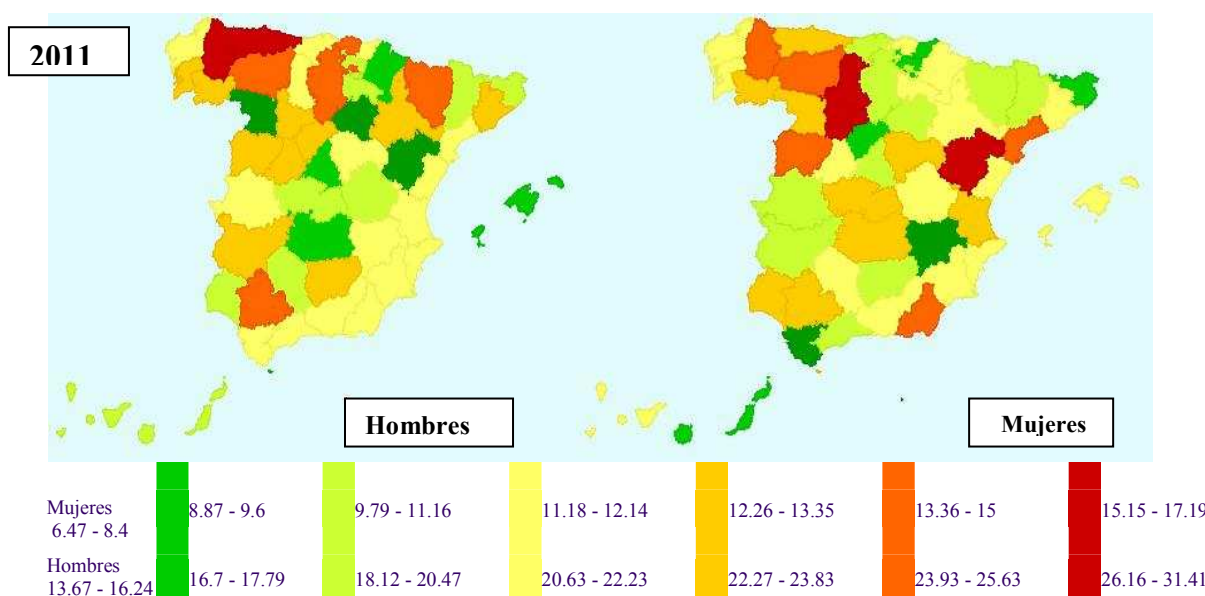
Cáncer de colon y recto						
Tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 hab						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cáncer de colon						
Castilla y León						
Hombres	21,17	23,83	21,01	22,34	24,49	22,56
Mujeres	10,75	11,26	11,92	11,69	11,08	12,68
Total	15,44	16,88	15,86	16,64	17,09	17,13
España						
Hombres	20,15	20,56	20,21	20,85	21,11	21,23
Mujeres	10,64	11,01	11,16	10,69	10,82	11,26
Total	14,76	15,12	15,04	15,09	15,23	15,57
Cáncer de recto						
Castilla y León						
Hombres	9,65	8,58	8,5	8,19	9,42	8,87
Mujeres	3,56	3,47	3,62	3,49	4,31	3,85
Total	6,42	5,74	5,84	5,65	6,59	6,19
España						
Hombres	7,14	6,96	6,99	7,16	7,62	7,49
Mujeres	3,12	3	3,02	3,21	3,28	3,27
Total	4,88	4,73	4,73	4,94	5,19	5,12

Fuente: Mortalidad. ISCIII (Tasa estandarizada por edad por población europea por 100.000)





Una de las características más llamativas del **cáncer colon** es su variabilidad geográfica, no sólo entre diferentes países sino también dentro de un mismo país. En los mapas se recoge la situación en España de la tasa ajustada a la población europea por 100.000 habitantes y por sexo en el año 2011. En Castilla y León, se observa que en el caso de las mujeres hay seis provincias que superan la media nacional: Palencia, Valladolid, León, Salamanca, Zamora y Ávila, en concreto, Palencia (17,19) y Valladolid (15,15) presentan las tasas más altas del país junto con Teruel (16,02). En el caso de los hombres, son siete las provincias que superan la media nacional, todas salvo Soria y Zamora.



Evaluación: Las tasas de mortalidad en Castilla y León para ambas localizaciones se sitúan por encima de la media nacional tanto en hombres como en mujeres, pero con diferencias cada vez menos marcadas. La tendencia temporal refleja cierta estabilización tanto a nivel nacional como a nivel comunitario, por lo que puede considerarse el

objetivo parcialmente conseguido. Estas tendencias más favorables reflejan, probablemente, cambios en el estilo de vida y en la dieta, y sobre todo, una mejora en los métodos de diagnósticos y el avance en el tratamiento de la enfermedad.

OG-20: Estabilizar la mortalidad por cáncer colorrectal según las referencia nacionales

	2006	2011	Tendencia	Evaluación
TMEE por c. colon/ 100.000 hab	15,44	17,13	Creciente	No conseguido
TMEE por c. recto/ 100.000 hab	6,42	6,19	Decreciente	Conseguido

OG-21: Incrementar la supervivencia, a los cinco años, en cáncer colorrectal.

INDICADOR: Supervivencia a 5 años de cáncer colorrectal

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido (uno, tres, cinco años, por ejemplo) es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida, los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos. Para valorar el impacto real de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes afectados de cáncer, es necesario disponer de información poblacional. De lo contrario se corre el riesgo de sobreestimar la supervivencia.

El Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León se encuentra en fase de consolidación y no dispone de información sobre la supervivencia de los pacientes, entre otros motivos por la imposibilidad de acceder a la información del Registro de Mortalidad.

Para aproximarnos a la situación actual, los datos de supervivencia se han obtenido de EURO CARE-4. EURO CARE ha llevado a cabo el seguimiento de todos los casos de cáncer incluidos en los registros de cáncer europeos participantes en el estudio, todos ellos registros de base poblacional, minimizando así los posibles sesgos de selección. Los últimos datos disponibles de supervivencia se han obtenido de EURO CARE-4, estudio que incluye más de 13 millones de casos de cáncer de los registros de los 23 países participantes, diagnosticados entre 1978 y 2002 y con seguimiento del estado vital.

La supervivencia relativa para cáncer colorrectal en los pacientes españoles es semejante a la de los países de nuestro entorno, situándose en una posición intermedia.

Supervivencia relativa por tipo de tumor en población adulta (15-99 años)				
	ESPAÑA		EUROCARE	
	Número de casos	Supervivencia relativa a los 5 años (%)	Número de casos	Supervivencia relativa a los 5 años (%)
COLORRECTAL				
Ambos sexos	13.367	53,65	368.170	53,93
Hombres	7.677	53,10	193.563	53,39
Mujeres	5.690	54,35	174.607	54,53
TODOS LOS TUMORES				
Ambos sexos	85.611	51,08	2.572.428	52,03
Hombres	50.550	44,78	1.316.229	45,87
Mujeres	35.061	59,62	1.256.199	58,22

Fuente: EUROCARE 4.

En el estudio EUROCARE 4, se ha analizado la supervivencia de los cánceres diagnosticados entre los años 2000-2002 para Europa en su conjunto. La supervivencia relativa a los 5 años ha mejorado para el tumor colorrectal (56,8 %). La supervivencia relativa para todas las localizaciones es de 48,03 %.

Como medida adicional, se analiza **la tasa estandarizada de APVP** de los últimos años. En el año 2011, la tasa de APVP en Castilla y León es superior a la española en todos los casos excepto en el tumor de recto en mujeres. De igual manera, la tendencia es ascendente en el periodo de estudio con la misma excepción, la cual presenta un marcado descenso. Sin embargo, la tendencia de esta tasa a nivel nacional refleja mayor estabilidad.

Cáncer colon y recto. Castilla y León y España						
Años Potenciales de Vida Perdidos						
Castilla y León						
		2007	2008	2009	2010	2011
Colon	Hombres	97,31	64,49	114,3	83,57	101,35
	Mujeres	52,61	64,85	61,62	53,49	62,54
Recto	Hombres	42,13	32,58	37,97	43,00	48,37
	Mujeres	28,56	15,24	21,31	33,88	16,66
España						
		2007	2008	2009	2010	2011
Colon	Hombres	84,51	81,54	84,03	79,41	83,98
	Mujeres	54,18	58,98	53,97	55,68	57,82
Recto	Hombres	33,96	31,14	34,72	35,81	34,08
	Mujeres	16,63	17,88	19,79	20,30	18,56

Fuente: ISCIII

Tasa ajustada a población europea por 100.000 habitantes

Evaluación: No es posible evaluar los datos de supervivencia en Castilla y León. Sólo se dispone de los datos a nivel europeo (EUROCARE-4). **El objetivo no es evaluable.**

OE-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.

INDICADOR: Cobertura programa de cribado y resultados

M 92: Diseño de un programa de cribado de cáncer colorrectal (Programa de CCR).

M 93: Puesta en marcha del proyecto piloto de Cribado de Cáncer Colorrectal y diseño de extensión al resto de la Comunidad.

M 108: Establecer un protocolo de captación, relacionado con el cribado de cáncer colorrectal, con los Servicios de Prevención Laboral.

El cáncer colorrectal reúne las condiciones necesarias para considerarlo como una neoplasia susceptible de prevención tanto primaria (previo a su desarrollo) como secundaria (detección de las formas más precoces) y terciaria (una vez que el paciente ya ha sido tratado de una neoplasia desarrollada). En el terreno de la profilaxis primaria, una educación que fomente la dieta mediterránea y el consejo genético en base a marcadores moleculares, son las medidas a tomar, mientras que la detección de las lesiones preneoplásicas son la base de los programas de cribado. Estos programas han sido aceptados por la comunidad científica como la mejor arma disponible para prevenir el cáncer y/o detectarlo en sus formas más precoces, mejorando de esta forma la supervivencia y reduciendo los elevados costes asociados al tratamiento del cáncer desarrollado.

En Castilla y León, tras el correspondiente estudio de valoración, se inició el pilotaje del programa de cribado de cáncer colorrectal para población de 50 a 69 años de edad, mediante detección de sangre oculta en heces (TSOH) y posterior realización de colonoscopia diagnóstica a los casos positivos. El pilotaje comenzó en el año 2010 en el Hospital Medina del Campo e incluyó, como población diana, la correspondiente a las zonas básicas salud de Medina Urbana y Rural, Íscar, Olmedo, Alaejos y Serrada. A mediados de 2011, se implantó el programa en el Área de Soria.

En el momento actual, se está trabajando en la implantación del programa en el resto de las áreas de salud de Castilla y León, de forma progresiva para los grupos de edad incluidos.

	Cáncer colorrectal. Castilla y León	
	Programa de Cribado	
	Medina del Campo ⁽¹⁾	Soria ⁽²⁾
Población diana invitada	13.245	21.921
Participantes con TSOH	6.374 (48,1%)	4.199 (32,7%)
Colonoscopias realizadas por TSOH positivo	398 (6,2%)	185 (4,4%)
Confirmación por Anatomía Patológica	4,5%	4,2 %

Fuente: DG Salud Pública. Consejería de Sanidad. Castilla y León, 2013

(1) Datos acumulados 2010-2011.

(2) Datos acumulados desde finales de 2011.

Evaluación: El programa se ha implantado en dos áreas y está prevista su extensión al resto de la comunidad a lo largo del año 2013, por lo que el objetivo **se ha conseguido**.

OE-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.

INDICADOR: Detección en poblaciones de riesgo intermedio.

M 94: Definir y difundir, entre los profesionales, los criterios de "riesgo intermedio" y el procedimiento de selección y derivación en todas las áreas.

La Oncoguía de cáncer colorrectal, disponible en el Portal de Salud para los profesionales de Castilla y León, describe los niveles de riesgo en CCR. Se considera "población de riesgo medio" en relación con el CCR los individuos de edad ≥ 50 años sin factores de riesgo adicionales y establece la recomendación de realizar el seguimiento de estos pacientes mediante detección de sangre oculta en heces anual o bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años, o colonoscopia cada 10 años.

En Castilla y León, se va a implantar en todas las Áreas de la Comunidad el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal, dirigido a población de 50 a 69 años, que cumpla criterios de inclusión. La implantación del programa requiere un esfuerzo en dotación de recursos humanos y de equipamiento, por lo que se realizará de forma progresiva, estableciendo inicialmente como población diana las personas de 65 a 69 años que cumplan criterios de inclusión.

Evaluación: Actualmente, está en desarrollo la implantación del programa. La puesta en marcha de algunas de estas actuaciones se ha mostrado difícil, por lo que se hará necesario evaluar tanto el proceso como los resultados. **El objetivo no es evaluable.**

OE-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.

INDICADOR: Evolución número de casos atendidos por UCGC por antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

M 95: Establecer los profesionales de referencia y el protocolo de seguimiento de personas de riesgo en las Unidades de Consejo Genético de Cáncer (UCGC).

M 96: Analizar el desarrollo futuro de las UCGC.

Actualmente, en Castilla y León hay tres unidades de referencia de Consejo Genético en Cáncer Hereditario (UCGC) para cáncer de mama, ovario y colorrectal hereditarios, ubicadas en los Complejos Asistenciales Universitarios de Burgos y Salamanca y, más recientemente, en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, que inició su funcionamiento a finales del año 2010. Estas unidades cuentan con profesionales de referencia encargados de llevar a cabo el diagnóstico, consejo y seguimiento de las personas atendidas.

Mediante el Programa de Consejo Genético, en este caso en cáncer colorrectal, se ofrece a los familiares de personas que han sufrido estos tumores información y la posibilidad de realizar un estudio individualizado sobre el riesgo de padecer alguna de las formas hereditarias de este tipo de cáncer y en consecuencia, pautas de prevención específicas que redunden en la disminución de la tasa de incidencia o faciliten su detección en estadios muy precoces, con la consiguiente mejora de la calidad de vida de las familias afectadas.

	Cáncer colorrectal. Castilla y León			
	Consejo genético (nº de consultas)			
	BURGOS	SALAMANCA	VALLADOLID	TOTAL
2008	90	133	--	223
2009	98	150	--	248
2010	61	106	86	253
2011	29	63	93	185
2012	26	107	58	191

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan se han realizado 1.100 consultas. El número de estudios fue en aumento hasta el año 2010, mientras que en los dos años posteriores el número ha descendido. La información sobre funcionamiento y acceso a las UCGC se encuentra disponible en el Portal de Salud. **El objetivo se considera parcialmente conseguido** a pesar de que no se ha incrementado en la cuantía establecida.

OE-51: Mejorar el diagnóstico reduciendo a un máximo de 15 días el tiempo transcurrido desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica.

INDICADOR: Tiempos medios de diagnóstico, estadificación y tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico de cáncer colorrectal (CCR)

M 97: Planificar y revisar la dotación de endoscopistas de la Comunidad.

M 111: Establecer un circuito de solicitud directa de colonoscopia desde atención primaria, en los centros de salud de la Comunidad.

Aunque no existe evidencia suficiente de que el diagnóstico temprano de CCR se asocie a un mejor pronóstico, es recomendable reducir la demora diagnóstica mediante una práctica clínica adecuada, la coordinación intra e interniveles asistenciales y la correcta gestión de las listas de espera de pruebas diagnósticas, para anticipar la realización de las mismas.

Actualmente no disponemos de un sistema de información que aporte datos sobre los tiempos medios desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica. Pero sí que se han introducido mejoras en la gestión, que contribuyen en último término a reducir la demora diagnóstica.

Planificar y revisar la dotación de endoscopistas de la Comunidad

A finales de 2012, el número de endoscopistas en los centros sanitarios de la Comunidad era de 91, de forma que todos los centros (14) tienen disponibilidad de los mismos. Actualmente, se está revisando la dotación de los mismos con objeto de implementar el programa de cribado colorrectal en todas las áreas.

Establecer un circuito de solicitud directa de colonoscopia desde atención primaria, en los centros de salud de la Comunidad

La capacidad de resolución efectiva debe considerarse como un elemento inherente a la organización sanitaria y en especial, al ámbito de la atención primaria donde se deben resolver más del 85 % de los problemas de salud de la población, incidiendo de esta forma en una mayor y mejor atención al paciente.

Para dar respuesta a esta necesidad, la Consejería de Sanidad ha puesto a disposición de los profesionales, el *Catálogo de pruebas diagnósticas básicas en Castilla y León*. Este catálogo ha sido diseñado por y para profesionales, con los objetivos de homogeneizar la oferta de pruebas diagnósticas en toda la Comunidad, aumentar la capacidad resolutoria en atención primaria y mejorar la gestión clínica integrada entre ambos niveles asistenciales. Aporta al profesional información que le ayuda a tomar decisiones y dar una respuesta eficiente a los problemas sanitarios, siendo un claro ejemplo la reducción del tiempo de confirmación diagnóstica, en este caso en cáncer colorrectal.

Una de las pruebas incluidas en el catálogo es la *Colonoscopia*, facilitando una ficha con la definición de sus principales indicaciones, aclaraciones sobre la preparación del paciente así como observaciones para el uso racional de las mismas.

A lo largo del periodo de estudio, el número de colonoscopias realizadas por los especialistas ha aumentado un 21%.

Colonoscopias					
Actividad realizada					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número	34.711	38.098	40.214	42.304	41.117

Fuente: SIAE. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: No se ha establecido ningún sistema de información que permita conocer el indicador de tiempo. La colonoscopia se ha incluido en el catálogo de pruebas diagnósticas básicas en Castilla y León. El número de colonoscopias ha aumentado con respecto al inicio del periodo. **El indicador no es evaluable.**

OE-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.

INDICADOR: Tiempos medios de diagnóstico, estadificación y tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico de cáncer colorrectal.

La Consejería de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en la Ley 8/2003, de 8 de abril, y en el marco de la normativa básica estatal, publicó el Decreto 68/2008, con un doble objetivo, por un lado, la creación y regulación del Registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y, por otro, el establecimiento de unos plazos máximos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas junto con un sistema de garantías que asegure su cumplimiento. Este decreto, en su artículo 11, establece un plazo de demora máxima para cirugía oncológica de 30 días naturales.

La situación actual hizo necesario llevar a cabo una modificación de dicho decreto para adaptarlo a la normativa básica estatal en cuanto a los plazos máximos de espera para intervenciones quirúrgicas programadas (*Decreto 29/2012, de 26 de julio, de modificación del Decreto 68/2008, de 4 de septiembre*), modificación que no afectó a la demora máxima para cirugía oncológica.

Evaluación: En Castilla y León, se ha establecido normativamente un plazo de demora máxima para cirugía oncológica de 30 días naturales. No se ha establecido ningún sistema de información que permita obtener datos para evaluar el indicador. **El objetivo se ha conseguido parcialmente.**

OE-53: Evaluar la calidad del tratamiento a través de los resultados.

INDICADOR: Evaluación de resultados de calidad en intervenciones quirúrgicas.

En el estudio de Evaluación de la Estrategia de cáncer de mama, colorrectal y pulmón de Castilla y León, cuyos resultados fueron publicados por la Fundación Avedis Donabedian

en 2011, se incluyeron dos indicadores relacionados con la calidad de los tratamientos quirúrgicos en cirugía colorrectal: el fallo de sutura y la infección de herida quirúrgica.

Los resultados son los siguientes:

- Porcentaje de fallo de sutura en intervenciones electivas de cáncer colorrectal. El fallo de sutura es una de las principales complicaciones en este tipo de cirugía y lleva asociada una alta morbilidad y mortalidad quirúrgica.

Cáncer colorrectal. Castilla y León			
Fallo de sutura			
	Resultado del indicador (%)	IC del 95%	Estándar
Colon	3,6	0,8-6,3	< 5%
Recto	4,7	0,7-8,7	< 12%
Ambas localizaciones	4,0	1,7-6,3	--

Fuente: Evaluación de la Estrategia de cáncer de mama, colorrectal y pulmón de Castilla y León. Fundación Avedis Donabedian, 2011.

- Porcentaje de infección de herida quirúrgica en intervenciones electivas de cáncer colorrectal. La tasa de infección, cuando es alta, lleva asociada una alta morbilidad y mortalidad quirúrgicas.

Cáncer colorrectal. Castilla y León			
Infección de herida quirúrgica en cáncer colorrectal			
	Resultado del indicador (%)	IC del 95%	Estándar
Colon	20,6	14,5-26,7	< 10%
Recto	23,6	15,5-31,7	< 10%
Ambas localizaciones	21,7	16,9-26,7	< 10%

Fuente: Evaluación de la Estrategia de cáncer de mama, colorrectal y pulmón de Castilla y León. Fundación Avedis Donabedian, 2011.

Evaluación: Los resultados son buenos en el caso de fallo de sutura, con porcentajes inferiores al estándar. No ocurre lo mismo en el caso de la infección de herida quirúrgica, con un porcentaje ligeramente más favorable cuando la localización de la cirugía es en colon pero aún así, con cifras muy alejadas del estándar, por lo que habrá que seguir incluyendo este objetivo como indicador de calidad. Por ello, podemos considerar el objetivo **parcialmente conseguido**.

OE-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.

INDICADOR: Relación de Áreas con oncoguía implantada.

M 98: Revisar e implantar la Oncoguía para la intervención en el cáncer colorrectal.

La Consejería de Sanidad abordó el Proyecto Oncoguías, siendo uno de los primeros documentos publicados la *Oncoguía de cáncer colorrectal*, cuyo objetivo general era la búsqueda activa y captación por cualquier nivel asistencial (Atención Primaria, Servicio de Urgencias u otras especialidades) de la población con mayor riesgo de padecer un cáncer colorrectal, o que ya presenten un cáncer colorrectal, garantizando un estudio completo de la enfermedad, información adecuada sobre las diferentes posibilidades terapéuticas, un tratamiento integral y un seguimiento adecuado hasta el alta definitiva o la progresión de la enfermedad no susceptible de tratamiento oncológico.

El grado de implantación de la oncoguía es escaso y con diferente grado de desarrollo entre áreas por lo que será necesario seguir dedicando esfuerzos en este ámbito.

Evaluación: La implantación de la Oncoguía de cáncer colorrectal es aún incompleta en las áreas. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Nº Hospitales con comité de tumores.

M 99: Estudiar la inclusión del "estomaterapeuta" como integrante del equipo multidisciplinar del tratamiento de cáncer colorrectal.

M 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.

M 107: Dotar a los hospitales de equipos multidisciplinares de atención al cáncer colorrectal.

Todos los centros hospitalarios de Castilla y León disponen de Comité de Tumores o similar. En algunos existe un comité específico para cáncer colorrectal en el que participen todos los profesionales que intervienen en el proceso diagnóstico y terapéutico. Estos centros son: H. El Bierzo, el CA de Soria, el HRH de Valladolid y el CA de Zamora.

Los integrantes de estos comités deben ser especialistas de las principales disciplinas participantes en el manejo de este tipo cáncer: cirugía, digestivo, oncología médica, oncología radioterápica, radiología y anatomía patológica. Estos profesionales deben reunirse periódicamente y disponer de un protocolo asistencial o guía de práctica clínica de referencia, que facilite y agilice la toma de decisiones.

El CA de Soria es el único de la comunidad que ha establecido una Unidad de Patología colorrectal.

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido.

OE-56: Garantizar el apoyo psicosocial a los pacientes y a sus familiares.

INDICADOR: Nº Hospitales con apoyo psicosocial; Indicadores de satisfacción; nº Hospitales con equipos multidisciplinares de atención al cáncer colorrectal.

M 101: Facilitar apoyo psicológico a pacientes y familiares que lo precisen a lo largo del proceso asistencial.

En los enfermos oncológicos en general es fundamental valorar la necesidad de apoyo psicológico a la paciente y/o a sus familiares. Hay evidencias suficientes de que las intervenciones en este ámbito mejoran las alteraciones psicológicas propias de este proceso, reduciendo los efectos locales de las diferentes terapias.

En nuestra comunidad, todos los centros ofrecen apoyo psicológico al paciente y/o a las familias aunque, en general, no se hace de forma rutinaria o protocolizada en el manejo habitual del cáncer. Habitualmente, se utilizan los recursos del centro, mediante interconsulta cuando el especialista detecta alguna situación de riesgo en el caso de pacientes ingresados, o a través de los Equipos de Salud Mental, en pacientes ambulatorios.

Existe un convenio general con la Asociación Española contra el Cáncer que ofrece este tipo de apoyo. El proyecto que desarrolla se denomina "Primer Impacto" y se trata de un programa de acogida a los pacientes recién diagnosticados de cáncer y a sus familias.

Evaluación: En general, todos los centros disponen de este servicio, no de forma específica, pero sí utilizando recursos del propio hospital o del área. Destacar así mismo, el convenio con la AECC que permite el desarrollo de actividades de apoyo a pacientes y familiares en los centros hospitalarios. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-38/47/57: Diseñar e implantar un sistema de información sobre cáncer

INDICADOR: Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos

M 68/86/102: Impulsar la utilización de un sistema único de codificación en los Servicios de Anatomía Patológica de la red

M 69/87/103: Desarrollar Registros hospitalarios de tumores en todos los centros

M 70/88/104: Extender el Registro Poblacional de cáncer a todas las provincias de Castilla y León

M 71/89/105: Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud

M 74: Desarrollar el Consejo Asesor del Cáncer de Castilla y León.

M 75: Incluir las acciones en un Plan Integral de Atención a la Salud de la Mujer.

Se analizan en este objetivo de forma conjunta varias medidas que son comunes a todos los tipos de tumor.

Impulsar la utilización de un sistema único de codificación en los Servicios de Anatomía Patológica de la red.

La Gerencia Regional de Salud ha impulsado la utilización de un sistema único de codificación en los Servicios de Anatomía Patológica de la red sanitaria. El primer paso fue la homogeneización de los aplicativos informáticos y los sistemas de codificación mediante el establecimiento de Grupos de Trabajo con representantes de los profesionales implicados.

El sistema elegido en Anatomía Patológica ha sido el aplicativo *PAT-Win*, un sistema de información integral que cumple con los estándares objetivos en materia de codificación en Snomed CT e interoperabilidad con los sistemas de información existentes, permitiendo compartir la información que generan de forma estructurada tanto con la Historia Clínica Electrónica como con los registros de Tumores. En 2012, los catorce Servicios de Anatomía Patológica de SACyL, disponen de la aplicación corporativa *PAT-Win*.

Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León.

El Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León (en adelante RPCCyL) fue creado en el año 2005, (*Orden SAN/205/2005, de 8 de febrero*). En ella se establece la estructura y el funcionamiento del Registro, así como la progresiva implantación del mismo en las nueve provincias de Castilla y León, ante la complejidad que entrañaba la recogida y tratamiento de la información que se precisa. A propuesta de la Comisión de Asesoramiento del RPCCyL, la implantación comenzó en las provincias de León, Soria y Valladolid en el año 2005 (notificaciones correspondientes a los cánceres diagnosticados en 2004), continuando con la constitución de los registros de las provincias de Salamanca en 2006 (notificaciones correspondientes a los cánceres diagnosticados en ese año), Zamora y Segovia en 2009 (notificaciones correspondientes a los cánceres diagnosticados en 2008), Burgos, Palencia y Ávila en 2010 (notificaciones correspondientes a los cánceres diagnosticados en 2008 en Burgos, 2009 en Palencia y en 2010, en Ávila).

Los objetivos planteados por la Comisión de Asesoramiento coinciden con los planteados en el III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012, en cuanto al desarrollo de Registros hospitalarios de tumores en todos los centros y la extensión del Registro Poblacional de cáncer a todas las provincias de Castilla y León.

Ambas medidas y estrategias se han desarrollado a lo largo del periodo de vigencia del III Plan de Salud y han culminado con la constitución del Registro Provincial de Ávila en el año 2010. De esta manera, el RPCCyL se encuentra implantado en las nueve provincias de la Comunidad de Castilla y León.

A pesar de ello, son varias las razones por las que hasta el momento el RPCCyL únicamente pueda aportar datos provisionales. La progresiva creación de los registros provinciales, junto a la metodología de trabajo utilizada (que requiere el trascurso de al menos un año para poder disponer de información definitiva de los tumores diagnosticados en un año concreto, lo que supone que no se disponga de información sobre los cánceres incidentes de 2012 hasta finales de 2013), así como el retraso en la notificación de los cánceres de algunas fuentes de información, hacen que en la actualidad no se disponga de información global y definitiva sobre la incidencia de cáncer en la Comunidad de Castilla y León para el periodo 2007 a 2012.

Investigación.

La investigación en biomedicina constituye por sí misma un pilar fundamental en cualquier estrategia de salud, pues contribuye a mejorar la prevención y el diagnóstico de enfermedades, permite una mayor seguridad en la aplicación de fármacos y terapias y aumenta la eficiencia en la utilización de los recursos de salud, ayudando en definitiva, a mejorar la calidad de vida de las personas.

La Junta de Castilla y León, mediante Acuerdo 226/2011, de 9 de diciembre, aprueba el Plan Estratégico de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud de Castilla y León 2011-2013, enmarcado dentro de la Estrategia Regional de I+D+i de Castilla y León 2007-2013, configurándose como el instrumento político que articula las nuevas líneas estratégicas que han de guiar la investigación sanitaria en nuestra comunidad. Establece entre sus objetivos el impulso de la investigación biomédica a través de la financiación de proyectos, en coherencia con las prioridades establecidas tanto en el III Plan de Salud como en los Planes y Estrategias derivados del mismo.

El III Plan de Salud incluyó entre sus medidas la promoción de proyectos coordinados de investigación en cáncer para los tres tipos de tumores analizados, en concreto, las medidas 72 (cáncer de mama), 91 (cáncer de pulmón) y la medida 115 (cáncer colorrectal).

La actividad investigadora en biomedicina se desarrolla en Castilla y León a través de tres pilares fundamentales:

- Las Universidades de la comunidad con las cuales se establecen convenios y reciben el apoyo explícito mediante la concesión de ayudas económicas destinadas a mantener programas de colaboración en materia de investigación oncológica y las unidades de consejo genético, entre otros.
- Los centros de investigación biomédica de Castilla y León, como el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) o el Centro de Investigación del Cáncer. La Junta de Castilla y León autoriza subvenciones para potenciar las investigaciones que desarrolla el centro así como para la consolidación de la Red Regional de Bancos de Tumores de Castilla y León, integrada por los bancos de Salamanca y de otros siete hospitales de Castilla y León, red que dedica sus más de 7.000 muestras a la investigación biomédica oncológica.
- Los Centros Asistenciales. Desde el año 2008, con el fin de promocionar y fomentar la investigación biomédica, la Gerencia Regional de Salud ha consolidado una línea de ayudas y subvenciones económicas para proyectos de investigación a desarrollar en los centros de Atención Primaria y Atención Especializada. Y una de las líneas de investigación impulsada ha sido precisamente la investigación biomédica y clínica aplicada a determinadas enfermedades, entre ellas el cáncer, área que se consolida entre las de mayor peso, sobre todo en el ámbito de Atención Especializada.

En el año 2012, había 13 proyectos activos relacionados con el cáncer, con una financiación total de 191.829 €.

	Proyectos de Investigación activos en 2011-2012
Proyectos en cáncer	Nº de proyectos activos (Financiación)
Cáncer de mama	5 (56.030 €)
Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios	1 (25.050 €)
Cáncer colorrectal	6 (96.349 €)
Cáncer en general	2 (14.400 €)
Total	13 * (191.829 €)

Fuente: DG de Planificación e Innovación. GRS
(*) 1 proyecto es común a cáncer de mama y cáncer colorrectal

Además de los estudios de investigación aplicada y traslacional, en nuestros centros se ha realizado investigación básica en Bioquímica, Biología Celular y Molecular así como en Medicina Regenerativa y Terapia Celular (un 5 % de los estudios), en concordancia con los grandes grupos de investigación de excelencia ya consolidados.

Por último, la Gerencia Regional de Salud destina una parte de su presupuesto en investigación al *Programa de estabilización de investigadores e intensificación de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud*, programa destinado a incentivar la investigación entre los profesionales proporcionando a las instituciones sanitarias los recursos económicos necesarios para la contratación del personal que asuma parte de la labor asistencial de los investigadores. Se establece una aportación por investigador de 30.000 € si es personal facultativo y de 15.000 €, si es de enfermería, lo que permite una liberación del 50% de su tiempo asistencial. Se realiza gracias al Convenio Específico de Colaboración suscrito entre la Administración General del Estado, a través del Instituto de Salud Carlos III, y la Comunidad de Castilla y León (*Resolución de 9 de febrero de 2011 del Instituto de Salud Carlos III*).

Formación.

La formación y capacitación de los profesionales es la máxima garantía para una asistencia de calidad. Por ello, la formación continuada del personal del Sistema de Salud de Castilla y León, se constituye como pieza clave en la estrategia de la organización. El programa formativo de la Gerencia Regional de Salud se encuentra integrado en el Plan Estratégico de Formación.

En el III Plan de Salud, conscientes de la importancia de la formación de los profesionales sanitarios, se incluyeron algunas medidas dirigidas a fomentar su preparación en el ámbito de la oncología, en concreto, las medidas 76, 90, 106 y 114.

Por ello, a lo largo del periodo de vigencia del Plan se han incluido acciones formativas relacionadas con cáncer en los Planes de Formación Continuada de las Áreas. Entre los años 2009 a 2012 se han realizado en cáncer de mama, 10 actividades con participación de más de 300 profesionales y en cáncer colorrectal, 2 actividades en las cuales han participado 45 profesionales médicos y 1 acción dirigida a enfermería sobre prevención de cáncer de colon, en la cual participaron 15 profesionales.

Evaluación: El registro de tumores se ha implantado en todas las provincias de la Comunidad y el RPCCyL ha empezado a aportar datos. Así mismo, se ha establecido un sistema único de codificación en todos los Servicios de Anatomía Patológica de la red. La Consejería de Sanidad sigue impulsado la investigación en sus centros y la formación de sus profesionales. **El objetivo se ha conseguido.**

DIABETES MELLITUS –DM–

En general, la diabetes mellitus va en aumento en los diez últimos años, aunque la mortalidad imputada a esta causa se mantiene bastante estable. Los hombres diabéticos se hospitalizan más que las mujeres. Para prevenir la diabetes tipo 2 deben extremarse las medidas relacionadas con los estilos de vida. Una vez detectada la diabetes hay que mantener controlada la enfermedad para evitar todo tipo de complicaciones. El paciente y su familia son una parte fundamental para un buen control. Hay que hacer un seguimiento de la evolución que tiene esta patología.

DIABETES MELLITUS		
OG-22	Reducir por debajo de 1,7/1.000 hab. la incidencia de la DM tipo 2.	CONSEGUIDO
OG-23	Reducir la mortalidad prematura por diabetes, por debajo de 1,44/100.000 habitantes en personas menores de 65 años y por debajo de 5,235/100.000 habitantes en personas menores de 75 años.	CONSEGUIDO
OG-24	Reducir, por debajo de 0,9/1.000 habitantes, los ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes mellitus.	CONSEGUIDO
OE-58	Mejorar la calidad de la atención sanitaria a las personas con diabetes, desarrollando una Estrategia Regional frente a la diabetes.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-60	Mejorar el control de pacientes diagnosticados de diabetes consiguiendo alcanzar un 50% de pacientes diabéticos con una HbA1c (Hemoglobina glicosilada) inferior a 7%.	CONSEGUIDO
OE-61	Mejorar la prevención, tratamiento y seguimiento de la retinopatía diabética.	CONSEGUIDO
OE-62	Mejorar la prevención y tratamiento de las complicaciones cardiovasculares.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-64	Mejorar la prevención y estabilizar la progresión de la nefropatía diabética.	NO CONSEGUIDO
OE-65	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual	CONSEGUIDO

Resumen Ejecutivo

Según los datos de la última ENSE, la prevalencia de DM diagnosticada en Castilla y León ha disminuido en hombres (5,68%) y ha aumentado en mujeres (7,05%). Los factores que más influyen en la aparición de la DM son los hábitos de vida y el tipo de alimentación, además del progresivo envejecimiento de la población. La obesidad es el factor de riesgo más relacionado con esta enfermedad, en especial la obesidad infantil. Según la ENSE, la prevalencia de obesidad en hombres ha aumentado (15,98%) mientras que en las mujeres ha disminuido (11,63%). En población infantil (2 a 17 años), la obesidad afecta al 6,14% (8,26% en hombres; 3,62% en mujeres), con una tendencia descendente en ambos sexos.

Con relación a los objetivos establecidos en el plan se observa una disminución de la tasa de incidencia de DM mayor de la estimada en el momento de la elaboración del Plan.

La tasa de mortalidad prematura, por debajo del objetivo marcado, indica buen manejo del tratamiento de la diabetes y por tanto, un mejor control de los factores de riesgo en los pacientes diagnosticados.

Castilla y León ha adaptado la Estrategia en Diabetes del SNS mediante la elaboración de una Guía de actuaciones que promueve el abordaje integral de la enfermedad.

Se realizan numerosas acciones para concienciar a los profesionales de la importancia de incluir la detección de la DM en las actividades preventivas de Atención Primaria. Se han implantado Guías asistenciales que facilitan criterios y estándares de normalidad para la toma de decisiones y se está dotando a la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria de un sistema de aviso de la necesidad de cribado.

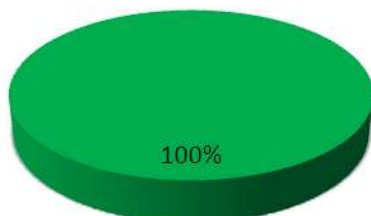
Como resultado, ha aumentado el porcentaje de pacientes de riesgo a los que se les mide la glucemia, mejora el control de las complicaciones como la retinopatía diabética, las complicaciones cardiovasculares, que generan menos ingresos, o el pie diabético. Sin embargo, la DM continúa siendo la primera causa de pacientes en Terapia Renal Sustitutiva.

A lo largo de la vigencia del Plan se han consolidado las principales fuentes de información: la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (MedoraCyL), el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el Registro de Diálisis y Trasplante Renal de Castilla y León. Es de destacar también el apoyo a las líneas de investigación en Diabetes.

El porcentaje de consecución de los objetivos es del 100% de los generales y el 87% de los específicos.

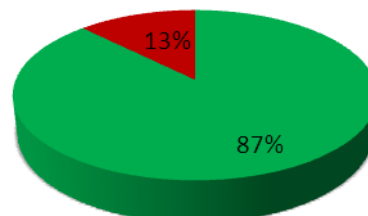
DIABETES MELLITUS

Objetivos Generales



■ Conseguido

Objetivos Específicos



■ Conseguido

■ No Conseguido

OG-22 Reducir por debajo de 1,7/1.000 hab. la incidencia de la DM tipo 2.

INDICADOR: Tasa de incidencia DM2

En el momento de redactar el III Plan de Salud, la literatura mundial constataba una tendencia alcista en la incidencia de ambos tipos de diabetes (DM), principalmente la DM-2 en los países desarrollados, consecuencia, ésta última, de la inadecuada alimentación y la reducción de ejercicio físico que se viene produciendo en la evolución de este tipo de sociedades. Por este motivo, el indicador fijado tan sólo hace referencia a la DM-2, la única influenciada con medidas preventivas.

Para obtener los datos de incidencia de DM en nuestra Comunidad Autónoma hemos utilizado como fuente de información el Estudio de la Cohorte de Diabetes que la Red Centinela Sanitaria (RCS) de Castilla y León está llevando a cabo.

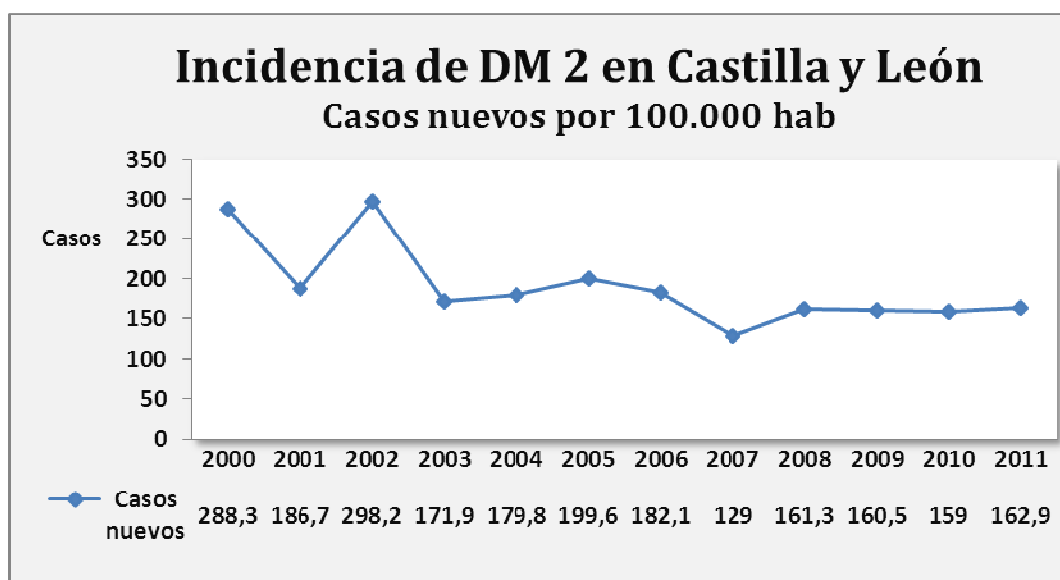
La RCS de Castilla y León inició en el año 2000 un ambicioso estudio sobre la diabetes, con el objetivo de realizar una primera aproximación a la prevalencia de pacientes conocidos y tratados en el ámbito de la Atención Primaria. A partir de este estudio multicéntrico, se propuso crear una cohorte de pacientes de reciente diagnóstico con el doble objetivo de estimar la incidencia y realizar un seguimiento de las complicaciones y mortalidad de esta enfermedad.

Según los resultados del estudio, la tasa de incidencia acumulada de DM 2, con datos del año 2011, fue de 189,02 casos nuevos por cada 100.000 hab, mayor en hombres (214,76) que mujeres (164,90). Por grupos de edad, son las personas de 60 a 64 años y las de 65 a 69, los grupos con mayores tasas de incidencia, 436,91 y 436,42 casos nuevos por 100.000, respectivamente.

La evolución temporal de la tasa en nuestra Comunidad, refleja una tendencia descendente hasta el año 2007, mientras que en los últimos cuatro años la tendencia es más estable.

Diabetes mellitus tipo 2					
Incidencia					
	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa/ 100.000 hab	128,96	161,27	160,53	159,00	162,87

Fuente: Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Consejería de Sanidad.



Evaluación: El objetivo planteaba reducir la tasa de incidencia de DM 2 por debajo de 1,7 por 100.000 hab en un plazo más largo de lo que abarcaba el plan, 10 años, sin embargo, los datos del estudio reflejan una disminución mayor de lo que inicialmente se estimó. **El objetivo se considera conseguido.**

OG 22: Reducir la incidencia de DM tipo 2

	2006	2011	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa de incidencia/ 100.000 hab	182,1	162,87	170	Conseguido

OG-23: Reducir la mortalidad prematura por diabetes, por debajo de 1,44/100.000 habitantes en personas menores de 65 años y por debajo de 5,235/100.000 habitantes en personas menores de 75 años.

INDICADOR: Tasa mortalidad DM en < 65 y < 75 años

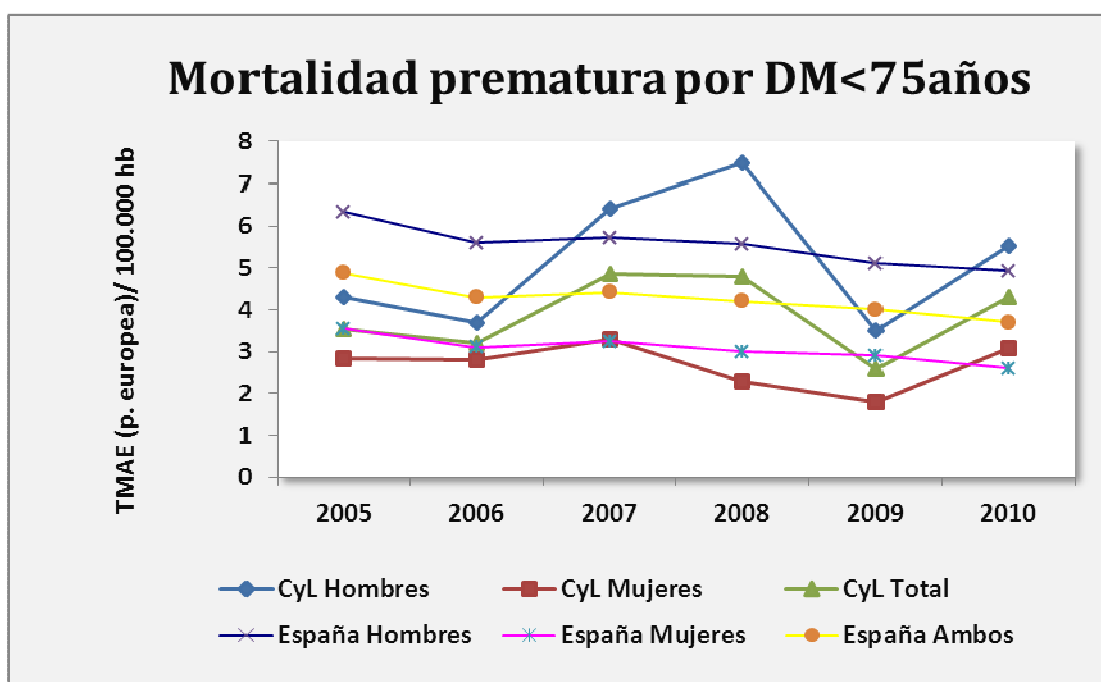
Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la DM fue la causa del 4,6 % del total de fallecimientos ocurridos en 2011 en Castilla y León (813 defunciones), lo que supone una tasa bruta de mortalidad (TBM) de 33,46/100.000 habitantes. En mujeres, las defunciones por diabetes ese año representaron el 3,85 % del total (321 fallecimientos) y una TBM de 40,52/100.000 hab, mientras que en hombres las defunciones representaron el 2,31 % y la TBM se situó en 26,2/100.000 hab.

La mortalidad por DM ajustada por edad por 100.000 habitantes fue de 11,14, mayor en los hombres (11,85) que en las mujeres (10,15).

Para evaluar el objetivo se analiza el indicador de **mortalidad prematura por DM** – considerada como aquella muerte que se produce antes de los 75 años–. Se utiliza como fuente de información los Indicadores Clave del SNS, pues este indicador también está recogido en la Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud.

En el año 2010, la tasa de mortalidad prematura en Castilla y León por DM fue de 4,31/100.000, superior en hombres (5,54/100.000) que en mujeres (3,07/100.000). Estas cifras son superiores a la media del SNS. Además, la evolución no presenta una tendencia claramente descendente como está ocurriendo en el caso de España.

		Diabetes mellitus					
		Tasa de mortalidad prematura (< 75 años)/ 100.000 hab					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Castilla y León							
	Hombres	4,3	3,70	6,43	7,5	3,50	5,54
	Mujeres	2,83	2,80	3,3	2,29	1,80	3,07
	Total	3,54	3,20	4,86	4,78	2,60	4,31
España							
	Hombres	6,33	5,60	5,72	5,56	5,10	4,92
	Mujeres	3,55	3,10	3,24	2,99	2,90	2,59
	Total	4,88	4,30	4,42	4,21	4,00	3,69
Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad							



Evaluación: La mortalidad prematura por DM en Castilla y León no presenta una tendencia descendente como la observada en el conjunto del SNS. No obstante, las últimas cifras disponibles sitúan la tasa por debajo del objetivo marcado. **El objetivo se considera conseguido.**

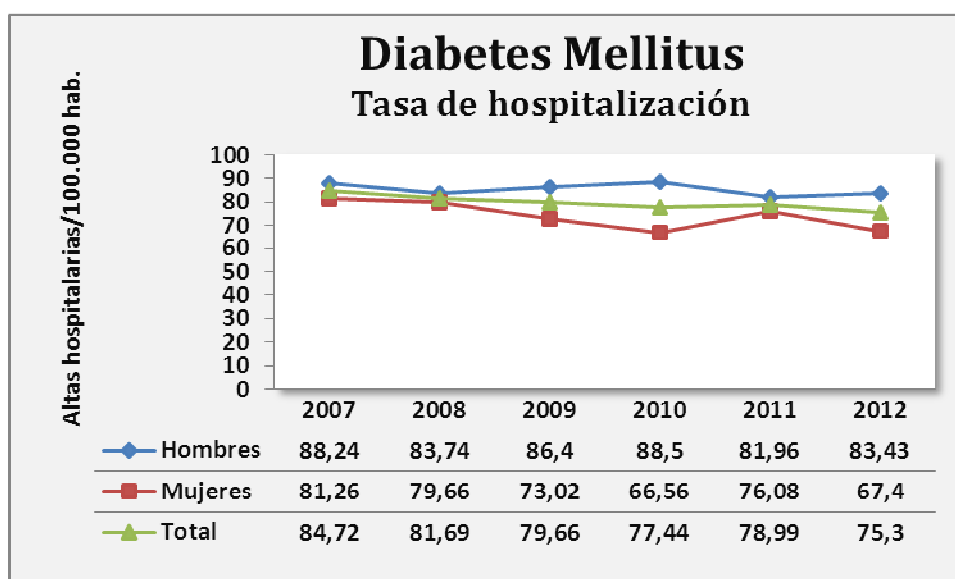
OG 22: Reducir la mortalidad prematura (< 75 años) por DM

	2005	2010	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa de mortalidad prematura/ 100.000 hab	3,54	4,31	5,235	Conseguido

OG-24: Reducir, por debajo de 0,9/1.000 habitantes, los ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes mellitus.

INDICADOR: Tasa de hospitalización por DM

La hospitalización por DM -entendida como el número de altas por cada 100.000 habitantes y utilizando como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León- fue de 75,30 altas por 100.000 hab en 2012, mayor en hombres (83,43) que en mujeres (67,40). La evolución temporal de la tasa a lo largo del período de estudio es descendente.



Evaluación: La hospitalización por DM se situó en el año 2012 por debajo del nivel establecido (< 90 por 100.000 hab) y con tendencia descendente, por lo que **el objetivo se ha conseguido**.

OG 23: Reducir, por debajo de 0,9 /1.000 habitantes, los ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes mellitus

	2007	2012	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa de hospitalización/ 100.000 hab	84,72	75,30	90	Conseguido

OE-58: Mejorar la calidad de la atención sanitaria a las personas con diabetes, desarrollando una Estrategia Regional frente a la diabetes.

INDICADOR: Estrategia Regional de Diabetes.

M 122. Revisión, establecimiento y difusión de criterios y estándares de normalidad.

La Estrategia Regional de Diabetes se presentó en el año 2011 como una Guía de actuaciones para la adaptación a Castilla y León de la Estrategia de Diabetes del SNS. Está disponible en el Portal de Salud de Castilla y León: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/guia-actuaciones-estrategia-diabetes>

Esta guía facilita la elección y priorización de recomendaciones tanto a los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con diabetes, como a los centros directivos responsables de la coordinación y la planificación.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

OE-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.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes con medición glucemia en AP.

M 116. Identificación de las personas con factores de riesgo y determinación de la glucemia basal, siguiendo las Guías de Práctica Clínica.

M 117. Establecer las condiciones para la realización de screening en grupos de riesgo.

M 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.

M 119. Realización del cribado de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en todas las mujeres gestantes.

M 120. Actividades dirigidas al control de todos los factores de riesgo en pacientes diabéticos.

M 121. Medición del perímetro abdominal en consulta.

El diagnóstico precoz es una estrategia imprescindible para prevenir las complicaciones a largo plazo de la diabetes pues permite implantar medidas correctoras que se han demostrado eficaces en la reducción de la morbilidad por DM.

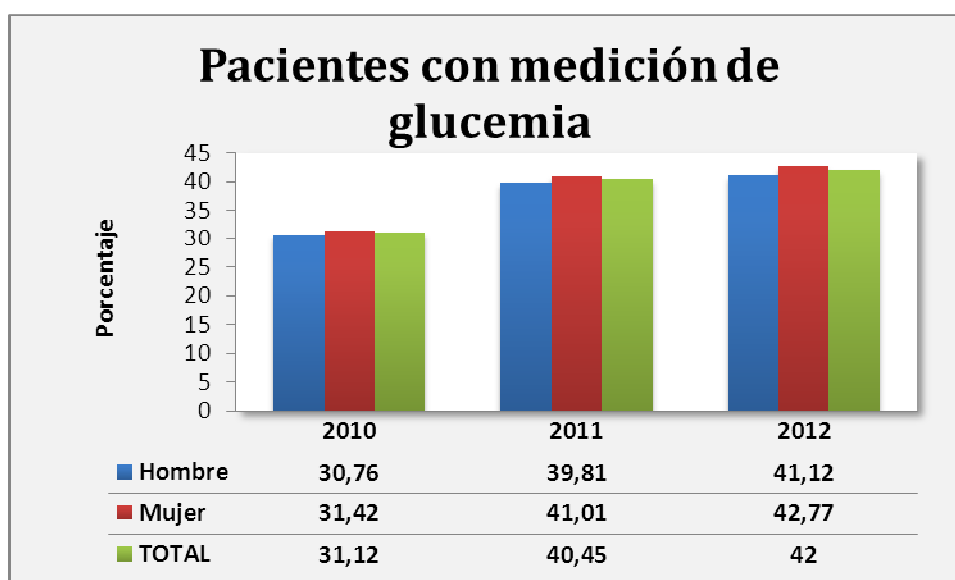
La detección oportunista en grupos de riesgo tiene una aceptable relación coste-efectividad. Además de diagnosticar precozmente a los diabéticos, permite detectar los estados de prediabetes como la Glucemia Basal Alterada (GBA) o la Intolerancia a la Glucosa (TAG) y puede orientar sobre la intervención en los estilos de vida de esta población.

No existen evidencias que apoyen el cribado universal. Dado que la aparición de DM es más frecuente en determinados grupos de población que presentan factores de riesgo para la enfermedad, varias revisiones sistemáticas (la ADA o el PAPPS en nuestro entorno) recomiendan el cribado mediante glucemia basal anual en estos grupos de riesgo.

Uno de los cuatro parámetros glucémicos aceptados para la realización de cribado es la *glucemia plasmática en ayunas* (GBA) de acuerdo a los criterios diagnósticos de la OMS.

Para calcular el indicador, **porcentaje de pacientes con factores de riesgo con medición de la glucemia en AP**, se ha utilizado como fuente de información la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria, MEDORACyL, siendo el numerador el número de personas con factores de riesgo: HTA, obesidad e hipercolesterolemia (incluidos en los servicios de cartera de atención a crónicos) que, en el periodo de estudio, tienen registrada una petición de glucemia. Los datos están disponibles a partir del año 2010, global y por sexos.

En el año 2012, se realizó una determinación de glucemia al 42% de los pacientes con alguno de los factores de riesgo analizados. El porcentaje es ligeramente mayor en las mujeres. Cada año aumenta el número de personas con factores de riesgo a los que se les ha realizado una medición de glucemia.



Fuente: Medora CyL. Consejería de Sanidad

Otro de los grupos considerados de riesgo son **las mujeres gestantes**. El despistaje de diabetes gestacional está bien implantado en Castilla y León a través de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, dentro del Programa de Atención a la mujer embarazada. A todas las gestantes se les realiza el cribado mediante el Test de O'Sullivan, entre las 24 y las 28 semanas de gestación. La cobertura de cribado de diabetes ha alcanzado el 99 - 100% de la población diana del programa durante todos los años del periodo de vigencia del Plan de Salud.

La **determinación de glucemia en personas con otros factores de riesgo**, a cualquier edad y con carácter anual, en cambio, presentaba una cobertura muy baja. Para mejorar esta situación, se ha realizado la implantación de la *Guía de valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular* y la *Guía de actuaciones para la adaptación a Castilla y León de la Estrategia de Diabetes del SNS*. Entre las intervenciones y actividades propuestas en el plan de cuidados estandarizado para el riesgo cardiovascular destacan la identificación de riesgos, la ayuda para dejar de fumar y disminuir de peso, y la enseñanza tanto de dietas prescritas, actividad y ejercicio, autoanálisis de glucosa y automedición de la presión arterial.

Además, se ha dotado al programa de Historia Clínica Electrónica, MedoraCyL, de un sistema que permitirá el aviso automático, mediante un señalizador que facilite la identificación de los pacientes con estados prediabéticos y de recuerdo de cribado, según los criterios establecidos en las GPC.

Durante el periodo de vigencia del III Plan de Salud, se ha llevado a cabo el **Programa D-Plan**, programa de prevención de la DM 2 en la práctica clínica desarrollado en la Unión Europea que, tras la identificación de individuos de alto riesgo para el desarrollo de DM 2, realiza una intervención intensiva y continuada que ha mostrado ser exitosa en condiciones experimentales. El programa consta de tres fases:

- Cribado de sujetos con alto riesgo de desarrollar DM 2, utilizando como herramienta de cribaje la escala FINDRISK.
- Programa de intervención educativa consistente en 4 sesiones formativas grupales sobre modificación de hábitos no saludables.
- Revisiones anuales en los centros de salud para evaluar los resultados de la intervención en la disminución del riesgo de padecer diabetes.

A toda la población incluida en el estudio con un resultado ≥ 14 en el test de Findrisk se le considera de alto riesgo y se le realiza una determinación de la glucemia.

En Castilla y León, el proyecto ha sido coordinado por la Gerencia de Atención Primaria de Segovia, con el apoyo de la Consejería de Sanidad, y han participado en él varias zonas básicas de salud: 5 centros de Segovia (Segovia I, Segovia III, Segovia Rural, El Espinar y Nava de la Asunción), 1 centro de Burgos (Aranda de Duero Norte), 2 centros de Ávila (Arévalo y Gredos) y 2 centros en Zamora (Corrales y Villalpando). Las conclusiones del estudio ponen de manifiesto que tanto la escala de Findrisk como el modelo de intervención intensiva grupal sobre los hábitos de vida saludables, con su refuerzo periódico, han mostrado su utilidad dentro de un programa de prevención en atención primaria.

Evaluación: En Castilla y León, se realizan numerosas acciones para concienciar a los profesionales de la importancia de incluir la detección de la DM en las actividades preventivas de Atención Primaria. Se han implantado Guías asistenciales que facilitan criterios y estándares de normalidad para la toma de decisiones y se ha dotado a la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria de un sistema de aviso de la necesidad de cribado. Como resultado, ha aumentado el porcentaje de pacientes de riesgo a los que se les mide la glucemia, por lo que el **objetivo se considera conseguido**.

OE-60: Mejorar el control de pacientes diagnosticados de diabetes consiguiendo alcanzar un 50% de pacientes diabéticos con una HbA1c (Hemoglobina glicosilada) inferior a 7%.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c <7%.

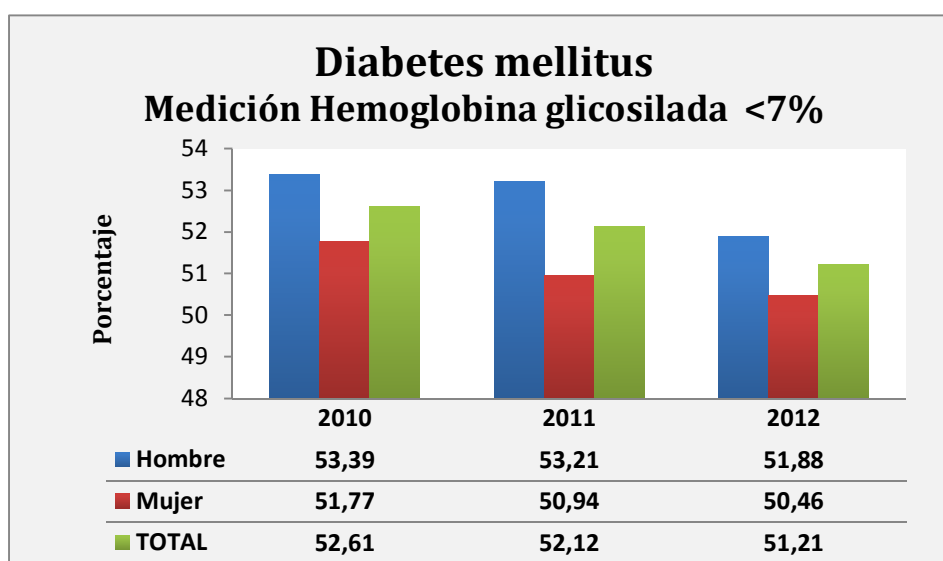
M 123. Medidas para mejorar la coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria en la atención a las personas diabéticas.

M 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.

El tratamiento de la diabetes debe estar encaminado a reducir los niveles de glucemia a valores próximos a la normalidad. Con ello se evitan descompensaciones agudas (cetoacidosis o síndrome hiperosmolar), se alivian los síntomas asociados, se minimiza el riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares y microvasculares (retinopatía, nefropatía y/o neuropatía) y, también, se reduce la mortalidad.

Para conocer el **grado de control de la DM**, se utiliza la cifra de **hemoglobina glicosilada** -entendida como el número de personas diabéticas con cifra de hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferior a 7 en relación al número total de personas diagnosticadas de diabetes que tienen una HbA1c – manejando como fuente de información la Historia Clínica Electrónica, MEDORACyL. Este indicador nos permite valorar dos aspectos: uno, el grado de cobertura de la determinación de HbA1c a los diabéticos, y dos, el grado de buen control alcanzado en la población a la que se le ha realizado la prueba. Ambos parámetros han sido incluidos como indicadores de proceso asistencial en los Planes Anuales de Gestión de los años 2010, 2011 y 2012.

El grado de cobertura de la determinación de HbA1c ha mejorado a lo largo de los tres años analizados, pasando del 36,42% al 50,08% sobre el total de DM, en el año 2012, es decir, más de la mitad de las personas diabéticas tienen registrada una hemoglobina glicosilada. De ellas, más de la mitad 51,21%, tanto hombres como mujeres, tienen un buen control de la enfermedad (Estándar: 50%). A la hora de evaluar este indicador hay que tener en cuenta que la fuente de información no es exhaustiva puesto que el registro no es automático y, en general, tiende a registrarse lo patológico y no la normalidad, por lo que existe un infrarregistro de información. No obstante, en la evaluación de la Estrategia en Diabetes del SNS, publicada en el año 2009, la Comunidad evaluó el indicador mediante la realización de un muestreo de historias clínicas, obteniéndose un grado de buen control del 74,22% de los pacientes con diagnóstico de diabetes.



Fuente: Medora CyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Entre las medidas para mejorar la coordinación entre atención especializada y atención primaria en la atención a las personas diabéticas, hay que destacar:

- Implantación progresiva de la historia clínica compartida entre ambos niveles asistenciales.
- Potenciación de la comunicación directa entre los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales para el intercambio de información y conocimientos clínicos, incluyéndose como objetivo de Área en los Planes Anuales de Gestión (PAG). Las Gerencias de Salud de Área de Zamora, Burgos, Palencia, Salamanca, las dos de Valladolid y la de Zamora, establecieron líneas de comunicación directa, correo electrónico o teléfono, entre un profesional de referencia del Servicio de Endocrinología hospitalario y el Equipo de Atención Primaria correspondiente.
- Elaboración y difusión de Guías de Práctica Clínica: la *Guía de valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular* y la *Guía de actuaciones para la adaptación a Castilla y León de la Estrategia de Diabetes del SNS*.

La educación diabetológica está reconocida como uno de los pilares terapéuticos de la enfermedad. Potenciar la educación diabetológica, tanto individual como grupal, implicando al paciente y a su familia en el proceso, facilita la autosuficiencia y permite mejorar su calidad de vida.

- La educación diabetológica grupal dirigida a pacientes y familiares desde el ámbito hospitalario se realiza a través de las enfermeras educadoras en diabetes en 11 de los 14 hospitales de la comunidad.
- A nivel de Atención Primaria, se realiza a través del Servicio de Educación para la Salud a grupos de pacientes diabéticos. Está dirigido a pacientes de 15 años o más diagnosticados de DM y/o a sus familiares y cuidadores. A lo largo del periodo de vigencia del Plan han participado en este servicio 63.791 pacientes y/o familiares.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido al superar el 50% el número de pacientes diabéticos con una Hemoglobina glicosilada registrada inferior a 7%, aunque se recomienda mejorar el control de pacientes diabéticos, con el objetivo tanto de aumentar la cobertura de pacientes con la prueba realizada como el porcentaje de pacientes controlados.

OE-61: Mejorar la prevención, tratamiento y seguimiento de la retinopatía diabética.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes diabéticos > 14 a con exploración de fondo de ojo en los 3 últimos años.

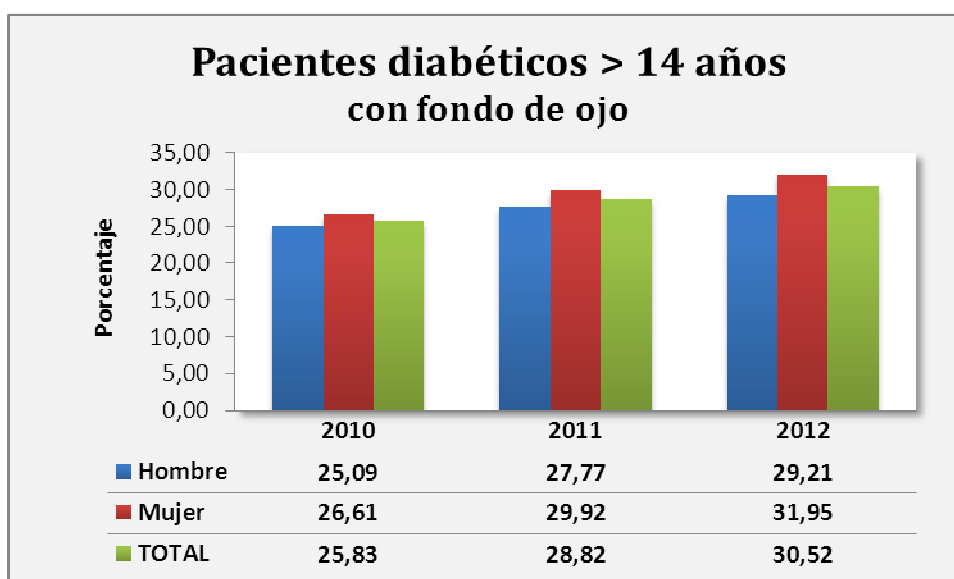
M126. Definir e implantar el plan de extensión del cribado de retinopatía diabética, mediante el estudio de fondo de ojo con retinografía no midriática, en todas las Áreas (o en consultas específicas).

Tras 20 años de evolución de la enfermedad, el 60% de los diabéticos tipo 2 presentan retinopatía diabética (hasta un 20% en el momento del diagnóstico). Ésta es la causa más frecuente de ceguera en personas de entre 30 y 70 años en los países industrializados. La población diabética tiene 25 veces más de riesgo de ceguera. La detección precoz y el tratamiento adecuado mediante fotocoagulación con láser reducen en más de un 60% el riesgo de pérdida visual en los pacientes con retinopatía diabética de alto riesgo y en más de un 50% en caso de edema macular diabético.

El III Plan de Salud estableció como objetivo incrementar la cobertura del cribado de retinopatía mediante fondo de ojo, facilitando el acceso al mismo mediante retinografía no midriática o consultas específicas.

Para ello, utilizando como fuente de datos la Historia Clínica Electrónica, MedoraCyL, se ha calculado la **cobertura de exploración de fondo de ojo** - número de personas diabéticas >14 años con exploración de fondo de ojo informada en los dos últimos años en relación al total de personas diabéticas >14 años conocidas-. El parámetro ha sido incluido como Indicador de Proceso Asistencial en los Planes Anuales de Gestión de los años 2010, 2011 y 2012.

En Castilla y León, el 30,52% de las personas mayores de 14 años con DM tenía registrada la realización de un estudio de fondo de ojo en los tres años anteriores. El porcentaje es algo mayor en mujeres que en varones en los tres años del estudio. El indicador ha evolucionado de forma favorable, con un porcentaje de variación del 18%.



Fuente: MedoraCyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

La **teleoftalmología** evita consultas y sobrecarga de trabajo en los hospitales, reduce, por tanto, la lista de espera en oftalmología, evita desplazamientos a los pacientes y permite establecer la consulta virtual con el facultativo especialista desde Atención Primaria, aumentando la capacidad resolutive de este nivel asistencial. Actualmente, en Castilla y León se efectúa un pilotaje en el área de Ávila, con una dotación de 7 retinógrafos conectados a la red de teleoftalmología. Hay más de 60 médicos, pertenecientes a 9 zonas básicas de salud, implicados en el proyecto, de los que 14 son responsables directos de la captación de las imágenes de fondo de ojo. Son más de 6.000 los pacientes atendidos desde que comenzó el proyecto en 2009. Sólo en 2012 se atendieron 1.913 pacientes. En el resto de la Comunidad se dispone de otros 18 retinógrafos en AP. La instalación de estos equipos conlleva la formación de los profesionales de Atención Primaria tanto en la realización de la prueba como en la interpretación de la técnica.

Por último, destacar el esfuerzo que la Gerencia Regional de Salud realiza para acercar la Atención Especializada a las zonas rurales, mediante el desplazamiento de especialistas a estas zonas más alejadas, facilitando la accesibilidad de la población a mayor número de prestaciones, especialmente las más demandadas, entre las cuales se encuentra la Oftalmología.

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del plan ha mejorado la prevención, el tratamiento y el seguimiento de la retinopatía diabética, mediante la realización del estudio de fondo de ojo cada 3 años, de forma general a los pacientes incluidos en el servicio de atención a pacientes diabéticos de la Cartera de servicios de Atención Primaria. Además, se ha potenciado la capacidad resolutive a través de las consultas de teleoftalmología, proporcionando a los profesionales los recursos y la formación específica necesaria. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-62: Mejorar la prevención y tratamiento de las complicaciones cardiovasculares.

INDICADOR: % pacientes diabéticos con complicaciones cardiovasculares que requieren ingreso.

La macroangiopatía es la afectación arteriosclerótica de las arterias de mediano y gran calibre y causa más del 60% de las muertes de los diabéticos. La placa de ateroma en el diabético tiene un inicio más temprano, una evolución más agresiva y afecta especialmente a la mujer. En el momento del diagnóstico, hasta el 16% de hombres y el 23% de mujeres presentan en el ECG alteraciones sugestivas de cardiopatía isquémica. El riesgo cardiovascular vinculado a la diabetes se incrementa considerablemente cuando concurren otros factores de riesgo, fundamentalmente hábito tabáquico, hipertensión arterial e hiperlipemia.

Para valorar este objetivo se ha calculado el **porcentaje de pacientes diabéticos con complicaciones cardiovasculares que requieren ingreso** - número de altas de personas diabéticas a las que se les ha diagnosticado IAM, SCA o ACV en un año en relación a la población diabética estimada-. Para el numerador se utilizan los datos del CMBD de Castilla y León y para el denominador, los datos del Servicio de DM de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León.

Según los datos obtenidos, en Castilla y León, en el año 2012, el 1,61% de la población diabética ha ingresado por una complicación cardiovascular (IAM, SCA e ictus). Este porcentaje ha descendido a lo largo del periodo.

Entre un 25 y un 30% de los pacientes que ingresan por alguna de estas causas son pacientes diabéticos (el 30% de las altas por IAM, el 28% de las altas por SCA y el 25% de las altas por ictus).

	Diabetes mellitus				
	Porcentaje pacientes diabéticos con ingreso por complicaciones cardiovasculares				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº altas por CCV¹	3.358	2.724	2.724	2.594	2.633
Nº DM en CdS	178.008	143.039	147.615	156.265	163.670
%	1,89	1,90	1,85	1,66	1,61
Fuente: Numerador: CMBD de Castilla y León. Denominador: Cartera de Servicios de AP (CdS)					
(1) CCV: Complicaciones cardiovasculares: IAM, SCA y ACV (ictus)					

Evaluación: Un adecuado control de la enfermedad y de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos previene la aparición de complicaciones cardiovasculares en estos enfermos. A lo largo del periodo de estudio ha disminuido el porcentaje de pacientes diabéticos que han ingresado por una complicación cardiovascular, IAM, SCA (angina inestable) o Ictus. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Tasa de amputaciones miembros inferiores en diabéticos

M 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.

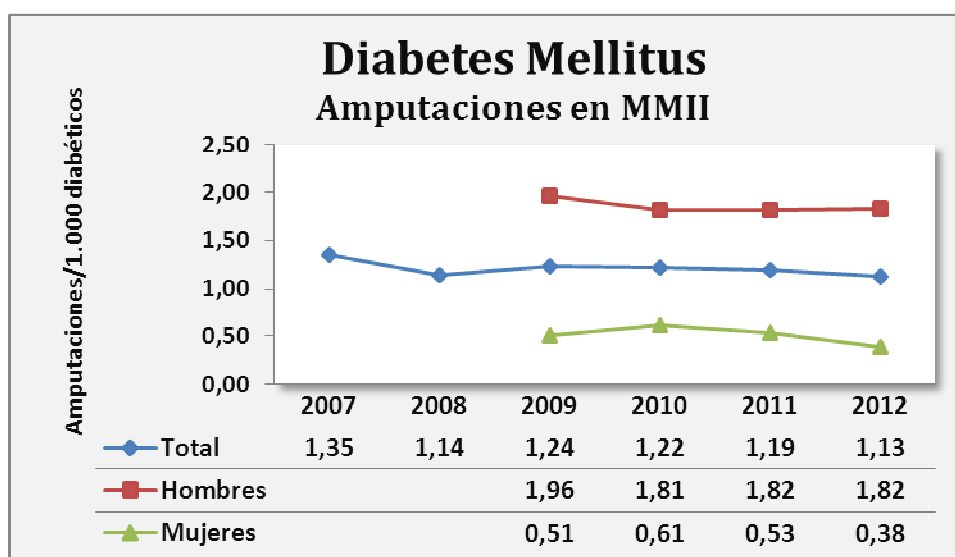
El “pie diabético” es un proceso complejo en el que coincide prácticamente siempre la afectación vascular y la neuropática. Con frecuencia asocia infección. La patología del pie está presente antes de que se manifieste la clínica florida, siendo éste el momento de establecer las medidas para que las lesiones dejen de progresar. Más del 50% de las amputaciones de miembros inferiores son debidas a la DM. Esta complicación produce un importante gasto en hospitalizaciones, bajas laborales e invalideces. Mejorar las actividades de control del pie diabético así como el consejo de autocuidado a los pacientes, fueron objetivos del Plan de Salud para lograr reducir la incidencia de amputaciones no traumáticas en estos pacientes.

En Castilla y León, se realizaron a lo largo del periodo de estudio 880 amputaciones de MM. II. de las cuáles 685 (77,84%) fueron en varones y 195 (22,16%) en mujeres. El número de amputaciones aumentó en los varones un 44% mientras que en las mujeres descendió un 33% en el mismo periodo.

Los ingresos de pacientes diabéticos para amputación de MM. II. en nuestra comunidad representaron en el año 2012, el 9,91% de todas las altas de pacientes diabéticos, con diferencias importantes entre hombres (15,2%) y mujeres (3,54%).

El indicador establecido para alcanzar el objetivo fue la **tasa de amputaciones de miembros inferiores en diabéticos** – número de altas de personas diabéticas a las que se les ha practicado alguna amputación, con diagnóstico principal de neuropatía o angiopatía diabética, en relación a la población diabética (pacientes incluidos en Servicio de diabéticos de la Cartera de Atención Primaria de Castilla y León)-.

El número de amputaciones de miembros inferiores por cada 1.000 personas diabéticas fue de 1,13, mayor en hombres (1,82) que en mujeres (0,38). La tasa global ha disminuido con respecto al año 2007 (1,35 por cada 1.000 diabéticos).



Fuente: CMBD de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2013

En el Servicio de Atención a pacientes con DM de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en relación a las actividades de control del pie diabético, está protocolizada la valoración, al menos 1 vez al año, de la presencia/ausencia de arteriopatía periférica (entre otras) y la exploración clínica de pulsos periféricos, sensibilidad, reflejos osteotendinosos y el examen de los pies, además de consejos sobre su enfermedad.

Evaluación: A través de medidas de prevención y el fomento del autocuidado en pacientes diabéticos se ha logrado reducir la tasa de amputaciones de miembros inferiores en pacientes diabéticos. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-64: Mejorar la prevención y estabilizar la progresión de la nefropatía diabética.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes diabéticos en diálisis

M 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.

El aumento epidémico de la DM asociado al envejecimiento de la población, el aumento de la obesidad y la mayor supervivencia del paciente diabético se acompaña de un incremento de la nefropatía diabética, principal causa de enfermedad renal crónica terminal.

En el año 2011, último dato disponible, en la Comunidad de Castilla y León, el 15,9% de los pacientes en Terapia Renal Sustitutiva (TRS, incluyendo la hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal) eran diabéticos, siendo la Diabetes Mellitus (DM) la primera causa de inicio de TSR. La prevalencia en Castilla y León se situó en 161,4 diabéticos en TRS por millón de habitantes (PMP), algo superior a la registrada en España, 156,9 PMP (15,42% del total de pacientes en TRS), para el mismo año 2011

Los casos nuevos han sido menos de forma que la tasa de incidencia disminuyó con respecto a 2010, situándose en 30,49 pacientes nuevos en diálisis PMP. Sin embargo, aumentó con respecto al inicio del periodo.

	Diabetes mellitus (DM)				
	Pacientes en el Registro de diálisis y trasplante renal				
	2007	2008	2009	2010	2011
Pacientes en TRS	2.387	2.498	2.549	2.588	2.598
Pacientes con DM (Prevalentes)	155	360	370	397	413
% pacientes con DM en TRS	6,5%	14,4%	14,5%	15,3%	15,9%
Prevalencia (PMP)	61,30	140,77	144,33	155,11	161,43
Pacientes con DM nuevos (Incidentes)	16	84	83	83	78
Incidencia (PMP)	6,33	32,85	32,38	32,43	30,49

Fuente: Registro de Diálisis y Trasplante renal. Consejería de Sanidad, 2013
Datos a 31 de diciembre de cada año

En el Servicio de Atención a pacientes con DM de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, está protocolizada la valoración, al menos 1 vez al año, de la presencia/ausencia de nefropatía, entre otras posibles complicaciones. Una vez al año se realizará sistemático de orina y microalbuminuria así como creatinina en sangre.

Evaluación: La prevalencia de pacientes con DM en TRS ha ido aumentando a lo largo del periodo, tendencia también descrita a nivel nacional. La tasa de incidencia también aumentó con respecto al inicio del periodo, sin embargo, con respecto a 2010 ha experimentado un pequeño descenso. **El objetivo se considera no conseguido.**

OE-65: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual

INDICADOR: Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos

M 130. Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

M 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.

M 132. Fijar objetivos específicos relacionados con la diabetes mellitus en la formación continuada de los profesionales.

M 133. Desarrollar, mediante norma, la Comisión Asesora de Diabetes de Castilla y León.

M 134. Promoción de la investigación sobre diabetes mellitus, en los dos niveles asistenciales.

A lo largo de la vigencia del Plan no se ha elaborado un sistema de información específico que recopilase los resultados por Áreas de salud relativos a los principales problemas de salud recogidos en el mismo. En el caso concreto de la DM, las principales fuentes de información son la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (MedoraCyL), el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el Registro de Diálisis y Trasplante Renal de Castilla y León.

La elaboración y difusión de GPC como la *Guía de valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular* y la *Guía de actuaciones para la adaptación a Castilla y León de la Estrategia de Diabetes del SNS*, ha permitido 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.

Fijar objetivos específicos relacionados con la diabetes mellitus en la formación continuada de los profesionales

Dentro de las actividades formativas llevadas a cabo en el marco del Plan Estratégico de Formación Continuada 2008-2011, se han realizado más de 200 acciones formativas con contenidos específicos en DM, abarcando aspectos como la Actualización en diabetes, Educación para la salud en diabetes; Dieta, seguimiento y educación para la salud en diabetes; Cuidados en diabetes dirigido a enfermería; Manejo terapéutico; Guía de práctica clínica en diabetes tipo 2 y Uso de retinógrafos.

El Plan Anual de Gestión del año 2010 incorporó un objetivo de calidad de la prescripción relacionado con antidiabéticos orales. Como actividad formativa de apoyo a este objetivo se elaboraron dos boletines de información terapéutica (Sacylite) que se remiten a todos los médicos y personal de enfermería de Atención Primaria y a todos los médicos de Atención Especializada. Además, en el año 2009, las Gerencias de Atención Primaria, realizaron sesiones formativas sobre tratamiento farmacoterapéutico en patologías frecuentes y la diabetes fue uno de los elegidos por algunas áreas.

A través del “Aula de Pacientes”, se ha potenciado el autocuidado de los pacientes mejorando su capacitación en salud y la autogestión de sus enfermedades, poniendo a disposición de pacientes y cuidadores, contenidos y recomendaciones sobre las enfermedades crónicas más prevalentes, entre ellas, la Diabetes.

En el área de procesos clínicos, disponen de la Guía de Diabetes, cuyos contenidos tratan de explicar qué es la enfermedad, cuáles son sus síntomas, causas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, consejos para mejorar la calidad de vida, identificar los signos y síntomas que requieren especial atención, respuestas a las preguntas más frecuentes y completándose con otros enlaces de interés para obtener más información. Los contenidos se pueden descargar en un PDF con formato de Guía.

En formato audiovisual, se han editado en el “aula” cuatro vídeos cuyos contenidos están relacionados con la Diabetes y en cuya elaboración han participado profesionales sanitarios:

- Diabetes Tipo 1: Vídeo explicativo de qué es la enfermedad, qué es la insulina y cómo actúa en el organismo, signos y síntomas de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, hábitos saludables, recomendaciones generales y signos y síntomas de hipoglucemia.

- Diabetes Tipo 1 - Administración de insulina: una enfermera educadora en endocrinología y nutrición nos explica qué es la insulina, cómo prepararla para inyectársela, cómo es la técnica de la inyección, dónde y cómo ponérsela, qué afecta a la absorción de la misma, etc.
- Diabetes Tipo 1 - Técnicas de autoanálisis: Vídeo explicativo que indica qué es el autoanálisis, porqué debe de hacerse, cuáles son los pasos, explicación de la técnica, interpretación de los resultados y cuándo debe de hacerse, explicados por una enfermera educadora en endocrinología.
- Prevención y cuidado del Pie Diabético: Se trata de un vídeo en el que una enfermera de un centro de salud de la Comunidad nos explica por qué se produce esta complicación de la enfermedad, qué signos o síntomas hay que vigilar y cuando acudir a su médico, cómo se previene el pie diabético y cómo debe cuidarse los pies una persona diabética.

Además, existe 1 audio que es el testimonio de una persona que fue diagnosticada de diabetes tipo 1 a los 15 años. Explica cómo ha tenido que aprender a convivir con la diabetes y las pautas de alimentación, de actividad física, cómo ajusta su insulina según las necesidades y como acude a sus revisiones anuales.

En el apartado de "Noticias", tanto en 2011 como en 2012 se ha publicado información sobre el Día Mundial de la Diabetes, que se celebra el 14 de noviembre.

En cuanto al apartado destinado a las Asociaciones de Pacientes, existe un directorio de las relacionadas con esta enfermedad en la Comunidad Autónoma, incluyendo los enlaces a sus webs.

Promoción de la investigación sobre diabetes mellitus, en los dos niveles asistenciales

Dentro de las ayudas económicas establecidas desde el año 2008 por parte de la Gerencia Regional de Salud para proyectos de investigación a desarrollar en los centros de Atención Primaria y Atención Especializada y Gerencia de Emergencias Sanitarias, se ha consolidado una línea de investigación en Diabetes Mellitus, habiéndose financiado entre 2008 y 2011, 62 proyectos de investigación. En el año 2012, se mantienen activos 7 proyectos con una inversión de 65.837 euros.

Por otro lado, la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León inició en el año 2000 un ambicioso estudio sobre DM en nuestra Comunidad Autónoma, con una primera aproximación a la prevalencia de pacientes conocidos y tratados en el ámbito de la Atención Primaria del Sacyl. A partir de este estudio multicéntrico, en el que participaron varias CCAA españolas y las redes centinelas de Bélgica, Inglaterra, Francia, Holanda, Portugal y Eslovenia, se propuso crear una cohorte de pacientes de reciente diagnóstico con el doble objetivo de estimar la incidencia y realizar un seguimiento de las complicaciones y mortalidad de esta grave enfermedad.

Se está desarrollando además el *Estudio di@bet.es*, iniciativa conjunta de CIBERDEM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas), la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la disuelta Federación Española de Diabetes (FED), en el que colaboran las Gerencias de Atención Primaria de Castilla y

León. Este estudio nació con el objetivo de proporcionar un conocimiento exhaustivo de la epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en España y sus resultados servirán de apoyo a las instituciones públicas para formular políticas de prevención, tratamiento e investigación de la diabetes más eficientes y efectivas.

Evaluación: Las principales fuentes de información en DM son la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (Medora CyL), el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el Registro de Diálisis y Trasplante Renal de Castilla y León. Se han llevado a cabo programas formativos sobre DM que contribuyen a mejorar la capacidad de los profesionales y a conseguir los objetivos institucionales. A través del “Aula de Pacientes”, se ha potenciado el autocuidado de los pacientes. Además, existe un apoyo expreso de la Consejería de Sanidad a la investigación, que se traduce en ayudas y subvenciones económicas a centros asistenciales y grupos de investigación, siendo una de las líneas de investigación la DM. **El objetivo se considera conseguido.**

EPOC

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco. A pesar de ser una enfermedad grave y muy invalidante que presenta frecuentes manifestaciones extrapulmonares y comorbilidades asociadas a la propia enfermedad, al tabaquismo y al envejecimiento, se trata de un proceso prevenible y tratable. El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo.

Se observa un incremento de casos de EPOC en los últimos 10 años. Probablemente porque ahora se diagnostique mejor. La mortalidad por EPOC va reduciéndose, tanto en hombres como en mujeres. Los contaminantes atmosféricos provocan reagudizaciones de EPOC. También el tabaco, por eso es fundamental conseguir que los pacientes dejen de fumar. Una EPOC bien controlada apenas debería generar ingresos hospitalarios ni reingresos, pero en este control han de implicarse pacientes, cuidadores y profesionales. Si el tratamiento adecuado incluye fisioterapia respiratoria, ha de asegurarse que esté accesible. La oxigenoterapia en estos pacientes tiene que estar bien controlada para que el tratamiento sea eficaz y eficiente.

EPOC		
OG-25	Reducir los ingresos hospitalarios por EPOC por debajo de 2,2/1.000 habitantes.	CONSEGUIDO
OG-26	Reducir la mortalidad por EPOC por debajo de 0,38 por 1.000 habitantes.	CONSEGUIDO
OG-27	Reducir la mortalidad prematura por EPOC en varones, por debajo de 0,3/1.000 (tasa de APVP).	CONSEGUIDO
OG-28	Reducir la invalidez causada por EPOC en un 25%.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-66	Mantener los niveles de contaminación ambiental dentro de los parámetros establecidos en la normativa europea.	CONSEGUIDO
OE-67	Poner en marcha medidas para la reducción de la contaminación del aire en el medio laboral.	NO EVALUABLE
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-69	Mejorar los resultados de la prevención secundaria reduciendo, al menos, hasta el 30% el porcentaje de pacientes con EPOC que fuman.	CONSEGUIDO

OE-70	Mejorar la prevención y el tratamiento precoz de las agudizaciones y disminuir los ingresos hospitalarios.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-72	Mejorar el acceso al tratamiento con fisioterapia respiratoria y asegurar su aplicación en los pacientes graves.	CONSEGUIDO
OE-73	Mejorar la calidad de la atención sanitaria de los pacientes con EPOC implantando las Guías de Práctica Clínica consensuadas.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-74	Mejorar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria y asegurar el cumplimiento de las indicaciones de oxigenoterapia en EPOC.	CONSEGUIDO
OE-75	Mejorar el diagnóstico precoz de pacientes con EPOC y déficit de alfa-1 (no fumadores y fumadores < 40 años)	NO CONSEGUIDO
OE-76	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se relaciona directamente con el consumo de tabaco y con el envejecimiento de la población, siendo una de las afecciones más frecuentes en personas mayores.

Con respecto al principal factor de riesgo, el tabaco, los datos de la ENSE 2011-2012 reflejan que en Castilla y León el 22,81% de la población de 15 y más años fuma a diario, situándose por debajo de la media nacional (23,95%). Por sexos, siguen fumando a diario más los hombres (28,40%) que las mujeres (17,41%). La prevalencia del consumo habitual de tabaco en la población general ha descendido en Castilla y León, bajando del 23,52% en 2006 al 22,81%, descenso más pronunciado en hombres (2006: 29,51%) que en mujeres (2006: 17,70%).

La morbilidad hospitalaria por EPOC presenta un ligero descenso en los últimos años, descenso que se produce tanto en hombres como en mujeres, aunque en los hombres sigue siendo cinco veces superior.

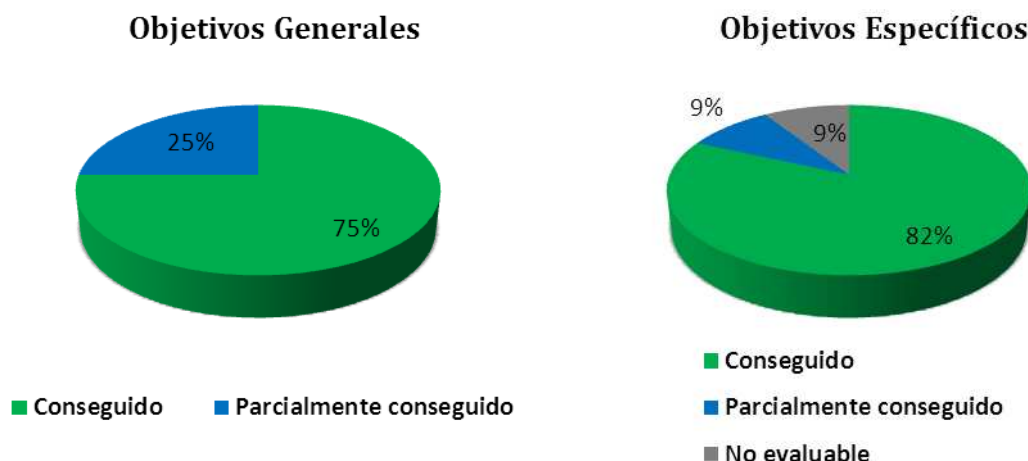
Las tasas de mortalidad, de mortalidad prematura y de APVP por EPOC también han descendido, tanto en hombres como en mujeres, probablemente relacionado con el mejor control de este tipo de patología y con el descenso del consumo de tabaco.

Mejoran los resultados de la prevención de complicaciones y el tratamiento de las agudizaciones con la puesta en marcha de planes de cuidados al alta en todos los hospitales y la elaboración y progresiva implantación del Proceso Asistencial Integrado.

Los objetivos intersectoriales en este problema de salud, dependientes de la Consejería de Medio Ambiente presentan un elevado grado de consecución y están orientados al control de la calidad del aire.

Se ha conseguido en su totalidad un 75%, de los objetivos generales y un 82% de los específicos

EPOC



OG-25: Reducir los ingresos hospitalarios por EPOC por debajo de 2,2/1.000 habitantes.

INDICADOR: Tasa de altas hospitalarias por EPOC

La EPOC es una enfermedad de alta prevalencia, con un importante infradiagnóstico. Genera, además, una importante carga de enfermedad lo que supone un alto coste para los servicios sanitarios. En la actualidad, la EPOC no puede curarse pero sí puede prevenirse y tratarse eficazmente, controlando sus síntomas, disminuyendo su velocidad de progresión y el número de exacerbaciones con la intención de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas que la padecen.

En Castilla y León, cada año, se producen en torno a 8.000 ingresos hospitalarios por EPOC y sus reagudizaciones más frecuentes, siendo más frecuente la hospitalización por esta causa entre los varones que entre las mujeres (de cada 5 ingresos por esta causa, 4 son hombres). Representan el 3,26% de todas las altas (5,32% en hombre; 1,24% en mujeres), lo que refleja la importancia de esta enfermedad como causa de ingreso hospitalario.

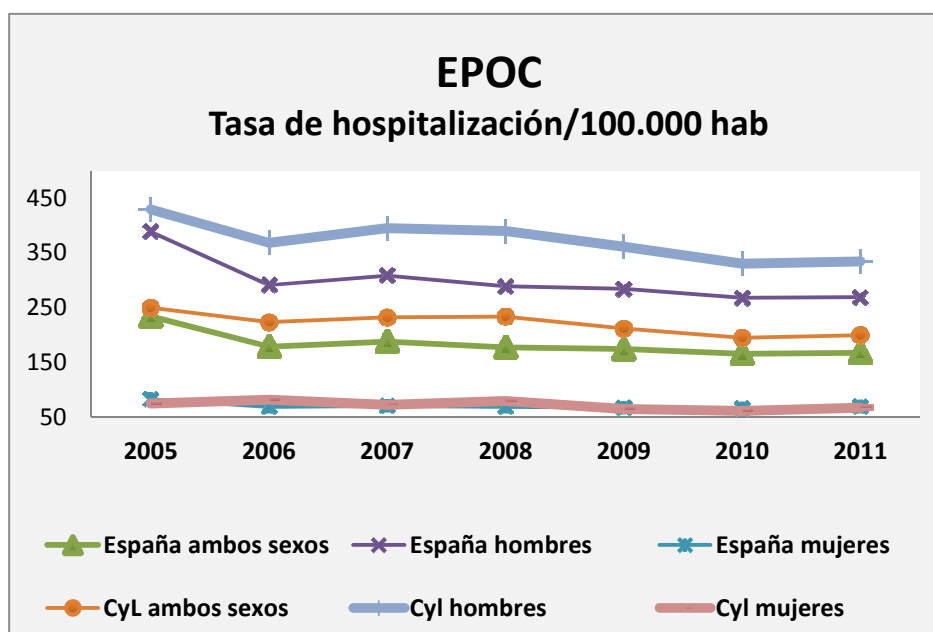
Utilizando como fuente de información la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE, calculamos **la tasa de hospitalización**, entendida como el número de altas asociadas a EPOC (CIE 9: 490-492,494,496) por cada 100.000 habitantes.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)						
Tasa de hospitalización (altas/100.000 hab)						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
España						
Ambos sexos	178,58	188,09	177,35	174,37	165,42	167,50
Hombres	291,36	308,85	288,60	284,11	267,59	268,82
Mujeres	68,32	70,09	68,31	67,01	65,70	68,82
Castilla y León						
Ambos sexos	223,38	231,92	233,45	211,70	194,69	199,46
Hombres	368,68	395,18	390,05	361,16	330,77	334,71
Mujeres	81,36	72,02	79,12	64,50	60,98	66,55

Fuente: Elaboración propia con datos del INE, 2013

En Castilla y León, en el año 2011 (último dato disponible), se produjeron 199 altas por 100.000 hab. asociadas a EPOC (334 en hombres; 66 en mujeres). En España, la tasa en hombres fue inferior, 268 altas, y en mujeres, superior, 68.

La tasa de hospitalización en Castilla y León ha descendido a lo largo del periodo de estudio tanto en hombres como en mujeres, con una tendencia similar a la observada en el SNS.



Fuente: INE

Evaluación: La tasa de hospitalización ha disminuido a lo largo del periodo, alcanzando el objetivo marcado. El descenso se produce tanto en hombres como en mujeres; la razón de masculinidad sigue siendo cinco veces superior. **El objetivo se ha conseguido.**

OG-25: Reducir los ingresos hospitalarios por EPOC por debajo de 2,2/1.000 habitantes

	2006	2011	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa de hospitalización/ 100.000 hab	223,38	199,46	220	Conseguido

OG-26: Reducir la mortalidad por EPOC por debajo de 0,38 por 1000 habitantes.

INDICADOR: Tasa de mortalidad por EPOC

En Castilla y León, en el año 2011 fallecieron 769 hombres por EPOC (5,55% de todas las muertes) y 260 mujeres (1,97% de todas las muertes). En conjunto, **la tasa bruta de mortalidad (TBM)** fue de 41,43 fallecidos por 100.000 hab, mayor en hombres (62), que en mujeres (20), aumentando significativamente por grupo de edad, en especial a partir de los 75 años. La tasa bruta de mortalidad es mayor en Castilla y León que en España. En el año 2011, la TBM en España fue de 34,4 fallecidos por 100.000 hab, mayor también en hombres (51,99) que en mujeres (17,38).

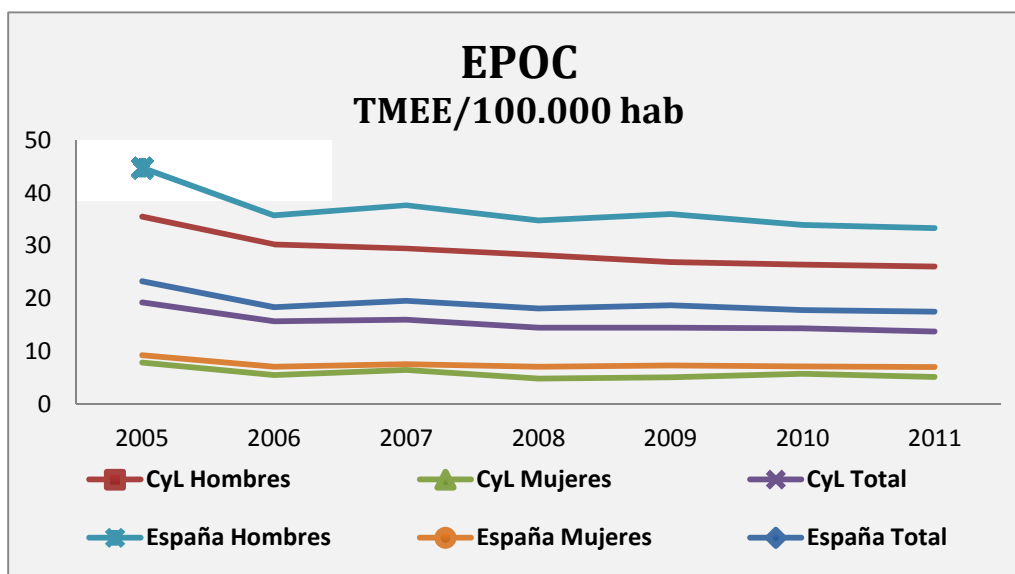
Teniendo en cuenta la estructura por edad de la población, se evalúa la tasa de mortalidad ajustada, utilizando como fuente de información la base de datos de los Indicadores Clave del SNS.

En Castilla y León, con una población muy envejecida, las tasas, global y por sexos, son inferiores a las tasas españolas. En la Comunidad, en 2011, la **tasa de mortalidad ajustada por edad (TMEE)** en hombres fue de 26,06 y en mujeres de 5,14, cifras ambas por debajo de las tasas en España, 33,37 en hombres y 7,01 en mujeres.

La tendencia temporal tanto de la TBM como de la TMEE presenta una evolución descendente en Castilla y León y en España. En el caso de las mujeres, la tendencia descendente no es tan clara en nuestra comunidad.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)						
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 hab						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
España						
Ambos sexos	18,34	19,53	18,08	18,70	17,83	17,51
Hombres	35,77	37,72	34,83	36	33,96	33,37
Mujeres	7,05	7,58	7,08	7,30	7,16	7,01
Castilla y León						
Ambos sexos	15,69	16,01	14,49	14,50	14,34	13,78
Hombres	30,28	29,49	28,26	26,90	26,4	26,06
Mujeres	5,48	6,50	4,86	5,10	5,75	5,14

Fuente: Indicadores Clave del SNS. MSSSI / Datos del ISCIII, 2013
Tasa de mortalidad ajustada por edad por población europea por 100.000 hab



Fuente: Indicadores Clave del SNS. MSSSI / Datos del ISCIII, 2013
Tasa de mortalidad ajustada por edad por población europea por 100.000 hab.

Evaluación: La TBM ha descendido en Castilla y León a lo largo del periodo pero no ha alcanzado el objetivo marcado en el Plan de Salud. Sin embargo, si tenemos en cuenta la estructura etaria de la población (TMEE), la situación en Castilla y León es más favorable que a nivel nacional por lo que podemos considerar el **objetivo conseguido**.

OG-26: Reducir la mortalidad por EPOC por debajo de 0,38 por 1.000 habitantes

	2007	2011	Objetivo esperado	Evaluación
TM bruta/ 100.000 hab	42,58	41,43	38,00	No conseguido con tendencia favorable
TM ajustada por edad/ 100.000 hab	16,01	13,78	--	Conseguido

OG-27: Reducir la mortalidad prematura por EPOC en hombres, por debajo de 0,3/1.000 (tasa de APVP).

INDICADOR: Tasa mortalidad prematura en hombres por EPOC

De los casi 125 mil años potenciales de vida que se perdieron en 2011 en Castilla y León por todas las causas, el 2,51% lo fueron por EPOC (excepto asma). La distribución por sexos no es similar, de forma que en los hombres supone el 3,38%, mientras que en las mujeres representa el 0,81%.

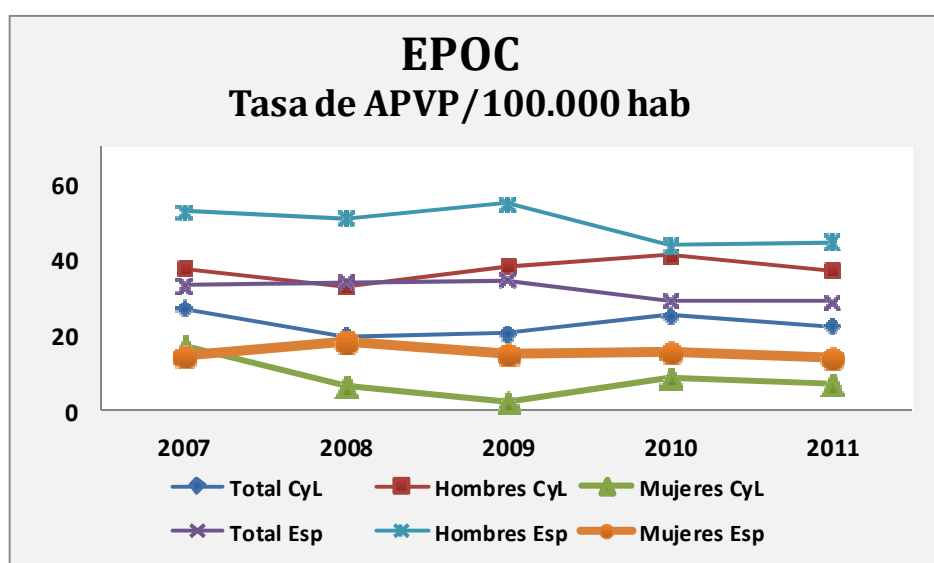
Para evaluar el objetivo se analiza **la tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP)**, indicador que expresa los años que no ha vivido una persona muerta prematuramente en relación a la expectativa de vida que se considere razonable. Se utiliza como fuente de información los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III.

En Castilla y León en el año 2011, la tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP), fue 22,2, superior en varones (37,08) que en mujeres (7,06), cifras en todo caso, inferiores a las de España. La evolución temporal tanto a nivel comunitario como nacional muestra una tendencia descendente a lo largo del periodo.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)					
APVP ⁽¹⁾					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Total	27,16	19,6	20,5	25,07	22,2
Hombres	37,64	32,75	38,12	41,03	37,08
Mujeres	16,86	6,33	2,52	8,88	7,06
España					
Total	33,17	33,98	34,47	29,26	28,8
Hombres	52,69	50,86	54,77	43,72	44,52
Mujeres	14,58	17,97	15,03	15,64	13,86

Fuente: ISCIII. 2013

(1) Tasa ajustada por edad por población europea por 100.000 hb



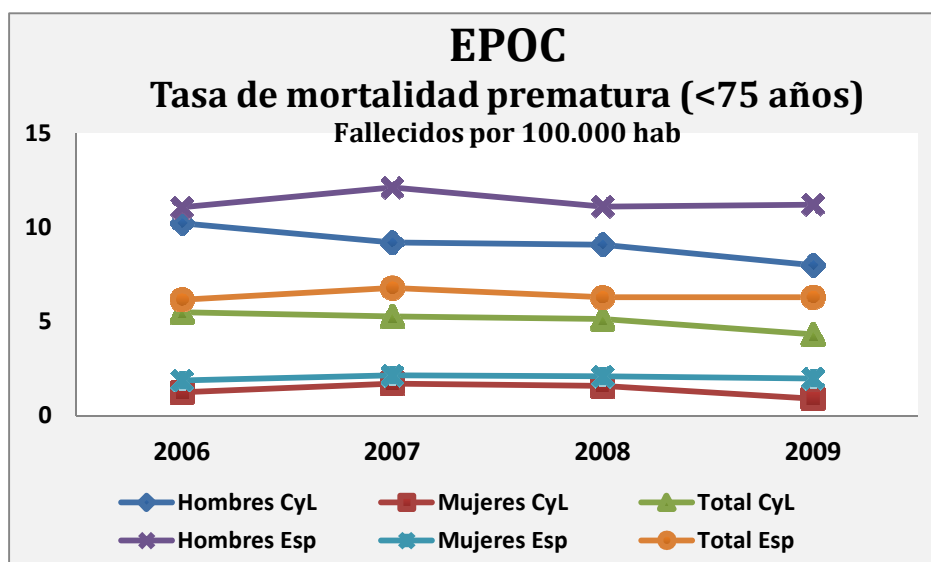
Fuente: ISCIII. 2013

(1) Tasa ajustada por edad por población europea por 100.000 hab.

El indicador de años potenciales de vida perdidos está cayendo en desuso en aras de la mortalidad prematura, más sencilla de obtener y sobre todo, de interpretar. La tabla y gráfico que se muestran a continuación, reflejan los datos de la **tasa de mortalidad prematura por EPOC ajustada por edad**, desagregada por sexo, para España y Castilla y León, utilizando como fuente de información la Evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS (informe de junio de 2012). La mortalidad prematura, por debajo de los 75 años, ha experimentado un notable descenso, siendo la tasa en 2009 (último dato disponible) en Castilla y León de 8,00 en hombres y 0,91 en mujeres. La situación de Castilla y León con respecto al SNS es favorable tanto globalmente como por sexos. La mortalidad prematura ha evolucionado de forma favorable en estos años, no obstante, constituye todavía un problema de salud en los hombres.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)				
Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por 100.000 hab (< 75 años)				
	2006	2007	2008	2009
Castilla y León				
Hombres	10,23	9,20	9,09	8,00
Mujeres	1,24	1,71	1,58	0,91
Ambos	5,50	5,27	5,14	4,32
España				
Hombres	11,07	12,12	11,11	11,21
Mujeres	1,88	2,14	2,09	1,98
Ambos	6,16	6,79	6,29	6,30

Fuente: Evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS. Informe junio de 2012.



Evaluación: El análisis de la mortalidad prematura muestra una evolución favorable a lo largo del periodo tanto al analizar la tasa de APVP como la mortalidad prematura en < 75 años. El objetivo, tal y como estaba planteado, no se ha alcanzado puesto que la tasa de APVP en hombres sigue siendo algo superior a 0,3 por mil, sin apenas variación en los últimos años. El análisis de la mortalidad prematura muestra una evolución más favorable, con un descenso claro tanto en hombres como en mujeres, y cifras inferiores a la media nacional por lo que consideramos que **el objetivo se ha conseguido**.

OG-27: Reducir la mortalidad prematura por EPOC en varones por debajo de 0,3/1.000 (tasa de APVP)

	2007	2011	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa APVP/ 100.000 hab	37,64	37,08	30	No conseguido, con tendencia favorable
TM prematura/ 100.000 hab	10,23 (2006)	8,00 (2009)	--	Conseguido

OG-28: Reducir la invalidez causada por EPOC en un 25%.

INDICADOR: Tasa incapacidad permanente. Nº días IT por EPOC

El III Plan de Salud se planteó como objetivo general reducir los indicadores de incapacidad temporal de los pacientes diagnosticados de EPOC en Castilla y León, así como la incapacidad permanente causada por esta patología. Se utiliza como fuente de información el Sistema de Información de Incapacidad Temporal de la Gerencia Regional de Salud. Los datos de Incapacidad Permanente no ha sido posible obtenerlos pues el INSS no realiza la explotación por patologías.

El análisis de los indicadores de Incapacidad Temporal en Castilla y León refleja que, en el año 2012, ha aumentado el número de procesos con respecto a 2007 aunque ha disminuido con respecto a los años inmediatamente anteriores. A pesar del aumento en el número de procesos, el número total de días por incapacidad temporal ha descendido un 56% y la duración media de las bajas por asegurado, el 85%, situándose en 21 días en 2012. La incidencia en ese mismo año fue de 11,41 bajas nuevas por cada 100 afiliados activos.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)						
Incapacidad temporal						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº procesos	951	1.111	1.196	1.226	1.143	1.002
Días	36.808	36.438	29.947	35.922	29.003	20.738
Tasa de incidencia	9,77	11,36	12,74	13,27	12,51	11,41
Duración media por asegurado	39	33	25	29	25	21

Fuente: GRS. Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2013

Evaluación: A lo largo del periodo se ha producido un descenso en el número de días por incapacidad temporal debido a EPOC, lo que se traduce en una disminución del absentismo por esta causa. No disponemos de datos sobre Incapacidad permanente.
Objetivo parcialmente conseguido.

OG-28: Reducir la invalidez causada por EPOC en un 25%

	2007	2012	% Variación	Evaluación
Días de baja	36.808	20.738	56,34	Conseguido
DMB	39	21	-18	Conseguido

OE-66: Mantener los niveles de contaminación ambiental dentro de los parámetros establecidos en la normativa europea.

INDICADOR: Indicadores de contaminación del aire de la Estrategia de Control de la calidad del aire

M 135: Seguimiento de las condiciones de calidad del aire.

El riesgo atribuible de EPOC a la contaminación, exposiciones laborales y otros factores, se cuantifica alrededor del 10%, aunque no existe evidencia clara de que en países desarrollados o en países en vías de desarrollo la contaminación ambiental sea una causa mayor de EPOC. La contaminación ambiental elevada, sobre todo la urbana con partículas finas, SO₂ y NO₂, se ha asociado con un aumento de síntomas respiratorios y también con un aumento de ingresos hospitalarios por agudizaciones de la EPOC.

A través del indicador **Calidad del aire en el medio urbano** se analizan los datos de concentración de determinados contaminantes en la atmósfera, registrados por las estaciones de control de la calidad del aire, repartidas por el territorio de Castilla y León, pertenecientes a la Redes de Control de la Calidad de las Administraciones de Castilla y León y Ayuntamiento de Valladolid, así como del resto de entidades públicas y privadas que componen dicha Red. En total 60 estaciones, con más de 200 analizadores que han registrado datos de concentración de dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), partículas en suspensión (PM₁₀ y PM_{2.5}), ozono (O₃), monóxido de carbono (CO) y benceno. La vigilancia sobre estos contaminantes se mantiene las 24h de los 365 días. En caso de superación de los niveles de alerta existe un protocolo de aviso a la población en colaboración con el 112.

Según la información aportada por la Consejería de Fomento y Medio Ambiente, desde el año 2008 y, por quinto año consecutivo, no se ha superado en ninguna ocasión los valores límite de protección a la salud, recogidos en el Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, que sirven para evaluar la calidad del aire, de acuerdo a la legislación europea. Se ha registrado un claro descenso en los contaminantes que habitualmente presentaban los valores más elevados, estando la mayoría de ellos, y en casi todo el territorio, entre los umbrales superior e inferior de evaluación.

Esta red ha obtenido, además, la certificación ISO 9001:2008. Todos los registros y valores son accesibles al público en la página web de la Junta de Castilla y León.

Evaluación: El análisis de la calidad del aire en el medio urbano refleja que en los últimos cinco años no se han superado en ninguna ocasión los valores límite de protección de la salud establecidos en la normativa europea para PM₁₀, dióxido de nitrógeno y ozono. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-67: Poner en marcha medidas para la reducción de la contaminación del aire en el medio laboral.

INDICADOR: Indicadores de contaminación del aire de la Estrategia de Control de la calidad del aire.

M 143: Revisar las condiciones de trabajo de los pacientes con EPOC.

Este objetivo no dispone de datos para evaluar ya que tal y como está planteado no se contempla la competencia en ningún centro directivo. La competencia del control del aire le corresponde a la Consejería de Fomento y Medio Ambiente pero según se informa, los puntos de control no se corresponden específicamente con espacios en los que se desarrolla la vida laboral.

Evaluación: No evaluable

OE-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).

INDICADOR: Indicadores de contaminación del aire de la Estrategia de Control de la calidad del aire.

En el Informe de sostenibilidad ambiental de Castilla y León (Consejería de Fomento y Medio Ambiente) se analizan tres indicadores en relación al control de la calidad del aire que, en caso de superar los límites fijados por la normativa europea, pueden suponer importantes riesgos tanto para la salud de las personas como para su entorno. La calidad del aire aquí analizada hace referencia a la contaminación de fondo que se da a escala regional, alejada de las fuentes de contaminación. Se realiza en una serie de estaciones gestionadas por la Agencia Estatal de Meteorología (Red EMED de control de la contaminación de fondo), de las cuales sólo una se encuentra en Castilla y León, concretamente en Peñausende (Zamora).

1.- Emisión de gases de efecto invernadero: Castilla y León está cumpliendo ya desde 2008 con el objetivo establecido para España en el Protocolo de Kioto, aunque hay que tener en cuenta que éste implicaba un permiso para incrementar las emisiones un 15% sobre las registradas en el año 1990 y no una disminución. En Castilla y León no sólo se ha alcanzado en el año 2010 el objetivo español sino que se ha llegado a reducir las emisiones sobre las registradas en 1990 en la Comunidad (unos 35 millones de toneladas).



Gráfico A: Emisiones totales de Gases de Efecto Invernadero (GEI) expresadas como dióxido de carbono (CO₂) equivalente. (Objetivo de emisiones a la atmósfera en Castilla y León derivado del Protocolo de Kioto: 40,88 MT equiv. CO₂). En el año 2000 el valor era de 41,78 MT y en 2010 de 27,10 MT.

2.- Calidad del aire de fondo para protección de la vegetación: El RD 102/2022, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire establece unos niveles críticos para la protección de la vegetación que son de 20 microgramos por metro cúbico en el caso del dióxido de azufre y de treinta microgramos por metro cúbico en el caso de los óxidos de nitrógeno. En el caso del ozono troposférico, el RD establece un valor objetivo para la protección de la vegetación del índice AOT 40 -índice que trata de cuantificar la cantidad de ozono troposférico en la vegetación – de dieciocho mil microgramos por metro cúbico hora de promedio en un periodo de cinco años (que había de cumplirse a partir del 1 de enero de 2010).

A la vista de los resultados de los últimos años, se puede concluir que hay una tendencia generalizada a la reducción de la contaminación atmosférica en relación con estos parámetros, que puede estar en parte motivada por la situación socioeconómica actual. Las concentraciones de óxidos de nitrógeno y dióxido de azufre se mantienen muy por debajo de los valores límite establecidos por la legislación. Por su parte, la medida utilizada para el control del ozono troposférico y su afección a la vegetación ha disminuido por debajo del valor límite establecido, quedándose en el año 2010 en 17.457 microgramos por metro cúbico hora, continuando con la tendencia de leve descenso de años anteriores.

3.- Calidad del aire de fondo regional para protección de la salud (O₃ y PM₁₀): El valor objetivo para la protección de la salud humana en relación con el ozono troposférico (120 µg/m³ durante 8 horas) se ha cumplido en todos los emplazamientos existentes excepto en el de Peñausende. La explicación deriva del hecho de la situación de dicha estación y las características de formación de dicho ozono: fuerte implicación de componentes naturales y valores mayores al alejarse de los centros de emisión de las sustancias responsables de su formación. Los niveles de ozono troposférico son elevados en zonas rurales sin que se conozca científicamente el origen de esta contaminación por lo que resulta muy difícil adoptar medidas de reducción de la contaminación.

En cuanto a las partículas PM₁₀ no se superan los valores límite de protección a la salud, es más, entre 2006 y 2010 sólo se ha superado el valor límite para las partículas en dos ocasiones en 2007, una clara tendencia a la no existencia de superaciones del valor límite.

Evaluación: La mejora evidente de todos los indicadores de este apartado hay que valorarla en un contexto de crisis global, que ha llevado a una situación de menos actividad económica y por tanto, menor consumo energético, menor actividad industrial y menor intensidad del transporte. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-69: Mejorar los resultados de la prevención secundaria reduciendo, al menos hasta el 30%, el porcentaje de pacientes con EPOC que fuman.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes EPOC fumadores.

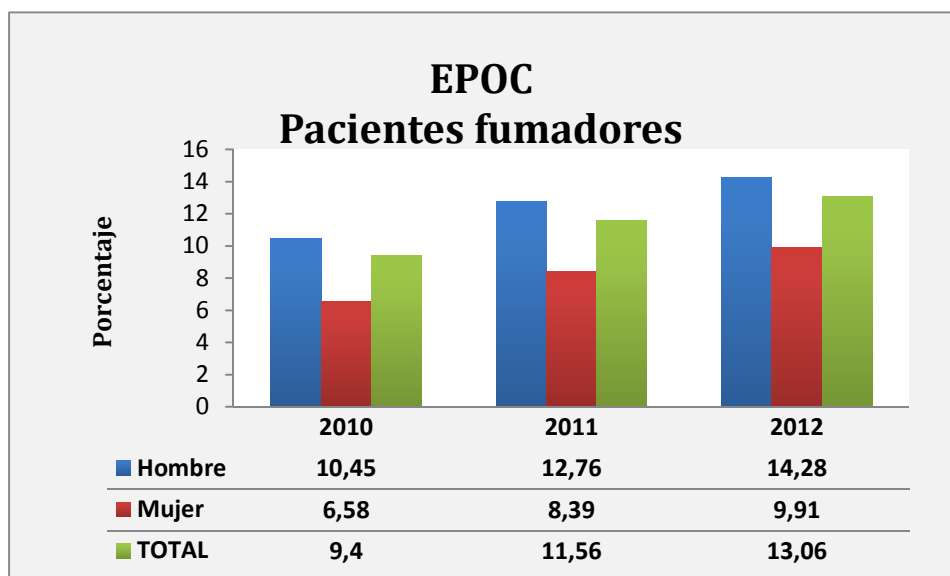
M 136: Dotar de pulsioxímetro a todos los centros de salud.

El tabaquismo constituye el principal factor causal y de riesgo de la EPOC. En cerca del 80% de los casos con limitación crónica al flujo aéreo existen antecedentes de consumo de tabaco. Por ello, el abandono del hábito tabáquico es la intervención más importante para evitar el deterioro funcional de la persona que padece EPOC y debe indicarse en todos los pacientes. A pesar de ello, algunos estudios han constatado que casi el 70% de las personas con EPOC leve son fumadores, y que muchos de ellos ni siquiera se plantean el abandono del consumo del tabaco.

A partir de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, se ha calculado el **porcentaje de pacientes del servicio de atención a pacientes crónicos: EPOC, que son fumadores**. Se dispone de datos desde el año 2010, global y por sexo.

En Castilla y León, en el año 2012, el porcentaje de pacientes con EPOC fumadores era del 13,06%, mayor en varones (14,28%) que en mujeres (9,91%). A lo largo del periodo, se ha producido un incremento de dicho porcentaje en ambos sexos.

Los datos obtenidos reflejan porcentajes muy inferiores a la situación de partida. En el momento de elaboración del Plan de Salud, se estimaba que un 40% de los pacientes con EPOC eran fumadores y, en base a ello se planteó reducir este porcentaje hasta el 30%. Sin embargo, los datos obtenidos reflejan una situación más favorable. No obstante, habrá que interpretarlos con prudencia, pues la fuente de información puede no ser exhaustiva en el registro de determinadas variables.



Fuente: Historia Clínica Electrónica de AP, MedoraCyL. Consejería de Sanidad, 2013

Dotar de pulsioxímetro a todos los centros de salud

El diagnóstico de la EPOC en Atención Primaria necesita disponer de los medios estructurales, materiales y organizativos adecuados. La cartera de servicios de Atención Primaria de Castilla y León, dispone de un servicio específico de atención al paciente con EPOC y los profesionales disponen de los procedimientos diagnósticos básicos, entre los que se incluye la espirometría y la pulsioximetría, de forma que todos los centros de salud de la comunidad disponen de, al menos, un espirómetro y todos los profesionales disponen de pulsioxímetro para realizar una valoración clínica inicial de las patologías respiratorias, tanto en consulta como en situaciones de urgencia.

La cartera de servicios de Atención Primaria incluye el Servicio de Deshabituación Tabáquica que permite la valoración de la persona fumadora, la información sobre los riesgos que conlleva su consumo, el consejo de su abandono y el apoyo sanitario así como, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada. Este servicio se evalúa anualmente.

Además de las actuaciones contra el tabaquismo, también se fomenta el ejercicio físico y la prevención de agudizaciones mediante el empleo de las oportunas vacunaciones.

Evaluación: Los datos disponibles en nuestra comunidad reflejan una situación buena con relación al consumo de tabaco en pacientes con EPOC, aunque los mismos se deben de valorar con prudencia y seguir realizando seguimiento del indicador para constatar los resultados. **El objetivo se considera conseguido.**

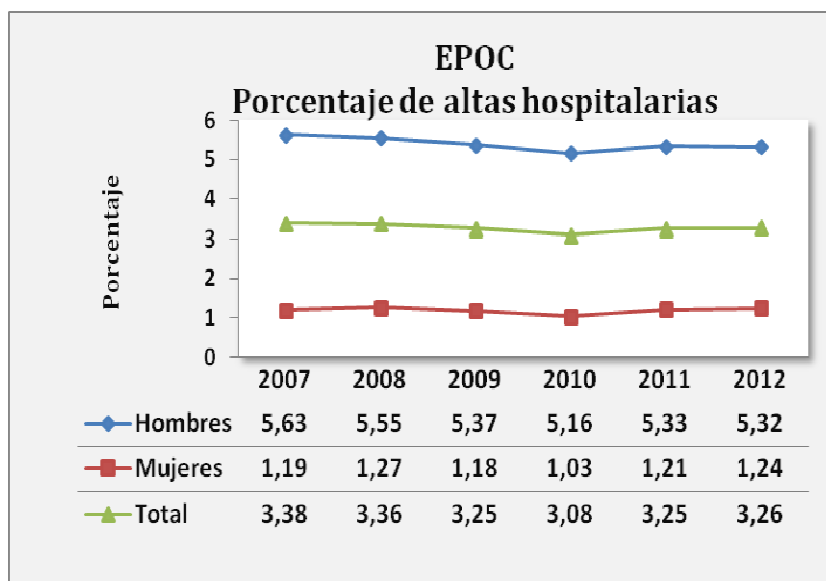
OE-70: Mejorar la prevención y el tratamiento precoz de las agudizaciones y disminuir los ingresos hospitalarios.

INDICADOR: Ingresos hospitalarios

La valoración de las exacerbaciones constituye un aspecto esencial que afecta a todos los componentes de la enfermedad. Las exacerbaciones producen un deterioro del estado de salud de las personas que padecen EPOC, favorecen la progresión de la enfermedad e incluso afectan al pronóstico. Algunas de las manifestaciones extrapulmonares de la EPOC empeoran tanto durante como después de la exacerbación, lo mismo que sucede con determinadas comorbilidades. Por todo ello, recoger la frecuencia de exacerbaciones, su gravedad y su posible etiología son elementos muy útiles en el manejo de la EPOC.

A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMDB) de Castilla y León, se analiza la **tasa de ingresos** –entendida como el porcentaje que representan las altas por EPOC y sus reagudizaciones más frecuentes con respecto al total de altas-. Los datos se obtienen para el periodo 2007-2012.

En Castilla y León, en el año 2012, se produjeron 7.904 altas por EPOC y sus reagudizaciones más frecuentes, lo que supone el 3,26% de todas las altas. Las altas en varones representan el 5,32% (6.392 altas) y en mujeres, el 1,24% (1.512 altas). Estas cifras se sitúan por debajo del objetivo marcado, que se estableció en un 5%, excepto en hombres. La evolución a lo largo del periodo muestra una tendencia de leve descenso en los varones mientras que en mujeres, la tendencia es ligeramente ascendente.



Fuente CMDB de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2013

Se analiza la **tasa de reingresos por EPOC**, entendida como el número de pacientes de 15 y más años que, tras un episodio de hospitalización con diagnóstico principal de EPOC, causan reingreso en un año dividido entre el total de pacientes de 15 y más años dados de alta con diagnóstico principal de EPOC. La fuente de información es la Evaluación de la Estrategia de EPOC del SNS. Informe de junio de 2012, que analiza el indicador para el conjunto del SNS y para los años 2007-2009.

En Castilla y León, la tasa de reingresos en 2009 fue de 16,28 %, por debajo de la media nacional, y con una tendencia descendente. Entre 2008 y 2009 se observa una disminución de 1,38 puntos porcentuales.

El valor promedio de la tasa de reingresos por EPOC, en el 2009, en las distintas CCAA y Ciudades Autónomas fue de 17,35 % y oscila entre un mínimo de 8,57 y un máximo de 24,49. No se observan grandes diferencias entre años.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica			
Tasa de reingresos por EPOC (%)			
	2007	2008	2009
Castilla y León	18,43	17,66	16,28
SNS	17,58	17,46	17,35

Fuente: Evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS. Informe junio 2012.

Evaluación: El análisis del indicador refleja mejoría con respecto a la situación de partida, con un porcentaje global en 2012 de 3,26%, por debajo del objetivo marcado. La tasa de reingresos refleja asimismo, una buena evolución. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: % pacientes con EPOC en planes de cuidados en AP.

M 137: Ampliar los servicios de hospitalización a domicilio.

M 138: Incluir el plan de cuidados enfermeros individualizado al alta hospitalaria.

Entre otros aspectos, es necesario que los pacientes diagnosticados de EPOC tengan desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico y que fomente la prevención de complicaciones.

En Castilla y León, se ha implantado **el plan de cuidados de enfermería al alta en EPOC** en todos los Hospitales/Áreas de la Comunidad. Este sistema permite que los centros de Atención Primaria reciban al alta de pacientes con EPOC un informe con su plan de tratamiento y de cuidados. En los Planes Anuales de Gestión de la Gerencia Regional de Salud se ha incluido un objetivo dirigido a potenciar la continuidad asistencial como elemento clave para garantizar la calidad en la atención a diversos procesos, entre ellos la EPOC.

En Atención Primaria, el plan de cuidados de enfermería está contemplado en el Proceso Asistencial Integrado de EPOC, proceso ya validado y en fase de pilotaje en tres áreas de la comunidad, Burgos, Salamanca y Zamora, tras lo cual tiene previsto su implantación total en el año 2014.

Evaluación: El 100% de los hospitales de Castilla y León dispone del Plan de cuidados de enfermería al alta en EPOC. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-72: Mejorar el acceso al tratamiento con fisioterapia respiratoria y asegurar su aplicación en los pacientes graves.

INDICADOR: % pacientes con EPOC en tratamiento rehabilitador

La rehabilitación respiratoria (RR) mejora la disnea, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida de los pacientes con EPOC, disminuyendo la utilización de los servicios sanitarios y los ingresos hospitalarios. Por ello, las GPC recomiendan la inclusión en programas de rehabilitación respiratoria de pacientes con EPOC moderada/grave, que a pesar del tratamiento farmacológico adecuado presenten:

- Síntomas respiratorios significativos fundamentalmente disnea
- Ingresos o visitas a urgencias reiterados.
- Limitaciones para las actividades de la vida diaria.
- Deterioro de la calidad de vida.

En Castilla y León, la rehabilitación respiratoria es una prestación incluida en la cartera de servicios de rehabilitación de los hospitales y complejos asistenciales de Sacyl. No hay unidades dedicadas exclusivamente a rehabilitación respiratoria y son todos los hospitales los que ofertan y realizan la rehabilitación respiratoria a los pacientes con EPOC, mediante protocolos estructurados.

En el Área de León existe un concierto para realizar rehabilitación domiciliaria a pacientes con EPOC.

Evaluación: En los 14 hospitales de Sacyl existen programas de rehabilitación respiratoria para pacientes con EPOC. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-73: Mejorar la calidad de la atención sanitaria de los pacientes con EPOC implantando las Guías de Práctica Clínica consensuadas.

INDICADOR: Aprobación Guías Práctica Clínica

M 139: Establecer e implantar planes de cuidados estandarizados de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica (GPC)

M 140: Difusión y formación en las Guías de Práctica Clínica. (GPC)

Como respuesta a la necesidad de una atención integral y coordinada que potencie la continuidad asistencial en los pacientes con EPOC, un grupo de profesionales tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada han trabajado los diferentes aspectos que conlleva la gestión compartida de este proceso y han elaborado el documento para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). El Proceso Asistencial Integrado ya ha sido validado y está en fase de pilotaje en las áreas de Burgos, Salamanca y Zamora. El pilotaje durará 6 meses y en 2014 se desplegará en toda la Comunidad.

Castilla y León participa así mismo en los objetivos de la Estrategia en EPOC del SNS. Desde 2009, el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través del Plan de Calidad del

Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Estrategia en EPOC, han estado trabajando para identificar la manera de mejorar la atención y la calidad de vida de las personas con EPOC. En este contexto nace la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) a partir de una iniciativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), que conjuntamente con las sociedades científicas implicadas en la atención a pacientes con EPOC y el Foro Español de Pacientes, ha desarrollado esta guía con las recomendaciones de referencia de la EPOC en España. GesEPOC supone una continuidad de las guías elaboradas por la SEPAR, a las que incorporan los últimos avances en el diagnóstico, tratamiento y clasificación de gravedad. GesEPOC también recoge y adapta recomendaciones contenidas en la última versión de la Global Initiative for Obstructive Lung Diseases (GOLD) para el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC.

Evaluación: En Castilla y León se ha elaborado la Guía Clínica Asistencial en EPOC y se está pilotando el Proceso Asistencial Integrado, cuyo despliegue está previsto en todas las áreas de salud en 2014. Castilla y León participa en el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Estrategia en EPOC del SNS. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-74: Mejorar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria y asegurar el cumplimiento de las indicaciones de oxigenoterapia en EPOC.

INDICADOR: Evolución población EPOC en tratamiento con oxigenoterapia (tasa de pacientes con oxigenoterapia domiciliaria)

M 141: Incluir en la formación continuada de los profesionales de atención primaria, la oxigenoterapia y espirometría.

M 142: Mejorar los criterios de utilización de oxigenoterapia, realizando su seguimiento en todas las Áreas.

La EPOC en fase avanzada puede producir insuficiencia respiratoria crónica en diversos grados. Cuando es grave tiene una importante repercusión sistémica que se traduce en un aumento de la mortalidad. La corrección de la hipoxemia es el fundamento de la Oxigenoterapia Continua Domiciliaria (OCD). Sus beneficios son la disminución de la mortalidad y la reducción de otros signos y síntomas como la hipertensión arterial pulmonar, poliglobulia, arritmias nocturnas, disnea y síntomas neuropsiquiátricos.

El tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria es una prestación incluida en la cartera de servicios. En Castilla y León, la prescripción de oxigenoterapia a domicilio se realiza siempre por los neumólogos del área sanitaria correspondiente, o por los médicos internistas, en las áreas en donde no exista la especialidad de Neumología. Con carácter excepcional y cuando la duración máxima prevista no exceda de 15 días -situaciones de urgencia-, la prescripción la podrán realizar, además, los médicos de atención primaria y de los servicios de urgencias.

Para evaluar el objetivo, analizamos la tasa de pacientes con OCD relacionando los pacientes con oxigenoterapia, obtenidos del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), con los pacientes incluidos en el servicio de pacientes crónicos con EPOC, obtenidos de cartera de servicios de Atención Primaria. Según los datos, en 2012 un 23% de los pacientes con EPOC reciben oxigenoterapia.

	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica				
	Oxigenoterapia a domicilio (pacientes/mes)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Oxígeno líquido	936	1.129	1.384	1.595	1.636
Oxigenoterapia con cilindro / botella	2.741	2.475	2.269	1.885	1.264
Oxigenoterapia con concentradores	6.493	7.177	7.751	8.443	9.001
Total	10.170	10.781	11.404	11.923	11.901
Pacientes en cartera de servicios	44.325	49.371	48.173	49.792	51.421
%	22,9	21,8	23,7	23,9	23,1

Fuente: SIAE. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Incluir en la formación continuada de los profesionales de atención primaria, la oxigenoterapia y espirometría.

Otro de los objetivos del plan pretende potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para que puedan atender adecuadamente las necesidades de las personas con EPOC, favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Dentro del Plan de Formación continuada se han realizado actividades formativas dirigidas tanto a personal de enfermería como médicos de Atención Primaria, A. Especializada y Emergencias. Entre las actividades formativas destacan varios talleres de espirometría y oxigenoterapia.

	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica			
	Actividades formativas			
	2009	2010	2011	2012
Nº de actividades	29	27	15	45
Nº de participantes	702	718	686	860
Nº de horas	111	92,5	176	386

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Las sociedades científicas implicadas en el tratamiento de la EPOC han elaborado un *Documento de consenso. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en pacientes ambulatorios. Castilla y León*. El documento ha contado con la participación de las sociedades que agrupan a Médicos de Familia y Atención Primaria: SEMERGEN, SoCaLeMFYC y SEMG, junto a la Sociedad de Especialistas en Urgencias, SEMES, y la Sociedad de neumólogos y cirujanos torácicos, SOCALPAR, así como con la colaboración de personal de enfermería. El documento tiene como objetivo mejorar el manejo práctico de estos pacientes a nivel extrahospitalario.

Evaluación: El tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria es una prestación incluida en cartera de servicios. La prevalencia de pacientes con OCD en pacientes con

EPOC es del 23%. A través de los programas de Formación Continuada se han realizado actividades formativas que ayuden en el manejo de estos pacientes dirigidos a profesionales de ambos niveles asistenciales. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-75: Mejorar el diagnóstico precoz de pacientes con EPOC y déficit de alfa-1 (no fumadores y fumadores <40 años).

INDICADOR: Estudio necesidad y viabilidad de registro poblacional de pacientes con déficit de alfa-1 antitripsina.

M 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.

El **déficit de alfa-1-antitripsina (AAT)** es una enfermedad hereditaria resultante de mutaciones en el gen de la AAT. Se caracteriza por concentraciones anormalmente reducidas de AAT en plasma, lo que conlleva en su forma homocigota, un riesgo elevado de desarrollo de enfisema pulmonar de aparición temprana, y en ocasiones de daño hepático, manifestación principal en la infancia.

El déficit de AAT es una enfermedad infradiagnosticada. La necesidad de disponer de unos criterios unificados a nivel nacional para instaurar el tratamiento sustitutivo, para su seguimiento y para valorar su acción de forma coordinada, impulsó la creación en 1993 del Registro Español de Pacientes con Déficit de AAT, cuyo principal objetivo es conocer las características y la frecuencia del déficit de AAT en España.

El Registro está a cargo de un grupo de trabajo del Área EPOC de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). La organización la componen dos coordinadores y un comité asesor formado por varios neumólogos expertos en déficit de AAT. El comité asesor se reúne periódicamente para evaluar y analizar la evolución de la base de datos del registro y actualizar la normativa referente al tratamiento y al seguimiento. Así mismo, el comité ejerce como consultor para cualquier profesional que lo solicite. Para facilitar esta función existe un coordinador para cada comunidad autónoma. Información disponible en <http://www.redaat.es/presentacion.php>.

Evaluación: No se ha realizado el estudio para valorar 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. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE-76: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

INDICADOR: Sistema de información activo. Nº áreas que aportan datos

M 145: Fomentar la investigación sobre EPOC.

M 146: Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

Las **fuentes de información** con las que cuenta el Plan de Salud para realizar la evaluación del mismo son el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León y la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL. Así mismo, se utilizan otras fuentes de información como son los Indicadores Clave del SNS y las bases de datos de morbilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

La Junta de Castilla y León establece entre sus objetivos el impulso de la **investigación biomédica** a través de la financiación de proyectos en áreas prioritarias para la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud, como son la investigación en biomedicina, la investigación en gestión sanitaria y la investigación en atención sociosanitaria.

En el año 2009, la Gerencia Regional de Salud (GRS) financió 2 proyectos de investigación relacionados con la EPOC: G.A.P. de Ávila (1 proyecto, 9.400 €); H.U.Rio Hortega Valladolid (1 proyecto, 25.000€).

En el año 2010 fueron 5 los proyectos financiados por la GRS relacionados con EPOC: G.A. P. de Segovia (4 proyectos, 5.000 €); H.U. Rio Hortega Valladolid (1 proyecto, 25.000 €).

En el año 2011, han sido 4 los proyectos financiados relacionados con EPOC: G.A.P. de Ávila (1 proyecto, 4.200 €); G.A.P. de Segovia (2 proyectos, 4.000 €) y C.A. de Palencia (1 proyecto, 12.000 €).

En el año 2012 no se ha realizado convocatoria específica para proyectos nuevos pero se han seguido financiando los proyectos activos en G.A.P. de Ávila (1 proyecto, 750 €) y la G.A.P. de Segovia (2 proyectos, 1.700 €).

El **Aula de Pacientes** inició su funcionamiento en marzo de 2011, dirigido a la promoción de la salud y la educación sanitaria, con contenidos y recomendaciones sobre las enfermedades crónicas más prevalentes que aparecían en el III Plan de Salud de Castilla y León, como por ejemplo, la EPOC.

En el área de procesos clínicos, se han elaborado contenidos y guías acerca de las patologías más frecuentes en nuestra Comunidad, expresados en términos comprensibles para la población general, intentando evitar la utilización del lenguaje técnico. Una de las guías existentes es la de EPOC, cuyos contenidos tratan de explicar qué es la enfermedad, cuáles son sus síntomas, causas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, consejos para mejorar la calidad de vida, respuestas a las preguntas más frecuentes y completándose con otros enlaces de interés para obtener más información. Los contenidos se pueden descargar como Guía con formato pdf.

Existe además, un área de promoción de la salud llamada "Más salud a lo largo de la vida" cuyo objetivo es potenciar un estilo de vida saludable, aplicable a las patologías crónicas, con contenidos sobre alimentación, actividad física, tabaco, etc. En esta patología son de especial interés los contenidos sobre la prevención, control y tratamiento del tabaquismo.

El formato audiovisual en el Aula tiene un peso fundamental, pues se utiliza para aportar contenidos prácticos a los pacientes, al tiempo que sirve de recordatorio y de apoyo para la realización de determinadas técnicas que precisan o que les aplican los

cuidadores. Se ha elaborado un vídeo relacionado con la EPOC relativo a la “Utilización de aerosoles- inhaladores”. Los enfermos respiratorios tienen que utilizar, en muchas ocasiones, medicamentos que se administran por inhalación en forma de aerosoles. La eficacia de estos medicamentos es muy alta si se utilizan adecuadamente, pero con frecuencia, se observa que su aplicación no es correcta y se pierden sus efectos. En este vídeo, profesionales del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial de Palencia enseñan cómo debe utilizarse cada tipo de inhalador.

En el apartado de “Noticias” se difunde información a todos los ciudadanos sobre las patologías que tienen asignado un “día” o evento al año por parte de organismos europeos o internacionales de la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), contribuyendo a difundir el conocimiento y a sensibilizar acerca de diferentes enfermedades. En relación con la EPOC, tanto en 2011 como en 2012 se ha publicado una Noticia sanitaria sobre el Día Mundial de la EPOC, que se celebra el tercer miércoles de noviembre.

Existe un directorio de Asociaciones de Pacientes que incluye enlaces a sus webs y en este caso concreto con la Asociación Española de pacientes y familiares EPOC.

Evaluación: Las principales fuentes de información en EPOC son la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (MedoraCyL) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León. En el Aula de Pacientes se han incluido contenidos y recomendaciones sobre la EPOC dirigidos a pacientes y sus familiares. Existe un apoyo expreso de la Consejería de Sanidad a la investigación, que se traduce en ayudas y subvenciones económicas a centros asistenciales y grupos de investigación, siendo una de las líneas de investigación la EPOC. **El objetivo se considera conseguido.**

DEPRESIÓN

Al analizar la tendencia que presenta la depresión parece que seguirán incrementándose los casos diagnosticados en los próximos años, así como los ingresos hospitalarios por esta causa. Los suicidios parecen estabilizarse hasta 2008, pero precisan prevención. La estrategia asistencial debe dirigirse a conseguir un abordaje prematuro de la depresión y para ello es importante que se realice el diagnóstico precoz en atención primaria. Y siempre que sea posible, el tratamiento y el seguimiento se mantengan en ese nivel. El establecimiento de un proceso asistencial y la gestión de los casos de depresión son instrumentos que aportan calidad en la atención de esta patología.

El suicidio es una causa importante de muerte, que aumenta en las personas que sufren enfermedades mentales y, en particular, en quienes sufren depresión. La OMS recomienda a sus miembros poner en marcha planes de prevención de suicidios, puesto que han demostrado su efectividad.

DEPRESIÓN		
OG-29	Mantener la tendencia descendente en las tasas de suicidio.	CONSEGUIDO
OG-30	Continuar la tendencia descendente del número de estancias hospitalarias por depresión.	NO CONSEGUIDO
OG-31	Reducir la discapacidad originada por depresión.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-78	Mejorar la calidad del diagnóstico aumentando el número de personas diagnosticadas de depresión que reciben tratamiento (hasta 3,6/1.000 habitantes).	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-81	Mejorar la calidad de los tratamientos mediante opciones como la psicoterapia, para aquellos pacientes con tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad.	NO EVALUABLE
OE-82	Mejorar la prevención de suicidios aumentando el porcentaje de planes de prevención de situaciones de riesgo.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

OE-83	Incrementar la detección de planes suicidas, en Atención Primaria.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-84	Mejorar la prevención secundaria valorando el riesgo individual al alta y revisándolo en la primera semana tras el alta hospitalaria.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-85	Mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión en APS y en las Áreas desarrollando y aplicando un proceso asistencial.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-86	Desarrollar e implantar sistemas de información relacionados con este problema.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

En nuestra Comunidad, el número de casos nuevos de depresión en Atención Primaria se mantiene estable mientras que la prevalencia sigue en aumento al tratarse de una enfermedad de larga evolución. Tanto la incidencia como la prevalencia son mayores en mujeres. Su tratamiento se inicia mayoritariamente en Atención Primaria siendo muy elevada la prescripción de antidepresivos. La derivación a ESM se produce en menor proporción. La tasa de hospitalización por depresión ha aumentado durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, tanto de forma global como por sexos y sigue siendo más elevada en las mujeres que en los hombres.

La tasa de suicidios en Castilla y León ha disminuido a lo largo del periodo estudiado y esta disminución es más visible en los hombres mientras que en las mujeres se mantiene estable.

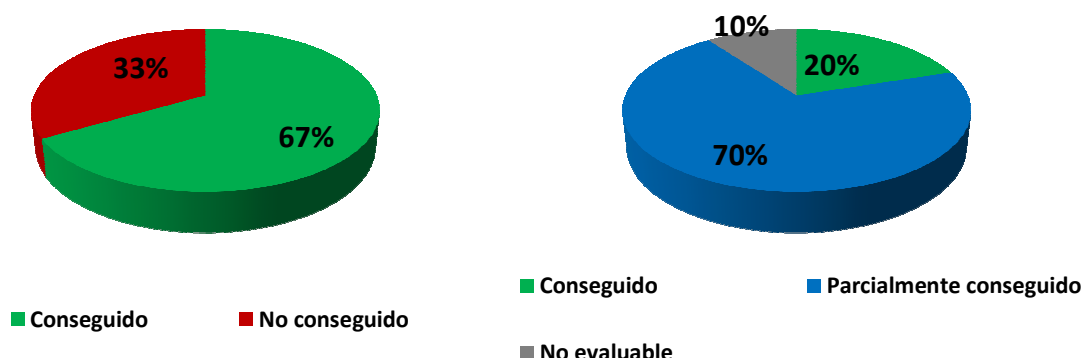
Todas las patologías psiquiátricas tienen una importante repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente, incluida su vida laboral. La disminución de la tasa de incidencia de incapacidad temporal por depresión posiblemente esté influenciada por los cambios normativos en este ámbito.

En cuanto al diagnóstico precoz de la depresión cabe destacar que en el ámbito de Atención Primaria, son varios los servicios de cartera que incluyen una valoración del estado afectivo enfocado a la detección precoz de problemas en determinados grupos de riesgo. En el caso de las mujeres se realiza en servicios específicos, concretamente en la atención al climaterio y en situaciones de violencia de género. En el ámbito de Atención Especializada y concretamente, a través de la red de Asistencia Psiquiátrica se están implantando protocolos de evaluación y actuación en situaciones de riesgo.

En el tratamiento de los procesos más complicados hay que destacar el programa de "Gestión de Casos", que se define como un modelo de atención para aquellos pacientes con trastorno mental grave y necesidades sociosanitarias múltiples, complejas y mantenidas en el tiempo. El programa se considera implantado en la totalidad de los Equipos de Salud Mental (36) de la Comunidad desde el año 2010, siendo 52 los profesionales que actúan como gestores de casos.

Se han conseguido el 67% de los objetivos generales y el 20% de los específicos.

DEPRESIÓN



OG-29: Mantener la tendencia descendente en las tasas de suicidio.

INDICADOR: Tasas de mortalidad por suicidio

El suicidio es la primera causa de muerte externa en nuestro país. En los últimos 10 años se ha cobrado en torno a 3.000 muertes anuales y aunque las cifras han ido variando, no existe una tendencia clara ni de aumento ni de disminución.

En Castilla y León se produjeron en el año 2011, 182 suicidios, más en hombres (139) que en mujeres (43), siendo la razón de masculinidad de 3 a 1. La tasa bruta de mortalidad (TBM) fue de 7,33 muertes por cien mil (11,35 en hombres; 3,42 en mujeres). La TBM es más elevada en Castilla y León que en España tanto de forma global (6,82) como por sexos (10,62 en hombres; 3,14 en mujeres).

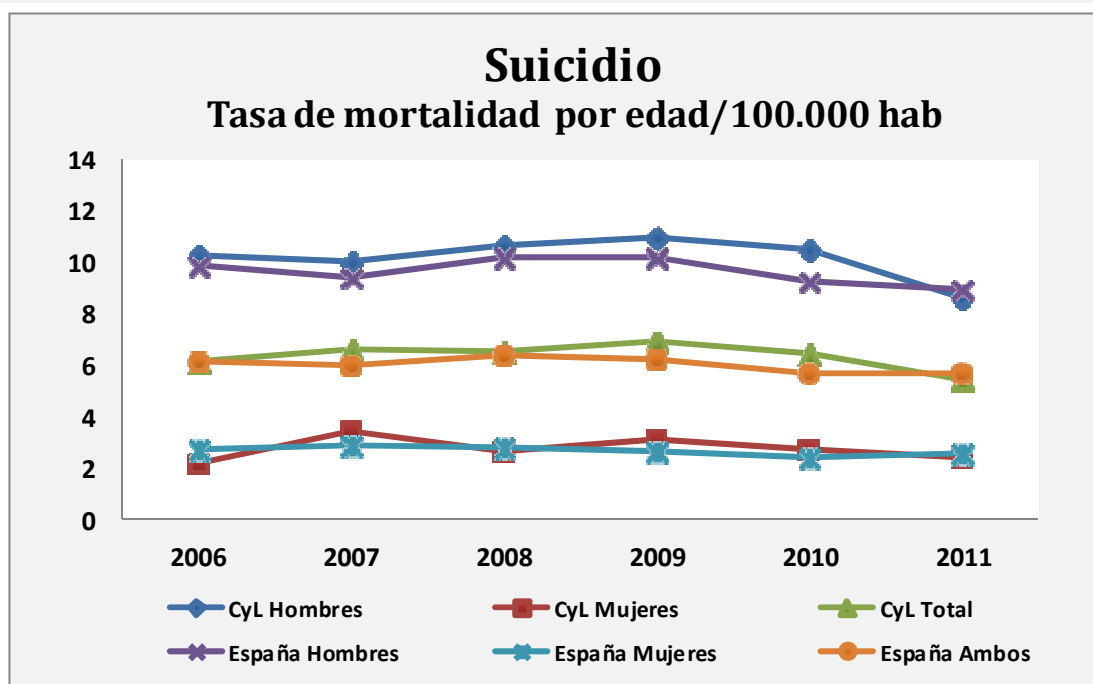
La edad media de suicidio en Castilla y León fue de 59,25 años, (58,79 en hombres; 63,25 en mujeres), y en conjunto, algo más elevada que la media española (55,46).

La estructura de la población en Castilla y León, fuertemente envejecida, condiciona el análisis si utilizamos sólo las tasas brutas, por lo que se analiza **la tasa de mortalidad ajustada por edad por población europea por 100.000 hab. (TMEE)**, utilizando como fuente de información los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III. El último dato disponible es 2011.

La TMEE en Castilla y León, fue de 5,49 suicidios por cien mil, mayor en hombres (8,64) que en mujeres (2,45). Estas cifras son inferiores a las registradas en España. Con respecto a 2006, la TMEE ha descendido en ambos territorios. Por sexos, ha descendido en hombres mientras que en mujeres se mantiene estable, aunque el valor más alto del periodo se produjo en 2007.

Suicidio						
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 hab.						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
España						
Ambos sexos	6,15	6,00	6,38	6,29	5,72	5,67
Hombres	9,91	9,44	10,25	10,19	9,27	9,01
Mujeres	2,74	2,93	2,80	2,71	2,47	2,60
Castilla y León						
Ambos sexos	6,14	6,63	6,59	6,96	6,51	5,49
Hombres	10,29	10,08	10,7	10,96	10,51	8,64
Mujeres	2,19	3,45	2,69	3,16	2,72	2,45

Fuente: ISCIII, 2013.



Fuente: ISCIII, 2013

Evaluación: La tasa de suicidios en Castilla y León es mayor en hombres que en mujeres. A lo largo del periodo de estudio ha disminuido en el caso de los hombres mientras que en las mujeres se mantiene más estable. La situación es muy similar al conjunto de España. **El objetivo se considera conseguido.**

OG-29: Mantener la tendencia descendente en las tasas de suicidio

	2006	2011	Evolución esperada	Evaluación
TM ajustada por edad/ 100.000 hab	6,14	5,49	Descendente	Conseguido

OG-30 Continuar la tendencia descendente del número de estancias hospitalarias por depresión.

INDICADOR: Tasa de altas hospitalarias por depresión

En Castilla y León, cada año, se producen una media de 850 altas por depresión, siendo más frecuente la hospitalización por esta causa entre las mujeres que entre los hombres. En el año 2012, representaron el 0,38% de todas las altas (0,27% en hombres y 0,50% en mujeres).

Utilizando como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Castilla y León, se calcula **la tasa de hospitalización**, entendida como el número de altas asociadas a depresión por cada 100.000 habitantes.

En el año 2012, la tasa de hospitalización en Castilla y León por depresión, fue de 37,27 altas por cien mil habitantes, mayor en mujeres (48,14) que en hombres (26,09). A lo largo del periodo, se observa un incremento de la tasa tanto de forma global como por sexos.

La estancia media de estos pacientes fue de 13 días en el caso de los hombres y 16 días en las mujeres. La edad media, un poco más alta en hombres, 62 años frente a los 56 en mujeres.

Depresión. Castilla y León						
Tasa de hospitalización (altas/100.000 hab)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres	23,10	23,56	23,03	26,95	23,43	26,09
Mujeres	38,28	42,94	38,10	43,62	43,23	48,14
Ambos	30,77	33,32	30,62	35,36	33,42	37,27
Estancia media (días)						
Hombres	13,39	14,72	15,89	16,83	17,05	13,06
Mujeres	14,44	13,98	15,20	16,05	18,78	16,61

Fuente: CMBD de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2013

Evaluación: En Castilla y León, la tasa de hospitalización por depresión ha aumentado durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, tanto de forma global como por sexos. **El objetivo no se ha conseguido.**

OG-30: Continuar la tendencia descendente del número de estancias hospitalarias por depresión

	2007	2012	Evolución esperada	Evaluación
Tasa de hospitalización/ 100.000 hab	30,77	37,27	Descendente	No conseguido

OG-31 Reducir la discapacidad originada por depresión.

INDICADOR: Tasa incapacidad permanente; Tasa, días y duración media de IT

Todas las patologías psiquiátricas tienen una importante repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente, incluida su vida laboral, convirtiéndose en una de las principales fuentes de gasto por prestaciones de incapacidad al llevar asociadas periodos de incapacidad muy prolongados. La depresión, en particular, añade a la duración prolongada, una alta frecuencia.

Para valorar el objetivo se realiza el análisis de la **Incapacidad Temporal**, utilizando como fuente de información la base de datos de Incapacidad Temporal de la Gerencia Regional de Salud, que nos proporciona datos de la duración del proceso, la duración media por asegurado (DMA) y la tasa de incidencia para los años referenciados.

En Castilla y León, en el año 2012 hubo 3.326 procesos por depresión que provocaron 287.421 días de baja, lo que representa una duración media por asegurado de 86 días. Si analizamos la evolución temporal, se observa una disminución en todas las variables estudiadas: el número de bajas (-38%), una tasa de incidencia de 37,87 nuevos casos y una DMA de 86 días (25 días menos).

	Depresión					
	Incapacidad temporal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de procesos	5.384	5.220	4.938	4.541	4.209	3.326
Días	598.481	636.746	607.242	476.976	450.331	287.421
DMA¹	111	122	123	105	107	86
Tasa de incidencia	55,32	53,37	52,61	49,17	46,07	37,87

Fuente: GRS. Consejería de Sanidad Castilla y León, 2013

(1) DMA: Duración media por asegurado

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud ha disminuido la tasa de incidencia de incapacidad temporal por depresión, el número de días que llevan asociados estos procesos y la DMA. **El objetivo se puede considerar conseguido**, sin embargo, la disminución de estos parámetros posiblemente esté influenciada por los cambios normativos en este ámbito.

OG-31: Reducir la discapacidad originada por depresión

	2007	2012	Tendencia	Evaluación
Tasa de incidencia	55,32	37,87	Descendente	Conseguido
Días	598.481	287.421	-38 %	Conseguido
DMA (días)	111	86	-25 días	Conseguido

OE-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.

INDICADOR: Protocolos específicos de actuación frente a situaciones de riesgo potencial.

M 147: Potenciación en AP de los servicios de atención al adolescente, mujer, anciano, inmovilizado, terminal y cuidador.

En los servicios de atención al adolescente, mujer, anciano, inmovilizado, terminal y cuidador de la cartera de servicios de Atención Primaria están implantados, de forma indirecta, criterios de calidad en la evaluación relacionados con el estado afectivo de los pacientes (valoración de problemas relacionales, conductuales, autoestima, presencia de riesgos psicosociales etc.). En el caso del servicio destinado a la mujer se realiza en servicios específicos, concretamente en la atención al postparto, la atención al climaterio y en situaciones de violencia de género.

Por otro lado, un grupo de profesionales de la Gerencia Regional de Salud ha elaborado la "Guía de atención urgente, recogida, traslado y contención segura de pacientes psiquiátricos". La guía incluye varios protocolos para actuación en situaciones de riesgo, entre otros:

- Protocolo de evaluación de riesgos: de fuga, de suicidio, de agitación, agresiones, accidentes, recogida de pacientes, etc. (al ingreso y al alta en pacientes involuntarios, demencias, ancianos, suicidios frustrados, etc.)
- Protocolo de actuación ante personas con riesgo de suicidio y autoagresiones.

La Guía fue publicada en abril de 2010 y difundida entre los profesionales de la red de Salud Mental. La implantación de la misma se está realizando de forma progresiva. A finales de 2012, se había implantado en las áreas de Ávila, Burgos, El Bierzo, Segovia, Valladolid Este y Valladolid Oeste.

Evaluación: En el ámbito de Atención Primaria, son varios los servicios de cartera que incluyen una valoración específica del estado afectivo enfocado a la detección precoz de problemas en determinados grupos de riesgo. En el ámbito de Atención Especializada y concretamente, a través de la red de Asistencia Psiquiátrica se están implantando protocolos específicos de evaluación y actuación en situaciones de riesgo. **El objetivo se considera conseguido** al estar implantada la guía en más del 50% de las Áreas de Salud.

OE-78: Mejorar la calidad del diagnóstico aumentando el número de personas diagnosticadas de depresión que reciben tratamiento (hasta 3,6/1.000 habitantes).

INDICADOR: 1) Número de personas con diagnóstico de depresión en tratamiento.
2) Tasa de pacientes en 1ª consulta.
3) Altas hospitalarias por trastornos afectivos.

M 148: Inclusión de este tipo de patología (depresión) en los análisis de la Red Centinela de Castilla y León y en los análisis periódicos de la prestación farmacéutica.

M 149: Elaboración del proceso clínico "Depresión".

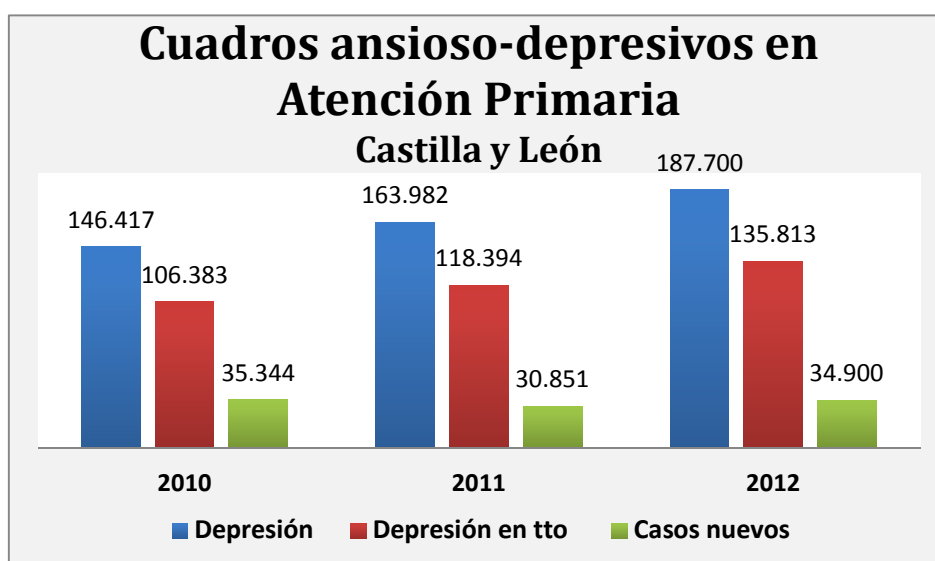
Los trastornos mentales constituyen un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Según todos los estudios es un problema de salud de gran magnitud y creciente, pese a que en muchos entornos el problema aún queda sin diagnóstico y sin tratamiento.

Por otro lado, existe una exagerada medicalización de los problemas de la vida diaria y una tendencia a categorizarlos como trastornos mentales, con una enorme variabilidad en su abordaje clínico y terapéutico así como en los criterios de derivación a atención especializada. La consecuencia es una sobreutilización de los antidepresivos para tratar este tipo de trastornos con una enorme repercusión desde el punto de vista económico y social.

Para evaluar el objetivo, se analiza en primer lugar **el número de personas con patología ansiosa-depresiva a los cuales se les ha pautado algún tratamiento**. Se utiliza como fuente de datos la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, de la cual se obtiene el número de pacientes con este tipo de patología a los que se les ha dispensado fármacos (incluye Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ansiolíticos, hipnóticos y sedantes y otros antidepresivos) dividido entre los casos del periodo estudiado. La información está disponible para los años 2010 a 2012, global y por sexo.

En Castilla y León, en el año 2012 se han registrado 187.700 personas con cuadros ansioso-depresivos en Atención Primaria, siendo casi tres veces mayor el número de casos en mujeres que en hombres. Esto supone una prevalencia de 7.733 casos por 100.000 personas con TSI. En el 72,36% de los casos se les ha prescrito un fármaco antidepresivo. El número de nuevos diagnósticos fue de 34.900, con una tasa de incidencia de 1.437,85 casos nuevos en 2012. La mitad de los casos diagnosticados y de los casos nuevos son cuadros depresivos.

La evolución a lo largo del periodo estudiado refleja una mayor prevalencia de casos diagnosticados y de casos tratados. La incidencia, sin embargo, no aumenta y tampoco presenta variaciones el porcentaje de pacientes tratados, porcentaje que se mantiene estable a lo largo del periodo. Muchos de los pacientes atendidos en Atención Primaria presentan cuadros leves o moderados sobre todo relacionados con problemas de adaptación a la situación actual.



	Cuadros ansioso-depresivos en Atención Primaria		
	Prevalencia e incidencia		
	2010	2011	2012
Casos/ 100.000 TSI	5.964,12	6.722,95	7.733,07
Casos en tratamiento/100.000 TSI	4.333,39	4.853,93	5.595,37
Porcentaje de pacientes en tratamiento	72,66	72,20	72,36
Casos nuevos/100.000 TSI	1.439,70	1.264,83	1.437,85

Fuente: Medora CyL. Consejería de Sanidad, 2013

Dentro del mismo objetivo, se planteó conocer qué proporción de pacientes son derivados a recursos más especializados, analizando la **tasa de pacientes vistos en 1ª consulta en los Equipos de Salud Mental (ESM)**. Se utiliza como fuente de datos los registros de la Red de Asistencia Psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud. Según los datos aportados, en el año 2012 se realizaron 6.402 primeras consultas en los ESM a personas con trastornos del humor, de forma que los pacientes derivados a una consulta especializada son muchos menos de los atendidos en Atención Primaria, algo más del 18% de los casos nuevos, en 2012.

Se analizan también las **altas hospitalarias por trastornos afectivos (F30-F39 de la CIE 10)** en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, disponibles en 11 de los 14 hospitales de la Comunidad. En el año 2012, se han producido 1.050 altas por trastornos del humor (410 en hombres; 640 en mujeres). A lo largo del periodo se observa cierta estabilidad en las tasas, siempre mayores en mujeres que en hombres.

Trastornos del Humor (F30-39)					
Nº de personas con Trastornos del Humor (F30-39) en atención ambulatoria (Equipos de Salud Mental) en 1era consulta					
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de personas	6.965	6.687	6.589	6.952	6.402
Tasa / 100.000 hab.	283,9	270,4	268,4	285,0	263,8
Nº de altas con Trastornos del Humor (F30-39) en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica					
	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres	455	361	414	365	410
Mujeres	625	565	626	637	640
Total	1.107	926	1.040	1.002	1.050
Tasa hombres / 100.000 hab.	37,7	29,6	34,3	30,4	34,4
Tasa Mujeres / 100.000 hab.	50,2	44,9	50,2	51,4	51,8
Tasa / 100.000 hab.	45,1	37,4	42,4	41,1	43,3
Fuente: Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica y CMBD de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, 2013					

Inclusión de este tipo de patología (depresión) en los análisis de la Red Centinela de Castilla y León y en los análisis periódicos de la prestación farmacéutica.

Durante los años 2008-2009 la Red Centinela Sanitaria (RCS) de Castilla y León, incluyó entre sus programas anuales el estudio de la "Depresión en Atención Primaria" (informe nº 79). Su objetivo fue, entre otros, conocer la incidencia de los episodios de trastornos depresivos en la población de 15 años y más. El estudio mostró una tasa de incidencia en 2008 de 638 casos nuevos de depresión por 100.000 habitantes (IC 95%: 600-676), siendo superior en mujeres (931) con relación a hombres (341).

Los datos del estudio de la RCS son más concordantes con los obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012, según la cual, un 5,47% de la población de 15 años o más en Castilla y León (2,94% en hombres y 7,92% en mujeres) declara tener depresión diagnosticada por un médico. En España, la frecuencia es un poco más alta, 5,90% (2,99% en varones y 8,68% en mujeres).

El estudio de la RCS observó que los episodios depresivos tratados en Atención Primaria que cumplen los criterios de depresión mayor, según la DSM IV, no llegan al 50%, siendo una de sus recomendaciones, realizar la revisión de las definiciones y protocolos usados en Atención Primaria y evaluar su adecuación a la práctica clínica.

La decisión de instaurar tratamiento farmacológico o no y de derivar a salud mental debe basarse en la gravedad del trastorno depresivo, la presencia de síntomas psicóticos y el riesgo de suicidio, entre otros factores. En relación a la derivación a Atención Especializada, el informe de la Red Centinela de Castilla y León refleja que uno de cada tres pacientes con episodios depresivos fue derivado a un equipo de salud mental. Los motivos de esta derivación fueron principalmente la severidad de los síntomas (15%), aunque también la demanda del paciente (11%) o el riesgo de suicidio (2%) influyeron en la decisión del médico.

Con respecto a la prescripción farmacéutica, los datos obtenidos de Medora CyL, indican que en el 72,36% de los casos se prescribe un fármaco antidepresivo. Estos datos son similares a los obtenidos en el estudio de la RCS, donde el 72,2% de los pacientes recibieron antidepresivos (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, ISRS) y el 9,7% otros antidepresivos. En el 57,4% de los episodios también se prescribieron ansiolíticos e hipnóticos en el 11,1%.

Los antidepresivos son el tratamiento de primera línea en la depresión moderada/grave, no así en el paciente con depresión leve/moderada donde las estrategias psicoterapéuticas y la educación en autocuidado pueden mejorar su calidad de vida, sin necesidad de recurrir a tratamiento farmacológico.

Según el informe Sacyl Prescribe (Nº 1/2013, Antidepresivos), en Castilla y León el consumo de antidepresivos se ha incrementado un 65% entre los años 2001 y 2012. Aunque, las sucesivas medidas adoptadas han reducido en parte el coste de algunas especialidades, su aumento en el consumo, supone un enorme impacto económico para nuestro sistema de salud. En 2012, solo en nuestra comunidad, el importe de antidepresivos superó los 27 millones de euros.

Según este informe, en términos de eficacia no hay diferencias relevantes entre los distintos antidepresivos, en cambio, sí existen diferencias en su perfil de seguridad y tolerabilidad, siendo los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) los fármacos de elección por su relación beneficio-riesgo favorable, por lo que resulta básico realizar una adecuada selección del principio activo. En Castilla y León, se prescriben más moléculas nuevas y menos ISRS que en el SNS, existiendo un amplio margen de mejora.

Elaboración del proceso clínico “Depresión”.

Dentro de los proyectos futuros de la Gerencia Regional de Salud se contempla la elaboración de un Proceso de Atención Integral a la Depresión, englobando las intervenciones efectuadas desde los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada) y enmarcado dentro de la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos. Con carácter previo, se ha elaborado ya un Protocolo de derivación entre Atención Primaria y Especializada en el proceso de atención a los cuadros de Depresión y Ansiedad.

Evaluación: En nuestra Comunidad, el número de casos nuevos de depresión en Atención Primaria se mantiene estable mientras que la prevalencia sigue en aumento al tratarse de una enfermedad de larga evolución. Tanto la incidencia como la prevalencia son mayores en mujeres. Su tratamiento se inicia mayoritariamente en Atención Primaria siendo muy elevada la prescripción de antidepresivos. La derivación a ESM se produce en menor proporción. La tasa de altas hospitalarias por trastornos afectivos

también presenta una tendencia estable, siendo más elevado el número de casos de hospitalización por trastornos del humor en las mujeres que en los hombres. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Estrategia de Salud Mental.

M 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.

La II Estrategia Regional de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental se elaboró en el año 2008 pero hasta el momento, no se ha obtenido el informe favorable de la Dirección General de Presupuestos de la Consejería de Hacienda, con lo cual no ha sido aún aprobada.

No obstante, las líneas estratégicas se han puesto en marcha en la medida de las posibilidades existentes condicionadas por la falta de asignación de presupuestos. Se ha trabajado en diversos aspectos:

- **Aula de pacientes:** La Gerencia Regional de Salud, con la participación de profesionales sanitarios del ámbito de la psiquiatría, ha elaborado la *Guía de Depresión*, actualmente en fase de revisión por la Sociedad Científica (Asociación Castellana y Leonesa de Psiquiatría), guía que facilita al ciudadano el conocimiento de esta patología y da respuesta a las cuestiones más frecuentes asociadas a los trastornos afectivos. Esta guía estará en breve a disposición de los usuarios en el Portal de Salud, a través del "Aula de pacientes". En junio de 2011, también a través del Aula de Pacientes, se puso a disposición de los ciudadanos un Foro de participación con la colaboración de un profesional sanitario, en este caso médico-psiquiatra, que contestó on line a las cuestiones que los ciudadanos le plantearon en esta materia, resultando la experiencia un éxito.
- **Módulo de Farmacia:** El Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria ha colaborado con la Dirección Técnica de Farmacia en la elaboración de un módulo de Trastornos del Espectro Depresivo. Este proyecto se incluyó en el Plan Anual de Gestión de 2012 y ha sido acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Castilla y León. El objetivo de esta actividad formativa es dar a conocer los aspectos básicos de la epidemiología, sintomatología clínica, clasificación y diagnóstico de los trastornos del espectro depresivo, concienciando a los profesionales sobre el uso racional de la medicación en este tipo de patología. De igual modo se pretende reducir la variabilidad en el abordaje clínico y terapéutico, aplicando las principales evidencias sobre eficacia y seguridad de los distintos tratamientos utilizados en los trastornos de espectro depresivo.

- **Elaboración del Proceso de Depresión:** Proceso que atiende de forma integral a la depresión, englobando las intervenciones efectuadas desde los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada). Con carácter previo, se ha elaborado ya un protocolo de derivación entre Atención Primaria y Especializada en el proceso de atención a los cuadros de depresión y ansiedad.

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido** al no estar aprobada la Estrategia de Salud Mental, como se planteó en el objetivo, sin embargo se están poniendo en marcha actuaciones ligadas a las líneas estratégicas.

OE-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.

INDICADOR: Evolución pacientes según gestión de casos.

M 151: Mejorar la colaboración y coordinación en las interconsultas, donde la depresión se identifique como patología comórbida.

M 152: Aplicar la metodología de Gestión de Casos, en los tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad.

El Programa de "Gestión de Casos" se define como un modelo de atención para aquellos pacientes con trastorno mental y necesidades sociosanitarias múltiples, complejas y mantenidas en el tiempo. Es por tanto, un proceso orientado a aquellas personas que, diagnosticadas de un Trastorno Mental Grave, precisan una atención prioritaria y de mayor intensidad en las intervenciones terapéuticas, rehabilitadoras y en la gestión de recursos. Tiene como objetivo final contribuir a la mejor estabilidad clínica del paciente y su integración en la comunidad mediante actividades orientadas a garantizar la continuidad de cuidados a través de la coordinación e integración de todas las actividades sanitarias y sociales de salud mental implicadas en el proceso asistencial.

El programa se considera implantado en la totalidad de los Equipos de Salud Mental (36) de la Comunidad desde el año 2010, siendo 52 los profesionales que actúan como gestores de casos.

El número de pacientes en el programa de Gestión de Casos ha aumentado de 528 en 2006 a 856 en 2012. El grupo de diagnóstico 'Trastornos del humor (afectivos)' supone entre un 10-12% de los casos gestionados, ocupando el segundo lugar en frecuencia, por detrás del grupo 'Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes'. Dos de cada tres casos son mujeres. El número de pacientes incluidos en el programa se ha visto incrementado en los últimos cinco años en un 102,1%.

Programa de Gestión de casos						
Evolución del número de pacientes por grupo de diagnóstico						
Grupo de diagnóstico	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Trastornos del humor (afectivos)	47	59	63	69	88	95

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

En los PAG de los años 2007 y 2008, se establecieron objetivos de área que contemplaban la coordinación entre los niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada) y cuyo objeto era mejorar las derivaciones realizadas en Trastornos Depresivos.

Evaluación: Se observa un aumento del nº de casos diagnosticados de trastornos afectivos que son incluidos en un programa de gestión de casos, lo que es indicativo de mejora de la gestión y del buen funcionamiento del programa, por tanto el **objetivo se considera conseguido**.

OE-81: Mejorar la calidad de los tratamientos mediante opciones como la psicoterapia, para aquellos pacientes con tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad.

INDICADOR: Porcentaje de pacientes en tratamiento con psicoterapia.

La indicación de la psicoterapia depende del perfil del paciente. El uso de la psicoterapia combinada con el tratamiento con antidepresivos resulta una combinación muy eficaz, sobre todo, en casos depresivos graves.

Todos los Equipos de Salud Mental (36) tienen psicólogos entre sus profesionales. En total, son 47 los profesionales que trabajan en ellos. En principio, a todos los pacientes atendidos en los equipos se les oferta asistencia psicológica pero no existe ningún sistema de registro que permita cuantificar qué porcentaje de pacientes con depresión reciben tratamiento con psicoterapia.

Evaluación: No evaluable.

OE-82: Mejorar la prevención de suicidios aumentando el porcentaje de planes de prevención de situaciones de riesgo.

INDICADOR: Número de Áreas con planes de prevención implantados en situaciones de riesgo.

M 153: Incluir en la Cartera de Servicios un servicio de atención a los trastornos afectivos en la Atención Primaria de Salud (APS).

Se ha elaborado la "Guía de atención urgente, recogida, traslado y contención segura de pacientes psiquiátricos". Dentro de la Guía, se recoge un protocolo específico de actuación ante personas que se encuentran en riesgo de suicidio y autoagresión.

El objetivo es reducir la tasa de suicidios, planificando las intervenciones y la toma de decisiones en las situaciones de riesgo y garantizando la continuidad y seguimiento en el proceso asistencial.

Los servicios implicados son los Servicios de Asistencia Psiquiátrica de cada Área de Salud. Actualmente la Guía se ha implantado en seis áreas: Ávila, Burgos, El Bierzo, Segovia, Valladolid Este y Valladolid Oeste.

En el ámbito de la formación, se ha desarrollado un curso de "*Seguridad en la atención a las personas con trastornos mentales graves*", desarrollado con metodología on line, cuyo objetivo principal es difundir, entre los profesionales de Salud Mental, las recomendaciones y protocolos contenidos en la Guía de seguridad, para prevenir errores y mejorar la seguridad del paciente. Dentro de los contenidos del curso se aborda el Protocolo de evaluación e intervenciones en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones. Participan profesionales de la red de salud mental (psiquiatras, MIR de psiquiatría, psicólogos y enfermería de salud mental, especialmente de las Unidades de Hospitalización).

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido** al estar implantados los planes de prevención en situaciones de riesgo de suicidio en el 50% de las Áreas de Salud.

OE-83: Incrementar la detección de planes suicidas en Atención Primaria.

INDICADOR: Nº y tasa de suicidios. Datos comorbilidad de depresión en AP.

M 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.

En Castilla y León se produjeron en el año 2011, 182 suicidios, más en varones (139) que en mujeres (43), siendo la razón de masculinidad de 3 a 1. La tasa de mortalidad estandarizada por edad (TMEE) fue de 5,49 muertes por cien mil (8,64 en hombres y 2,45 en mujeres). La edad media de suicidio fue de 59,84 años (58,79, en hombres; 63,25 en mujeres).

En la Cartera de Servicios de Atención Primaria existen varios servicios (atención al adolescente, mujer, anciano, inmovilizado, terminal y cuidador) en los cuales están implantados, de forma indirecta, criterios de calidad en la evaluación relacionados con el estado afectivo de los pacientes (valoración de problemas relacionales, conductuales, autoestima, presencia de riesgos psicosociales,...). En el caso de la mujer se realiza en servicios específicos, concretamente en la atención al climaterio y en situaciones de violencia de género.

Datos comorbilidad de depresión en AP.

El estudio que la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León realizó durante los años 2008-2009 sobre la "Depresión en Atención Primaria", además de conocer la incidencia de los episodios de trastornos depresivos en la población de 15 y más años de edad, analizó datos de comorbilidad. El estudio reflejó que en la población de estudio, los episodios depresivos aparecen con frecuencia en pacientes con antecedentes de otros trastornos mentales. Los más frecuentes, el síndrome depresivo, con pocas diferencias entre hombres y mujeres (34,9% y 40,4% respectivamente), y los trastornos de ansiedad, principalmente en las mujeres (38,8%). Las enfermedades metabólicas y reumáticas, con el 10,8% y el 21,3% respectivamente, son las que con más frecuencia están presentes en estos pacientes. El cáncer está detrás del 4,3% y el 42,7% no presentaban ninguna patología de interés.

Evaluación: Son varios los servicios dentro de la cartera de Atención Primaria que incluyen criterios para evaluar el estado afectivo de los pacientes y en atención especializada se utiliza la Guía de atención urgente, recogida, traslado y contención segura de pacientes psiquiátricos. No se ha establecido un teléfono de ayuda. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-84: Mejorar la prevención secundaria valorando el riesgo individual al alta y revisándolo en la primera semana tras el alta hospitalaria.

INDICADOR: Tasa de reingresos de pacientes de psiquiatría. Porcentaje de pacientes ingresados por tentativa de suicidios revisados a la semana.

M 155: Desarrollar un programa de seguimiento para personas con tentativas de suicidio frustradas.

M 156: Establecimiento de planes de cuidados y seguimiento de pacientes en tratamiento.

Hay tipos clínicos de depresión que generan más discapacidad: distimias, depresiones recurrentes o resistentes. Ello provoca que sin una atención adecuada, el número de reingresos hospitalarios y el número de estancias sea elevado. Para minimizar estas consecuencias es necesario establecer planes de cuidados de continuidad mediante la gestión de casos y establecer programas de tratamiento de mantenimiento.

Según los datos obtenidos a partir del CMBD de Castilla y León, el porcentaje de reingresos en los Servicios de Psiquiatría de los centros hospitalarios alcanzó el 28,42% en el año 2012, con cifras superiores a las registradas en 2007 (24,56%).

Para evaluar el objetivo se analiza la **tasa de reingresos hospitalarios de pacientes con intento de suicidio** -se han capturado todos los pacientes registrados por cualquier lesión o intoxicación autoinfligida y como reingresos, todos los episodios de ingreso de estos pacientes en menos de 30 días por cualquier causa-. La fuente de información es el CMBD de Castilla y León. Disponemos de datos fiables desde el año 2009.

Los datos reflejan que este tipo de pacientes dan lugar a muchos episodios de reingreso por cualquier causa en los 30 días siguientes al intento de suicidio. Generalmente, los reingresos se concentran en unos pocos pacientes.

	Intentos de suicidio			
	Ingresos (pacientes) y Reingresos (altas)			
	2009	2010	2011	2012
Hombres				
Ingresos 8	265	281	275	298
Tasa /100.000 hab	20,83	22,15	21,69	24,37
Reingresos	254	298	252	283
Mujeres				
Tasa /100.000 hab	23,31	27,35	23,09	25,38
Ingresos	301	353	298	319
Reingresos	265	226	145	277

Fuente: CMBD CyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Dentro del Plan Anual de Gestión (PAG) del año 2010, se incluyó como objetivo, para todas las Áreas de Salud, lograr que los pacientes con ingreso hospitalario por tentativa de suicidio al ser dados de alta lo hiciesen con una cita en el Equipo de Salud Mental en la primera semana tras el alta. Los resultados obtenidos en la evaluación del PAG reflejan que el 78% de estos pacientes son citados por el Equipo de Salud Mental en los siete primeros días tras el alta. El rango oscila entre el 50% en el Área de Burgos y el 100% en León, situándose la mediana en el 81%.

Valoración del riesgo individual. 2010			
Área de Salud	Nº ingresos por intento autolítico	Pacientes con cita en ESM en los 7 primeros días	Porcentaje
Ávila	22	15	68,2
Burgos	62	31	50
León	6	6	100
El Bierzo	56	34	81
Palencia	42	32	76,2
Salamanca	76	62	81,6
Segovia	34	28	82,4
Soria	25	23	92
Valladolid Este	29	23	79,3
Valladolid Oeste	56	48	85,7
Zamora	83	81	97,6
TOTAL	491	383	78

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: El número de pacientes que ingresan por una tentativa de suicidio es muy elevado, mayor en mujeres que en hombres y en aumento a lo largo del periodo. Es importante realizar el seguimiento de estos pacientes. Para ello, se estableció como objetivo mejorar la continuidad asistencial, mediante la citación en los ESM en los siete días siguientes al alta, tratando de evitar nuevas tentativas de suicidio. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-85: Mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión en APS y en las Áreas, desarrollando y aplicando un proceso asistencial.

INDICADOR: 1) Nº de pacientes atendidos en Atención Primaria.
2) Nº de Áreas con Proceso asistencial definido.

M 157: Aumentar los casos de depresión atendidos en Atención Primaria.

M 158: Consensuar criterios de detección precoz en Atención Primaria.

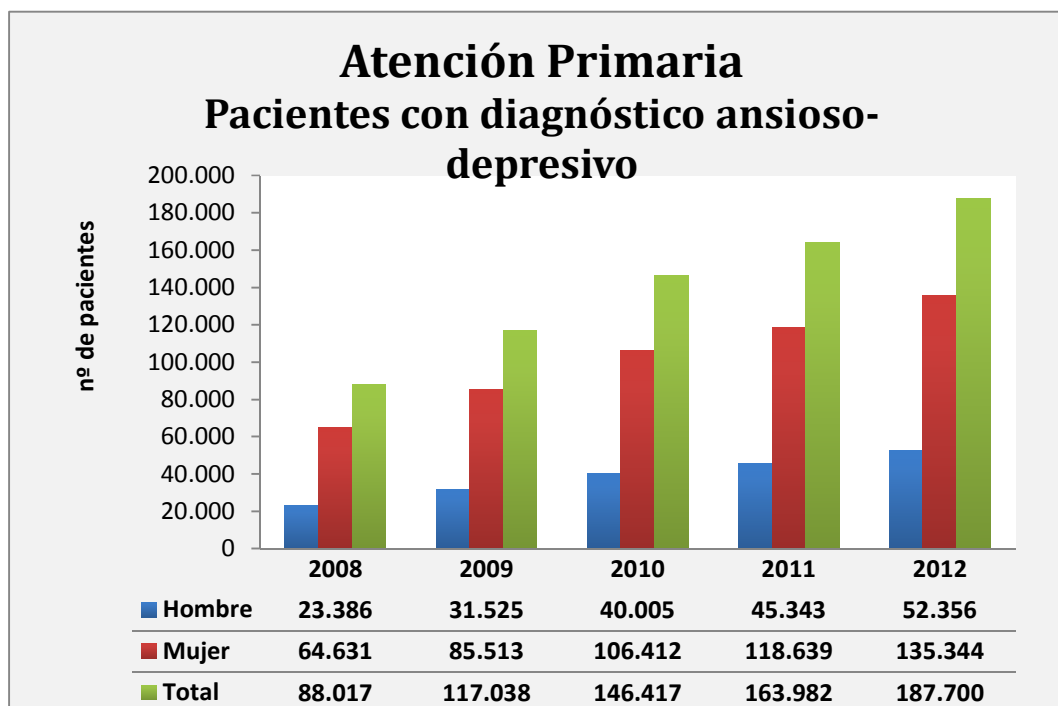
La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012 ha analizado por primera vez la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mediante un cuestionario genérico

EuroQol, que aborda cinco dimensiones: movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

En Castilla y León, un 9,98% de la población de 15 años o más refiere estar ansioso o deprimido. La frecuencia es mayor en mujeres (13,9 %) que en hombres (5,92%). Con relación a España, los datos son inferiores a la media nacional, donde un 14,5% de la población manifiesta estar ansioso o deprimido (9,98% de los varones y 18,96% de las mujeres).

Muchos de estos pacientes van a ser diagnosticados y tratados en Atención Primaria haciéndose imprescindible la existencia de protocolos consensuados que ayuden a los facultativos en la toma de decisiones.

En el objetivo específico 78 se analizó el **número de personas con diagnóstico de un trastorno ansioso-depresivo en Atención Primaria**, pacientes que han ido aumentando a lo largo del periodo hasta duplicarse. Estos procesos son mucho más frecuentes en mujeres.



Fuente: Medora CyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Dentro de los proyectos futuros de la Gerencia Regional de Salud se contempla la elaboración de un Proceso de Atención Integral a la Depresión, englobando las intervenciones efectuadas desde los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada) y enmarcado dentro de la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos. Con carácter previo, se ha elaborado ya un Protocolo de derivación entre Atención Primaria y Especializada en el proceso de atención a los cuadros de Depresión y Ansiedad.

Evaluación: En Castilla y León se va a elaborar el Proceso Asistencial Integrado en Depresión cuyo objetivo es establecer criterios consensuados de atención, coordinación, derivación y seguimiento de pacientes con problemas de depresión que son vistos en

Atención Primaria. Su implantación está enmarcada dentro de la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos de Castilla y León. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-86: Desarrollar e implantar sistemas de información relacionados con este problema.

INDICADOR: Sistema de información para Salud Mental.

M 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.

M 164: Inclusión en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre la depresión.

M 165: Promoción de la investigación sobre depresión, en los dos niveles asistenciales.

Actualmente las fuentes de información para la obtención de datos en Salud Mental son la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMDDB) y el Sistema de Registro Específico de Asistencia Psiquiátrica, algunos de cuyos registros están pendientes de informatizar.

La **Telemedicina** se ha convertido en una necesidad clínica en ciertas regiones con características geográficas peculiares. Las modernas tecnologías permiten aumentar la capacidad de resolución de los profesionales de Atención Primaria al dar respuesta a diversas cuestiones en tiempo real, y con la presencia del paciente, evitando desplazamientos y optimizando tiempos.

En Castilla y León, la telemedicina se ha aplicado en el ámbito de la psiquiatría a través de un proyecto piloto implantado en el Complejo Asistencial de Palencia. Mediante un sistema de videoconferencia de alta definición se ha conectado el Hospital San Telmo, como centro de referencia, con los Centros de Salud de Guardo, Aguilar de Campoo y Cervera de Pisuerga (zonas rurales alejadas del hospital de referencia), lo que permite realizar interconsultas, agilizándose el diagnóstico y el tratamiento y mejorando a su vez la calidad de la asistencia prestada. El proyecto se inició en el año 2010, habiéndose realizado 168 consultas en el año 2011 y 270 en el año 2012.

Desde la Gerencia Regional de Salud y a través del **Plan de Formación Continuada de las Áreas**, se han propuesto acciones formativas dirigidas a las áreas abordando el tema de la depresión. Existe la posibilidad de que cada área adapte las actividades formativas a las necesidades detectadas y solicitadas por los profesionales. Básicamente se desarrollan actividades que, independientemente del modelo aplicado (sesión clínica, taller, seminario, curso formativo,...), incluyen diferentes aspectos sobre el proceso asistencial: criterios de derivación entre los niveles asistenciales, aplicación del procedimiento elaborado, modelo de gestión compartida y evaluación.

A lo largo del periodo de vigencia del Plan se han celebrado 31 ediciones formativas en todas las áreas, con más de 70 horas de formación y en la cuales han participado más de 800 profesionales del ámbito de la salud mental.

En el ámbito de la **investigación**, dentro de las convocatorias de ayudas para proyectos de investigación en biomedicina a desarrollar en los centros de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León que se vienen realizando desde el año 2008, destaca explícitamente entre las líneas prioritarias de investigación, el área de **Salud mental**. Los proyectos de investigación se han realizado en ambos niveles asistenciales, de forma que, en cada nivel asistencial, un 5% de los proyectos son del área de salud mental.

	Proyectos de investigación				
	Área temática: Salud mental				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de proyectos		5	5	6	5
Financiación	--	56.465	47.000	71.000	63.150

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Evaluación: Las principales fuentes de información en depresión y suicidio son los Registros de Asistencia Psiquiátrica, la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (Medora CyL) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León. Está aún pendiente de implantar un sistema integral de información, ligado a la aprobación definitiva de la Estrategia Regional de Salud Mental. Se han llevado a cabo programas formativos sobre depresión que contribuyen a mejorar la capacidad de los profesionales y a conseguir los objetivos institucionales. Además, existe un apoyo expreso de la Consejería de Sanidad a la investigación, que se traduce en ayudas y subvenciones económicas a centros asistenciales y grupos de investigación, siendo una de las líneas de investigación la salud mental, habiéndose realizado proyectos en ambos niveles asistenciales. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

SEPSIS, INFECCIÓN GRAVE E INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Los procesos infecciosos parecían perder “protagonismo” sanitario en la medida en que seguían desarrollándose vacunas, se conseguían coberturas vacunales elevadas para algunos procesos y parecía que los tratamientos antimicrobianos eran potentes para combatir las infecciones. Sin embargo, el incremento de procesos quirúrgicos y diagnósticos invasivos y el aumento de estancias hospitalarias y en consecuencia el aumento del riesgo de infecciones nosocomiales, así como la aparición de resistencias a los antibióticos, ha conducido a dar gran importancia en los últimos años a las estrategias de vacunación frente a infecciones potencialmente graves y a las de seguridad del paciente, y en particular a las referidas al ámbito de prevención de infecciones nosocomiales.

SEPSIS, INFECCIÓN GRAVE E INFECCIÓN NOSOCOMIAL		
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.	NO CONSEGUIDO
OG-33	Reducir en un 25% la mortalidad por sepsis.	CONSEGUIDO
OG-34	Reducir las infecciones de transmisión vertical.	CONSEGUIDO
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.	CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-88	Reducir el riesgo de infección aumentando la cobertura de vacunación por gripe hasta el 75% en pacientes de alto riesgo.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-89	Detectar y reducir el riesgo infeccioso, en todas las mujeres, durante el embarazo y el parto.	CONSEGUIDO
OE-90	Reducir la resistencia a los antibióticos.	CONSEGUIDO
OE-91	Mejorar el diagnóstico precoz de la infección grave en todos los hospitales.	NO EVALUABLE
OE-92	Mejorar el tratamiento precoz de la infección grave y de las sepsis, aplicando protocolos de tratamiento.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

OE-93	Disminuir el riesgo de infección asociada a la utilización de dispositivos en el hospital -sondas, catéteres y ventilación mecánica-.	CONSEGUIDO
OE-94	Disminuir el riesgo de infección quirúrgica, incrementando el uso adecuado de profilaxis antibiótica en los casos en que esté indicado.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-95	Reducir el riesgo de infecciones nosocomiales cruzadas.	CONSEGUIDO
OE-96	Minimizar el riesgo de infección nosocomial asociada a infraestructuras, equipos y productos.	CONSEGUIDO
OE-97	Disminuir la incidencia de infección nosocomial por microorganismos multirresistentes.	NO EVALUABLE
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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).	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo:

Las mejoras terapéuticas introducidas en los últimos años han reducido la letalidad de las sepsis pero se sigue registrando un aumento de la incidencia y a la vez una disminución importante de la mortalidad.

La prevalencia de infección nosocomial en los hospitales de Castilla y León, a pesar del aumento producido en el año 2012, presenta cifras inferiores a los estándares. La mayor prevalencia se sigue registrando en los hospitales con más de 500 camas.

Los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero han conseguido disminuir el riesgo de infección asociada a la utilización de dispositivos en el hospital, situando las cifras de incidencia por debajo de los estándares definidos.

Se ha desarrollado la Estrategia Multifactorial de la OMS que supuso la edición de material gráfico, una intensificación de las actividades de formación en higiene de manos y el comienzo de la utilización de soluciones alcohólicas para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales cruzadas.

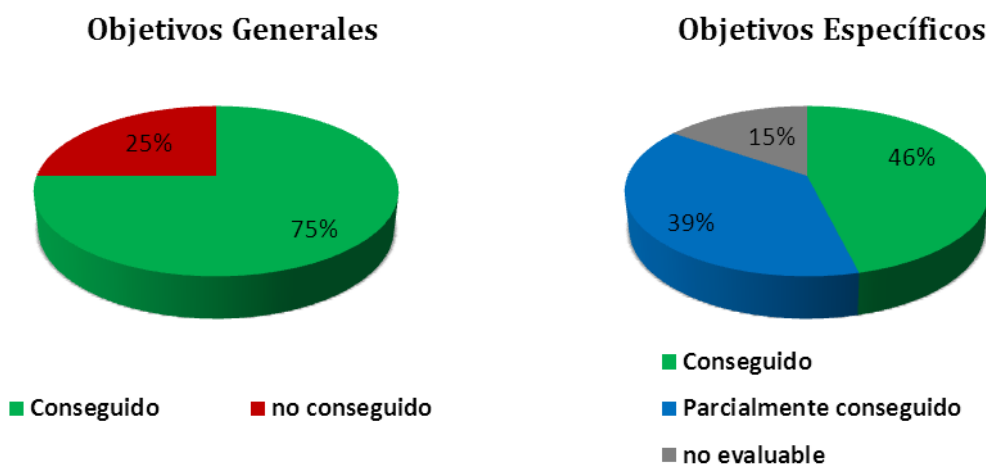
Aún quedan cosas por hacer como la implantación del Código Sepsis en todos los hospitales o la Estrategia Regional de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial.

Anualmente se analizan las coberturas de vacunación frente a enfermedades que pueden causar con más frecuencia sepsis o infección grave. En Castilla y León estas coberturas se pueden considerar buenas y las tasas de incidencia de estas enfermedades muy bajas. En función de las coberturas obtenidas y de los objetivos planteados, se han puesto en marcha distintas estrategias de captación en pacientes crónicos y en sanitarios. Por otro lado, se ha implantado en la comunidad el Registro de

Vacunas con la transmisión telemática de datos desde la Historia Clínica Electrónica, Medora CyL.

El porcentaje de consecución de los objetivos generales es del 75% conseguidos y del 25% no conseguido. En cuanto a los objetivos específicos se han conseguido el 46% de los objetivos, el 39% parcialmente conseguido y el 15% no evaluable.

SEPSIS



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.

INDICADOR: Tasa de altas hospitalarias por septicemia

Desde el punto de vista de la salud pública, la sepsis es un problema de gran envergadura debido a su elevada morbilidad y mortalidad. Su incidencia, lejos de ser controlada continúa aumentando, debido al envejecimiento de la población, la generalización de los procedimientos invasivos y la utilización de fármacos quimioterápicos e inmunosupresores. Las mejoras terapéuticas introducidas en los últimos años han reducido la letalidad, pero el número de fallecimientos sigue siendo importante. Por los anteriores motivos, se considera a la sepsis como una enfermedad "emergente".

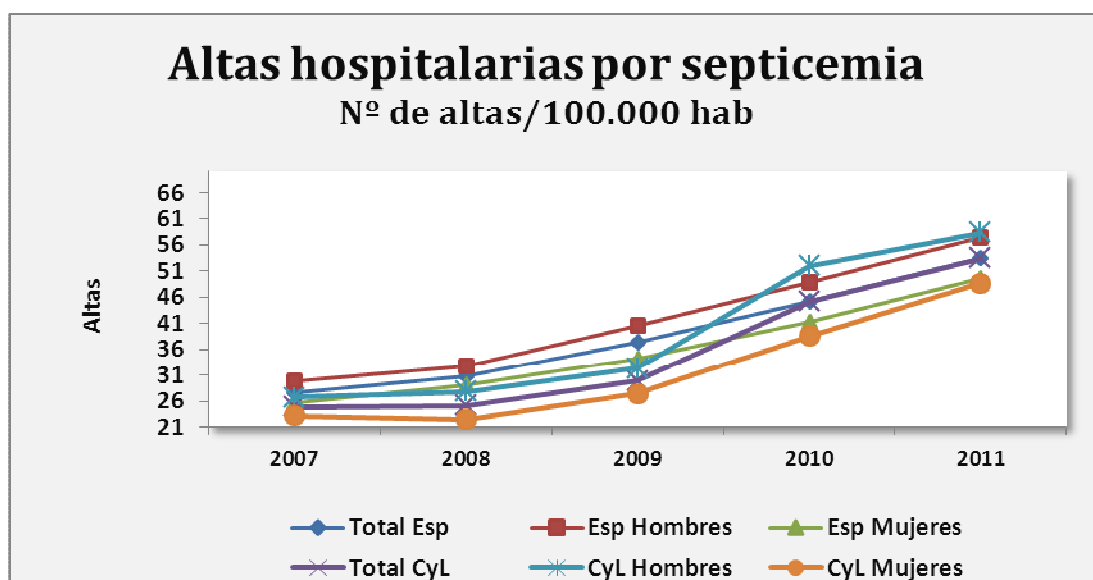
Para evaluar el objetivo se analiza **la tasa de altas hospitalarias** - altas por septicemia por cada 100.000 habitantes - utilizando como fuente de información la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE. El último dato disponible corresponde al año 2011.

En Castilla y León, se produjeron 1.368 altas por septicemia (739 hombres y 629 mujeres), que dieron lugar a 16.356 estancias y una estancia media de 11,96 días. La tasa de hospitalización fue de 53,47 altas por cada 100.000 habitantes. En España, se produjeron 25.210 altas, con una tasa de 53,42 por 100.000 habitantes, 306.668 estancias y una estancia media de 12,16 días.

La evolución de la tasa en ambos casos es claramente ascendente, llegando a duplicarse en los años de estudio.

Septicemia					
Altas hospitalarias por 100.000 hab					
	2007	2008	2009	2010	2011
España					
Total	27,74	30,88	37,36	45,16	53,42
Hombres	29,88	32,80	40,62	48,98	57,41
Mujeres	25,64	29,00	34,16	41,43	49,53
Castilla y León					
Total	24,96	25,14	29,88	45,16	53,47
Hombres	26,78	27,89	32,39	51,94	58,30
Mujeres	23,17	22,44	27,41	38,51	48,73

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE

Evaluación: La tasa de altas por septicemia presenta una evolución ascendente tanto en Castilla y León como en España. **El objetivo no se ha conseguido.**

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.

	2007	2011	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa de hospitalización/ 100.000 hab	24,96	53,47	20	No conseguido

OG-33: Reducir en un 25% la mortalidad por sepsis.

INDICADOR: Tasa de mortalidad por sepsis

En el momento de elaboración del III Plan de salud, la mortalidad asociada con la sepsis severa mantenía niveles inaceptablemente altos, del 30 al 50%, cifras que podían ser aún mayores en presencia de shock. Otros factores como la edad de los pacientes atendidos, el uso de una medicina cada vez más agresiva, con la aplicación de procedimientos invasivos o de inmunosupresión, también incrementan el riesgo de mortalidad. En base a estos datos, se planteó reducir la mortalidad por sepsis en un 25%.

En el año 2011, se produjeron en Castilla y León, 218 muertes por sepsis (96 en hombres y 122 en mujeres). La tasa bruta de mortalidad (TBM) fue de 8,78 muertes por 100.000 hab. (7,84 en hombres y 9,66 en mujeres). La evolución de la tasa es descendente a lo largo del periodo, en el año 2007, la TBM fue de 18,58 muertes por 100.000 (17,72 en hombres y 19,42 en mujeres).

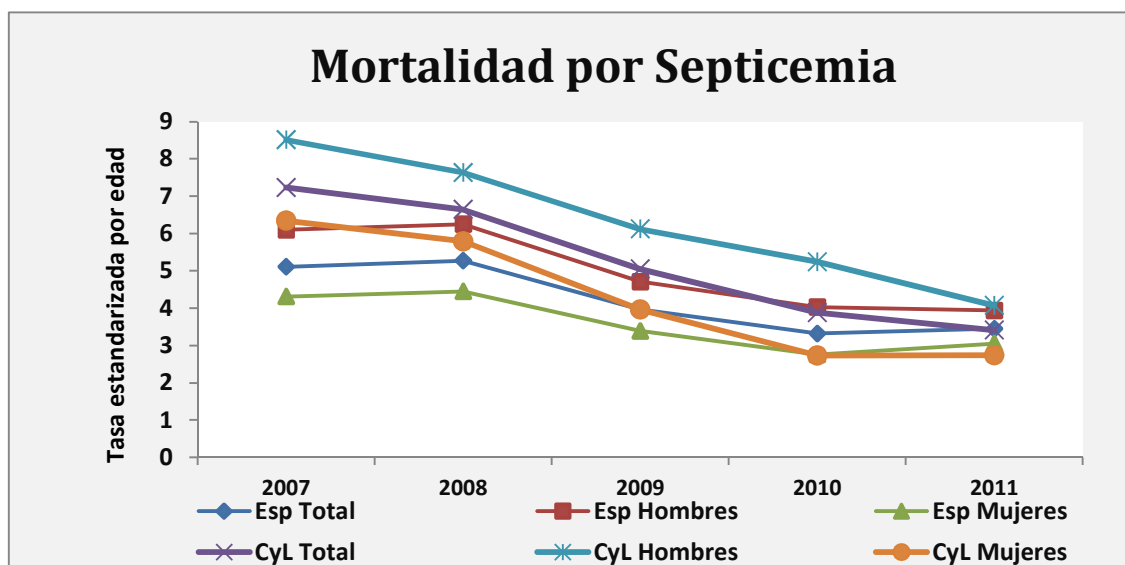
Para evaluar el objetivo se utiliza como fuente de información los datos sobre mortalidad facilitados por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Se analiza **la tasa de mortalidad estandarizada por edad (TMEE) por población europea por 100.000 habitantes**. El último dato disponible corresponde al año 2011.

La TMEE fue de 3,41 muertes por 100.000 hab. (4,07 en hombres y 2,74 en mujeres) en el año 2011. La evolución de la TMEE es descendente a lo largo del periodo. En el año 2007, la TMEE fue de 7,23 muertes por 100.000 (8,51 en hombres y 6,34 en mujeres). La disminución de la tasa ha sido superior al 50% en nuestra comunidad.

Con respecto a España, la TMEE global y en mujeres es menor a la nacional, mientras que en hombres es mayor.

	Septicemia				
	Tasa de mortalidad estandarizada por edad (TMEE)				
	2007	2008	2009	2010	2011
España					
Total	5,11	5,27	3,97	3,32	3,45
Hombres	6,10	6,25	4,71	4,03	3,94
Mujeres	4,31	4,45	3,39	2,76	3,05
Castilla y León					
Total	7,23	6,64	5,05	3,88	3,41
Hombres	8,51	7,63	6,12	5,24	4,07
Mujeres	6,34	5,79	3,96	2,73	2,74

Fuente: Mortalidad, ISCII.



Evaluación: Entre los años 2007 y 2011 la mortalidad por sepsis se reduce un 53,7%, por lo tanto, **el objetivo está conseguido.**

OG-33: Reducir en un 25% la mortalidad por sepsis

	2007	2011	Objetivo esperado	Evaluación
TMEE/ 100.000 hab	7,23	3,41	-25%	Conseguido

OG-34: Reducir las infecciones de transmisión vertical.

INDICADOR: Tasa incidencia enfermedades transmisibles teratógenas

La fuerte inmigración de los últimos años hacia nuestro país ha significado un aumento del número de partos de mujeres procedentes de áreas geográficas con mayor prevalencia de gérmenes que potencialmente pueden causar una infección grave/congénita (IC) en el recién nacido, así como la tendencia en la población al aumento de algunas infecciones con riesgo de IC. Ello hace necesario mantener un alto nivel de vigilancia y control de estas enfermedades manteniendo actualizados los procedimientos de atención al embarazo y parto.

La Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León tiene entre sus funciones la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de los resultados y recomendaciones en nuestra comunidad. Su objetivo final es reducir la incidencia de las enfermedades transmisibles en la población.

Las enfermedades transmisibles con riesgo de infección grave o malformaciones congénitas en el recién nacido vigiladas por la Red son el síndrome de rubéola congénita (SRC), el tétanos neonatal y la sífilis congénita.

Para analizar el indicador se utiliza la información aportada por el Sistema de Declaración de Enfermedades Obligatorias (EDO): número de casos y tasa por 100.000 habitantes de las enfermedades analizadas.

Incidencia enfermedades transmisibles teratógenas				
Tasa por 100.000 hab (nº de casos)				
	Castilla y León		España	
	2008	2012	2008	2012
Síndrome de rubéola congénita (SRC)	0 (0)	0 (0)	0,0 (1)	0,0 (1)
Tétanos neonatal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sífilis congénita	0,08 (2)	0,04 (1)	0,04 (20)	0,01 (6)

Fuente: EDOs. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

La rubéola es una enfermedad de carácter leve cuya importancia radica en la capacidad del virus para producir efectos teratógenos. La baja incidencia de rubéola y SRC en España en los últimos años indica que hay escasa circulación del virus. En Castilla y León no se ha notificado ningún caso de SRC en los últimos años. Los casos notificados a nivel nacional son hijos de mujeres procedentes de países con escasa circulación del virus o con bajas coberturas de vacunación. Los esfuerzos en el control de la infección congénita por rubéola deben dirigirse a identificar y vacunar a poblaciones susceptibles, particularmente a las mujeres jóvenes que procedan de países con bajas coberturas de vacunación.

El tétanos neonatal va asociado a partos no estériles. Las altas coberturas de vacunación alcanzadas han reducido drásticamente la incidencia y la mortalidad por tétanos, de forma que en los últimos años no se ha declarado ningún caso de tétanos neonatal ni en Castilla y León ni en España.

La sífilis congénita es una enfermedad grave pero prevenible a través del cribado y tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas. Tanto en Castilla y León como en España se ha observado un incremento del número de casos de sífilis congénita correlacionado con un aumento de la incidencia de sífilis en mujeres. El retraso o ausencia de atención prenatal, en ocasiones en mujeres inmigrantes, la reinfección y el tratamiento inadecuado, figuran como factores relacionados con la aparición de casos de sífilis congénita.

Evaluación: En Castilla y León, no se han registrado casos de rubéola congénita, ni tétanos neonatal. Durante el periodo de vigencia del Plan se han producido tres casos de sífilis congénita. **El objetivo se considera conseguido.**

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.

INDICADOR: Prevalencia infección hospitalaria.

Las infecciones nosocomiales (IN) son una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados y constituyen una carga económica y social para el paciente y para el sistema sanitario. La prevención y control de este tipo de infecciones ha logrado reducir su prevalencia a cifras en torno a un 7-8% pero, hoy por hoy, sigue siendo difícil reducir estas cifras a pesar de todas las acciones que los hospitales ponen en marcha. Varios son los factores que favorecen esta situación: una mayor frecuencia de pacientes con compromiso inmunitario, la aparición de microorganismos resistentes, la mayor complejidad de las intervenciones efectuadas y la realización de procedimientos invasivos.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE), de carácter anual. El estudio EPINE se renovó en 2012 a través de la integración de su protocolo con el del "European Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use (EPPS)", organizado por el ECDC.

Los resultados del EPINE 2012 indican que, en España, la prevalencia de pacientes con infección nosocomial adquirida durante la hospitalización ha sido la más baja de la historia del EPINE (5,61%), aunque la prevalencia total de pacientes asistidos con infección (7,61%) no ha disminuido en la misma escala debido al aumento de las infecciones presentes en el momento del ingreso.

En Castilla y León, la prevalencia total de IN ha sido de 7,94%, lo que supone un ligero repunte con respecto a las cifras de años anteriores. Este incremento se debe a las IN presentes en el momento del ingreso, pues la prevalencia de pacientes con infección nosocomial adquirida durante la hospitalización fue de 5,90%.

Infección nosocomial. Castilla y León						
Prevalencia de IN adquirida durante la hospitalización						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ⁽¹⁾
Prevalencia (%)	8,21	8,01	6,98	6,92	5,87	5,90

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

(1) El protocolo EPINE se ha actualizado en el año 2012 en función del protocolo de consenso europeo (European Point Prevalence Survey, EPPS). Ambos protocolos parten de una estructura y características similares, y el EPINE ha asumido las aportaciones del EPPS, conservando determinadas peculiaridades.

Las principales novedades del nuevo protocolo EPINE-EPPS son las dos siguientes:

1. Se entiende por infección nosocomial aquella que aparece en el día 3 o posterior de la hospitalización; en cambio en el EPINE se admitían las que podían aparecer en cualquier momento tras el ingreso.
2. Solamente recogen los resultados del laboratorio de microbiología disponibles en el momento de la encuesta o antes, dejándose de recoger los que se hallan en curso o pendientes de obtener o conocer.

La mayor prevalencia se sigue registrando en los hospitales con más de 500 camas. En el año 2012, se registra un aumento con respecto a años anteriores, independientemente del tamaño del hospital. Hay que tener en cuenta que los datos corresponden a infecciones nosocomiales globales, que en el nuevo protocolo incluye infecciones adquiridas en el proceso de hospitalización así como las presentes en el momento del ingreso. Hasta el año 2011, la prevalencia corresponde a infecciones adquiridas durante el ingreso.

	Prevalencia según tamaño de hospital			
	2009 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾	2011 ⁽¹⁾	2012 ⁽²⁾
Prevalencia >500 camas	7,2	7,6	6,4	8,5
Prevalencia 200-500 camas	6,8	6,6	6,1	7,8
Prevalencia <200 camas	7,2	4,1	2,3	4,6

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.
 (1) Infección nosocomial adquirida en cualquier momento tras el ingreso
 (2) Infección nosocomial global. Incluye además, la IN presente en el momento del ingreso.

Evaluación: La prevalencia de infección nosocomial en los hospitales de Castilla y León, a pesar del aumento producido en el año 2012, presenta cifras inferiores a los objetivos establecidos. **El objetivo se considera conseguido.**

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

Prevalencia (%)	2009	2012	Objetivo esperado	Evaluación
> 500 camas	7,2	8,5	< 9%	Conseguido
< 200 camas	7,2	4,6	< 7%	Conseguido

OE-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).

INDICADOR: Coberturas de vacunación.

M 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.

M 169: Implantar un sistema de información centralizado de vacunación.

M 170: Incrementar las acciones para conseguir una mayor tasa de vacunación en todo el personal sanitario.

M 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.

Algunas infecciones comunitarias constituyen una importante causa de morbilidad, discapacidad y/o mortalidad. Bacterias como el *Haemophilus influenzae b* (Hib), *Neisseria meningitidis* C o *Streptococcus pneumoniae*, en ocasiones, pueden

desencadenar una infección grave de evolución fatal, incluidas la sepsis y la meningitis. Todas ellas son, hoy en día, enfermedades prevenibles por vacunación. Mantener buenas coberturas de vacunación frente a estas enfermedades es un objetivo prioritario para disminuir su incidencia.

Para analizar estas coberturas se utiliza como fuente de información los datos aportados por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad sobre vacunación así como los datos de incidencia de dichas enfermedades obtenidos a partir de los datos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

Vacunación frente a Hib y meningococo C

La vacunación frente a Hib y Meningococo C está incluida dentro del calendario de vacunación infantil de Castilla y León. Los resultados de las coberturas son satisfactorios en los últimos años, especialmente en la serie básica, situándose por encima de las umbrales fijados (>95%).

	Porcentaje de coberturas de vacunación. Calendario vacunal				
	2008	2009	2010	2011	2012
	Primovacunación. Serie Básica				
Haemophilus influenzae tipo B (3d)	97,40	94,16	96,10	96,32	97,68
Meningitis C (2d)	97,98	97,82	97,70	96,57	97,19
	Vacunación de Refuerzo: Niños vacunados de 1 a 2 años (18 m)				
Haemophilus influenzae tipo B (1d)	94,33	94,92	95,24	95,12	94,46
Meningitis C (1d)	96,20	94,83	95,80	94,80	93,26

Fuente: DG Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla y León

El impacto de los programas de vacunación se refleja en la tasa de incidencia de estas enfermedades. Tanto la enfermedad meningocócica (EM) como la enfermedad invasora por Hib son, en nuestra comunidad, enfermedades de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

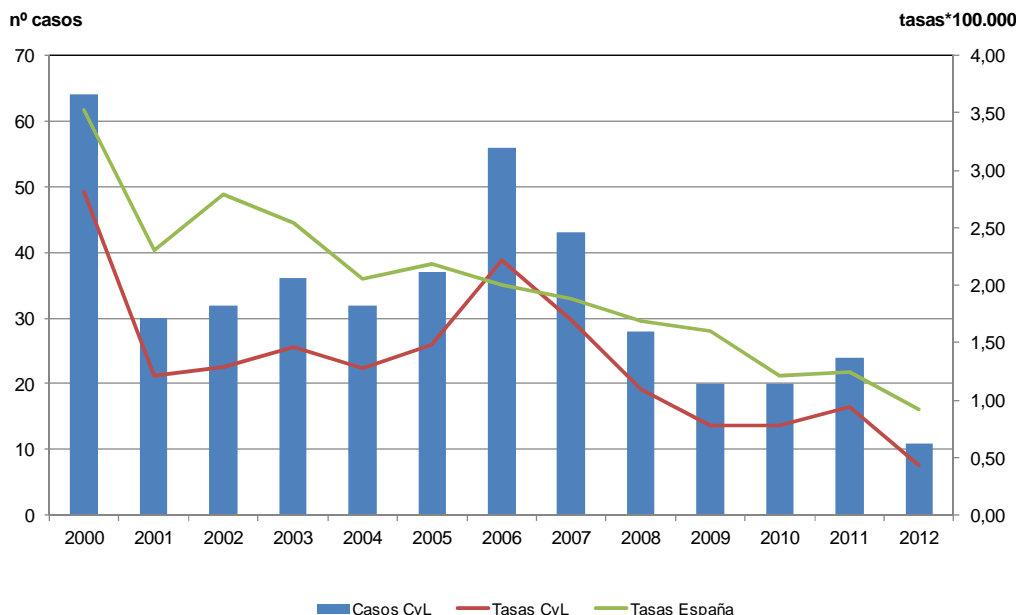
Según los datos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, en el año 2012 se han notificado 11 casos de enfermedad meningocócica, un 54% menos que en 2011. La tasa de incidencia fue de 0,43 casos por 100.000 habitantes (0,54 en mujeres y 0,32 casos por 100.000 en hombres). La mayor tasa se observó entre 0 y 4 años, 2,95 casos por 100.000.

La tasa de Castilla y León se mantiene, como en años anteriores, por debajo de la tasa nacional y la tendencia de la enfermedad es, en ambos territorios, descendente.

El serogrupo B sigue siendo el causante de la mayoría de los casos, pero en la actualidad, no existe vacuna para este serogrupo. La vacuna frente al meningococo C de tipo conjugado previene la enfermedad producida por el meningococo del serogrupo C.

Los datos reflejan el impacto de la vacunación en la incidencia de la enfermedad, que en los últimos años ha sido mínima (tasa de 0,04 por cien mil en 2012).

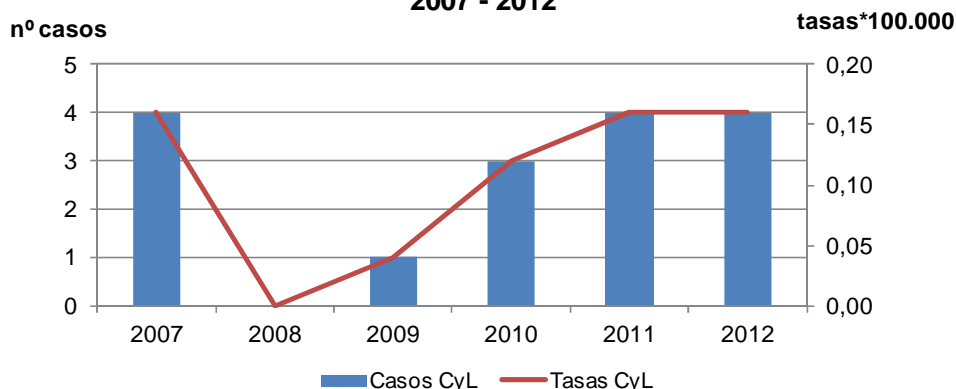
Enfermedad meningocócica
Evolución de casos y tasas en Castilla y León
y tasas españolas 2000 - 2012



Los casos declarados por enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b en los últimos años son pocos, lo que mantiene las tasas de incidencia con menos de un caso por cien mil habitantes. La enfermedad se declara en Castilla y León desde el año 2007.

En el año 2012 se han notificado 4 casos, igual que en 2011, con una tasa de incidencia de 0,16 casos por 100.000 habitantes.

Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* b
Evolución de casos y tasas en Castilla y León
2007 - 2012

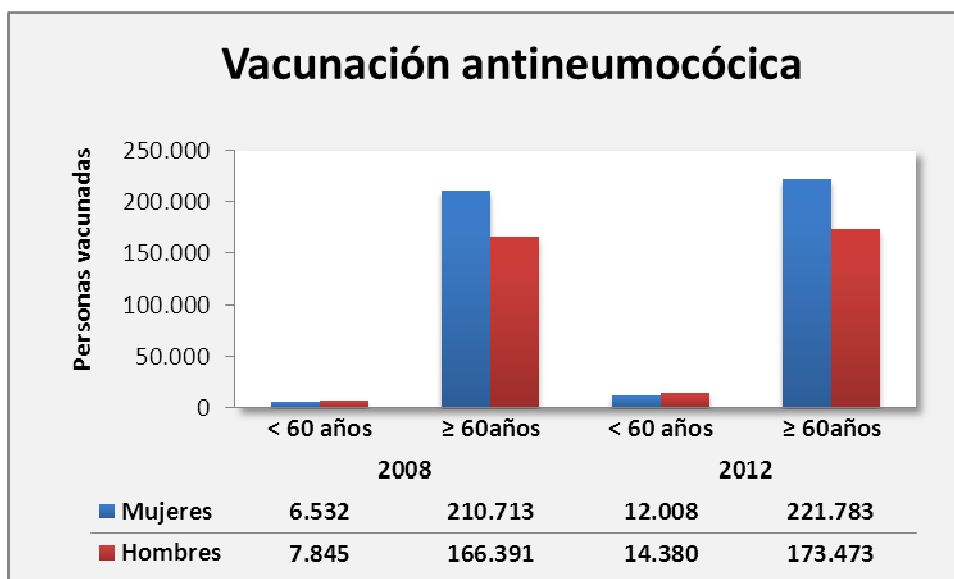


Vacunación frente a neumococo

La vacunación frente a neumococo en Castilla y León se recomienda a todas las personas mayores de 60 años y a las personas de nuevo ingreso en instituciones cerradas y centros geriátricos que no la hayan recibido previamente. La vacunación se realiza coincidiendo con la vacunación antigripal.

La vacuna también se recomienda a personas de edades comprendidas entre los dos meses y los 60 años, que padezcan alguna enfermedad crónica de riesgo para la enfermedad neumocócica invasiva, aplicando el tipo de vacuna correspondiente según las indicaciones por grupo de edad establecidas.

Los datos de cobertura de vacunación frente a neumococo se obtienen a partir de las coberturas de cartera de servicio de Atención Primaria, que incluye la vacunación a personas ≥ 60 años y la vacunación en personas < 60 años con indicación de vacunación por presentar patología de riesgo. Son datos acumulados. Tras la campaña de vacunación de 2012, el 56% de la población ≥ 60 años se ha vacunado frente al neumococo. Entre los < 60 años con algún factor de riesgo, se han vacunado 26.388 personas.

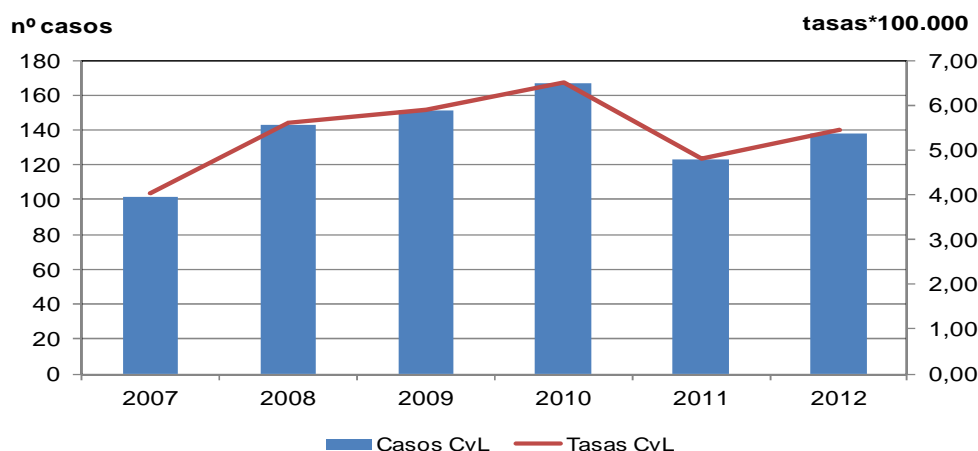


La Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* (EIN) es, en Castilla y León, una enfermedad de declaración individualizada con datos epidemiológicos básicos desde el año 2007.

Durante el año 2012 se notificaron 139 casos, un 13% más que en 2011. La tasa de incidencia fue de 5,46 casos por 100.000. En hombres, 93 casos (7,37 casos por 100.000) y en mujeres 46 (3,58 casos por 100.000), con una diferencia estadísticamente significativa. Se notificaron casos en todos los grupos de edad, el mayor porcentaje (20%) y la mayor tasa (26,88 casos por 100.000) en personas con 85 y más años.

La tendencia de la enfermedad es ascendente. Aunque en el año 2011 la notificación descendió, en 2012 ha vuelto a aumentar.

Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* Evolución de casos y tasas en Castilla y León 2007 - 2012



Vacunación antigripal

Las recomendaciones de vacunación antigripal tienen como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Van dirigidas fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecerla, a las que pueden transmitirla a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones y a aquellas que, por su ocupación, proporcionan servicios esenciales en la comunidad.

Los resultados de vacunación frente a la gripe han presentado descensos importantes en la última campaña, motivados por una alerta de medicamentos que inmovilizó gran parte de las dosis vacunales previstas para el desarrollo de la campaña. No obstante, Castilla y León ha logrado alcanzar porcentajes aceptables en la mayoría de los segmentos de la población a los que va dirigida especialmente la campaña, de manera que las tasas registradas permiten a la región situarse entre las primeras comunidades autónomas españolas en niveles de cobertura.

	Campaña de vacunación antigripal. Castilla y León				
	2008	2009	2010	2011	2012
Personas institucionalizadas	93,96	93,50	93,35	93,35	91,64
Población < 60 años	10,32	9,88	8,76	9,01	7,90
Población de entre 60 y 64	40,58	39,16	32,79	33,45	27,99
Población mayor de 65 años	71,76	72,19	70,46	70,78	63,61
Personal sanitario de centros socio-sanitarios	29,11	33,11	25,85	30,4	27,97
Personal no sanitario de centros socio-sanitarios	27,06	32,25	27,00	31,83	24,78
TOTAL	24,02	23,84	22,71	23,11	20,66

Fuente: DG Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla y León.

La Consejería de Sanidad ha puesto en marcha diversas estrategias de captación para grupos de riesgo. En el año 2011 se implantó en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, Medora CyL, un mensaje recordatorio de vacunación en los pacientes con al menos una de las patologías crónicas que se priorizaron: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus y EPOC, así como en el embarazo. En el año 2012, la Consejería de Sanidad ha contado, además, con la colaboración de las asociaciones de pacientes crónicos de Castilla y León en la difusión de la campaña.

La Gerencia Regional de Salud ha desarrollado estrategias específicas de sensibilización y promoción entre los trabajadores de sus centros asistenciales con el objetivo de mejorar la cobertura en este grupo prioritario para la vacunación antigripal, siguiendo no sólo las indicaciones del III Plan de Salud, sino también las Estrategias de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2011-2015. Así, se han emprendido acciones como la elaboración de material gráfico específico (carteles y dípticos informativos), correo electrónico masivo a las cuentas del personal de la GRS y flash informático recordatorio y fijación de horarios de vacunación amplios y flexibles que faciliten el acceso a la vacuna a todos los trabajadores. La administración sanitaria ha contado, además, con la colaboración de sociedades científicas, colegios profesionales sanitarios -entre ellos, el de farmacéuticos- y las organizaciones sindicales con el fin de ampliar las coberturas vacunales en los grupos de riesgo sanitario y social.

Vacunación en otros grupos de alto riesgo

La administración de vacunas a los drogodependientes frente a las hepatitis A y B, difteria y tétanos, realizadas por los centros específicos de tratamiento y los establecimientos penitenciarios de Castilla y León, se mantiene en unas cifras similares a las registradas en años precedentes. En 2011, los centros asistenciales y los centros penitenciarios han administrado la vacuna antigripal (476 dosis en centros de tratamiento y 2.905 en centros penitenciarios) y frente al neumococo (3 dosis en centros de tratamiento y 145 en centros penitenciarios). En el año 2012, se han administrado 330 dosis de vacuna antigripal en centros de tratamiento y 1.587 en centros penitenciarios además de 166 vacunas frente al neumococo en estos últimos.

Sistema de información de vacunas

En Castilla y León se ha implantado un sistema de información específico denominado Registro de Vacunas, REVA. A lo largo del periodo de vigencia del Plan se ha desarrollado la transmisión telemática de datos desde la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL al Registro de Vacunas. Desde marzo de 2012, esta transmisión se realiza con normalidad, una vez concluida la fase de comprobación de los niveles de calidad del registro. Actualmente, se está trabajando en un nuevo módulo de vacunas de la historia clínica, que pretende superar las limitaciones de la actual presentación.

Evaluación: Las coberturas de vacunación frente a aquellas patologías que pueden causar con más frecuencia sepsis o infección grave (meningococo, neumococo, Hib, gripe) se consideran buenas. En función de las coberturas obtenidas y de los objetivos planteados, se han puesto en marcha distintas estrategias de captación en pacientes crónicos y en sanitarios. Por otro lado, se ha implantado en la comunidad el Registro de Vacunas con la transmisión telemática de datos desde la Historia Clínica Electrónica, Medora CyL. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-88: Reducir el riesgo de infección aumentando la cobertura de vacunación por gripe hasta el 75% en pacientes de alto riesgo.

INDICADOR: Cobertura de vacunación frente a la gripe en pacientes de alto riesgo.

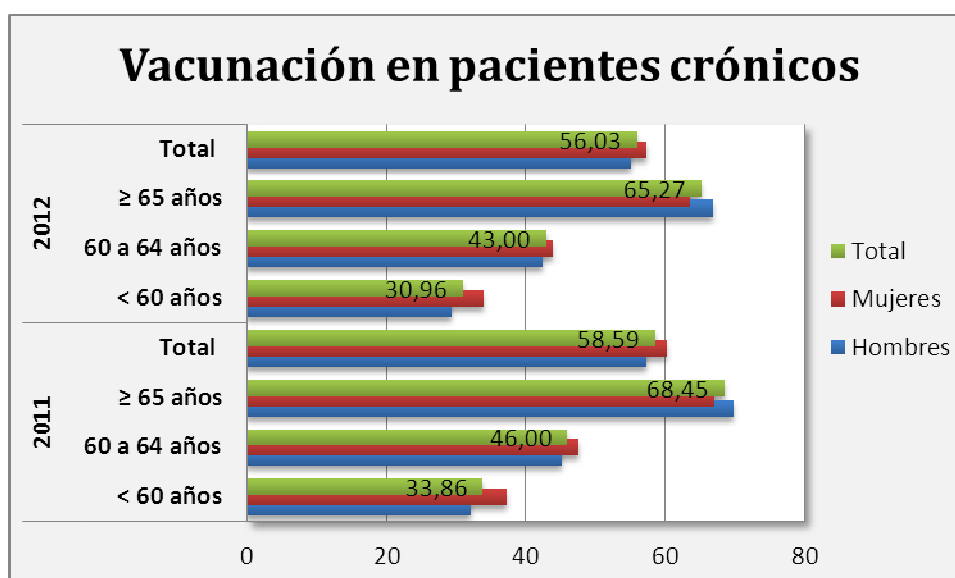
M 180: Desarrollo de estrategias dirigidas a la población sobre hábitos higiénicos para detener los gérmenes en la casa, el trabajo y la escuela –con colaboración intersectorial-.

Uno de los objetivos de las campañas de vacunación antigripal va dirigido específicamente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe, entre ellos los enfermos crónicos y las mujeres embarazadas.

A partir de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, se ha analizado la **cobertura de vacunación antigripal en grupos de riesgo**, pacientes crónicos con al menos una de las patologías priorizadas: EPOC, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus; así como mujeres embarazadas con indicación de vacunación. La cobertura se analiza por grupos de edad: < 60, 60 a 64 y ≥ 65 años. Los datos están disponibles para los años 2011 y 2012.

El porcentaje de pacientes con EPOC, diabetes, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca vacunados de la gripe ha experimentado un descenso en 2012, al igual que los resultados en población general, motivado por la misma causa, la alerta que inmovilizó gran parte de las vacunas previstas para el desarrollo de la campaña.

A pesar de ello, las coberturas de vacunación en los pacientes crónicos de las patologías seleccionadas son altas en los ≥65 años, disminuyendo de forma importante en los menores de 60 años.



El número de mujeres embarazadas vacunadas también descendió, en 2011 fueron de 1.226 y en 2012, 909, lo que supone una cobertura del 10,62% y del 5,59%

respectivamente, con relación al total de mujeres incluidas en el Servicio de atención a la mujer embarazada.

La vacunación es una de las mejores medidas para controlar la enfermedad pero también es importante que los ciudadanos conozcan las medidas higiénicas preventivas en relación a la gripe. Cada año, con la puesta en marcha de la campaña de vacunación, se recuerdan estas medidas, y de forma permanente a través del Portal de Salud.

Durante el periodo de vigencia del plan se produjo el brote de gripe A (H1N1), situación epidemiológica que requirió de la elaboración de un plan de actuación y respuesta frente a la pandemia (2009). Entre las muchas medidas que se adoptaron, se editaron folletos y carteles dirigidos a población general (1.100.000 folletos y 75.000 carteles) y a la comunidad educativa (475.000 folletos y 5.000 carteles) a través de los cuales se instruía a la población sobre medidas básicas como lavarse las manos con asiduidad, estornudar en pañuelos de papel o guardar reposo en casa cuando se presentan los primeros síntomas.

Evaluación: Las coberturas de vacunación en grupos de riesgo no alcanza el nivel establecido, 75%, por lo que es necesario seguir mejorando la captación de los enfermos crónicos, especialmente en menores de 60 años. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-89: Detectar y reducir el riesgo infeccioso, en todas las mujeres, durante el embarazo y el parto.

INDICADOR: Tasa de incidencia de enfermedades transmisibles teratógenas. Prevalencia VIH y sífilis en embarazo. Tratamiento de la infección congénita perinatal.

M 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-.

La elevada inmigración que se ha producido en nuestro país en los últimos años ha provocado un aumento del número de partos de mujeres procedentes de áreas geográficas con mayor prevalencia de gérmenes que potencialmente pueden causar una infección grave/congénita en el recién nacido.

Para analizar la **tasa de incidencia de enfermedades transmisibles teratógenas** se utiliza como fuente de información los datos aportados por la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León, que incluye entre las Enfermedades de Declaración Obligatoria, el Síndrome de rubéola congénita (SRC), el tétanos neonatal y la sífilis congénita.

A lo largo del periodo de vigencia del Plan, la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León no ha constatado ningún caso de SRC ni de tétanos neonatal. Se declararon 2 casos de sífilis congénita en el año 2008, en Ávila y en Palencia (no se habían notificado casos de esta enfermedad en los 10 años anteriores) y 1 caso en el año 2012, en Valladolid.

Enfermedades transmisibles terotógenas					
Tasa de incidencia (casos/100.000 hab)					
	2008	2009	2010	2011	2012
Rubéola congénita	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0,08	0	0	0	0,04

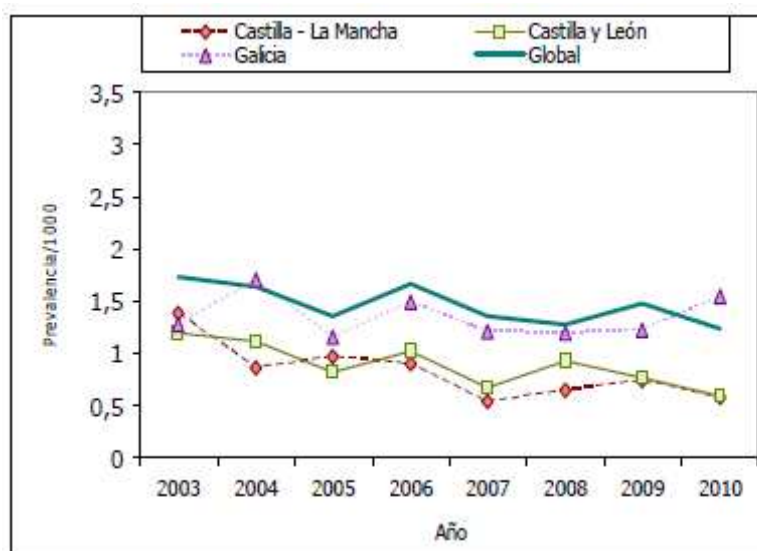
Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Para analizar la **prevalencia de VIH en el embarazo** se utiliza como fuente de información el Estudio anónimo y no relacionado de prevalencia de anticuerpos anti VIH en madres de recién nacidos, realizado en seis comunidades autónomas, entre ellas, Castilla y León. El estudio se realizó entre los años 2003 y 2010 y ha sido financiado por la Secretaría del Plan Nacional del SIDA en colaboración con el ISCIII Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeRNVIH2003_2010.pdf

Su objetivo es estudiar la seroprevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos. La magnitud de este parámetro y su evolución en el tiempo refleja el nivel de infección por VIH en las madres, y constituye un estimador válido para dimensionar la infección por VIH en mujeres en edad reproductiva.

Tabla 2. Prevalencia (‰) de anticuerpos anti-VIH (subtipos 1 y 2) en madres de recién nacidos vivos por CCAA, 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
CASTILLA Y LEÓN									
N	12.656	19.750	18.319	20.590	20.997	22.786	22.125	21.969	159.192
VIH (+)	15	22	15	21	14	21	17	13	138
Prevalencia (‰)	1,19	1,11	0,82	1,02	0,67	0,92	0,77	0,59	0,87
IC 95%	0,66-1,95	0,70-1,69	0,46-1,35	0,63-1,56	0,36-1,12	0,57-1,41	0,45-1,23	0,32-1,01	0,73-1,02



La seroprevalencia de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos vivos obtenida en las seis CCAA participantes en 2010 se cifra en 1,24‰, más alta que la registrada para Castilla y León, 0,87 ‰. A lo largo del periodo, la seroprevalencia en nuestra comunidad ha mantenido una tendencia descendente.

En Castilla y León no se han declarado casos nuevos de SIDA por transmisión de madre a hijo en ninguno de los años que abarca el Plan de Salud. El último caso de SIDA de transmisión materno-fetal fue declarado en el año 2007. El número de casos acumulados desde 1981 por transmisión vertical es de 45 (19 varones y 26 mujeres).

La cartera de servicios de Atención Primaria de Castilla y León dispone de un servicio de Atención a la embarazada que, entre otras actuaciones, incluye el despistaje de infecciones que puedan transmitirse durante el embarazo: Hepatitis B, Toxoplasmosis, Rubéola o VIH.

Los profesionales tienen a su disposición guías de actuación para la prevención de la infección congénita y perinatal en Castilla y León, con actuaciones antes, durante y después del embarazo. Estas guías están implantadas en todas las Áreas de Salud. Destacar también la Guía de Atención al Inmigrante, que incluye un capítulo específico con el protocolo a seguir en una mujer embarazada inmigrante. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas>.

Como material divulgativo dirigido a población general, continúa la edición y difusión de publicaciones como el libro "La salud desde el principio", junto con contenidos divulgativos en la web.

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan, no se han declarado casos de síndrome de rubéola congénita ni tétanos neonatal. Se han declarado tres casos de sífilis congénita. La seroprevalencia de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos vivos ha mantenido en nuestra comunidad una tendencia descendente hasta el año 2010. No se ha declarado ningún caso nuevo de SIDA de transmisión vertical en los últimos años. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-90: Reducir la resistencia a los antibióticos.

INDICADOR: Porcentaje de prescripción de antibióticos 1ª elección en AP.

M 173: Intervenciones periódicas de promoción dirigidas a los ciudadanos sobre el uso responsable de los antibióticos en el hogar.

M 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.

La resistencia a los antimicrobianos y su propagación mundial es un problema de salud de primer orden y una amenaza para la eficacia de muchos antibióticos que puede hacer peligrar los grandes avances conseguidos frente a algunas de las infecciones graves más frecuentes.

La aparición de resistencias está ligada a la excesiva utilización de antibióticos, especialmente a los de amplio espectro. En España, en los últimos años, el consumo de antibióticos se ha mantenido, pero sigue siendo elevado en comparación con la media europea. El 90% de este consumo se produce en el ámbito extrahospitalario y en su mayoría, el 85%, se destina a tratar infecciones respiratorias.

Los datos comparativos indican que Castilla y León, en el año 2011, consumió un 11,36% más de antibióticos que la media del SNS.

Dada la relevancia de valorar y monitorizar la prescripción de este grupo de fármacos, la Gerencia Regional de Salud, a través de la Dirección Técnica de Farmacia, diseña y difunde a través del Portal de Salud, un formulario para médicos de Atención Primaria, con el objetivo de fomentar la utilización de las guías terapéuticas y el empleo de indicadores de calidad de prescripción de antibióticos. El cuestionario trabaja sobre los indicadores que se incorporan al Plan Anual de Gestión, e induce a la reflexión sobre la importancia de optimizar el uso de antibióticos, la duración de los tratamientos y mejorar su selección.

Para valorar este indicador, se utiliza como fuente de información **los indicadores de prescripción en infecciones** aportados por la Dirección Técnica de Farmacia de la Gerencia Regional de Salud. Son indicadores que valoran cuantitativa y cualitativamente la prescripción de los antibióticos en el ámbito de Atención Primaria.

Al seleccionar los antibióticos de primera elección hay que tener en cuenta diferentes criterios como son las enfermedades infecciosas más prevalentes así como las resistencias de las zonas a valorar. La Gerencia Regional de Salud, teniendo en cuenta estos criterios y valorando las recomendaciones de la *Guía Terapéutica de Sacyl: Problemas de Salud prevalentes en Atención Primaria*, **porcentaje de dispensación de antibióticos seleccionados** – siendo el numerador: (nº de DDD de amoxicilina + Nº de DDD de amoxicilina clavulánico + nº de DDD de cloxacilina + nº de DDD azitromicina + nº de DDD eritromicina + nº de DDD claritromicina + nº de DDD ciprofloxacino + nº de DDD de doxiciclina + nº de DDD de cefuroxima) X 100 y el denominador: Nº de DDD del total de antibióticos -.

	Antibióticos de primera elección en AP			
	2009	2010	2011	2012
ÁVILA	83,64%	83,96%	84,81%	84,83%
BURGOS	86,16%	86,47%	87,22%	87,33%
LEÓN	82,66%	82,30%	83,33%	83,56%
EL BIERZO	83,91%	83,32%	84,61%	84,60%
PALENCIA	86,82%	87,42%	88,05%	88,39%
SALAMANCA	85,09%	85,08%	85,82%	85,03%
SEGOVIA	87,99%	87,97%	88,21%	87,86%
SORIA	86,78%	86,40%	88,01%	87,66%
VALLADOLID OESTE	86,11%	85,57%	86,65%	86,44%
VALLADOLID ESTE	85,31%	85,94%	86,50%	86,73%

ZAMORA	83,88%	84,30%	85,55%	84,87%
GAP de GRS	85,09 %	85,15 %	86,03 %	85,91 %
Fuente: Gerencias de Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Castilla y León				

Este indicador refleja el uso de antibióticos considerados de elección en Atención Primaria. Con estos antibióticos se pueden tratar la mayoría de infecciones que se presentan en el primer nivel asistencial. El indicador apenas ha experimentado variaciones en los años de estudio.

Intervenciones periódicas de promoción dirigidas a los ciudadanos sobre el uso responsable de los antibióticos en el hogar

La consecuencia directa de la mala utilización de los antibióticos es la emergencia, diseminación y selección de bacterias resistentes a los antibióticos, amenaza especialmente grave para la seguridad en los hospitales. Por ello, es imprescindible poner en marcha prácticas de uso responsable de los antibióticos.

Es necesario aumentar la sensibilidad de la población general mediante intervenciones periódicas de promoción dirigidas a los ciudadanos para el uso responsable de antibióticos. La Consejería de Sanidad ha desarrollado una campaña de mejora del Uso Racional de Medicamentos mediante la elaboración y difusión de folletos. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/urm/es/estrategias-mejora-urm/informacion-pacientes>.

Cada año, a través del Aula de Pacientes, se difunde la información sobre el Día Mundial del Antibiótico, que se celebra el 18 de noviembre. Este día sirve como referencia en toda Europa para la toma de conciencia de los riesgos asociados al uso indebido de los antibióticos y para hacer un llamamiento al consumo responsable.

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

El papel de los profesionales sanitarios es fundamental y la utilización de documentos de consenso es imprescindible para mejorar la práctica clínica diaria. En nuestra comunidad existen varios documentos de consulta y apoyo al profesional:

- Las Guías Terapéuticas de SACYL, dos guías sobre tratamiento de las infecciones principales que se producen en atención primaria, medicina familiar y pediátrica, disponibles en formato on-line en el Portal. URM: <http://www.saludcastillayleon.es/urm/es/guias-terapeuticas-sacyl>.
- Las publicaciones periódicas sobre medicamentos (Sacylyte, Sacylime y El Ojo de Markov). En concreto, destacar el Boletín de Información Terapéutica Sacylyte nº 4 de 2010, sobre "Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Optimización del tratamiento", en el cual se revisan las evidencias y se establecen las recomendaciones para tratar la NAC desde Atención Primaria y que puede ser consultado en: <http://www.saludcastillayleon.es/urm/es/informacion-medicamentos/sacylite>

- **Farmafichas:** publicación desarrollada con el fin de mejorar los resultados de los planes de cuidados y alcanzar los objetivos en farmacoterapia. Es una herramienta que permite consultar de forma ágil y práctica aquella información relevante que apoye la utilización eficaz y segura de los medicamentos. Puede ser consultado en:

<http://www.saludcastillayleon.es/urm/es/estrategias-mejora-urm/farmafichas>.

Cada año se elaboran nuevos **módulos formativos on-line** sobre uso adecuado de medicamentos para personal sanitario de Atención Primaria, que son incorporados a la plataforma e-educativa.

Así mismo, en el ámbito de Atención Primaria se está llevando a cabo la revisión de los botiquines de los centros de salud y su dotación de antibióticos, con objeto de establecer criterios comunes sobre dispensación de antibióticos en los servicios de urgencia.

A nivel hospitalario, son 13 los centros que analizan los patrones de resistencia a los antibióticos. La periodicidad de estos análisis es variable, siendo lo más frecuente con carácter anual. La difusión de estos informes se realiza, en general, a través de la Comisión de Infección del centro y, en menor medida, a través de la Intranet (difusión a todo el área); permite establecer la política de antibióticos del centro que apoye la toma de decisiones clínicas.

El análisis del uso de antibióticos se realiza en 10 hospitales, normalmente bajo la responsabilidad de los Servicios de Farmacia. Los resultados son utilizados para establecer recomendaciones, entre otras, sobre el uso restringido de antibióticos. Cada hospital establece su Guía Farmacoterapéutica a través de la Comisión de Farmacia.

Evaluación: El objetivo está conseguido.

OE-91: Mejorar el diagnóstico precoz de la infección grave en todos los hospitales.

INDICADOR: Áreas con implantación diagnóstico microbiológico de urgencia.

M 176: Consensuar métodos diagnósticos y laboratorios de referencia.

En general, todos los hospitales realizan diagnóstico microbiológico de urgencia pero no existe homogeneidad con respecto a las pruebas disponibles en cada hospital.

Actualmente, la Gerencia Regional de Salud está llevando a cabo un análisis de la situación de los laboratorios de nuestra comunidad con varios objetivos específicos:

- Incrementar la autosuficiencia del sistema reduciendo la dependencia de pruebas solicitadas a laboratorios externos.
- Definir la Cartera de Servicios Propia.
- Definir la Cartera de Servicios Básica y del Laboratorio de Urgencias.
- Valorar la oportunidad de establecer Servicios de Referencia.
- Definir las pruebas diagnósticas de laboratorio por patologías.
- Adecuación de los sistemas de información.
- Mejorar la calidad de la demanda en base a criterios científicos.

La creación de tres grupos de trabajo, con la participación de especialistas de Análisis Clínicos, Microbiología Clínica y Hematología, ha establecido una línea de comunicación entre los profesionales y los servicios centrales de la Gerencia Regional de Salud que ha permitido identificar algunas de las áreas de mejora en la actividad desarrollada por los laboratorios así como las actuaciones que se han de llevar a cabo para alcanzar los objetivos que se plantean.

Evaluación: Objetivo no evaluable.

OE-92: Mejorar el tratamiento precoz de la infección grave y de las sepsis, aplicando protocolos de tratamiento.

INDICADOR: Protocolos consensuados de actuación en sepsis.

M 174: Inclusión, en la formación continuada, del uso de antimicrobianos y tratamiento precoz de infección grave.

M 195: Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre la sepsis e infección nosocomial.

En los últimos años se han publicado guías de tratamiento y recomendaciones para el manejo de pacientes con sepsis grave cuya máxima expresión es el proyecto *Survivig Sepsis Campaign (SSC)* promovido por numerosas sociedades científicas de ámbito mundial. La aplicación de estas recomendaciones se ha asociado con una reducción de la morbilidad de pacientes con sepsis grave en aquellos hospitales en los que se ha aplicado. Los elementos básicos de esta intervención han sido la detección precoz de los pacientes de riesgo y la rápida aplicación de un conjunto de medidas dirigidas a establecer un diagnóstico etiológico, monitorizar los diferentes órganos susceptibles de fracaso, iniciar un tratamiento empírico con antibióticos y sustituir aquellos órganos o sistemas que presenten fracaso funcional.

En Castilla y León algunos hospitales (menos de la mitad) han comenzado a implantar el llamado "**CODIGO SEPSIS**", basado en el proyecto SSC, que incluye medidas de sensibilización-formación para mejorar la detección temprana de sepsis en los hospitales y protocolos de actuación temprana ante la aparición de un caso. Será una de las líneas de trabajo dentro de la Estrategia de seguridad del paciente.

En este sentido, los planes de formación continuada han incluido actividades formativas dirigidas a profesionales de atención especializada sobre vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial y sobre manejo de los cuadros de sepsis.

	Infección nosocomial y sepsis				
	Actividades formativas				
	2009	2010	2011	2012	Total
Nº actividades formativas	4	4	1	16	25
Nº de participantes	76	68	26	225	395
Nº de horas	44	27	6	31	108
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.					

Evaluación: En algunos hospitales de Castilla y León se ha puesto en marcha el proyecto Código Sepsis, será una de las líneas de trabajo de la Estrategia de seguridad del paciente, que incluye entre sus medidas, la formación de profesionales. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-93: Disminuir el riesgo de infección asociada a la utilización de dispositivos en el hospital -sondas, catéteres y ventilación mecánica-.

INDICADOR: Tasa de incidencia de bacteriemia asociada a catéteres y neumonía asociada a ventilación mecánica.

M 185: Inclusión en todos los programas de formación continuada de las medidas preventivas de eficacia probada en IN.

En enero de 2009 se puso en marcha el proyecto nacional **bacteriemia zero** en el que han participado hospitales de la red asistencial de Castilla y León que cuentan con UCI. Este indicador fue incluido como objetivo en el PAG 2009. El proyecto finalizaba oficialmente en junio de 2010, aunque los centros han incorporado las medidas recogidas dentro de su práctica habitual y continúan desarrollándolo. El programa incluye medidas de formación, uso de listados de comprobación, monitorización y difusión de resultados,...

El indicador analiza la **densidad de incidencia de bacteriemia asociada a catéter vascular** (CV) por mil días de CV en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Intensiva. Su objetivo era que la tasa de bacteriemia se situara por debajo de 4 bacteriemias/1.000 días de catéter.

A finales del 2012, la incidencia de bacteriemia se situaba en 2,06 casos nuevos por cada 1.000 días de catéter, por debajo del objetivo marcado.

	Densidad de incidencia de bacteriemias asociadas a catéter en UCI. Castilla y León			
	2009	2010	2011	2012
CA Ávila	0	0	0	-
CAU Burgos	2,59	1,88	2,6	2,91
CAU León	2,09	2,17	1,91	2,01
H. El Bierzo	-	-	-	1,06
CA Palencia	3,07	1,44	0,42	0,91
CAU Salamanca	6,37	2,16	1,86	2,74
CA Segovia	2,93	1,62	1,93	0,64
CA Soria	4,01	-	2,88	2,84
HCU Valladolid	3,08	4,5	1,56	0,52
HU Rio Hortega	1,98	1,35	3,45	2,67
CA Zamora	1,51	1,38	0	0,6
Total	3,10	1,94	2,01	2,06

Fuente: Proyecto bacteriemia zero

Objetivo bacteriemia zero: <4 bact/1.000 días de catéter venoso central (CVC)

En mayo de 2011 comenzó el proyecto **neumonía zero** en el que participan también los hospitales de la red que cuentan con UCI. El programa incluye medidas de formación, uso de listados de comprobación, monitorización y difusión de resultados,... Finalizaba en diciembre de 2012 pero las medidas se han incorporado a la práctica diaria de estas unidades.

El indicador analiza la **densidad de incidencia de neumonía por mil días con ventilación mecánica (VM)** en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Intensiva. Su objetivo es que la tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica se sitúe por debajo de 9 neumonías/1.000 días de VM.

A finales de 2012, la incidencia de neumonías asociada a VM se situó en 3,85 neumonías, cifra muy inferior al objetivo marcado.

	Densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCI. Castilla y León	
	Mayo-dic 2011	2012
CA Ávila	0	-
CAU Burgos	4,22	3,7
CAU León	5,92	3,15
H. El Bierzo	6,27	0
CA Palencia	7,54	1,56
CAU Salamanca	8,42	7,31
CA Segovia	6,64	7,92
CA Soria	4,28	1,03
HCU Valladolid	22,86	2,04
HU Rio Hortega	8,46	8,79
CA Zamora	15,93	3,67
Total	7,09	3,85
Fuente: Proyecto neumonía zero		
Objetivo neumonia zero: <9 neumonías/1.000 días de ventilación mecánica (VM)		

Ambos proyectos, bacteriemia y neumonía zero, incluyen objetivos de formación, dirigidos a médicos y personal de enfermería, relacionados con prevención: higiene de manos y prevención de bacteriemias asociadas a CVC y prevención de neumonías asociadas a VM.

	Formación en prevención de infección nosocomial. Castilla y León	
	Prevención de bacteriemias asociadas a catéter venoso central (1)	Prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica (2)
	Nº profesionales formados	Nº profesionales formados
CA Ávila	40	33
CAU Burgos	198	147
CAU León	136	90
H. El Bierzo	48	74
CA Palencia	87	63
CAU Salamanca	148	119
CA Segovia	80	53
CA Soria	68	63
H. Clínico Universitario de Valladolid	72	51
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid	146	29
CA Zamora	97	60
Total	1.120	782
Fuente: Proyecto bacteriemia zero. (1) Periodo 2009-2012		
Fuente: Proyecto neumonía zero. (2) Periodo 2011-2012		

Evaluación: Los proyectos bacteriemia zero y neumonía zero han conseguido disminuir el riesgo de infección asociada a la utilización de dispositivos en el hospital - catéter venoso central y ventilación mecánica-, situando las cifras de incidencia por debajo de los estándares definidos. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-94: Disminuir el riesgo de infección quirúrgica, incrementando el uso adecuado de profilaxis antibiótica en los casos en que esté indicado.

INDICADOR: Incidencia acumulada de infección de lugar quirúrgico en procesos quirúrgicos seleccionados.

Adecuación de profilaxis en procesos quirúrgicos seleccionados.

Durante el periodo 2009-2012 se han realizado estudios de incidencia de infección en los servicios quirúrgicos de varios hospitales (71% en conjunto). Las herramientas utilizadas para analizar estos estudios han sido sistemas propios en un 58%, HELICs en un 29% e INCLIMECC en un 13%. Los resultados se caracterizan por la variabilidad y son difícilmente comparables.

- Traumatología (10 hospitales) (en su mayoría prótesis de cadera y rodilla). Los resultados sitúan la incidencia por debajo del estándar, \leq del 3%, (2,13 % en artroplastia de cadera y 1,42% en artroplastia de rodilla).
- Cirugía General (7 hospitales). La mayor parte en relación con la cirugía de colon.
- Ginecología y obstetricia (3 hospitales)
- Urología (3 centros)

- Cirugía Vascular (2 centros)
- Cirugía Torácica (1 centro)
- Oftalmología (1 centro)
- ORL (1 centro)

Sí se ha puesto en marcha una de las estrategias empleadas para mejorar la adecuación de la profilaxis, el **Listado de verificación quirúrgica de la OMS** (2º reto de la seguridad del paciente de la OMS). Este listado “obliga” a que, antes de iniciar la intervención, se revise si el paciente ha recibido profilaxis en los últimos 60 minutos y si no ha sido así, reciba una dosis de antibiótico. En este momento, el 50% de los hospitales de Castilla y León ha comenzado a introducir el listado en su actividad quirúrgica diaria.

Evaluación: La comunidad no dispone actualmente de un sistema corporativo de vigilancia de infección del lugar quirúrgico. Los procesos quirúrgicos monitorizados son muy variables entre hospitales y conviven diferentes sistemas de vigilancia, algunos propios, otros promovidos por sociedades científicas que utilizan diferente metodología y aportan diferente información.

El futuro Plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial incluirá una línea de trabajo relacionada con el desarrollo de un sistema corporativo de vigilancia de infección que permita obtener datos homogéneos de incidencia.

En el 50% de los hospitales de la comunidad se ha introducido el listado de verificación quirúrgica de la OMS. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-95: Reducir el riesgo de infecciones nosocomiales cruzadas.

INDICADOR: Actuaciones desarrolladas para evitar el riesgo de infección nosocomial cruzada o asociada a productos, equipamiento e infraestructuras.

M 186: Evaluación del despliegue y efectividad de los programas de introducción controlada de soluciones alcohólicas implantados en los hospitales.

M 187: Elaboración de materiales gráficos que faciliten el seguimiento de las medidas eficaces en la prevención de la IN.

M 188: Elaboración de una Guía de recomendaciones para la prevención de infección nosocomial en Atención Primaria de Salud (APS).

En el año 2007, la Comunidad puso en marcha la Estrategia multifactorial de la OMS que incluyó acciones como la edición de material gráfico, una intensificación de las actividades de formación en higiene de manos y el comienzo de la utilización de soluciones alcohólicas.

A partir de entonces, ha continuado la formación periódica anual en los hospitales, la difusión de las soluciones y la edición de recordatorios anuales, coincidiendo con la jornada mundial de higiene de manos del 5 de mayo. En el segundo semestre 2013, se comenzará a trabajar en una guía de implantación del plan de acción de higiene de

manos en los hospitales. En Atención Primaria, se ha incorporado el uso de soluciones alcohólicas en la atención domiciliaria.

La Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente contempla la monitorización de indicadores de higiene de manos y los resultados indican variaciones positivas en varios de ellos.

	Indicadores de higiene de manos incluidos en la estrategia del SNS: Castilla y León		
	2010	2011	Variación
% camas con preparados de base alcohólica (PBA) en la habitación	54,1%	73,0%	Positiva
% camas con PBA en el punto de atención	44%	59,2%	Positiva
% camas de UCI con PBA en el punto de atención	85,7%	96,1%	Positiva
% hospitales que han realizado actividades formativas básicas	85,7%	85,7%	Sostenida
Litros de PBA entregados/1.000 pacientes-día	5,7	8,5	Positiva
% centros de AP que disponen de PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria	86,6%	86,6%	Sostenida
Fuente: Estrategia seguridad SNS. Periodo 2010-2011 (<u>datos 2012 no disponibles</u>) PBA: preparados de base alcohólica			

Se ha elaborado material gráfico que facilita el seguimiento de aquellas medidas que han demostrado su eficacia en la prevención de la IN. Este material gráfico incluye:

- 5 carteles con medidas incluidas en bacteriemia zero (2009).
- 2 carteles con medidas incluidas en neumonía zero (2011).
- 1 cartel sobre seguridad en UCI (bacteriemia zero) (2009-12).
- Carteles sobre técnica de higiene de manos con soluciones alcohólicas (GRS).
- Carteles sobre técnica de higiene de manos con agua y jabón (GRS).
- Carteles Jornada mundial higiene de manos del 5 de mayo, (GRS, 2010, 2011 y 2012) con las indicaciones de los 5 momentos.
- Trípticos, carteles, pegatinas y marcapáginas (MSSSI) (2011). Jornada mundial higiene de manos.

Evaluación: Desde el año 2007, la Comunidad está desarrollando la Estrategia multifactorial de la OMS que supuso la edición de material gráfico, una intensificación de las actividades de formación en higiene de manos y el comienzo de la utilización de soluciones alcohólicas. La evaluación de la estrategia, en el marco del SNS, ha obtenido variaciones positivas en los indicadores monitorizados. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-96: Minimizar el riesgo de infección nosocomial asociada a infraestructuras, equipos y productos.

INDICADOR: Actuaciones desarrolladas para evitar el riesgo de infección nosocomial cruzada o asociada a productos, equipamiento e infraestructuras.

M 184: Dotación adecuada de habitaciones de aislamiento.

M 189: Valorar la actualización de las Guías Técnicas destinadas a reducir el riesgo de IN asociada a infraestructuras.

Las directrices para la minimización de riesgos asociadas a infraestructuras fueron actualizadas en 2009. Incluyen directrices tanto para habitaciones de hospitalización como para bloques quirúrgicos.

1.-Directrices de climatización y ventilación de habitaciones de hospitalización: Desde el punto de vista de la climatización y ventilación, las habitaciones de hospitalización se dividen en tres tipos: habitaciones de hospitalización ordinarias, habitaciones de hospitalización de pacientes inmunodeprimidos y habitaciones de hospitalización de pacientes aislados infecciosos.

Existen tres directrices, una por cada tipo de habitación, que tienen por objeto definir las condiciones y criterios de diseño de los sistemas terminales de climatización y ventilación para las habitaciones de hospitalización de los tres tipos.

2.-Directriz de climatización y ventilación de bloques quirúrgicos: Esta directriz tiene por objeto definir las condiciones y criterios de diseño de los sistemas de climatización y ventilación para quirófanos y bloques quirúrgicos de los hospitales. La finalidad de los sistemas de climatización y ventilación del bloque quirúrgico es minimizar la transferencia aérea de gérmenes de las salas menos limpias a las más limpias y mantener la calidad del aire y las condiciones de temperatura y humedad dentro de los niveles aceptables, garantizando a la vez que los propios sistemas de climatización no sean una fuente de contaminación e infecciones.

Evaluación: Existen directrices actualizadas de climatización y ventilación de habitaciones de hospitalización y de bloques quirúrgicos. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-97: Disminuir la incidencia de infección nosocomial por microorganismos multirresistentes.

INDICADOR: Incidencia infección nosocomial por microorganismos multirresistentes.

En este momento, la estrategia y los indicadores utilizados en los distintos centros para disminuir la incidencia de IN por microorganismos multirresistentes es muy heterogénea. Será una de las líneas a trabajar dentro del Plan de Calidad y del Plan de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial. El plan tendrá en cuenta las recomendaciones del 3er reto de la OMS en seguridad del paciente, "Frenar la resistencia a los antimicrobianos", y las líneas de trabajo que serán impulsadas por el MSSSI en el 2013 en este ámbito.

Evaluación: Objetivo no evaluable.

OE-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.

INDICADOR: Diseño de la Estrategia Regional.

M 166: Creación de la Comisión Técnica Asesora en vigilancia, prevención y control de infección nosocomial.

M 167: Implantación de la Estrategia Regional de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial, adaptada a cada uno de los hospitales.

La estrategia se comenzó a diseñar en octubre 2012, contando con la colaboración del Grupo Asesor donde están representados todos los hospitales y todos los servicios de Medicina Preventiva de la red de centros sanitarios. Una vez elaborado el primer borrador, el documento será consensuado con otros profesionales y los equipos directivos y comisiones de infecciones de los centros.

La estrategia, que se denominará ***Plan de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial***, está basada en la norma UNE PNE 179006: Sistema para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

El documento incluirá tres líneas de trabajo:

1. Requisitos básicos a tener en cuenta en el proceso de vigilancia, prevención y control de infección.
2. Proyectos multimodales y herramientas corporativas a desarrollar para facilitar la implantación del proceso (sistema corporativo de vigilancia, higiene de manos, extensión de bacteriemia y neumonía zero a otras unidades, prevención de infección del lugar quirúrgico y prevención y control de multirresistentes).
3. Herramienta de autoevaluación a emplear en las comisiones de infecciones para verificar la efectividad del proceso y proponer áreas de mejora en cada hospital.

En este momento ha finalizado el análisis de situación y está previsto que el plan esté disponible a finales de 2013.

Evaluación: El Plan de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial está diseñado y elaborado un primer borrador. Está prevista su implantación para finales de 2013. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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).

INDICADOR: Nº Áreas que aportan datos.

M 181: Creación de la red de laboratorios de vigilancia. Creación de laboratorios de investigación.

M 182: Implantar sistemas de información que permitan la identificación y detección activa de brotes.

M 192: Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud.

M 193: Diseño e implantación de un sistema de información microbiológica corporativo que permita monitorizar la incidencia microbiológica de gérmenes de interés para la salud pública y el seguimiento de resistencias antimicrobianas en la Comunidad.

M 194: Promoción y desarrollo de líneas de investigación en los dos niveles asistenciales.

Actualmente, los hospitales de la Comunidad participan en el sistema nacional de monitorización de la incidencia de bacteriemia asociada a catéter y neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI.

El futuro Plan de vigilancia, prevención y control incluirá una línea de trabajo relacionada con el desarrollo de un sistema corporativo de vigilancia de infección que permita obtener datos homogéneos de incidencia de infección asociada a la atención sanitaria. El sistema de vigilancia permite otras utilidades como la detección precoz de microorganismos en los que sea necesario poner en marcha actuaciones concretas (multirresistentes, aspergillus,..).

La Junta de Castilla y León establece entre sus objetivos el impulso de la **investigación** biomédica a través de la financiación de proyectos en áreas prioritarias para la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud, como son la investigación en biomedicina, la investigación en gestión sanitaria y la investigación en atención sociosanitaria. Entre las líneas prioritarias de investigación destaca explícitamente la *sepsis* con la financiación de cuatro proyectos y una inversión de 73.955 euros.

La GRS colabora, con la financiación de infraestructura y material fungible en los proyectos de investigación, en la dotación de laboratorios de los Complejos Asistenciales y Hospitales en los que se desarrolla investigación traslacional.

Evaluación: El sistema corporativo de vigilancia de la infección está pendiente de desarrollar en la comunidad. Actualmente, los hospitales de la Comunidad participan en los proyectos de monitorización bacteriemia y neumonía zero. Existe un apoyo expreso de la Consejería de Sanidad a la investigación, que se traduce en ayudas y subvenciones económicas a centros asistenciales y grupos de investigación, siendo una de las líneas de investigación la sepsis. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

DOLOR: PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

La patología osteoarticular genera mucha demanda, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Las medidas de prevención deberían empezar en la edad infantil y asegurar con formación y protocolos que se orientan adecuadamente los diagnósticos y las pautas de tratamiento. Estos pacientes repiten consultas con frecuencia, por ello una pauta indicada es organizar planes de cuidados, al menos, para los casos más complejos. La demora excesiva en la atención en algunas de estas patologías produce dolor y sufrimiento e incluso puede resultar inútil si se supera un plazo. El dolor, en general, puede abordarse desde AP con la formación necesaria, pero complementándose con unidades de referencia para tratar el dolor que no remite con las pautas habituales. Las patologías osteomusculares provocan largos periodos de baja por incapacidad laboral, que deben estar bien controlados.

DOLOR: PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR		
OG-36	Mantener la prevalencia de dolor por patología osteoarticular en las cifras de referencia estatal.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-37	Mejorar la calidad de vida percibida por las personas con dolor osteoarticular.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-38	Reducir la discapacidad asociada a osteoartrosis.	CONSEGUIDO
OE-100	Mejorar la prevención de patologías osteoarticulares, en el ámbito escolar a través de la formación en actitudes corporales correctas.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-102	Mejorar el tratamiento y rehabilitación facilitando la accesibilidad de los pacientes con dolor osteoarticular a unidades multidisciplinarias, de fisioterapia y, en su caso, a "escuelas de la espalda".	CONSEGUIDO
OE-103	Mejorar los cuidados de los pacientes con dolor crónico, implantando planes de cuidados en todas las Áreas.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-104	Reducir los tiempos de atención entre el diagnóstico y el tratamiento de las patologías osteoarticulares.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-105	Reducir los tiempos de acceso a las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato locomotor.	NO CONSEGUIDO

OE-106	Reducir los tiempos de acceso a las unidades de fisioterapia de Atención Primaria, situándolos por debajo de 20 días.	CONSEGUIDO
OE-107	Mejorar la calidad de la atención integral al dolor implantando "consultas de dolor" de referencia, en cada una las Áreas.	CONSEGUIDO
OE-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 osteoartritis a menos de 129 días.	CONSEGUIDO
OE-109	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

En líneas generales, la prevalencia del dolor es elevada y con predominio en mujeres. Es percibido como una pérdida de la calidad de vida especialmente por las mujeres, que duplican el porcentaje con respecto a los hombres.

Las patologías relacionadas con el aparato locomotor (lumbalgias, cervicalgias,..) se encuentran entre los procesos más frecuentes que generan incapacidad temporal. No obstante, se observa una disminución de los indicadores de incapacidad, debido en parte al tratamiento temprano y adecuado que facilita la recuperación funcional de los pacientes, aunque también es necesario tener en cuenta los cambios normativos en este ámbito.

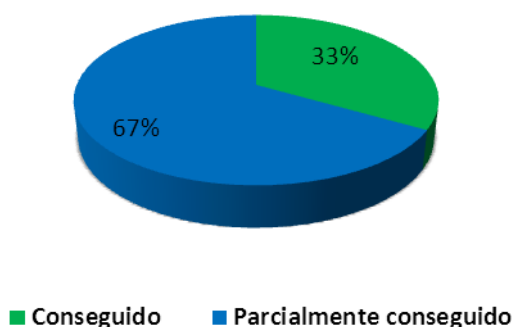
Para la prevención de patologías osteoarticulares, desde la Junta de Castilla y León se han financiado actividades dirigidas a la promoción de la práctica del ejercicio físico en todas las edades, bien mediante la convocatoria de ayudas económicas para proyectos en centros escolares bien mediante convenios de cooperación con Ayuntamientos y Diputaciones. Todos estos programas se han visto afectados por los ajustes presupuestarios.

En el diagnóstico y tratamiento de la patología osteoarticular, destacan las acciones llevada a cabo en la implantación de guías terapéuticas con capítulos específicos dedicados al dolor, el incremento de los conocimientos del personal sanitario de Atención Primaria mediante el desarrollo de un Plan de Formación Continuada en el manejo del dolor osteoarticular y la potenciación de la capacidad resolutoria de Atención Primaria facilitando el acceso a pruebas diagnósticas específicas. Así mismo, a lo largo de la vigencia del Plan se observa un aumento de las unidades de fisioterapia y un aumento de la actividad de las Escuelas de Espalda. En Atención Especializada, ha aumentado el número de especialistas en reumatología y se han creado dos Unidades de formación de residentes para realizar la especialidad.

El grado de consecución de los objetivos generales es: conseguidos un 67% y parcialmente conseguidos un 33%. En cuanto a los objetivos específicos se han conseguido un 60%, parcialmente conseguidos un 30% y un 10% no se han conseguido.

DOLOR

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



OG-36 Mantener la prevalencia de dolor por patología osteoarticular en las cifras de referencia estatal.

INDICADOR: Prevalencia de dolor por patología osteoarticular.

El dolor es una experiencia humana universal con gran repercusión socioeconómica que lo convierte en uno de los principales problemas de salud pública. Constituye una problemática que sobrepasa el marco estrictamente personal y sanitario para convertirse en un problema o enfermedad social.

En líneas generales, la prevalencia del dolor es elevada y con predominio en mujeres. Las localizaciones más frecuentes son la espalda y la cabeza, prevalece el dolor de larga evolución y el de intensidad elevada. A pesar del seguimiento de múltiples terapias con muchas consultas a diferentes profesionales y un consumo elevado de fármacos, el dolor genera importantes repercusiones personales, laborales y sociales.

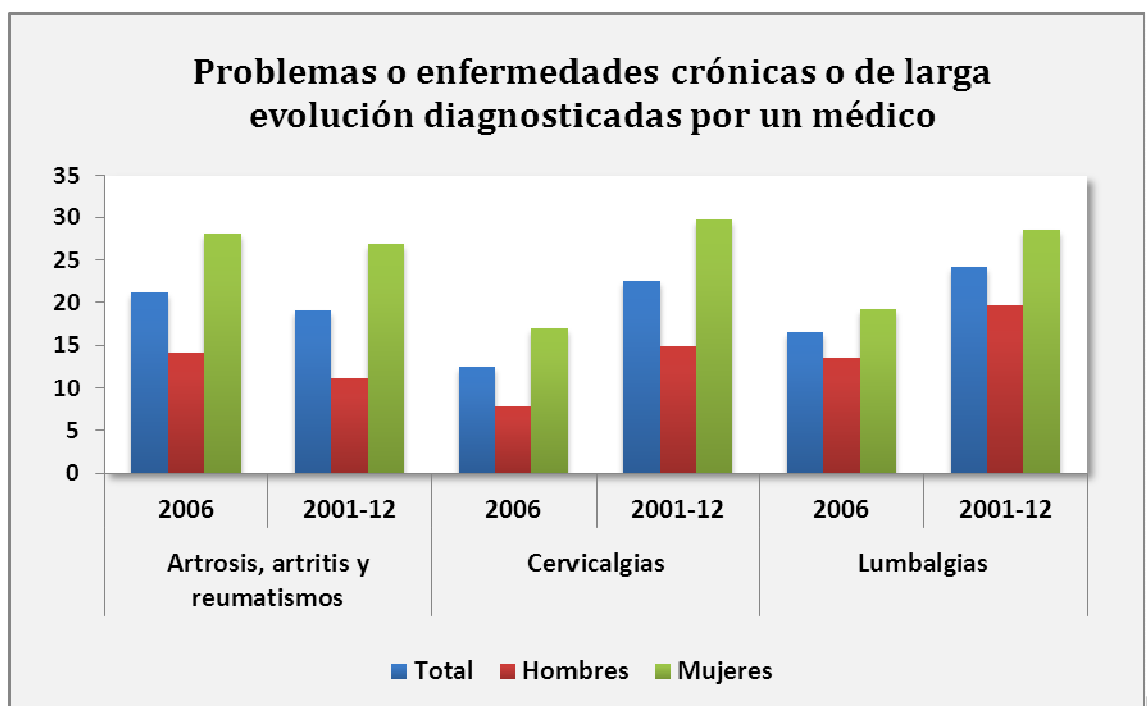
Para aproximarnos a la situación de la prevalencia del dolor en Castilla y León, se ha utilizado como fuente de información la Encuesta Nacional de Salud de los años 2006 y 2011-12 que se realiza a la población de 15 y más años.

Según los datos de la ENSE 2011-12, en Castilla y León al menos uno de cada cuatro/cinco adultos (15 y más años) padece alguno de los trastornos crónicos objeto de estudio (diagnosticado por un médico): dolor de espalda lumbar (24,15%), dolor cervical crónico (22,45%) y artrosis, artritis o reumatismo (19,09%). Todos los problemas observados son más frecuentes en mujeres. La evolución de estos trastornos crónicos muestra una tendencia ascendente, salvo en el caso de dolor asociado a artritis, artrosis y reumatismos.

En la encuesta, cualquiera de los datos de Castilla y León son superiores a los nacionales. En el caso de las cervicalgias y las lumbalgias, las cifras se han invertido con respecto al año 2006, donde dichas cifras eran inferiores a las de España.

	Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por un médico					
	Artrosis, artritis y reumatismos		Cervicalgias		Lumbalgias	
	2006	2001-12	2006	2001-12	2006	2001-12
España						
Ambos sexos	20,66	18,29	20,23	15,88	21,02	18,61
Hombres	13,32	11,13	12,91	9,63	16,38	14,26
Mujeres	27,73	25,13	27,28	21,85	25,48	22,76
Castilla y León						
Ambos sexos	21,18	19,09	12,48	22,45	16,46	24,15
Hombres	14,12	11,05	7,86	14,91	13,58	19,67
Mujeres	28,02	26,88	16,95	29,74	19,24	28,48

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE, 2013



Fuente: INE, 2013

Evolución: Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, los problemas de salud por cervicalgia y lumbalgia, han aumentado en nuestra comunidad entre los años 2006 y 2012. Sin embargo, la prevalencia de dolor asociado a artritis, artrosis y reumatismos ha disminuido. Con respecto a las cifras de referencia nacional, son similares en el caso de las artritis, artrosis y reumatismos, mientras que mantiene diferencias en cervicalgias y lumbalgias. **El objetivo se considera no conseguido.**

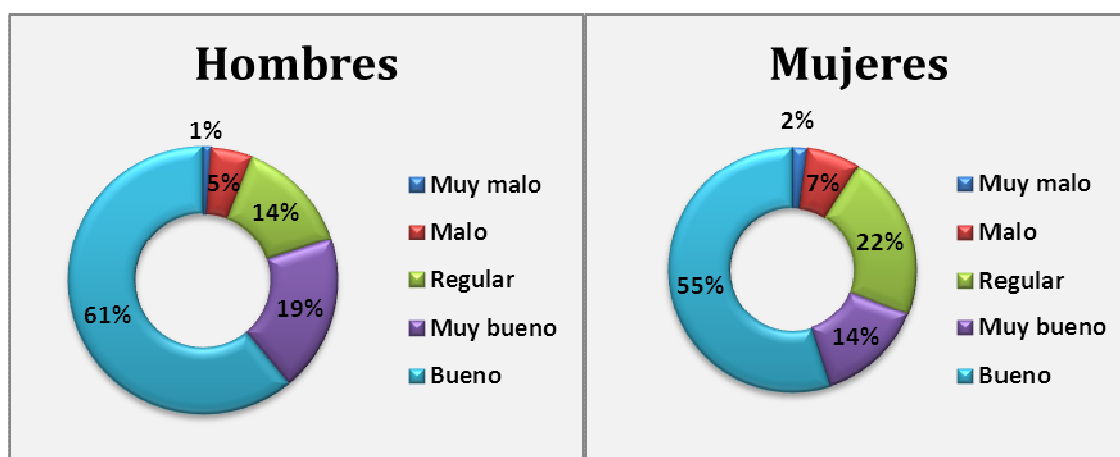
OG-36: Mantener la prevalencia de dolor por patología osteoarticular en las cifras de referencia estatal

	2006	2011-2012	Cifras de referencia	Evaluación
Artritis, artrosis, reumatismos	21,18	19,09	18,29	No conseguido
Cervicalgia	12,48	22,45	15,88	No conseguido
Lumbalgia	16,46	24,15	18,61	No conseguido

OG-37 Mejorar la calidad de vida percibida por las personas con dolor osteoarticular.

INDICADOR: Calidad de vida percibida en personas con dolor osteoarticular.

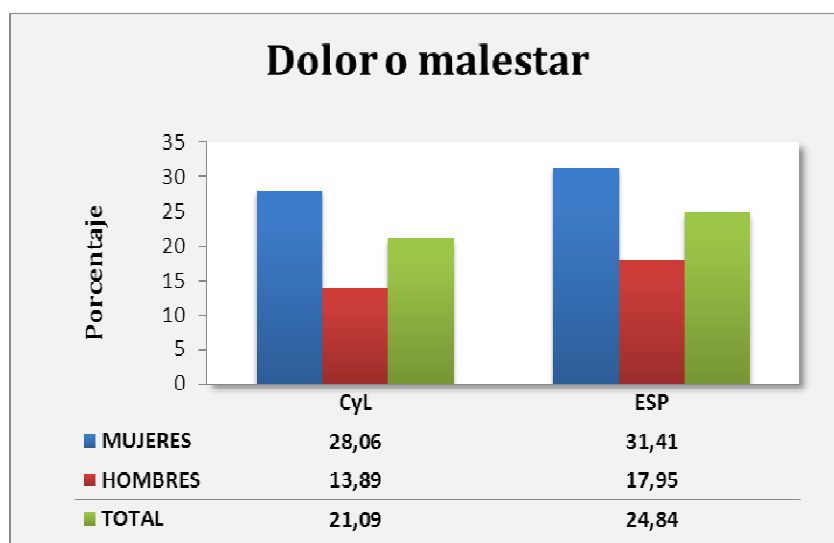
En Castilla y León, según la última ENSE realizada, el 74,63% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno (75,3% de la población española). Este porcentaje en Castilla y León es similar al obtenido en el año 2006 (74,05%), mientras que en España es el más alto desde que se elabora la encuesta, 5,3 puntos mayor que en 2006. Por sexos, el 80% de los varones percibe su estado de salud como bueno o muy bueno frente al 79% de las mujeres de Castilla y León.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-12.

El dolor es un motivo importante de pérdida de calidad de vida de los pacientes. Por ello, la ENSE 2011-12, ha analizado por primera vez la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mediante el cuestionario genérico EuroQol, que aborda cinco dimensiones: movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. También incluye una escala visual analógica.

La dimensión que presenta problemas con mayor frecuencia en el momento de la entrevista es el dolor/malestar, que en Castilla y León afecta al 21,09% de la población de 15 y más años (13,89% en hombres y 28,06% en mujeres), cifras todas ellas inferiores a las registradas para España.



Fuente: INE ENS 2011-2012

Evaluación: El dolor es un motivo importante de pérdida de calidad de vida de los pacientes. Según la última Encuesta Nacional de Salud, en Castilla y León el 21% de la población mayor de 15 años, presentaba problemas de dolor/malestar que afectan a su calidad de vida. A pesar de su alta prevalencia, este porcentaje es inferior a la media nacional. **Objetivo parcialmente conseguido.**

OG-37: Mejorar la calidad de vida percibida por las personas con dolor osteoarticular

	2011-12	Referencia nacional	Evaluación
Presencia de dolor/malestar	21,09	24,84	Favorable

OG-38: Reducir la discapacidad asociada a osteoartrosis.

INDICADOR: Tasa incapacidad permanente. Días, duración media y tasa de IT asociada a dolor por patología osteoarticular.

La artrosis es la enfermedad más frecuente en la población general, y además, su prevalencia va en aumento debido a la mayor esperanza de vida de la población y al envejecimiento que lleva asociado. Las articulaciones más afectadas por la artrosis son las caderas y las rodillas disminuyendo la capacidad de movilidad y desplazamiento y limitando por tanto, la autonomía de los enfermos. La artrosis es una de las principales causas de discapacidad y la primera causa de incapacidad laboral permanente, por lo que los costes económicos directos e indirectos son muy importantes.

Para analizar este objetivo se realiza el estudio de la **Incapacidad Temporal**, utilizando como fuente de información la base de datos de Incapacidad Temporal de la Gerencia Regional de Salud que nos proporciona datos de la duración del proceso (en

días), la duración media por asegurado (DMA) y la tasa de incidencia del proceso estudiado para los años referenciados. Se analizan tres de las patologías que más repercusión médica y laboral tienen: la lumbalgia, la cervicalgia y la osteoartritis.

En Castilla y León, en el año 2012, de los tres procesos estudiados, la lumbalgia fue la patología con mayor incidencia, 152,48 casos por cada 100.000 asegurados, seguido de la cervicalgia (42,73) y la osteoartritis (10,26). Debido a su frecuencia, la lumbalgia es la que más días de baja lleva asociado y, sin embargo, la duración media por asegurado es menor que en las cervicalgias y en la osteoartritis.

La evolución temporal muestra que, en todos los casos, ha disminuido la incidencia, el número de días laborales perdidos y la duración media de la baja por asegurado.

	Incapacidad temporal					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lumbalgia (CIE-9 724)						
Procesos	23.733	22.974	19.851	18.430	17.401	13.391
Días	1.307.384	1.305.147	1.112.871	973.337	901.142	576.052
Duración media (DMA)	55	57	56	53	52	43
Tasa de incidencia	243,85	234,91	211,5	199,54	190,47	152,48
Cervicalgia (CIE-9 723)						
Procesos	5.546	5.490	5.189	5.231	4.827	3.753
Días	410.927	416.472	359.068	337.593	290.177	196.875
Duración media (DMA)	74	76	69	65	60	52
Tasa de incidencia	56,98	56,13	55,29	56,64	52,84	42,73
Osteoartritis						
Procesos	1.497	1.341	1.152	1.049	1.034	901
Días	197.101	161.017	155.938	141.309	132.876	91.744
Duración media (DMA)	132	120	135	135	129	102
Tasa de incidencia	15,38	13,71	12,27	11,36	11,32	10,26
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013 DMA: Duración media por asegurado						

Evaluación: La evolución favorable de todos los indicadores parece indicar una disminución de la discapacidad originada por la patología del aparato locomotor. Sin embargo, es necesario analizar los datos teniendo en cuenta el contexto de crisis económica en el que nos encontramos y los cambios normativos que en esta materia se han llevado a cabo y que sin duda, también tienen su reflejo en estos indicadores. El objetivo, independientemente de cuáles hayan sido las causas, **se ha conseguido**.

OG-31: Reducir la discapacidad originada por osteoartrosis: DMA (días)

	2007	2012	Objetivo	Evaluación
Lumbalgia	55	43	42,7	Conseguido
Cervicalgia	74	52	59,5	Conseguido
Osteoartrosis	132	102	129	Conseguido

OE-100: Mejorar la prevención de patologías osteoarticulares, en el ámbito escolar a través de la formación en actitudes corporales correctas.

INDICADOR: Actividades realizadas en medio escolar.

M 196: Promover el ejercicio y la actividad física en todas las edades (actividad vinculada también a otros problemas de salud).

Los programas de educación para la salud en la escuela constituyen una de las más eficaces y rentables estrategias de todo el ámbito de la salud pública, como avalan múltiples recomendaciones de instituciones relevantes en el ámbito internacional.

La Consejería de Sanidad, de 2005 hasta 2009, ha venido efectuando convocatorias de ayudas para la selección de proyectos de promoción de la salud a realizar en colegios e institutos de Castilla y León, en los que se imparten enseñanzas escolares de régimen general, acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en tres ámbitos:

- Promoción de la alimentación saludable y actividad física regular.
- Salud Sexual. Prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- Prevención de accidentes.

El presupuesto total destinado a estos proyectos ha sido de 941.000 € y ha permitido subvencionar 619 proyectos desde que se iniciara en el curso escolar 2004-05. Durante los tres cursos escolares que coinciden con el periodo de vigencia del III Plan de Salud, se han dado subvenciones por más de 294.000 euros para realizar 197 proyectos sobre Promoción de alimentación saludable y actividad física.

Proyectos educativos en centros escolares						
	Curso 2007-08		Curso 2008-09		Curso 2009-10	
	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto
Alimentación	42	67.375,66	73	108.507,4	82	118.289,4
A. Física						
S. Sexual	41	52.613,40	54	77.146,98	73	93.809,38
P. Accidentes	29	49.076,00	12	30.445,40	9	12.901,18
Total	112	169.065,06	139	216.099,82	164	225.000

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

Así mismo, la Junta de Castilla y León, las Diputaciones y varios de los Ayuntamientos más poblados de la región mantienen una cooperación para la promoción de la salud a través de la actividad física. La Consejería de Sanidad y varios de los municipios castellanos y leoneses de más de 20.000 habitantes realizan mediante estos convenios diferentes actividades y programas que ofertan a sus vecinos: actividades físicas, rutas urbanas a pie o caminatas. Estos convenios se han realizado hasta el año 2011.

El objetivo es promover una actividad física beneficiosa para la salud que contribuya además a la relación personal, con una periodicidad semanal o a lo largo de un período temporal que garantice que sea útil para los participantes.

Convenios entre Consejería de Sanidad y Ayuntamientos para la realización de programas sobre Actividad física y Alimentación saludable								
Proyectos y aportación económica								
	2008		2009		2010		2011	
	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD
ARANDA DE DUERO	sd	7.500	1.000	7.500	1.000	7.500	1.000	7.500
ÁVILA	sd	7.500	4.210	7.500	4.210	7.500	4.210	7.500
BENAVENTE	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
BURGOS	sd	7.500	11.800	7.500	20.500	7.500	13.000	7.500
LEÓN	sd	7.500	4.000	7.500	4.000	7.500	1.000	7.500
MEDINA DEL CAMPO	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
LAGUNA DE DUERO	sd	7.500	400	7.500	--	--	400	7.500
MIRANDA DE EBRO	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
PONFERRADA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
SALAMANCA	sd	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
SEGOVIA	sd	7.500	5.625	7.500	610	5.490	500	7.500
SORIA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
VALLADOLID	--	--	--	--	--	--	400	6.000
ZAMORA	sd	7.500	500	7.500	500	7.500	500	7.500
Financiación (€)	sd	97.500	36.635	90.000	39.920	80.490	30.110	96.000
Total (€)		97.500		126.635		120.410		126.110

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013.
sd = sin datos

Convenios entre Consejería de Sanidad y Diputaciones para la realización de programas sobre Actividad física y alimentación saludable								
Proyectos y aportación económica								
	2008		2009		2010		2011	
	DIP	SAN	DIP	SAN	DIP	SAN	DIP	SAN
ÁVILA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
LEÓN	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
SEGOVIA	sd	7.500	8.500	7.500	7.500	7.500	400	7.500
SORIA	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
ZAMORA	--	--	500	7.500	500	7.500	500	7.500
Financiación (€)	sd	30.000	9.400	22.500	8.400	22.500	1.300	22.500
Total (€)	30.000		31.900		30.900		23.800	

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013.
sd = sin datos

Evaluación: Desde la Junta de Castilla y León se han financiado actividades dirigidas a la promoción de la práctica del ejercicio físico en todas las edades, bien mediante la convocatoria de ayudas económicas para proyectos en centros escolares bien mediante convenios de cooperación con Ayuntamientos y Diputaciones. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: 1) Tasa de derivaciones desde AP por dolor osteoarticular 2) Actividades de formación desarrolladas en AP y en AE referidas a dolor osteoarticular 3) % centros de salud con acceso a pruebas diagnósticas específicas.

M 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.

M 198: Incluir el manejo del dolor osteoarticular en la formación continuada de atención primaria.

M 215: Inclusión, en los Planes de Formación Continuada de las Áreas, de acciones formativas sobre el dolor osteoarticular.

M 199: Desarrollar sesiones de revisión y difusión de las estrategias terapéuticas de control del dolor recogidas en las principales Guías de Práctica Clínica.

M 200: Seleccionar e implantar Guías de Práctica Clínica consensuadas en los centros.

M 201: Analizar periódicamente el consumo de fármacos analgésicos, AINE y opiáceos a través del sistema de información de prescripción, para establecer indicadores de uso y calidad de prescripción.

El dolor no es sólo un síntoma aislado sino un problema complejo que necesita un abordaje multidisciplinar y continuado. Atención Primaria desempeña un papel fundamental, ya que aproximadamente el 85% del abordaje del dolor se lleva a cabo en este nivel asistencial. Profesionales en los que, a tenor de lo establecido por los expertos, una adecuada formación en dolor, y la existencia de guías de actuación consensuadas, coordinadas y basadas en el rigor científico, puede ayudarles en la toma de la decisión más adecuada.

Para evaluar el objetivo se analiza la **tasa de derivaciones desde AP por dolor osteoarticular por cada 1.000 Tarjetas sanitarias individuales (TSI)**, utilizando como fuente de información la Historia Clínica Electrónica, MedoraCyL, entendiendo como "derivación" los pacientes derivados por alguno de los procesos clínicos relacionados con dolor osteoarticular (osteoartrosis, dolor articular, lumbalgia, ciática); si un paciente ha sido derivado más de una vez por el mismo proceso, se cuenta como una sola derivación. Los datos están disponibles para los años 2010 a 2012.

Según los datos obtenidos, las derivaciones se han incrementado a lo largo del periodo estudiado aunque los datos de 2012 muestran cierta estabilización con respecto al año anterior. Las mujeres son derivadas en mayor proporción que los hombres.

	Dolor osteoarticular		
	Tasa de derivaciones desde Atención Primaria		
	2010	2011	2012
Hombre	19,20	23,08	23,11
Mujer	28,39	33,99	34,37
TOTAL	23,87	28,63	28,84

Fuente: MedoraCyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

Actividades de formación desarrolladas en AP y en AE referidas a dolor osteoarticular.

Dentro de los planes anuales de formación continuada, se han contemplado actividades formativas (cursos, talleres, jornadas, seminarios, interconsultas...), destinadas a incrementar los conocimientos en el manejo del dolor osteoarticular, actividades dirigidas a los profesionales de ambos niveles asistenciales, pero mayoritariamente a los profesionales de AP (médicos, fisioterapeutas, enfermeras).

	Dolor osteoarticular			
	Actividades formativas			
	2009	2010	2011	2012
Actividades formativas	20	10	30	15
Presenciales	20	10	27	12
On Line	--	--	3	3
Nº de horas	133	42	108	163
Nº de participantes	265	206	711	982

Fuente: DG de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Destacar el convenio de colaboración que, en el año 2010, se estableció entre la Consejería de Sanidad, la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, la Fundación Grünenthal y la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA), con la finalidad de promover la organización de actividades formativas y de investigación en el abordaje del dolor en la Comunidad. Gracias a esta iniciativa se ha llevado a cabo, dentro del Plan de Formación Continuada 2011, el *Curso Formación Continuada en Dolor para AP-SACYL*, un curso realizado con metodología on-line, de dos años de duración y desarrollado a través de siete módulos independientes coordinados por profesionales de primer nivel y dirigidos a los médicos de Castilla y León, con el objetivo de mejorar la valoración, diagnóstico y tratamiento del dolor. La iniciativa permitió, además, la edición de 3.000 Escalas Visuales Analógicas (EVA), de carácter universal y reproducible, que simplifican la valoración de la intensidad del dolor que padecen los pacientes a tratar.

Centros de Salud con acceso a pruebas diagnósticas específicas

Para mejorar la capacidad resolutoria de Atención Primaria se ha elaborado y publicado el ***Catálogo de pruebas diagnósticas en Atención Primaria*** que incluye no sólo la relación de pruebas accesibles desde este nivel asistencial sino también protocolos y recomendaciones para solicitar de la forma más adecuada las pruebas diagnósticas correspondientes. El catálogo se encuentra accesible en el 100% de los centros de salud. En el caso de la patología osteoarticular destacar que los centros disponen de acceso a pruebas específicas como la "*Ecografía musculo-esquelética*", entre otras.

Seleccionar e implantar Guías de Práctica Clínica consensuadas en los centros.

Las guías de práctica clínica (GPC) indican que los pacientes con problemas articulares no complicados como lumbalgia inespecífica y artrosis, entre otros, deben ser manejados en Atención Primaria. Para ello, es imprescindible que los profesionales dispongan de las herramientas necesarias que les ayuden en la toma de decisiones.

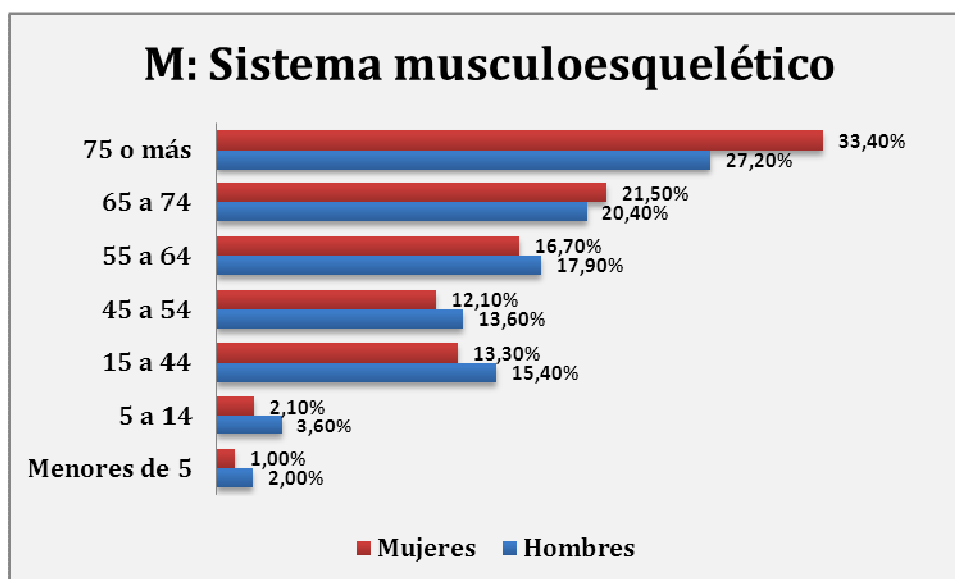
En Castilla y León, se han elaborado varios **procesos asistenciales integrados (PAI) y Guías asistenciales** relacionados con el dolor:

- *Fibromialgia*: proceso compartido entre Atención Primaria y Atención Especializada y desplegado en toda la Comunidad.
- *Lumbalgia y Radiculopatía*: proceso no compartido, pero desplegado en Atención Primaria de toda la Comunidad.
- *Cefaleas*: proceso no compartido, desplegado en Atención Primaria de toda la Comunidad.
- En pilotaje (en 2 Áreas): *Artrosis de cadera y Artrosis de Rodilla*.

Los profesionales sanitarios disponen también de la ***Guía Terapéutica de SACYL***, publicada y distribuida en 2009, que ha sido elaborada por profesionales de la Comunidad Autónoma y que incluye un capítulo específico sobre el manejo del dolor crónico. Esta guía está implementada en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL.

Analizar periódicamente el consumo de fármacos analgésicos, AINE y opiáceos a través del sistema de información de prescripción, para establecer indicadores de uso y calidad de prescripción.

El Informe de prestación farmacéutica 2012, disponible en el Portal de Salud, refleja que el consumo de fármacos en el grupo terapéutico correspondiente al sistema musculoesquelético supone el 13% de los envases dispensados en un año en nuestra comunidad y el 5,5% del gasto farmacéutico total, siendo el gasto medio por envase de 8,61€, (mujeres, 9,94€; hombres, 6,31€). Las personas de 75 años y más son las que consumen más medicamentos de este grupo terapéutico.



Fuente: Informe de prestación farmacéutica 2012. Consejería de Sanidad

La amplia utilización de estos fármacos y la morbilidad relacionada con AINES justifican intervenciones que garanticen su adecuada utilización. La elaboración/difusión de boletines de información de medicamentos a los profesionales indicados, el establecimiento de indicadores relacionados con la calidad de prescripción de AINES y opiáceos o promover la prescripción de opiáceos son acciones que promueven el uso racional de estos fármacos.

A partir del análisis de la evidencia científica, de la experiencia de indicadores en otras Comunidades Autónomas, así como del análisis de consumo de medicamentos y variabilidad entre las diferentes áreas, la Dirección Técnica de Farmacia de la Gerencia Regional de Salud ha seleccionado varios indicadores de calidad, que valoran la utilización de fármacos analgésicos, antiinflamatorios y opiáceos.

1. **Volumen de AINE ajustado por edad.** Ajuste que tiene en cuenta la dosis diaria definida (DDD) y la población.

	2009	2010	2011	2012
GAP ÁVILA	34,28	34,58	36,17	33,95
GAP BURGOS	21,93	22,23	23,83	23,04
GAP LEÓN	28,31	28,97	30,90	30,13
GAP EL BIERZO	30,41	32,09	33,75	32,81
GAP PALENCIA	25,41	25,26	26,33	25,23

GAP SALAMANCA	25,73	25,19	26,44	25,25
GAP SEGOVIA	23,79	23,74	24,38	23,27
GAP SORIA	20,38	21,54	22,78	21,45
GAP VALLADOLID OESTE	25,55	25,52	26,40	25,32
GAP VALLADOLID ESTE	27,36	27,12	28,23	26,78
GAP ZAMORA	28,00	28,25	29,45	27,80
GRS GAP	26,41	26,61	27,95	26,77

2. **Porcentaje de dispensación** de ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco respecto al total de AINEs.

	2009	2010	2011	2012
GAP ÁVILA	61,94 %	59,98 %	59,38 %	58,03 %
GAP BURGOS	61,06 %	59,03 %	56,13 %	54,08 %
GAP LEÓN	56,26 %	54,87 %	53,32 %	50,17 %
GAP EL BIERZO	61,79 %	59,86 %	57,99 %	55,80 %
GAP PALENCIA	63,76 %	62,02 %	60,85 %	59,39 %
GAP SALAMANCA	64,57 %	63,35 %	61,75 %	59,24 %
GAP SEGOVIA	67,38 %	65,64 %	63,51 %	62,25 %
GAP SORIA	61,58 %	60,16 %	58,39 %	56,37 %
GAP VALLADOLID OESTE	61,68 %	60,84 %	59,87 %	58,13 %
GAP VALLADOLID ESTE	64,51 %	64,06 %	63,46 %	63,51 %
GAP ZAMORA	63,29 %	62,14 %	60,58 %	57,13 %
GRS GAP	62,10 %	60,66 %	59,11 %	57,07 %

3. **Porcentaje de dispensación de analgésicos respecto al de analgésicos y antiinflamatorios.**

	2009	2010	2011	2012
GAP ÁVILA	32,17 %	32,50 %	33,06 %	33,53 %
GAP BURGOS	30,63 %	29,79 %	29,96 %	29,83 %
GAP LEÓN	23,17 %	23,00 %	23,05 %	23,30 %
GAP EL BIERZO	21,11 %	20,47 %	20,50 %	20,55 %
GAP PALENCIA	30,89 %	31,21 %	32,12 %	32,57 %
GAP SALAMANCA	33,62 %	34,08 %	34,40 %	35,00 %
GAP SEGOVIA	38,24 %	38,70 %	39,39 %	40,05 %
GAP SORIA	37,90 %	37,83 %	37,87 %	38,10 %
GAP VALLADOLID OESTE	28,05 %	28,60 %	29,87 %	30,47 %
GAP VALLADOLID ESTE	28,60 %	29,16 %	30,08 %	30,76 %
GAP ZAMORA	27,96 %	28,49 %	29,49 %	30,66 %
GRS GAP	29,62 %	29,71 %	30,21 %	30,63 %

4. **Volumen de opioides ajustado por edad.** Ajuste que tiene en cuenta la DDD y población.

	2009	2010	2011	2012
GAP ÁVILA	1,53	1,71	1,92	1,88
GAP BURGOS	0,98	1,09	1,18	1,16
GAP LEÓN	1,10	1,23	1,35	1,37
GAP EL BIERZO	1,07	1,29	1,41	1,38
GAP PALENCIA	1,09	1,23	1,40	1,43
GAP SALAMANCA	1,20	1,35	1,45	1,46
GAP SEGOVIA	1,08	1,19	1,30	1,26
GAP SORIA	0,98	1,07	1,18	1,22
GAP VALLADOLID OESTE	1,03	1,13	1,18	1,22
GAP VALLADOLID ESTE	0,99	1,12	1,20	1,25
GAP ZAMORA	1,05	1,14	1,20	1,22
GRS GAP	1,10	1,23	1,33	1,34

Evaluación: El Plan de Salud estableció como objetivos mejorar el diagnóstico y el control terapéutico de los pacientes con dolor fomentando la implicación de todo el personal sanitario en la educación sanitaria y la atención al paciente con dolor. Entre las acciones llevadas a cabo destacan la implantación de guías terapéuticas con un capítulo específico de dolor, el desarrollo de actividades formativas en el manejo del dolor osteoarticular dirigido a profesionales de AP y la potenciación de la capacidad resolutoria de Atención Primaria facilitando el acceso a pruebas diagnósticas específicas. **El objetivo se ha conseguido.**

OE-102: Mejorar el tratamiento y rehabilitación facilitando la accesibilidad de los pacientes con dolor osteoarticular a unidades multidisciplinarias de fisioterapia y, en su caso, a "escuelas de la espalda".

INDICADOR: 1) Frecuentación y actividad de las unidades multidisciplinarias de fisioterapia y consultas del dolor en patología dolorosa osteoarticular 2) Frecuentación y actividad de las "Escuelas de la espalda".

M 203: Promover la realización de actividades preventivas desde las unidades de fisioterapia.

M 204: Revisar la distribución geográfica para mejorar la accesibilidad a las unidades de fisioterapia.

M 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)

Según reconocen diversas organizaciones, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor crónico es también la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial.

El dolor lumbar, extraordinariamente frecuente, es una de las principales causas de discapacidad y de consumo de recursos sanitarios relacionadas con el aparato locomotor. Este tipo de dolor se beneficia, además de un tratamiento farmacológico

adecuado, de una combinación de técnicas multidisciplinarias que incluye el ejercicio físico o la educación sanitaria. Facilitar la recuperación funcional de estos pacientes mediante el acceso a Unidades de Fisioterapia y en especial, a las Escuelas de Espalda, contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Castilla y León, incluye en su cartera de servicios de Atención Primaria la prestación de tratamientos fisioterapéuticos básicos. Esta prestación se realiza en las **Unidades de Fisioterapia**, unidades funcionales constituidas por uno o varios profesionales, que desarrollan objetivos específicos y cuya población adscrita corresponde a una o varias Zonas Básicas de Salud (ZBS).

En el año 2008, había en la comunidad 94 Unidades de Fisioterapia que daban cobertura a 216 Zonas Básicas de Salud (ZBS) y en las que prestaban sus servicios 128 fisioterapeutas. Actualmente, funcionan 104 Unidades atendidas por 143 fisioterapeutas, que dan cobertura a 230 ZBS.

Estas Unidades atendieron en 2012 a 95.918 usuarios y llevaron a cabo casi 900.000 tratamientos individualizados. La frecuentación general, en el año 2012 fue de 0,37 tratamientos por usuario con TSI y la frecuentación real de 9,3 tratamientos por cada usuario que realmente ha sido atendido en la Unidad.

Unidades de Fisioterapia. 2012			
	Nº de Unidades	Cobertura de ZBS	Nº de fisioterapeutas
Ávila	10	17	12
Burgos	10	37	17
El Bierzo	5	6	9
León	9	26	17
Palencia	10	20	11
Salamanca	8	36	17
Segovia	8	16	9
Soria	8	14	9
Valladolid Este	15	23	18
Valladolid Oeste	12	17	15
Zamora	9	18	9
Castilla y León	104	230	143

Unidades de Fisioterapia					
Actividad					
	2008	2009	2010	2011	2012
Tratamientos individualizados	570.528	513.747	823.289	904.596	892.577
Sesiones de grupo	1.572	2.443	2.885	2.515	2.478
Visitas domiciliarias	172	515	263	420	219
Frecuentación general ¹	0,23	0,21	0,34	0,37	0,37

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

(1) Frecuentación general: el número de consultas que cada ciudadano con TSI ha efectuado en un año (como si toda la población hubiese sido usuaria). Se expresa como media por habitante y año y se calcula dividiendo el número total de consultas anuales (tratamientos individualizados) entre la población con TSI asignada.

Entre las dolencias más comunes atendidas en las Unidades de Fisioterapia se encuentra el dolor de columna vertebral, patología que requiere un tratamiento específico. Por ello, dentro de estas Unidades funcionan las llamadas “Escuela de Espalda”, programas de educación sanitaria destinados a pacientes con dolencias de la espalda o colectivos predispuestos a padecerlas, en las cuales se transmiten normas de higiene postural y conocimientos sobre el funcionamiento de la espalda.

Se ha evaluado la actividad de las Escuelas de Espalda mediante el número total de pacientes atendidos en estos programas a partir de la información aportada por las Gerencias de Atención Primaria. Se observa que a pesar del descenso del número de Unidades de Fisioterapia que realizan estos programas, el número de pacientes atendidos ha aumentado.

	Unidades de Fisioterapia. Actividad de las Escuelas de Espalda			
	2010		2012	
GAP	Pacientes atendidos	Unidades Fisio/ Escuela de Espalda	Pacientes atendidos	Unidades Fisio/ Escuela de Espalda
ÁVILA	--	No se realiza esta actividad	--	10/0
BURGOS	870	10/9	1.828	10/9
LEÓN	--	No se realiza esta actividad	1.288	9/7
EL BIERZO	263	5/3	700	5/2
PALENCIA	163	10/10	85	10/4
SALAMANCA	335	8/7	678	8/6
SEGOVIA	--	No se realiza esta actividad	636	9/4
SORIA	154	7/5	85	8/5
VALLADOLID-OESTE	182	12/1	581	12/4
VALLADOLID-ESTE	340	14/14	86	15/9
ZAMORA	146	9/3	127	9/5
TOTAL	2.453	63	6.094	55

Fuente: Gerencias de Atención Primaria. GRS.

Evaluación: A lo largo de la vigencia del Plan se observa un aumento de las Unidades de Fisioterapia y por tanto, de la cobertura de dichas unidades, pasando de 216 ZBS en 2008 a 230 en 2012 y de su actividad. Del mismo modo, en este mismo periodo, ha aumentado el número de pacientes atendidos en las Escuelas de Espalda pasando de 2.453 en 2010 a 6.094 en 2012 a pesar de la reducción de estos programas. El objetivo se **considera conseguido**.

OE-103: Mejorar los cuidados de los pacientes con dolor crónico, implantando planes de cuidados en todas las Áreas.

INDICADOR: Tasa de pacientes con dolor osteoarticular en planes de cuidados.

M 206: Elaborar planes de cuidados de enfermería dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico.

M 207: Incrementar el papel de enfermería en la atención de esta patología.

En el manejo del paciente con dolor osteoarticular es necesaria la implicación de todos los profesionales sanitarios, en especial de enfermería, siendo necesaria la disponibilidad de protocolos específicos de cuidados.

Todos los procesos asistenciales o guías clínicas desplegadas en la Comunidad (fibromialgia, lumbalgia y radiculopatía, artrosis de cadera y de rodilla) contienen un Plan de Cuidados de Enfermería específico para cada proceso. En la Historia Clínica de Atención Primaria, MedoraCyL, no existe un aplicativo específico de Planes de Cuidados, pero el sistema permite introducir como datos clínicos alguna información clínica relevante o trascendente de los planes de cuidados respectivos. Actualmente se está desarrollando una aplicación que permita a los profesionales de enfermería acceder a protocolos sistematizados de cuidados.

Evaluación: El objetivo no es evaluable porque la Historia Clínica Electrónica MedoraCyL, no permite actualmente la explotación de dicha información. Sin embargo, los Planes de Cuidados van incluidos en todos los procesos asistenciales y guías clínicas relacionadas con el dolor. Actualmente se está desarrollando el aplicativo que permita la sistematización de estos protocolos. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-104: Reducir los tiempos de atención entre el diagnóstico y el tratamiento de las patologías osteoarticulares.

INDICADOR: Tiempos de acceso a primera consulta de especialidades relacionadas con el dolor osteoarticular.

M 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.

M 209: Estudiar la dotación de especialistas relacionados con la atención al dolor osteoarticular en la Comunidad (Reumatólogos).

M 210: Mejorar los tiempos de acceso a las unidades de reumatología y a las unidades de fisioterapia.

M 211: Dotar con dos unidades de formación MIR de reumatología, a la Comunidad.

El reumatólogo es considerado en todos los documentos de consenso como el especialista de referencia para los problemas médicos del aparato locomotor. Esto supone no sólo racionalizar las vías de acceso de los pacientes con dolor hacia estos

especialistas, también garantizar que los servicios de Reumatología tengan capacidad para asumir su función como especialidad de referencia.

En nuestra comunidad, todos los hospitales, excepto los comarcales, disponen en su cartera de servicios de la especialidad de Reumatología. El número de reumatólogos que atienden estos servicios ha pasado de 28 a 32, de forma que la ratio por habitante ha mejorado, pasando de 1 reumatólogo por 87.690 habitantes en 2007 a 1 reumatólogo por 75.851 habitantes en 2012, aún lejos del estándar definido por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la OMS (*número óptimo de habitantes por reumatólogo, 50.000*).

	Recursos Humanos	
	Especialidades relacionadas con dolor	
	2007	2012
Reumatología	28	32
Traumatología	236	242
Medicina Física y Rehabilitación	58	64

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

En el año 2012 se realizaron 82.159 consultas en los servicios de Reumatología de las cuales, 23.548 fueron primeras consultas, con una relación sucesivas/primeras de 2,49 (*Estándar de la SER para Relación sucesiva/ primera consulta: 3,2*).

	Reumatología				
	Actividad asistencial				
	2008	2009	2010	2011	2012
Primeras consultas	21.324	22.215	22.004	23.123	23.548
Consultas sucesivas	52.790	54.312	54.601	57.380	58.611
Relación sucesiva/primer consulta	2,48	2,44	2,48	2,48	2,49

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

La **espera media estructural para primera consulta** en los servicios de Reumatología fue de 46,84 días en el año 2012, con un rango que oscila entre los 12 y los 216 días, si bien todos los hospitales, excepto uno, presentan una espera media inferior o igual a los dos meses, tiempo que se estableció como objetivo en el Plan de salud y el 50% tienen una espera media de menos de cuatro semanas, (*Estándar de la SER: tiempo máximo de espera para la primera consulta < 4 semanas*).

En los servicios de Rehabilitación, la espera media estructural para primera consulta en el año 2012 fue de 45,15 días, con un rango que fluctúa entre los 8 y los 91 días. El 75% de los hospitales tiene una espera media inferior a 35 días.

	Patología osteoarticular				
	Espera media ¹ estructural ² para primera consulta				
	2008	2009	2010	2011	2012
Reumatología	52,56	49,17	48,31	49,36	46,84
Rehabilitación	26,33	27,93	31,27	42,73	45,15
Traumatología	25,51	31,43	25,36	38,72	35,97

Fuente: DG Planificación e Innovación. Gerencia Regional de salud. Castilla y León.
 (1) Promedio de días que han esperado los pacientes para una consulta.
 (2) Espera estructural Aquella que es atribuible a la organización y recursos disponibles.

Los **profesionales sanitarios en formación** constituyen un elemento esencial para el adecuado desarrollo de la institución. En Castilla y León, se han acreditado dos unidades de formación MIR de Reumatología, una en el CAU de Salamanca (año 2010) y otra en el CAU de León (año 2011).

Evaluación: A lo largo del periodo de vigencia del Plan ha mejorado la dotación de especialistas en los Servicios de Reumatología, con una espera media estructural para primera consulta menor a dos meses en 10 de los 11 hospitales que disponen de este servicio. En nuestra comunidad se han acreditado dos Unidades Docentes para la formación de especialistas en Reumatología. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-105: Reducir los tiempos de acceso a las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato locomotor.

INDICADOR: Demoras para intervenciones quirúrgicas en caderas, rodillas y espalda.

El Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, constituye normativa básica estatal para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. En cumplimiento de lo previsto en el citado Real Decreto, en Castilla y León se publica el Decreto 68/ 2008, por el que se procede a la creación del Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se articula el sistema de información sobre las listas de espera, accesible al ciudadano a través del Portal de Salud desde el año 2009. Dicho decreto también establece los plazos máximos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas, así como el sistema de garantías que aseguren su cumplimiento.

Para analizar el objetivo, se han utilizado los datos proporcionados por el Sistema de Información de Lista de espera quirúrgica de Castilla y León.

En primer lugar, se analiza la **situación de la lista de espera quirúrgica** en la especialidad de Traumatología. Se utiliza como fecha de corte la de 30 de junio de 2012, con objeto de comparar la información con la del Sistema de Información de Listas de espera del SNS, cuyo último dato publicado corresponde a 30 de junio de 2012.

Listas de espera quirúrgica				
Especialidad: Traumatología				
	Nº de pacientes en espera estructural	Pacientes por mil habitantes (TSI)	Porcentaje de pacientes de > 6 meses	Tiempo medio de espera en días ³
Castilla y León ¹	10.278	4,21	11,65	93
SNS ²	152.102	3,88	13,62	90

Fuente:

(1) Sistema de Información de Listas de espera de Castilla y León. Consejería de Sanidad.

(2) Sistema de Información de Listas de espera del SNS. MSSSI.

(3) Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes: Promedio en días del tiempo de espera de los pacientes en espera estructural, calculado como la diferencia en días naturales entre la fecha de corte y la fecha de entrada (para el global del SNS se calcula la media ponderada de los tiempos de espera de las Comunidades Autónomas)

Se analiza la **espera media estructural** - tiempo medio que un paciente ha tenido que esperar para ser intervenido - en determinados procedimientos: colocación de prótesis de rodilla y de cadera, así como patologías de columna vertebral, que corresponden en su mayoría a intervenciones de hernia discal y escoliosis -. El tiempo máximo de acceso garantizado a los usuarios está establecido en 180 días para prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

Patología osteoarticular					
Espera media ¹ estructural ² para intervención quirúrgica					
	2008	2009	2010	2011	2012
Prótesis de cadera	91,53	116,03	89,87	90,47	147,66
Prótesis de rodilla	91,00	104,38	140,20	90,94	181,80
Patología de CV ³	100,32	101,32	97,79	87,34	95,48

Fuente: DG Planificación e Innovación. Gerencia Regional de salud. Castilla y León.

(1) Promedio de días que han esperando los pacientes para una IQ.

(2) Espera estructural: aquella que es atribuible a la organización y recursos disponibles.

(3) Patología de columna vertebral: el 99% corresponde a hernias discales y escoliosis.

Evaluación: La espera media estructural para los procesos seleccionados ha aumentado a lo largo del periodo de estudio para ambos tipos de prótesis, cadera y rodilla, y ha disminuido para los procedimientos sobre columna vertebral. No obstante, la espera media estructural se sitúa por debajo del tiempo máximo de acceso establecido para las intervenciones quirúrgicas de prótesis de cadera y en el límite para las prótesis de rodilla. El actual contexto económico ha tenido una influencia directa sobre la situación de las listas de espera en Castilla y León, lo que se ha traducido en un aumento de pacientes pendientes de ser operados y de tiempos para realizar las intervenciones en algunos hospitales de la Comunidad. La Consejería de Sanidad ha tomado algunas medidas para volver a niveles de espera razonables. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE-106: Reducir los tiempos de acceso a las unidades de fisioterapia de atención primaria, situándolos por debajo de 20 días.

INDICADOR: Frecuentación y actividad de rehabilitación en AP (fisioterapia).

M 210: Mejorar los tiempos de acceso a las unidades de reumatología y a las unidades de fisioterapia.

Castilla y León, dispone en su cartera de servicios de Atención Primaria la prestación de tratamientos fisioterapéuticos básicos. Esta prestación se realiza en las Unidades de Fisioterapia, 104 unidades atendidas por 143 fisioterapeutas que dan cobertura a 230 ZBS (Recursos asistenciales, 2012). En ese año, las unidades atendieron a 95.918 usuarios, realizando 892.577 tratamientos individualizados, 2.478 sesiones de grupo y 219 visitas a domicilio.

La frecuentación general, en el año 2012 fue de 0,37 tratamientos por usuario con TSI y la frecuentación real de 9,3 tratamientos por cada usuario que realmente ha sido atendido en la Unidad.

Para analizar el objetivo, se han estudiado los tiempos medios de espera desde la indicación hasta que son atendidos en las Unidades de Fisioterapia. Se ha utilizado como fuente de información la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, pero la información no es exhaustiva.

	Unidades de Fisioterapia	
	Tiempo medio de espera	
	2009	2012 ¹
ÁVILA	12	5
BURGOS	32	8
LEÓN	65	--
EL BIERZO	107	--
PALENCIA	51	3
SALAMANCA	57	8
SEGOVIA	33	4
SORIA	12	6
VALLADOLID-OESTE	33	49
VALLADOLID-ESTE	18	24
ZAMORA	16	4

Fuente: Medora CyL. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

1. Datos parciales

Evaluación: A lo largo del periodo de estudio ha aumentado la actividad en las unidades de fisioterapia así como la frecuentación. Con relación a los tiempos de espera y con los datos aportados, se sitúa por debajo de los 20 días excepto en las Áreas de Valladolid. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-107: Mejorar la calidad de la atención integral al dolor implantando “consultas de dolor” de referencia, en cada una las Áreas.

INDICADOR: Nº Áreas con Unidad funcional de Dolor de referencia.

M 212: Proponer la extensión de educación de actividades de fisioterapia al domicilio de pacientes con determinadas patologías.

M 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.

El tratamiento específico y sintomático de las patologías osteoarticulares no siempre consigue un alivio suficiente del dolor y son necesarios tratamientos especializados de tercer nivel en unidades del dolor.

La Gerencia Regional de Salud tiene cuatro Unidades del dolor ubicadas en el CAU de León (H. de León), el CAU de Salamanca, con una doble ubicación: HU de Salamanca y H. Los Montalvos, el HU Río Hortega de Valladolid y el CA de Zamora (H. Virgen de la Concha). Además, la unidad del Hospital Los Montalvos es centro de referencia regional para el tratamiento del dolor crónico no intervencionista.

La actividad que realizan las unidades del dolor varía ligeramente en función de la orientación terapéutica principal de cada una de ellas (dolor agudo o dolor crónico) características de la población, necesidades y recursos asistenciales disponibles en el área. En su mayoría están integradas en los servicios de anestesiología y reanimación, excepto la unidad instalada en el Hospital Los Montalvos de Salamanca, que se encuentra vinculada a la unidad de cuidados paliativos. Disponen de médicos especialistas, personal de enfermería y, en alguna de ellas, psicólogo. En general, realizan tratamientos no invasivos y cuentan con camas para hospitalización o bien puestos en el área de cirugía mayor ambulatoria (CMA) para aquellos casos que requieren ingreso o vigilancia y observación durante un tiempo. Los tratamientos intervencionistas se realizan ya sea en quirófano ordinario, en quirófano de CMA o en sala de radiología intervencionista.

Anualmente se atiende en estas unidades a más de 3.000 pacientes, se realizan unas 7.000 consultas externas y en torno a 1.300 técnicas intervencionistas. La unidad regional de Salamanca, recibe unas 100 derivaciones anuales de pacientes procedentes de otras áreas de salud.

Evaluación: Todos los hospitales de Sacyl disponen de recursos asistenciales suficientes para aplicar una amplia diversidad de técnicas terapéuticas para el tratamiento del dolor. Las unidades de dolor actúan como centros de referencia en las situaciones que requieren técnicas más específicas. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Duración media de IT por lumbalgias, cervicalgias y osteoartrosis.

Para analizar este objetivo se realiza el estudio de la Incapacidad Temporal, utilizando como fuente de información la base de datos de Incapacidad Temporal de la Gerencia Regional de Salud que nos proporciona datos de la duración del proceso (en días), la duración media por asegurado (DMA) y la tasa de incidencia del proceso estudiado para los años referenciados. Se analizan tres de las patologías que más repercusión médica y laboral tienen: la lumbalgia, la cervicalgia y la osteoartritis.

En Castilla y León, en el año 2012, de los tres procesos estudiados, la lumbalgia fue la patología con mayor incidencia, 152,48 casos por cada 100.000 asegurados, seguido de la cervicalgia (42,73) y la osteoartritis (10,26). Debido a su frecuencia, la lumbalgia es la que más días de baja lleva asociada, sin embargo, la duración media por asegurado (43 días) es menor que en las cervicalgias (52 días) y en la osteoartritis (102).

	Incapacidad temporal					
	Lumbalgia (CIE-9 724)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Días	1.307.384	1.305.147	1.112.871	973.337	901.142	576.052
Duración media asegurado	55	57	56	53	52	43
Tasa de incidencia	243,85	234,91	211,5	199,54	190,47	152,48

	Cervicalgia (CIE-9 723)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Días	410.927	416.472	359.068	337.593	290.177	196.875
Duración media	74	76	69	65	60	52
Tasa de incidencia	56,98	56,13	55,29	56,64	52,84	42,73

	Osteoartritis (CIE-9 714-715)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Días	197.101	161.017	155.938	141.309	132.876	91.744
Duración media	132	120	135	135	129	102
Tasa de incidencia	15,38	13,71	12,27	11,36	11,32	10,26

Fuente: GRS. Consejería de Sanidad

Evaluación: La duración media de la incapacidad temporal por asegurado ha disminuido tanto para lumbalgia, cervicalgia como osteoartritis, alcanzándose valores inferiores a los marcados en el objetivo, por tanto **el objetivo se considera conseguido**.

OE-109: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

INDICADOR: Sistema información activo. Áreas que aportan datos.

M 214: Elaboración y difusión de informes sobre el problema de salud.

M 216: Promoción de la investigación sobre dolor osteoarticular, en los dos niveles asistenciales.

A lo largo del periodo de vigencia del Plan no se ha elaborado un sistema de información específico para la evaluación de los problemas de salud incluidos en el plan. No obstante, existen numerosos registros que nos aportan datos sobre el problema de salud. Las principales fuentes de información utilizadas en la evaluación de los objetivos relacionados con el dolor osteoarticular han sido la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (MedoraCyL), el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), el Sistema de Información de Listas de Espera de Castilla y León y el Sistema de Información de Incapacidad Temporal, entre otros.

En el ámbito de la investigación, se realizaron convocatorias de ayudas para proyectos de investigación en biomedicina a desarrollar en los centros de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Entre las líneas de investigación destaca explícitamente la dedicada al dolor. En el año 2012 había dos proyectos abiertos que han sido financiados con 6.663 euros.

Evaluación: La Consejería de Sanidad dispone de varios sistemas de información que aportan datos sobre el problema de salud aunque aún no está disponible el Sistema Integrado de Información. En este como en otros campos, existe un apoyo expreso de la Consejería de Sanidad a la investigación, que se traduce en ayudas y subvenciones económicas a centros asistenciales y grupos de investigación, siendo una de las líneas de investigación el dolor, habiéndose realizado proyectos en ambos niveles asistenciales.

El objetivo se considera parcialmente conseguido.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Los accidentes de tráfico (AT) son un problema de salud comunitario por ser una de las causas más importantes de mortalidad prematura evitable que además ocasionan lesiones, secuelas y discapacidades muy importantes para toda la vida. Se ha comprobado que una mejor regulación de los aspectos relacionados con la circulación, el estilo de conducción y la situación de las infraestructuras viarias reduce el número de accidentes graves y mortales y la atención sanitaria, especialmente de emergencias sanitarias y urgencias, reduce la mortalidad por accidentes de tráfico.

ACCIDENTES DE TRÁFICO		
OG-39	Reducir en un 5% el número de accidentes de tráfico.	CONSEGUIDO
OG-40	Estabilizar la tendencia descendente de los últimos 5 años, en mortalidad por accidentes de tráfico.	CONSEGUIDO
OG-41	Romper la tendencia ascendente actual de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por accidentes de tráfico.	CONSEGUIDO
OE-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.	NO CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-112	Mejorar la calidad de la asistencia prehospitalaria.	CONSEGUIDO
OE-113	Mejorar la calidad de la asistencia en urgencias hospitalarias.	CONSEGUIDO
OE-114	Mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria durante el periodo de hospitalización.	CONSEGUIDO
OE-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).	NO EVALUABLE
OE-116	Tasa de altas hospitalarias. Establecer un sistema de información sobre la atención sanitaria prestada a los pacientes por accidentes de tráfico que incluya los traslados interhospitalarios.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-117	Contribuir a la formación de los jóvenes y conductores sobre los aspectos relacionados con la prevención de accidentes de tráfico.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

OE-118	Reforzar conocimientos específicos para la implantación de conductas de conducción segura.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-119	Optimizar las condiciones físicas de los jóvenes a la hora de conducir.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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).	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La siniestralidad en Castilla y León ha descendido entre los años 2007 y 2011 un 25% y refleja el mismo comportamiento que a nivel nacional. De la misma manera, ha descendido el número de víctimas mortales en accidentes de tráfico, probablemente relacionado con la puesta en marcha de las medidas de circulación. Ello implica una disminución de las tasas de mortalidad y de APVP, confirmándose la tendencia descendente entre 2007 y 2011 tanto en hombres como en mujeres, aunque sigue siendo más elevada en hombres.

En cuanto a las causas, se ha reducido el número de accidentes por infracciones de las normas, velocidad inadecuada, distracciones/fatiga, consumo de alcohol y drogas. Además, se ha incrementado el uso de sistemas de seguridad, especialmente del cinturón de seguridad, incremento que se produce tanto en conductores como en pasajeros.

El tiempo medio de respuesta en atención urgente, está por encima de los 15 min., tiempo que se marcó para conseguir una buena asistencia y que por tanto habrá que mejorar en el futuro. Sí que se han desarrollado los protocolos de transferencia entre la atención urgente y la atención urgente hospitalaria.

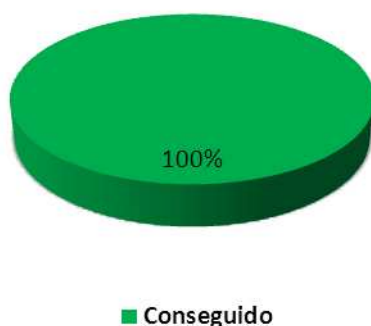
El resultado de los objetivos que hacen referencia a la calidad de la asistencia hospitalaria está en la línea con los hitos marcados en el Plan de Salud. La tasa de altas hospitalarias ha descendido a lo largo del periodo de estudio, en consonancia con el descenso de accidentes de tráfico. Sin embargo, no se ha establecido un sistema de información activo que nos proporcione datos sobre los accidentes de tráfico.

En cuanto a los objetivos de carácter intersectorial el grado de consecución de los mismos es satisfactorio.

Los objetivos generales tienen un grado de consecución del 100% y los específicos del 42% conseguidos en su totalidad y otro 42% parcialmente.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



OG-39: Reducir en un 5% el número de accidentes de tráfico con víctimas.

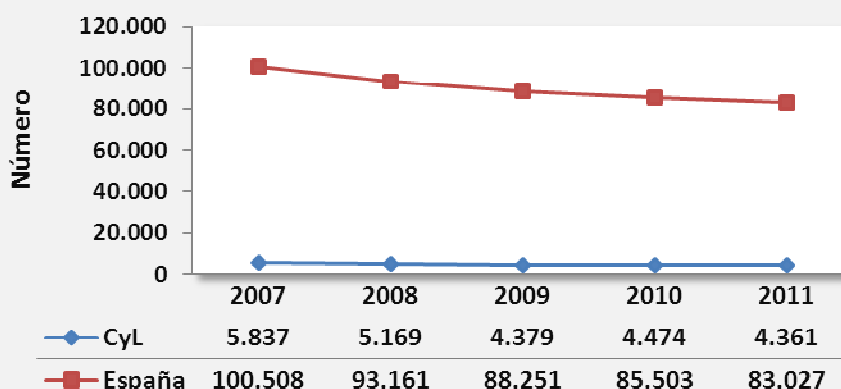
INDICADOR: Nº de accidentes tráfico (AT).

Para evaluar el indicador se utiliza como fuente de información, los datos del Anuario Estadístico de la Dirección General de Tráfico (DGT), disponibles hasta el año 2011. Se analiza el **número de accidentes de tráfico con víctimas (ACV)** - aquel accidente en el que al menos una persona resultó fallecida, herida grave o leve -.

En el año 2011, se produjeron en nuestra comunidad 4.361 accidentes con víctimas. Con respecto a 2007, supone un descenso del 25,29%. En el mismo periodo, se produjeron en España 83.027 accidentes con víctimas, con un descenso del 17,39%.

Sin duda, en ese descenso puede influir la entrada en vigor el 1 de julio de 2006 de las nuevas normas de circulación de vehículos, la modificación del Código Penal operada a través de la ley Orgánica 15/2007 y la ley 18/2009 que modifica la anterior ley sobre tráfico, circulación de vehículos y seguridad vial.

Accidentes de tráfico con víctimas Vía urbana e interurbana



Fuente: Anuario Estadístico de Accidentes. Dirección General de Tráfico, 2011

La provincia en la que más accidentes hubo fue Burgos seguida de León y en la que menos, Zamora.

	Accidentes con víctimas en Castilla y León en vías interurbanas y urbanas				
	2007	2008	2009	2010	2011
Ávila	625	550	444	481	471
Burgos	738	786	812	888	876
León	1.298	1.081	989	904	823
Palencia	446	414	350	377	314
Salamanca	1.016	832	450	565	629
Segovia	384	337	277	288	270
Soria	271	238	251	224	224
Valladolid	745	681	546	520	565
Zamora	314	250	260	227	189
Total	5.837	5.169	4.379	4.474	4.361

Fuente: Anuario Estadístico de Accidentes de la Dirección General de Tráfico 2011

Evaluación: La siniestralidad en Castilla y León ha descendido año tras año y refleja el mismo comportamiento que a nivel nacional. **El objetivo está conseguido.**

OG-39: Reducir en un 5% el número de accidentes de tráfico

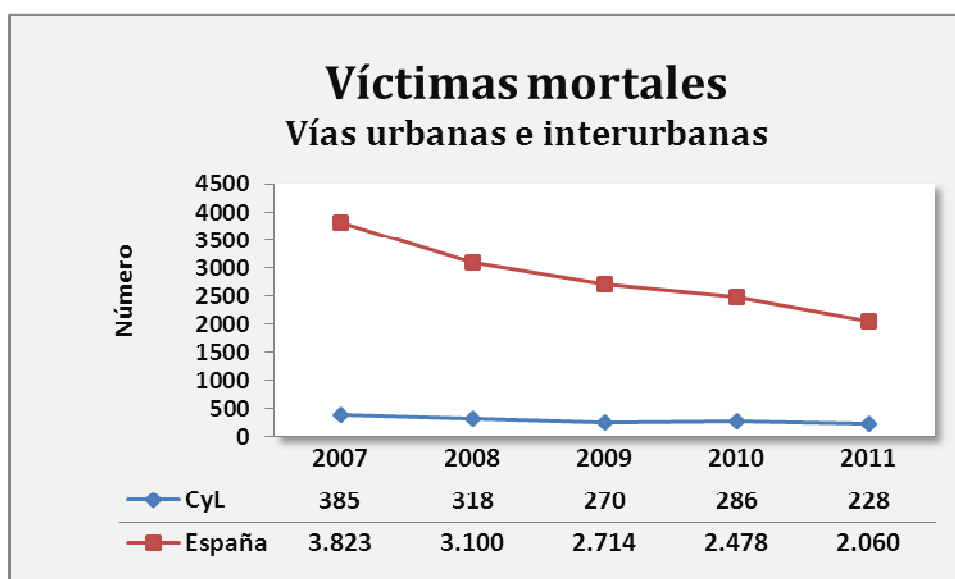
	2007	2011	Objetivo esperado	Objetivo alcanzado	Evaluación
Nº de AT	5.837	4.363	-5%	-25%	Conseguido

OG-40: Estabilizar la tendencia descendente de los últimos 5 años, en mortalidad por accidentes de tráfico.

INDICADOR: Víctimas mortales de accidentes de tráfico.

Para evaluar el indicador se utiliza como fuente de información, los datos del Anuario Estadístico de la DGT, disponibles hasta el año 2011. Se analiza el **número de víctimas mortales** - el cómputo de muertos se realiza a 30 días -. En el año 2011, ha cambiado la metodología para obtener el número de fallecidos a 30 días.

En Castilla y León, en 2011 se produjeron 183 accidentes con víctimas mortales en los que fallecieron 228 personas, lo que supone un descenso del 40,7% con respecto a 2007, con 385 víctimas mortales. En España, fallecieron 2.060 personas, un 46,1% menos en el mismo periodo.



Fuente: Anuario Estadístico de Accidentes. Dirección General de Tráfico, 2011

Las provincias con más víctimas mortales en 2011, fueron Burgos y León y la que menos víctimas registró, Segovia.

	Víctimas mortales en Castilla y León en vías interurbanas y urbanas				
	2007	2008	2009	2010	2011
Ávila	51	19	16	21	18
Burgos	43	57	59	48	41
León	82	72	55	55	41
Palencia	27	26	21	19	26
Salamanca	40	30	26	35	28
Segovia	29	18	23	23	13
Soria	28	22	17	17	18
Valladolid	46	51	36	36	25
Zamora	39	23	17	32	18
Total	385	318	270	286	228

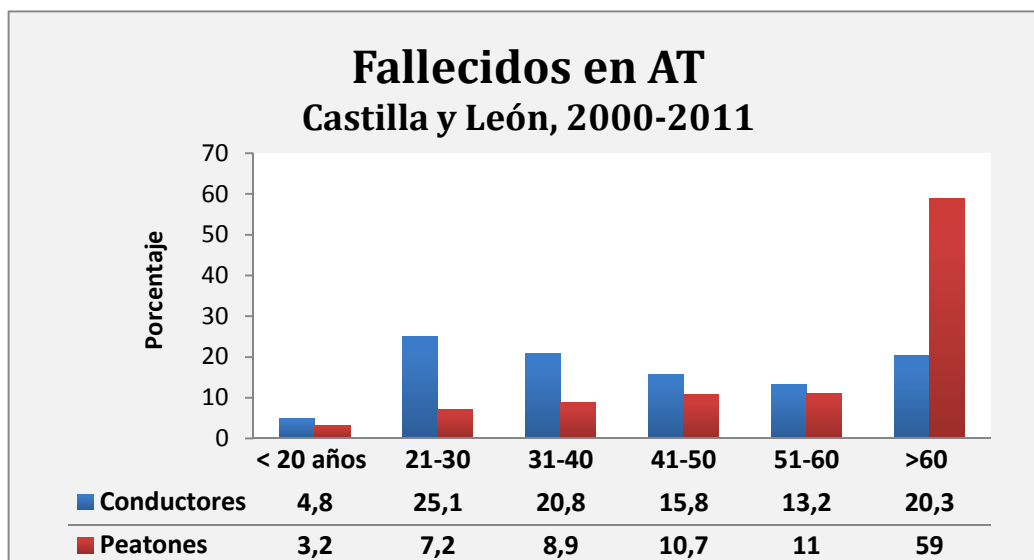
Fuente: Anuario Estadístico de Accidentes. Dirección General de Tráfico, 2011

El **índice de letalidad** - la razón entre el número de fallecidos y el número de víctimas - fue de 3,5 en el año 2011 para el conjunto de la comunidad, menor que en el año 2007, que fue de 4,1. Tres provincias tienen un índice de letalidad superior a la media: Zamora (6,6), Soria (5,7) y Palencia (5,5). Ávila es la provincia con menor letalidad (2,7). Todas las provincias de la comunidad presentan cifras por encima del índice nacional, que se situó, en 2011, en 1,8.

El Instituto Nacional de Toxicología en su informe "Perfil de las personas fallecidas por accidente de tráfico, Castilla y León, 2000-2011" (Disponible en http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/180/728/Informe%20INT_2000-2011_final.pdf), analiza las características de las víctimas. Del total de fallecidos, 2.119 (85,7%) eran conductores y 354 (14,3 %) peatones. Por sexo, se observan importantes diferencias

según sea el tipo de accidente, de forma que los hombres representaban el 89,3% de los conductores fallecidos y el 65,8% de los peatones fallecidos.

Según el tramo de edad, el grupo con mayor número de muertos en accidente de tráfico, es el de más de 60 años (25,3%), seguido del grupo de 21 a 30 años (21,7%). Si se diferencia entre conductores y peatones fallecidos, en los conductores, los de 21 a 30 años (25,0%) y los de 31 a 40 años (20,8%) son los más numerosos. Y entre los peatones fallecidos por atropello, los más numerosos son los mayores de 60 años (59,0%). Los conductores y peatones fallecidos fueron en su mayoría hombres.



Fuente: Informe del Instituto Nacional de Toxicología.

Evaluación: Se confirma la tendencia descendente de víctimas mortales en accidentes de tráfico en Castilla y León. **El objetivo está conseguido.**

OG-40: Estabilizar la tendencia descendente de los últimos 5 años en mortalidad por accidentes de tráfico.

	2007	2011	Objetivo	Evaluación
Nº víctimas mortales	385	228	237	Conseguido

OG-41: Romper la tendencia ascendente actual de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por accidentes de tráfico.

INDICADOR: Tasa de APVP por accidentes de tráfico.

La trascendencia sanitaria que tiene la mortalidad es diferente si ocurre en edades tempranas que en edades avanzadas de la vida. Tanto las tasas brutas de mortalidad como las tasas estandarizadas, que admiten realizar comparaciones entre distintos colectivos, están afectadas del gran peso que suponen las muertes ocurridas en edades avanzadas, no permitiendo evaluar la incidencia de las muertes en edades jóvenes. Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) tienen en cuenta los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad que no es la habitual y muestran las causas de muerte

que podrían ser teóricamente evitables y que conllevan una disminución en la esperanza de vida de los individuos.

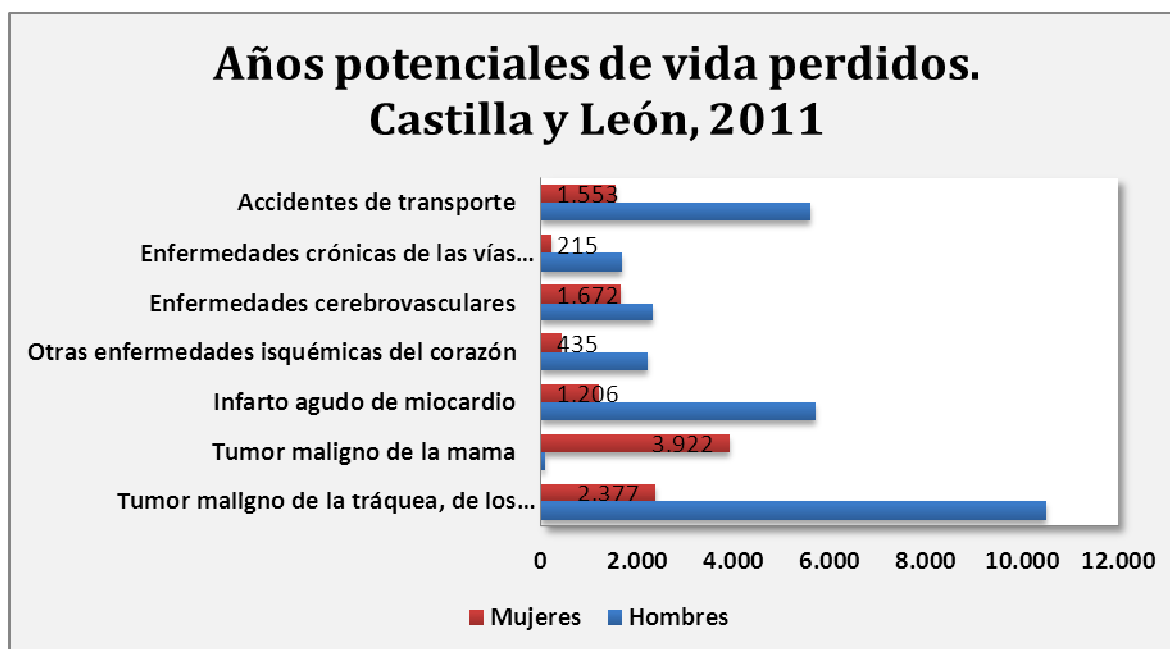
La **tasa bruta de mortalidad (TBM)** por AT en Castilla y León en el año 2007 fue de 11,36 muertes por 100.000 hab. (17,47 en hombres y 5,39 en mujeres). En el año 2011, la tasa se ha situado en 7,53 fallecidos por 100.000 hab (10,69 en varones y 4,45 en mujeres).

El grupo de edad con la TBM más elevada es el de 85 años y más, con 21 fallecidos por 100.000 hab, seguido por el de 75 a 84 años con una tasa de 14. Los jóvenes, de 35 a 44 años, ocupan el tercer puesto, con 8 fallecidos por cien mil habitantes.

Por grupos de edad y sexo, los hombres presentan la mayor tasa en todos los grupos etarios, salvo en el grupo de 85 años y más donde es mayor en mujeres, encontrándose las mayores diferencias en el grupo de 45 a 54 años donde la tasa para los hombres es 5,3 veces la de las mujeres.

La **tasa de mortalidad estandarizada por edad por población europea (TMEE)** también presenta una evolución descendente. En 2007 era de 10,29 fallecidos por 100.000 hab. (15,86 en hombres; 4,61 en mujeres) y en 2011, la TMEE se situó en 5,92 (8,8 en hombres; 3,02 en mujeres).

Con relación a los **APVP**, en Castilla y León, se perdieron en el año 2011, casi 125.000 APVP (87.267 en hombres y 37.715 en mujeres). De ellos, el 2,24% se pierden como consecuencia de un AT (2,60% en hombres; el 1,53% en mujeres).



Fuente: Servicio de Estadística. Consejería de Sanidad 2013

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de mortalidad del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que proporciona datos de la **tasa estandarizada de APVP por edad por población europea**. En el año 2011, en Castilla y León la tasa de APVP fue de 163,74 años por cada 100.000 hab. (239,06 en hombres; 84,91 en mujeres), el 7,07% de la tasa de APVP por todas las causas. En el

año 2007, este porcentaje era del 12,5%. Las tasas son superiores a las de España, tanto globalmente como por sexos. La tendencia en ambos territorios es claramente descendente.

Accidentes de tráfico					
Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)					
	2007	2008	2009	2010	2011
Castilla y León					
Hombres	498,59	448,18	251,29	340,15	239,06
Mujeres	149,54	90,29	111,25	70,23	84,91
Ambos	328,89	273,89	183,01	208,42	163,74
España					
Hombres	388,83	300,85	245,42	217,27	187,32
Mujeres	96,72	71,47	61,74	55,27	43,48
Ambos	246,09	188,73	155,5	137,67	116,46

Fuente: Datos de mortalidad. ISCIII

Evaluación: Se confirma la tendencia descendente de la tasa de APVP por accidentes de tráfico, tanto en hombres como en mujeres. **El objetivo está conseguido.**

OG-4: Romper la tendencia ascendente actual de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por accidentes de tráfico.

	2007	2011	Objetivo	Evaluación
Tasa de APVP	328	163	Descendente	Conseguido

OE-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.

INDICADOR: Tiempos medios de llegada de Emergencias Sanitarias.

M 217: Difundir y ampliar la oferta de cursos de primeros auxilios dirigidos al primer interviniente ante un accidente de tráfico.

M 218: Formación de mayor número de diplomados de transporte medicalizado.

M 219: Formación continuada de los profesionales de atención primaria en la atención urgente de accidentes de tráfico.

M 220: Formación de la población en primeros auxilios.

M 221: Revisar las cronas de la dotación de estructura y recursos sanitarios para atender, en el menor tiempo posible, los accidentes de tráfico.

Para analizar el objetivo se utiliza la información aportada por la Gerencia de Emergencias Sanitarias, en concreto, **el tiempo medio de respuesta** - entendido

como el tiempo medio que transcurre desde la entrada de la llamada de demanda asistencial en el Centro Coordinador de Urgencias por un accidente de tráfico hasta la llegada al lugar del incidente de la UME (este tiempo hace referencia a las asistencias prestadas por las UME en cualquiera de las carreteras de la red viaria de Castilla y León)-.

El tiempo medio de respuesta mantuvo una tendencia descendente hasta el año 2011, sin llegar a alcanzar el objetivo, fijado en 15 minutos. En el año 2012, el tiempo medio ha aumentado. Habrá que valorar con nuevos datos si la tendencia se mantiene o es una situación puntual.

	Accidentes de tráfico				
	Tiempo medio de respuesta de Emergencias Sanitarias				
	2008	2009	2010	2011	2012
Tiempo	0:19:19	0:19:16	0:17:18	0:17:01	0:20:35
Fuente: Gerencia de Emergencias Sanitarias. Consejería de Sanidad, 2013.					

El número de recursos de Emergencias Sanitarias durante el periodo 2008-2012 ha permanecido estable. Por tanto, las cronas de actuación de los recursos se mantienen muy similares.

No obstante, desde la Gerencia de Emergencias Sanitarias se continúa evaluando las posibilidades de mejora en la utilización de los recursos, especialmente en aquellas patologías como puede ser la Enfermedad Traumática Grave derivada de los accidentes de tráfico.

Evaluación: El objetivo se **considera no conseguido** al sobrepasar los 15 min fijados en el objetivo.

OE-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.

INDICADOR: Evolución nº AT según causa.

M 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, entre otros.

Los factores concurrentes en los accidentes de tráfico son varios. Entre ellos destacan la infracciones de las normas, la velocidad inadecuada, las distracciones/fatiga y el consumo de alcohol y drogas.

Se utiliza como fuente de información, los datos aportados por la Dirección General de Tráfico (DGT) en relación al **número de accidentes de tráfico con víctimas en vías interurbanas** de la Comunidad de Castilla y León según las causas principales.

En cifras absolutas, el número de accidentes de tráfico con víctimas ha disminuido para cualquiera de las causas. A lo largo del periodo de estudio, la causa más frecuente sigue siendo la distracción / somnolencia, presente en más de la mitad de los accidentes en vías interurbanas. Le siguen en frecuencia la velocidad inadecuada, la infracción de las normas y en menor medida, la presencia de alcohol y drogas.

Accidentes de tráfico con víctimas en Castilla y León							
Nº de AT en vías interurbanas según causas							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alcohol/Drogas	77	78	67	54	61	70	50
Distracción/Somnolencia	2.040	2.079	1.736	1.642	1.449	1.402	1.325
Infracción normas	838	782	696	511	447	412	381
Velocidad inadecuada	846	830	717	552	510	419	434

Fuente: Dirección General de Tráfico, 2013

La información que suministra anualmente el INT (Instituto Nacional de Toxicología) sobre detección de alcohol, drogas ilegales y medicamentos en conductores y peatones fallecidos en accidente de circulación, permite analizar el **impacto que el consumo de sustancias psicoactivas tiene en las muertes por accidente de tráfico en Castilla y León**. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/180/728/Informe%20INT_2000-2011_final.pdf

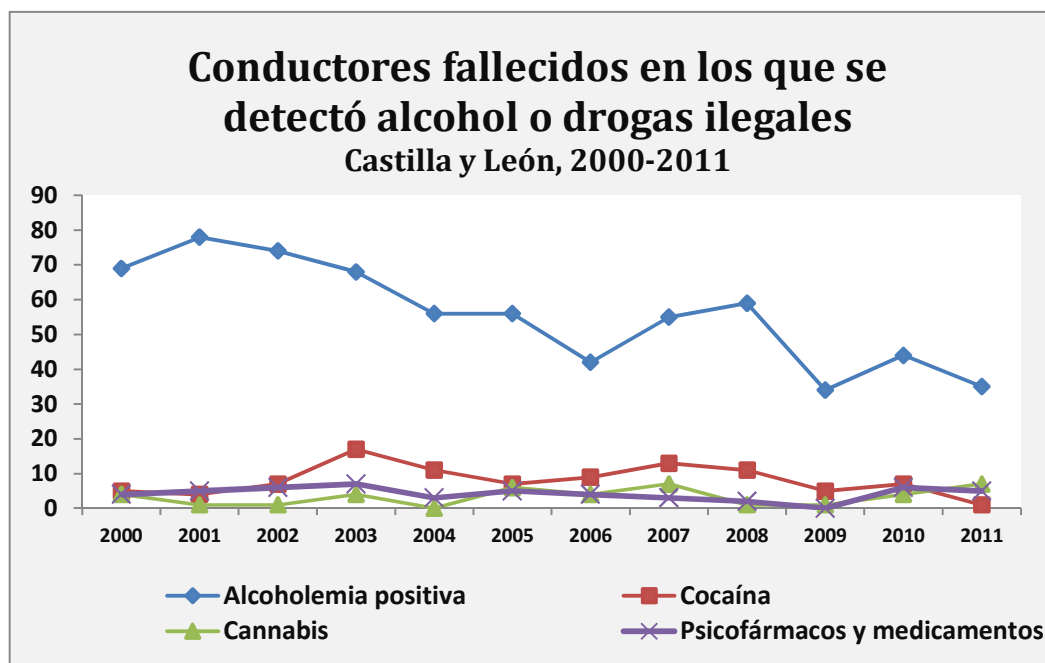
Durante el periodo 2000-2011, se ha detectado la presencia de alguna sustancia psicoactiva en el 37,1% de los conductores fallecidos, sin que se aprecie una tendencia clara, lo que apuntaría a una estabilidad en los datos.

La droga detectada en sangre con más frecuencia en los conductores fallecidos, entre 2000 y 2011, es el alcohol (31,7%). De ellos, el 54,3% presentaba un grado de alcoholemia superior a 1,5 g/l. Los conductores fallecidos con alcoholemia positiva (>0,30 g/l) son mayoritariamente hombres (96,2%).

En los peatones fallecidos por atropello desde el año 2000 a 2011, las alcoholemias positivas representaban el 23,2%. De estos positivos, el 64,3% tenía un grado de alcoholemia superior a 1,5 g/l. Las alcoholemias positivas son más frecuentes en los peatones hombres (96%).

La cocaína es la droga ilegal más detectada en los conductores fallecidos (97 casos, 4,6%), a distancia, el cannabis (40 casos, 1,9%) y las anfetaminas (21 casos, 1,1%). En 15 casos se detectó metadona y en 10 opiáceos. Las drogas ilegales y psicofármacos aparecieron en el 4,1% de los conductores fallecidos en combinación con el alcohol.

Se detectaron restos de psicofármacos o medicamentos en el 2,4% de los conductores, fundamentalmente se trataba de benzodiacepinas, en 33 personas (1,5%), y de antidepresivos, en 17 personas (0,9%).



Fuente: Instituto Nacional de Toxicología

Uso de sistemas de seguridad

En relación al uso de cinturón de seguridad en turismos y furgonetas, según la información aportada por la Jefatura Provincial de Tráfico, durante el año 2012, el 97,43% de los conductores y el 97,12% de los pasajeros llevaban puesto el cinturón, mientras que en motocicletas y ciclomotores utilizan el casco el 97,87% de los conductores y el 96,08% de los pasajeros. A lo largo del periodo se observa que ha aumentado el uso de los sistemas de seguridad.

Accidentes de tráfico						
Uso de sistemas de seguridad						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Uso del cinturón de seguridad						
Conductores	88,93	89,17	83,33	97,24	97,50	97,43
Pasajeros	85,47	84,28	82,32	96,47	96,42	97,12
Uso del casco						
Conductores	90,70	100	87,50	97,78	99,73	97,87
Pasajeros	100	100	--	100	100	96,08

Fuente: Dirección General de Tráfico, 2013

En 2012, entre los usuarios de turismos y furgonetas, el 33,3% de los conductores fallecidos y el 21,6% de los pasajeros fallecidos no llevaban puesto el cinturón de seguridad. Los porcentajes de usuarios de ciclomotores y motocicletas fallecidos que no utilizan el casco presentan mucha variación debido a que los valores absolutos de conductores y pasajeros fallecidos son pequeños.

Accidentes de tráfico. Uso de sistemas de seguridad						
Evolución del porcentaje de fallecidos						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje de fallecidos que no llevaba cinturón de seguridad (%)						
Conductores	17,93	19,82	28,40	15,91	18,57	33,33
Pasajeros	20	19,05	23,64	15,79	15,63	21,62
Porcentaje de fallecidos que no llevaba el casco (%)						
Conductores	10	0	7,14	9,09	0	0
Pasajeros	0	0	100	0	0	100

Fuente: Jefatura Provincial de Tráfico. Dirección General de Tráfico

Evaluación: El objetivo se considera conseguido al reducirse el número de accidentes por infracciones de las normas, velocidad inadecuada, distracciones/fatiga, consumo de alcohol y drogas. Además, se ha incrementado el uso de sistemas de seguridad, especialmente del cinturón de seguridad, incremento que se produce tanto en conductores como en pasajeros.

OE-112: Mejorar la calidad de la asistencia prehospitalaria.

INDICADOR: Nº Fallecidos en AT (prehospitalaria).

M 223: Desarrollo de protocolos de transferencia entre la atención urgente en el lugar del accidente y la atención urgente hospitalaria.

M 227: Seguimiento dirigido a evitar el cambio de material cuando el paciente es transferido.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos aportados por la Gerencia de Emergencias Sanitarias en relación al **número de fallecidos en accidentes de tráfico a nivel prehospitalario**.

Según los datos aportados, la mayor parte de las víctimas mortales se contabilizan en el lugar del accidente bien porque ya están muertas, o bien porque fallecen tras iniciar las maniobras de resucitación. El porcentaje de pacientes que fallecen en el traslado al centro asistencial es pequeño.

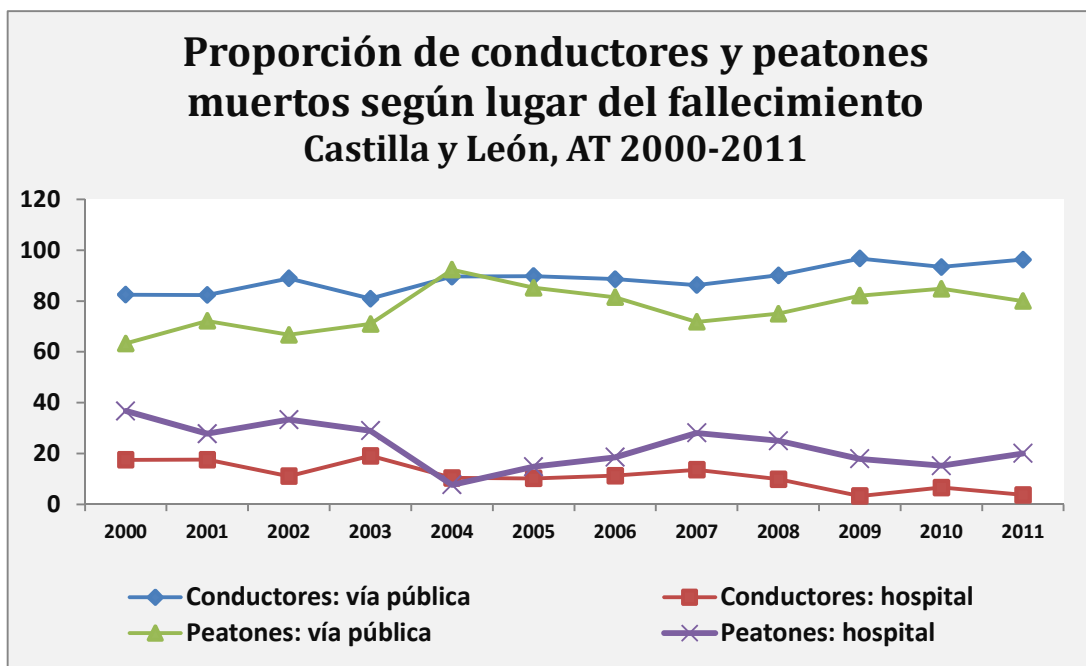
Número de fallecidos en accidente de tráfico a nivel prehospitalario					
	2008	2009	2010	2011	2012
Éxitus*	11	152	177	107	112
Éxitus en traslado**	0	0	1	2	1

Fuente: Gerencia de Emergencias Sanitarias. Consejería de Sanidad, 2013.
 * Pacientes que a la llegada del recurso ya estaban fallecidos o han fallecido tras iniciar maniobras en el lugar del incidente y por tanto, no se ha iniciado traslado.
 ** Pacientes que fallecen durante el traslado en ambulancia.

La misma conclusión se extrae del Informe del Instituto Nacional de Toxicología, estudio que valora también el lugar del fallecimiento. Según el mismo, en los AT ocurridos en Castilla y León en el periodo 2000-2011, un alto porcentaje de conductores falleció en la

vía pública (88%) y el resto en el hospital o camino del mismo (12%). En el caso de los peatones, el 76,8% falleció en la vía pública.

El estudio refleja que en el periodo analizado se produce un aumento de fallecimientos tanto de conductores como de peatones en la vía pública, lo que indica una mayor gravedad de los accidentes.



Fuente: Instituto Nacional de Toxicología

Desarrollo de protocolos de transferencia entre la atención urgente en el lugar del accidente y la atención urgente hospitalaria. Seguimiento dirigido a evitar el cambio de material cuando el paciente es transferido.

Desde su creación, la Gerencia de Emergencias ha tenido como misión afianzar el Sistema Integral de Asistencia Urgente de la Comunidad. El objetivo que se pretende alcanzar es conseguir que no se rompa la cadena de asistencia al paciente, especialmente cuando ha de realizarse la transferencia del mismo desde un nivel asistencial al siguiente. Por este motivo, desde el Centro Coordinador de Urgencias se realiza, de forma sistemática, el preaviso hospitalario. Esta acción tiene como objetivo comunicar al hospital la llegada de un paciente que, por su patología, precisa que el hospital se encuentre preparado para su recepción. Esta preparación no solo incluye el material necesario para la transferencia sino también, la alerta de los profesionales sanitarios que puede ser necesario que intervengan en la atención de ese paciente. Cada Unidad Medicalizada de Emergencias conoce el procedimiento de transferencia de pacientes críticos al Servicio de Urgencias del Hospital.

Durante este periodo se ha realizado el procedimiento de transferencia del paciente con Trauma Grave entre Emergencias Sanitarias y el Hospital Universitario Río Hortega. Se está trabajando para realizar un protocolo de transferencia a nivel de toda la Comunidad.

De forma progresiva, los hospitales están dotando a los Servicios de Urgencia de material de movilización e inmovilización que facilite el intercambio de material con las Unidades Medicalizadas de Emergencias.

Evaluación: La mayor parte de los fallecimientos se producen en la vía pública. El número de accidentados que fallecen en el traslado es muy pequeño. De forma progresiva, los hospitales están dotando a los Servicios de Urgencia de material de movilización e inmovilización que facilite el intercambio de material con las Unidades Medicalizadas de Emergencias. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-113: Mejorar la calidad de la asistencia en urgencias hospitalarias.

INDICADOR: Nº Fallecidos en AT en urgencias.

OE-114: Mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria durante el periodo de hospitalización.

INDICADOR: Nº Fallecidos en AT (intrahospitalario).

M 224: Aplicación de guías clínicas sobre la atención a accidentados de tráfico en todos los servicios de urgencia.

Para valorar el indicador se utiliza como fuente de información los datos aportados por el CMBD de Castilla y León, que facilita **el número de fallecidos a nivel hospitalario** como consecuencia de un accidente de tráfico para el año de referencia.

El número de ingresos por accidente de tráfico presenta una tendencia descendente tanto en hombres como en mujeres. En el año 2012, ingresaron 774 hombres, un 42% menos que en 2007 y 416 mujeres, un 37% menos. De ellos, fallecieron 32 hombres (4,13%) y 6 mujeres (1,44%). El porcentaje de fallecidos no presenta una tendencia clara, mostrando pequeñas variaciones a lo largo del periodo estudiado que indican cierta estabilidad.

	Accidentes de tráfico					
	Nº de fallecidos por AT (intrahospitalario)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres						
Ingresos	1.352	1.155	1.004	859	855	774
Fallecidos	42	35	25	27	37	32
%	3,11	3,03	2,49	3,14	4,33	4,13
Mujeres						
Ingresos	667	583	550	490	406	416
Fallecidos	21	15	17	22	13	6
%	3,15	2,57	3,09	4,49	3,20	1,44
Ambos						
Ingresos	2.019	1.738	1.554	1.349	1.261	1.190
Fallecidos	63	50	42	49	50	38
%	3,12	2,88	2,70	3,63	3,96	3,19

Fuente: CMBD de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: El número de fallecidos a nivel intrahospitalario ha disminuido a lo largo del periodo como consecuencia del menor número de ingresos por accidentes de tráfico. El porcentaje de fallecidos presenta variaciones interanuales sin una tendencia clara. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-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).

INDICADOR: Tiempo de acceso a rehabilitación tras AT. Porcentaje de altas en rehabilitación sin discapacidad.

M 225: Seguimiento y actuación sobre la oferta de tratamiento rehabilitador en pacientes con lesiones y secuelas por accidentes de tráfico.

Las cifras de mortalidad son solamente una de las partes del impacto de los accidentes de tráfico en la salud de la población que además de producir miles de fallecidos, provocan lesiones graves que requieren de asistencia sanitaria y, en ocasiones, generan diferentes grados de incapacidad.

Castilla y León no dispone de un sistema de información que permita realizar el seguimiento de los pacientes que habiendo sido víctimas de un accidente de tráfico necesitan tratamiento rehabilitador.

Evaluación: No evaluable.

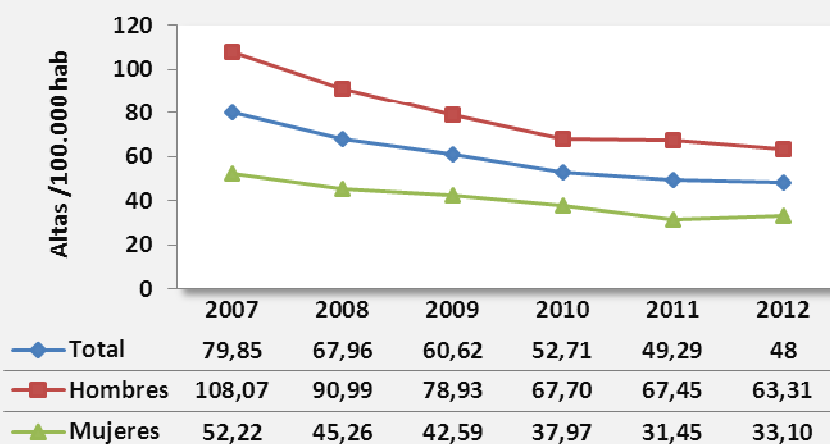
OE-116: Establecer un sistema de información sobre la atención sanitaria prestada a los pacientes por accidentes de tráfico que incluya los traslados interhospitalarios.

INDICADOR: Tasa de altas hospitalarias por AT. Sistema Información Activo sobre AT.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información, el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Castilla y León, que aporta el **número de altas hospitalarias por accidentes de tráfico**. Se obtiene la tasa de altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes para cada periodo del estudio.

En el año 2012, se produjeron 48 altas por cada 100.000 hab, más hombres (63,31) que mujeres (33,10). La tasa presenta una tendencia descendente a lo largo del periodo de estudio como consecuencia de la disminución del número de víctimas de AT y del menor número de ingresos por esta causa.

Altas hospitalarias por accidentes de tráfico



Fuente: CMBD de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: La tasa de altas hospitalarias ha descendido a lo largo del periodo de estudio. No se ha establecido un sistema de información activo que nos proporcione datos sobre los accidentes de tráfico. La principal fuente de información sigue siendo el CMBD hospitalario. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-117: Contribuir a la formación de los jóvenes conductores sobre aspectos relacionados con la prevención de accidentes de tráfico.

OE-118: Reforzar conocimientos específicos para la implantación de conductas de conducción segura.

OE-119: Optimizar las condiciones físicas de los jóvenes a la hora de conducir.

OE-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).

INDICADOR: Indicadores evaluación de la "Campaña joven de seguridad vial".

M 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.

M 228: Inclusión de actividades preventivas sobre accidentes de tráfico en la cartera de Atención Primaria.

M 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.

A lo largo del periodo de vigencia del III Plan de Salud, la Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Fomento, ha desarrollado dos estrategias de seguridad vial,

2004-2008 y 2009-2012. Esta segunda estrategia, que nace como continuación de la primera ante los buenos resultados obtenidos, persigue dos propósitos fundamentales, por un lado, diseñar una política de seguridad vial ajustada a los parámetros nacionales y europeos y por otro, dar continuidad a los planteamientos dirigidos a la reducción del número y la gravedad de los accidentes de circulación en el territorio de Castilla y León. Y todo ello, articulando un sistema que favorezca la implicación de la sociedad castellana y leonesa en su conjunto.

Entre las líneas de actuación de la estrategia, hay que destacar la de promover la concienciación, educación y formación vial con el objetivo de reducir la accidentabilidad en todos los sectores de la población, especialmente centrado en los más jóvenes (niños y adolescentes) y en la tercera edad.

En el marco de la Estrategia Regional de Seguridad Vial, el Instituto de la Juventud ha trabajado en el ámbito poblacional que le corresponde, los jóvenes conductores menores de 30 años, transmitiendo información en relación al riesgo que supone el binomio "juventud – conducción", con el objetivo de crear una conciencia social que les capacite para asumir la conducción en condiciones de responsabilidad. Las diferentes estrategias de actuación se articulan bajo el nombre de **Campaña Joven de Seguridad Vial**.

Este programa se ha desarrollado hasta el año 2010 y ha englobado diferentes tipos de actividades, sobre todo formativas (cursos sobre conducción y alcohol, conducción segura o conducción para jóvenes motoristas), cursos que se han planteado desde dos puntos de vista:

- 1.- Desde el punto de vista del usuario. Concienciar al joven para que use el automóvil o la moto en las mejores condiciones psicofísicas.
- 2.- Desde el conocimiento del vehículo. Preparar al joven conductor para que sepa enfrentarse a posibles situaciones de riesgo proporcionándole conocimientos de la respuesta del vehículo.

También se han facilitado alternativas a la conducción mediante el establecimiento de rutas con Bus Búho. Las actividades se han realizado con el apoyo técnico del RACE, empresas privadas y clubes de moteros así como con la colaboración de los ayuntamientos de las localidades donde se realizan las actividades cada año y las diputaciones.

En el año 2012, se crea el **Observatorio de la Juventud**, integrado en el Instituto de la Juventud de Castilla y León. Se trata de un instrumento que permite disponer de una visión global y permanente de la situación y evolución del mundo juvenil para evaluar el impacto de las actuaciones en materia de juventud llevadas a cabo en Castilla y León por las diferentes administraciones. En el Observatorio, se recopila toda la documentación relacionada con salud joven. Ahora mismo, están publicados una recopilación de estudios y guías en materia de alcohol, tabaco y otras drogas, enlaces de interés y campañas relacionados con hábitos saludables.

Por su parte, la Consejería de Sanidad participa mediante diversas acciones en este objetivo. A través de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, donde se incluyen consejos y recomendaciones sobre prevención de accidentes dirigidos a padres, en los

servicios de revisión del niño sano de 0 y 23 meses y revisión del niño sano entre 2 y 5 años.

En la edad escolar, a través de la Dirección General de Salud Pública, mediante la financiación de proyectos educativos en la escuela sobre prevención de accidentes. La Consejería de Sanidad, desde el año 2005 y hasta el curso 2009-10, ha venido efectuando convocatorias de ayudas a realizar en colegios e institutos de Castilla y León, para la realización de proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades en diferentes ámbitos, entre ellos, los accidentes.

A lo largo del periodo de vigencia del III Plan de Salud se han financiado 50 proyectos sobre prevención de accidentes con un presupuesto superior a los 90.000 €.

Proyectos educativos en centros escolares						
	Curso 2007-08		Curso 2008-09		Curso 2009-10	
	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto
Prevención de accidentes	29	49.076 €	12	30.440 €	9	12.901 €

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

Evaluación: La Campaña Joven de Seguridad Vial se ha llevado a cabo por parte de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades durante varios años. Gracias a estas campañas se ha conseguido llegar, directa e indirectamente, a un número importante de jóvenes. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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).

INDICADOR: Actuaciones modernización de carreteras e inversión en infraestructuras

La Junta de Castilla y León aprobó en el año 2009 el nuevo Plan Regional Sectorial de Carreteras 2008-2020, principal herramienta de planificación y de programación de obras a realizar por el Gobierno Autonómico en materia de carreteras en los próximos años, (*Decreto 24/2009, de 26 de marzo; BOCyL nº 65, de 6 de abril de 2009*).

La inversión global asciende a 6.300 millones de euros y permitirá modernizar y conservar la red autonómica de Castilla y León, la más extensa de España. El Plan se vertebrará en cinco ejes principales: modernización, conservación, seguridad vial, accesibilidad y desarrollo sostenible y prevé la construcción de 124 variantes de población, 475,8 kilómetros de autovías y accesos a ciudades, y más de 83,80 kilómetros de nuevas carreteras, entre otras actuaciones. En concreto, en el eje de Seguridad vial, el Plan tiene como objetivo reducir la siniestralidad mediante la potenciación de los programas de conservación, señalización y balizamiento, la colocación de sistemas de protección de motoristas, la sustitución de postes doble "T" por postes tubulares y la actuación sobre variantes de población para eliminar conflictos en las travesías.

La Consejería de Fomento ha realizado actuaciones de modernización y conservación en función de la disponibilidad presupuestaria. Todas las obras se encuentran ejecutadas y en servicio salvo un porcentaje pequeño de las obras de modernización licitadas en 2011, obras que estarán en servicio en este año 2013.

Accidentes de tráfico. Castilla y León		
Actuaciones de modernización y conservación de carreteras: Km de obras licitadas		
	Modernización¹	Conservación²
2009	379,68	738,71
2010	71,05	272,67
2011	128,93	473,08
2012	--	--

Fuente: Consejería de Fomento y Medio Ambiente. Junta de Castilla y León.
 1. Modernización: Obra nueva, acondicionamiento y mejoras.
 2. Conservación: Refuerzos del aglomerado.

El estudio de la accidentalidad en las carreteras de la Red Regional de la Comunidad de Castilla y León, llevado a cabo por la Consejería de Fomento, incluye el cálculo de los índices de peligrosidad (IP) y de mortalidad (IM). A lo largo del periodo estudiado, 2009-2012, el número de accidentes con víctimas (ACV) en la Red Regional de carreteras ha disminuido un 14,1% y el índice de peligrosidad, que relaciona el número de ACV con el tráfico registrado, ha disminuido 1,56 puntos, situándose en el año 2012 en 20,24. El índice de mortalidad, que relaciona el número de víctimas mortales con el tráfico registrado, ha pasado de 1,15 a 1,22 en el mismo periodo.

Accidentes de tráfico en la Red Regional de carreteras de Castilla y León.				
Indicadores de accidentabilidad				
	2009	2010	2011	2012
Nº de ACV ¹	1.078	1.006	992	926
IP ²	21,80	20,34	20,33	20,24
IM ³	1,15	1,72	1,25	1,22

Fuente: Consejería de Fomento y Medio Ambiente. Junta de Castilla y León
 1. ACV: Accidentes con víctimas
 2. IP: Índice de peligrosidad (nº de ACV por cada 100 millones de vehículos-Km recorridos)
 3. IM: Índice de mortalidad (nº de víctimas mortales por cada 100 millones de vehículos-Km recorridos)

Si se comparan los índices de peligrosidad y mortalidad de la Red Regional de carreteras de la Comunidad de Castilla y León, con los correspondientes a las carreteras convencionales de la Red del Estado en Castilla y León, se observa que el índice de peligrosidad de la Red Regional en 2011 (20,33) es sensiblemente superior al obtenido en la Red del Estado, 14 (dato de 2011 en carreteras convencionales, último disponible), y en el caso del índice de mortalidad, el valor en la Red Regional (1,25) es algo inferior al registrado en la Red del Estado, 1,3 (dato de 2011 en toda la red de carreteras del Estado).

Las diferencias en los índices de peligrosidad y mortalidad entre las redes de carreteras del Estado y de la Comunidad de Castilla y León, se deben fundamentalmente a la intensidad del tráfico, con una intensidad media de vehículos al día mucho más alta en la Red del Estado.

Evaluación: La Junta de Castilla y León aprobó y publicó en el año 2009 el nuevo Plan Regional Sectorial de Carreteras 2008-2020. En el marco de este Plan, la Consejería de Fomento ha ejecutado actuaciones de modernización y conservación en la Red Regional de carreteras, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria. El análisis de la accidentabilidad en esta red refleja un pequeño aumento del índice de mortalidad y una disminución del índice de peligrosidad en las carreteras regionales con respecto al año 2009. **El objetivo se considera conseguido.**

SALUD EN EL ENTORNO LABORAL

La siniestralidad laboral afecta a la salud individual pero es un problema de salud social. La prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud en el ámbito laboral resultan indispensables en cualquier sociedad y en cualquier empresa moderna. Toda acción que contribuya a mejorar la prevención de riesgos y la promoción de la salud laboral contribuye a mejorar la salud comunitaria en forma de años ganados y de lesiones, incapacidades y sufrimientos evitados.

SALUD EN EL ENTORNO LABORAL		
OG-42	Reducir la incidencia de accidentes laborales en un 3%.	CONSEGUIDO
OG-43	Reducir la incidencia de enfermedades profesionales a niveles inferiores a la media estatal.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-44	Modificar la tendencia de los accidentes mortales para conseguir estar por debajo de la media estatal.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-45	Reducir los días de Incapacidad Temporal por accidentes laborales.	NO CONSEGUIDO
OG-46	Reducir la duración de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común.	CONSEGUIDO
OE-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 e Higiene en el trabajo.	CONSEGUIDO
OE-123	Mejorar la información que reciben los trabajadores sobre sus propios riesgos laborales en el puesto de trabajo, por parte de las empresas.	CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-126	Mejorar la cultura preventiva entre los empresarios aumentando hasta el 45% las empresas que han mejorado la organización preventiva en el último año.	CONSEGUIDO
OE-127	Mejorar la cobertura de las evaluaciones de riesgos.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

OE-128	Mejorar la cobertura de la vigilancia de la salud de los trabajadores.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-129	Reducir el porcentaje de trabajadores que fuman, a menos del 30%.	CONSEGUIDO
OE-130	Mejorar la tramitación de declaración de contingencias.	CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-132	Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.	CONSEGUIDO
OE-133	Incorporar la vacunación sistemática del adulto en el contexto de vigilancia de salud de los trabajadores.	CONSEGUIDO
OE-134	Reducir la prevalencia de consumidores habituales abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.	CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-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)	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

La incidencia de accidentes laborales muestra una disminución significativa a lo largo de la vigencia del Plan, mostrando que la reducción de la siniestralidad no solamente se debe a la reducción de actividad que se ha producido como consecuencia de la situación económica, sino que existen otros factores influyentes (mejora de las condiciones de trabajo, mayor sensibilización, mayor y mejor formación e información de los trabajadores, etc.) que pueden permanecer una vez se haya superado la situación de crisis. La mortalidad también presenta una tendencia descendente aunque no ha alcanzado los valores del resto del Estado.

En cuanto a las enfermedades profesionales, no se consigue reducir la incidencia según el objetivo previsto pero sí se ha observado una tendencia descendente. Las causas de esta disminución pueden ser varias: la situación de crisis económica, la mejora de las condiciones de trabajo, la menor exposición a agentes causales o cambios en la tipología de los trabajos.

A pesar de los cambios normativos introducidos con el fin de mejorar la declaración de EE.PP., sigue existiendo una infradeclaración. Por ello, el III Acuerdo de Prevención de

Riesgos Laborales de Castilla y León, 2012-2015 sigue insistiendo en la necesidad de que la Administración Sanitaria establezca los mecanismos necesarios para que los facultativos médicos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud, comuniquen la sospecha de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales.

Se observa un elevado grado de consecución de los objetivos relacionados con los planes dependientes de la Consejería de Economía y Empleo y que están relacionados con la política de Prevención de Riesgos Laborales.

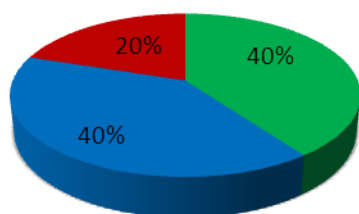
Así mismo también se ha conseguido, en buena medida, los objetivos que se diseñaron en la línea de trabajo de la vigilancia de salud de los trabajadores como es, mejora de la cobertura de vigilancia y la creación de una Guía de buenas prácticas en esta materia.

Se han desarrollado los sistemas de información en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y éste, que se consideró uno de los objetivos necesarios por parte de todos los agentes implicados, es un campo en el que se debe seguir trabajando para conseguir la unificación de todos los sistemas y que la información esté disponible en todos los ámbitos de la salud en el medio laboral.

Los objetivos generales tienen un grado de consecución del 40% conseguido, 40% parcialmente conseguido y 20% no conseguido. Los objetivos específicos conseguidos en su totalidad constituyen el 73% y otro 27% parcialmente conseguido.

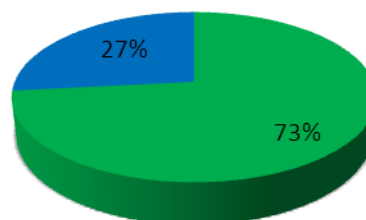
SALUD EN EL ENTORNO LABORAL

Objetivos Generales



■ Conseguido
■ Parcialmente conseguido
■ No conseguido

Objetivos Específicos



■ Conseguido ■ Parcialmente conseguido

OG-42: Reducir la incidencia de accidentes laborales en un 3%.

INDICADOR: Tasa incidencia de accidentes laborales

Según el Informe Anual de Siniestralidad Laboral de Castilla y León, nuestra Comunidad Autónoma se ha caracterizado en los últimos años por la continuidad en el descenso de las cifras de accidentes de trabajo, como consecuencia, entre otros factores, de la disminución de actividad prácticamente en todos los sectores económicos. La situación de crisis económica ha afectado, en mayor o menor medida, a todos los sectores y una

consecuencia de ello ha sido una reducción significativa del número de accidentes de trabajo registrados. El descenso de la actividad ha supuesto también una disminución significativa del número de trabajadores en activo que, paralelamente a la reducción del número de accidentes, nos podría llevar en principio, al mantenimiento de las cifras de incidencia.

El número de accidentes con baja, tanto en jornada de trabajo como "in itinere", ha disminuido de forma significativa, y lo ha hecho en todos los grados de lesión, en todos los sectores de actividad y en todas las provincias.

	Accidentes laborales con baja. Castilla y León					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidentes en jornada de trabajo						
Leves	44.366	41.125	31.734	29.232	24.852	19.213
Graves	407	412	288	291	251	204
Mortales	58	70	42	44	39	27
Totales	44.831	41.607	32.064	29.567	25.142	19.444
Accidentes "In itinere"						
Leves	3.291	3.312	3.102	2.839	2.320	2.070
Graves	58	62	54	43	43	34
Mortales	17	26	13	16	14	6
Totales	3.366	3.400	3.169	2.898	2.377	2.110
TOTALES	48.297	45.007	35.233	32.465	27.519	21.554
Fuente: Informe Anual de Siniestralidad Laboral en Castilla y León. Consejería de Economía y Empleo						

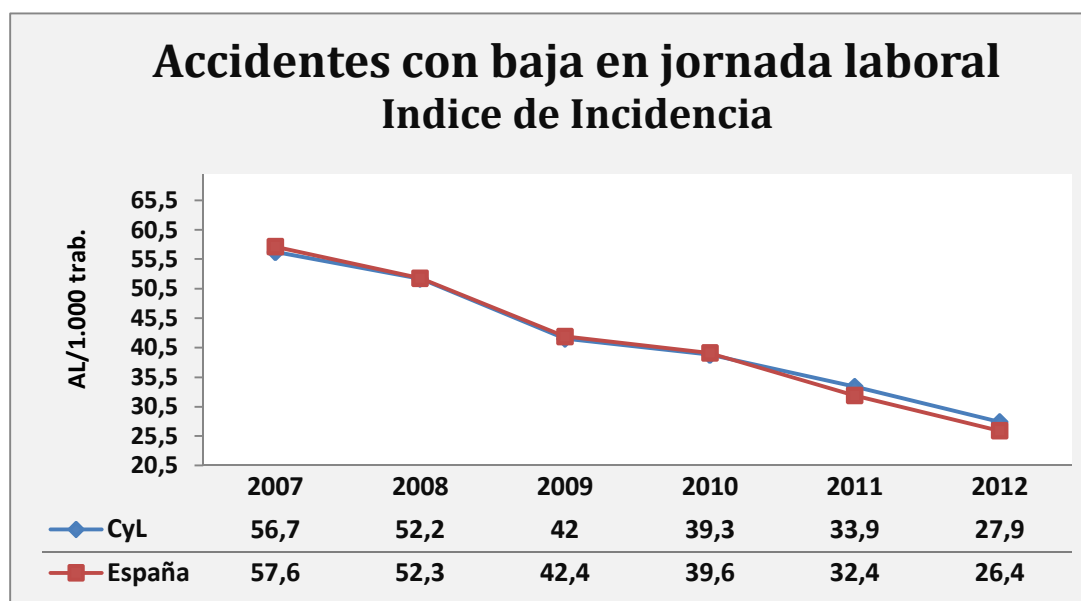
Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos aportados por el Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León (Consejería de Economía y Empleo). La **tasa o índice de incidencia**, es la forma más ajustada de expresar la siniestralidad laboral ya que representa el número de accidentes con baja por cada 100.000 trabajadores afiliados con la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad profesional cubierta en activo-. La incidencia se calcula para los accidentes que tuvieron lugar durante la jornada laboral y para los ocurridos "in itinere", es decir, los que tuvieron lugar en los trayectos de ida y/o vuelta al trabajo.

El descenso en el número de accidentes laborales es constante a lo largo del periodo y ocurre para todo tipo de accidente y gravedad (los accidentes con baja en jornada laboral descienden un 43,37% y los "in itinere" un 62,68%). Los índices de incidencia también han descendido, (2.879 puntos en los accidentes en jornada laboral y 122 puntos por cada 100.000 trabajadores, en el caso de los accidentes "in itinere").

Accidentes laborales con baja. Castilla y León						
Índice de incidencia de accidentes con baja <u>en jornada laboral</u> por 100.000 trabajadores en alta.						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidentes leves	5.610	5.161	4.156	3.890	3.348	2.756
Accidentes graves	50,7	51,7	37,7	38,7	33,8	29,3
Accidentes mortales	7	8,8	5,5	5,9	5,3	3,9
General	5.668	5.222	4.199	3.934	3.388	2.789
Índice de incidencia de accidentes laborales <u>"in itinere"</u> con baja por 100.000 trabajadores en alta						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidentes leves	415	416	406	378	313	297
Accidentes graves	7,7	7,8	7,1	5,7	5,8	4,9
Accidentes mortales	1,9	3,3	1,7	2,1	1,9	0,9
General	425	427	415	386	320	303

Fuente: Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León, 2013. Consejería de Economía y Empleo

La evolución del índice de incidencia de los accidentes con baja en jornada laboral ha seguido una trayectoria similar a la nacional.



Fuente: Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León

Evaluación: El objetivo se considera conseguido. Los datos de los índices de incidencia expresan una disminución significativa, mostrando que la reducción de la

sinistralidad no solamente se debe a la reducción de actividad, sino que existen otros factores influyentes (mejora de las condiciones de trabajo, mayor sensibilización, mayor y mejor formación e información de los trabajadores, etc.) que no son, o al menos no tienen por qué ser, factores coyunturales, como sucede con el descenso de la actividad, y por tanto pueden permanecer una vez se haya superado la situación de crisis.

OG-42: Reducir la incidencia de accidentes laborales en un 3%

	2007	2012	Objetivo esperado	Objetivo alcanzado	Evaluación
En jornada laboral (por 100.000 TA)	5.668	2.789	-3%	-49%	Conseguido
In itinere (por 100.000 TA)	425	303	-3%	-28%	Conseguido

OG-43: Reducir la incidencia de enfermedades profesionales a niveles inferiores a la media estatal.

INDICADOR: Tasa incidencia de enfermedades profesionales

En el año 2012, se declararon en Castilla y León 759 enfermedades profesionales (EE. PP.), de las cuales 329 cursaron con baja y 430 sin baja. Respecto a 2011, se registra un descenso de las enfermedades con baja del 23,7% y sin baja del 25,7%.

Por sexos, el 56,6% de las enfermedades con baja corresponden a hombres (185) y el 43,4% a mujeres (144). La reducción principal se produce en el sector industrial (-34,63%). Por grupos de EE. PP., la mayor frecuencia se produjo en las enfermedades causadas por "agentes físicos" (Grupo 2) donde se incluyen el 84,80% de los partes con baja laboral, seguida por las "enfermedades de la piel" (Grupo 5), con un 6,69%, y las causadas por "agentes químicos" (Grupo 1), con un 4,56%.

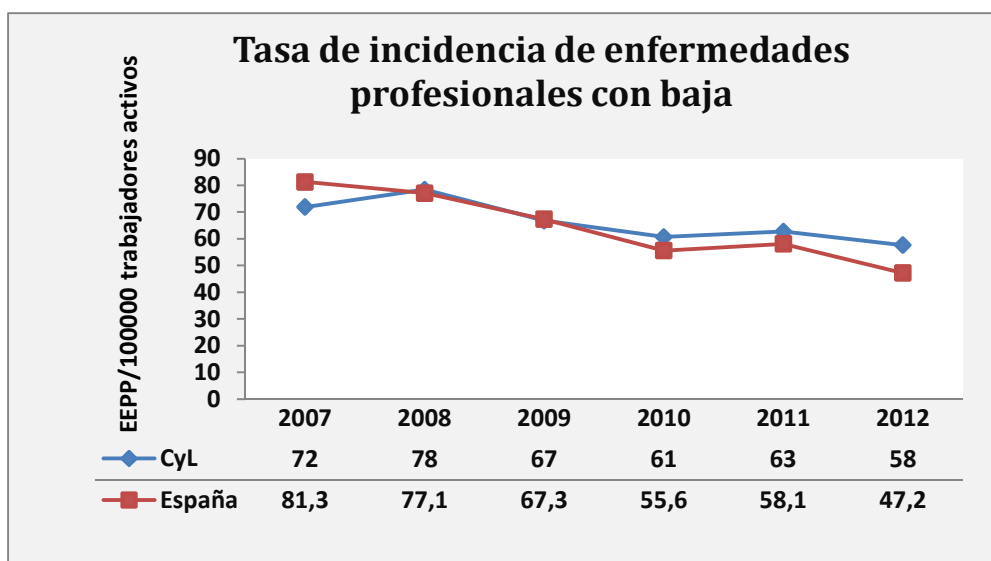
Enfermedades profesionales Castilla y León						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Castilla y León						
Totales	--	982	881	832	1.010	759
Con baja	647	614	514	418	431	329
Sin baja	--	368	367	414	579	430
España						
Totales	16.818	18.491	16.787	16.842	17.922	15.644
Con baja	11.400	11.476	9.648	8.765	8.805	7.466
Sin baja	5.416	7.015	7.139	8.077	9.117	8.178

Fuente: Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León, 2013. Consejería de Economía y Empleo.

Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos aportados por el Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León. Se analiza el **índice de incidencia** - entendido como el número de enfermedades profesionales que cursan con baja por cada 100.000 trabajadores -.

La incidencia de enfermedades profesionales en Castilla y León en el año 2012 fue de 95,78 casos por cada 100.000 trabajadores, situándose por debajo de la incidencia media a nivel nacional, que fue de 103,29. Sin embargo, las enfermedades profesionales con baja representan una incidencia de 58 casos por cada 100.000 trabajadores, superior a la incidencia media situada en 47 casos.

A lo largo del periodo, la incidencia sigue disminuyendo, a pesar del aumento que se produjo en 2011, confirmando la tendencia de los años anteriores. Las causas de esta disminución pueden ser varias: la situación de crisis económica, la mejora de las condiciones de trabajo, la menor exposición a agentes causales, cambios en la tipología de los trabajos o una mayor sensibilidad en el sistema.



Fuente: Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León, 2013. Consejería de Economía y Empleo.

Evaluación: Aunque no se consigue reducir la incidencia de las enfermedades profesionales con baja por debajo de la media estatal, el objetivo puede considerarse **parcialmente conseguido** ya que la tendencia es descendente.

OG-43: Reducir la incidencia de enfermedades profesionales a niveles inferiores a la media estatal

	2007	2012	Objetivo esperado	Evaluación
Tasa de incidencia/ 100.000 trabajadores afiliados	72	58	47,2	Parcialmente conseguido

OG-44: Modificar la tendencia de los accidentes mortales para conseguir estar por debajo de la media estatal.

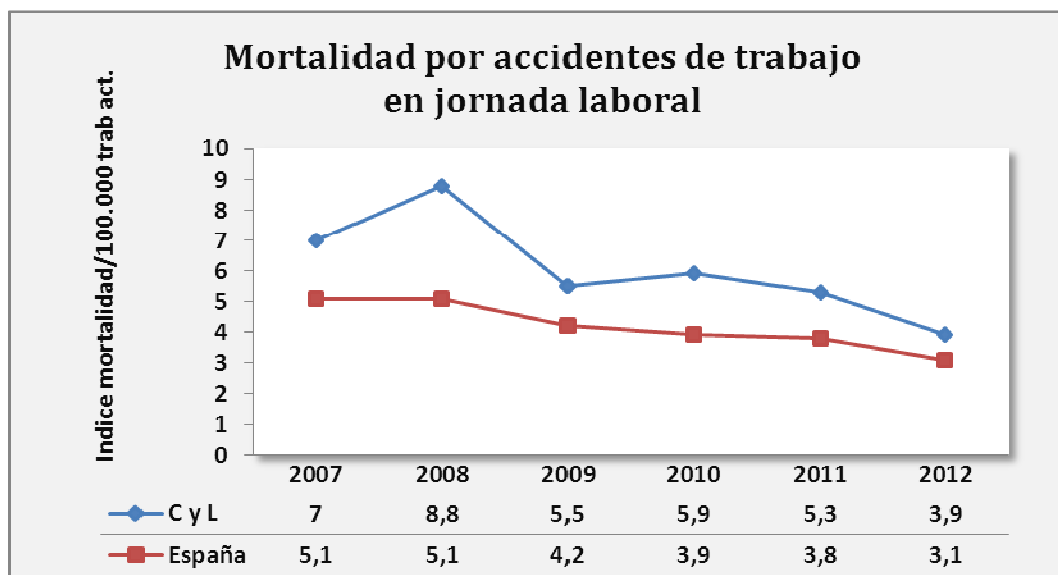
INDICADOR: Tasa mortalidad de accidentes laborales.

En Castilla y León, el número de accidentes mortales en jornada de trabajo es prácticamente la mitad de los que se registraban en el periodo 1999-2003 y sensiblemente inferior a los que se registraban en el periodo 2003-2007. En el año 2012,

se produjeron en Castilla y León 27 accidentes mortales en jornada de trabajo y 6 "in itinere". La mortalidad es muy superior en el sector agrario y la construcción a los otros dos grandes sectores, servicios e industria. La comparación con el año 2007 muestra una reducción generalizada tanto del número total de accidentes como en su distribución por grados de lesión, en concreto los accidentes mortales en jornada de trabajo se han reducido un 38,6% y los "in itinere", un 23%.

Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos aportados por el Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León. Se analiza la **tasa de mortalidad de accidentes laborales** - número de accidentes mortales por cada 100.000 trabajadores afiliados a la Seguridad Social-. La incidencia se calcula para los accidentes que tuvieron lugar durante la jornada laboral.

La línea de tendencia general parece claramente descendente, aproximándose a la media nacional. En el año 2012, se produjeron 3,9 accidentes mortales en jornada laboral por cada 100.000 trabajadores afiliados, frente a los 7 que se registraban en el año 2007, y ligeramente superior a la tasa nacional, 3,1.



Fuente: Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León, 2013. Consejería de Economía y Empleo

Evaluación: Aunque no se consigue reducir la incidencia por debajo de la media estatal, el objetivo puede considerarse **parcialmente conseguido** ya que la tendencia de los accidentes mortales en jornada laboral es descendente y se aproxima a la media nacional.

OG-44: Modificar la tendencia de los accidentes mortales para conseguir estar por debajo de la media estatal

	2007	2012	Objetivo esperado	Evaluación
Accidentes mortales/ 100.000 trabajadores afiliados	7	3,9	3,1	Parcialmente conseguido

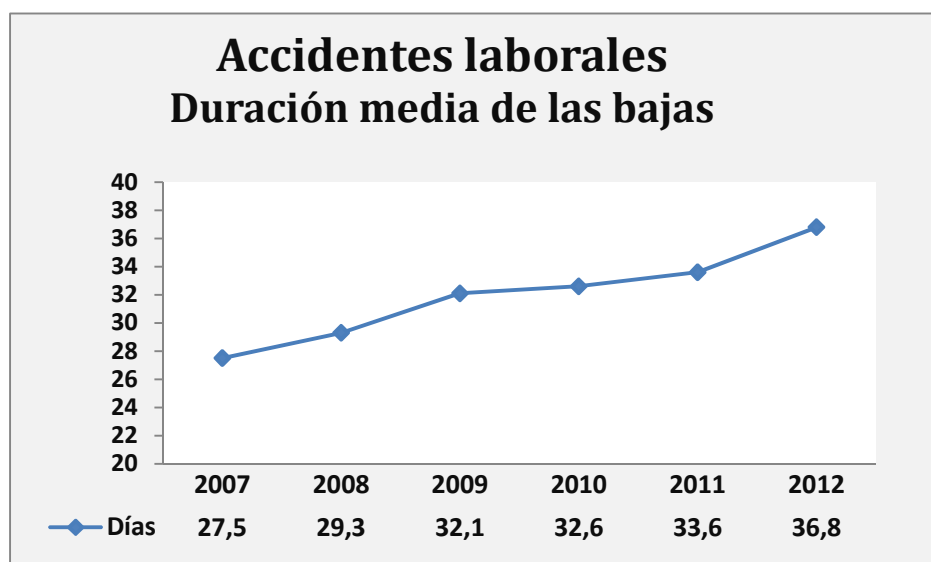
OG-45: Reducir los días de Incapacidad Temporal por accidentes laborales.

INDICADOR: Duración media de la IT en accidentes laborales.

Se entiende por incapacidad temporal (IT) la situación del trabajador que, por causa de enfermedad o accidente, sea o no laboral, se encuentra incapacitado para el adecuado desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria con cargo a la Seguridad Social.

Para analizar el indicador, se utiliza la información aportada por el Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León, que nos facilita la duración media de las bajas, - resultado de dividir el número de días no trabajados por accidente laboral entre el número de accidentes laborales declarados-.

La **duración media de las bajas** por accidente laboral en el año 2012 fue de 36,8 días, lo que supone un incremento del 34% con respecto al año 2007, mostrando una tendencia claramente ascendente.



Fuente: Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León

Evaluación: Este objetivo **no está conseguido** ya que la duración media de IT en accidentes laborales ha ido aumentando a lo largo del periodo.

OG 45: Reducir los días de Incapacidad Temporal por accidentes laborales

	2007	2012	Objetivo esperado	Evaluación
Duración media de la IT	27,5	36,8	Descenso	No conseguido

OG-46: Reducir la duración de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común.

INDICADOR: Duración media de la IT por contingencia común.

Para analizar el indicador, se utiliza como fuente los datos del Informe de Incapacidad Temporal, una de las operaciones incluidas en el Plan Estadístico de Castilla y León 2010-2013 (aprobado mediante Decreto 87/2009, de 17 de diciembre), responsabilidad de la Consejería de Sanidad, disponible en el Portal de Salud.

En Castilla y León, se han tramitado a lo largo del año 2012 un total de 160.707 bajas por IT, un 19,1% menos que el año anterior, lo que supone una media de 13.392 bajas al mes. Desde el año 2008, el número de bajas tramitadas en Castilla y León ha descendido un 35,3%.

El **Índice mensual de bajas** en 2012 en la Comunidad ha sido de 1,52 bajas nuevas por cada 100 afiliados activos a la Seguridad Social y la **prevalencia mensual**, es decir, el número de bajas que a final de cada mes continúan vigentes, fue de 2,28 bajas por cada 100 afiliados activos. Ambos indicadores con una tendencia descendente desde 2008.

	Incapacidad temporal					
	Datos básicos e indicadores					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Índice mensual de bajas	1,80	2,12	2,05	1,84	1,81	1,52
Prevalencia mensual de bajas	2,51	2,95	2,88	2,76	2,64	2,28
Duración media de las bajas	41,55	41,78	42,45	45,94	44,34	47,24
Duración media por afiliado activo	8,88	10,81	10,45	10,31	9,77	8,93

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

La **duración media de la baja** es el resultado de dividir el total de días que estuvieron en baja las altas tramitadas y el número total de altas del periodo estudiado. Por lo tanto, representa el número medio de días que consume cada baja tramitada. En el año 2012 fue de 47,24 días, el valor más alto de todo el periodo de estudio, aumentado en 5,69 días con respecto al año 2007.

La **duración media por afiliado activo** es el resultado de dividir el número total de días en baja de las altas tramitadas entre el número de afiliados activos en el periodo estudiado. El número medio de días que cada afiliado está en situación de IT es de 8,93 días al año, 1,88 días menos que en 2008, el valor más alto del periodo.

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido** ya que la duración media por afiliado activo ha caído de nuevo a cifras del año 2007, sin embargo, la duración media de las bajas ha aumentado.

OG-46: Reducir la duración de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común.

	2007	2012	Objetivo esperado	Evaluación
Duración media de la IT	41,55	47,24	Descenso	No conseguido
Duración media por afiliado activo	8,8	8,93	Descenso	Conseguído

OE-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 e Higiene en el trabajo.

INDICADOR: % Trabajadores con formación sobre PRL/año.
% Centros de Trabajo que imparten formación en Salud laboral.

M 232: Elaboración y aplicación de propuestas de mejora de formación en salud laboral dirigidas a los trabajadores.

La formación es una herramienta fundamental para actualizar conocimientos sobre prevención de riesgos laborales y estar al día en un tema tan complejo como es la seguridad y la salud en el puesto de trabajo.

Durante los últimos años se han desarrollado, desde la Administración Autonómica numerosas actividades, campañas de sensibilización, jornadas formativas y/o divulgativas, seminarios, congresos, etc. , y se han apoyado otras tantas realizadas por los agentes sociales y económicos, las universidades, las mutuas, los servicios de prevención, etc., con el objetivo de dar la mayor difusión posible y llevar el mensaje de la prevención, de la seguridad y la salud en el trabajo, al mayor número posible de trabajadores y empresarios. Estas acciones se han enmarcando dentro de los distintos acuerdos de diálogo social que se han formalizado en nuestra Comunidad Autónoma.

La variada oferta de acciones educativas está dirigida tanto a empresarios, trabajadores y mandos intermedios, como profesionales de la prevención, tanto de empresas como de entidades especializadas, así como a profesores y alumnos en el ámbito educativo.

El programa de formación se planifica anualmente y se realiza a través de las Unidades de Seguridad y Salud Laboral de las Oficinas Territoriales de Trabajo (USSL) y del Centro Regional de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León.

Prevención de Riesgos Laborales. USSL				
Acciones formativas				
	2009	2010	2011	2012
Nº de cursos	69	128	170	170

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

Destacar las campañas de asesoramiento técnico que la Consejería de Economía y Empleo realiza a través de las Unidades de Seguridad y Salud Laboral en determinados sectores con elevada siniestralidad o con características especiales para mejorar las condiciones de seguridad y salud en el puesto de trabajo.

- **Programa de acción frente a la siniestralidad:** Enfocado a empresas de los sectores Agrario, Industrial y Servicios que superan ampliamente los índices de incidencia de su sector en su provincia y/o que han sufrido accidentes con consecuencias graves o mortales durante los periodos estudiados. El número de empresas seleccionadas está en torno a las 350 y supone un número elevado de visitas por parte de los técnicos.
- **Campañas en el sector de la construcción:** Se han realizado más de 2.200 visitas a empresas constructoras de elevada siniestralidad con el objetivo de analizar y dar asistencia técnica a las empresas y a los responsables preventivos, en función de las circunstancias o características concurrentes en la obra.
- **Campañas de actuación en aprovechamientos madereros:** Se han realizado visitas conjuntas de los técnicos de prevención de las Unidades de Seguridad y Salud Laboral y técnicos de los Servicios Territoriales de Medio Ambiente, con el objetivo de dar asesoramiento preventivo a las empresas, para la mejora de las condiciones de trabajo.
- **Campañas en el sector logístico:** Se plantea como reuniones de los técnicos de las Unidades de Seguridad y Salud Laboral con representantes de la empresa, de los trabajadores y miembros de la organización preventiva de la empresa, para revisar toda su gestión.
- **Campañas de mediciones ambientales y toma de muestras** de los contaminantes presentes en el ámbito laboral, con el fin de valorar los posibles riesgos existentes en los lugares de trabajo y proponer las medidas preventivas adecuadas.
- **Cancerígenos:** Campañas de actuación de las Unidades de Seguridad y Salud Laboral en materia de Higiene Industrial, sobre asesoramiento y apoyo técnico para prevenir enfermedades profesionales, principalmente las originadas por agentes cancerígenos.
- **Asesoramiento a trabajadores autónomos:** Campaña de asesoramiento en prevención de riesgos laborales enmarcada dentro de las líneas estratégicas del Plan de Prevención de Riesgos Laborales 2011.

Por último, la Consejería de Economía y Empleo, a través de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, establece una línea de subvenciones públicas dirigidas a financiar actividades formativas en Prevención de Riesgos Laborales y Seguridad y Salud Laboral.

Actividades formativas subvencionadas a través de diversas líneas por la DG							
Líneas de subvención							
Subvenciones públicas dirigidas a la formación en materia de prevención de riesgos laborales							
2009		2010		2011		2012	
Nº Cursos	Importe (€)	Nº Cursos	Importe (€)	Nº Cursos	Importe (€)	Nº Cursos	Importe (€)
116 (71 básicos/ 45 otros)	801.204	154	916.306,17	171	920.080,15	52	130.980,49
Subvenciones públicas dirigidas a la formación de trabajadores, empresarios, autónomos, mandos intermedios y delegados de prevención en materia de seguridad y salud laboral							
2009		2010		2011		2012	
Nº Cursos	Importe (€)	Nº Cursos	Importe (€)	Nº Cursos	Importe (€)	Nº Cursos	Importe (€)
136 (31 básicos/ 105 otros)	299.507,22	84	300.909,00	92	164.813,84	--	--
Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León							

Evaluación: Para evaluar este objetivo se dispone del número de actividades formativas de los programas de formación anual llevadas a cabo por las USSL así como de las líneas de financiación que en materia de prevención de riesgos laborales y de seguridad y salud laboral subvenciona la Consejería de Economía y Empleo. Según estos datos se valora **el objetivo como conseguido**.

OE-123: Mejorar la información que reciben los trabajadores sobre sus propios riesgos laborales en el puesto de trabajo por parte de las empresas.

INDICADOR: Nº de trabajadores que reciben información sobre sus propios riesgos laborales

Para desarrollar y consolidar la cultura de la prevención de la sociedad sigue siendo necesario el desarrollo de campañas de concienciación y sensibilización que mejoren las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y con ello, una reducción de la siniestralidad laboral en cualquiera de sus formas.

Las **Encuestas sobre Condiciones de Trabajo** se han consolidado como una de las fuentes de información más útiles para la planificación y evaluación de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. En Castilla y León se han realizado 2 encuestas, una en el año 2005 y otra en 2010, cuyos resultados han servido para orientar las acciones de información, formación, divulgación y análisis que en materia de prevención de riesgos laborales deben ser desarrolladas por la administración.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información la II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León, realizada en el año 2010, en uno de cuyos apartados se analiza específicamente la información sobre prevención a los trabajadores.

Según los datos de la encuesta, en Castilla y León, la mayoría de los trabajadores (77,6%) señalan que están bien o muy bien informados sobre los riesgos que para su salud y seguridad tiene su trabajo.

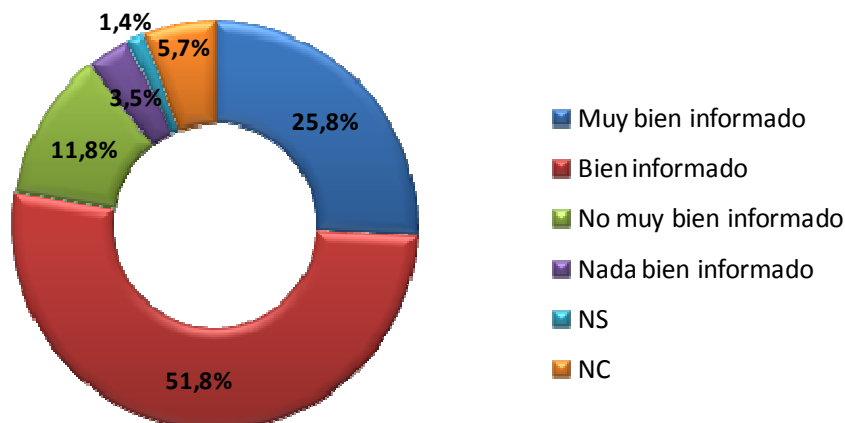


Gráfico. Distribución de trabajadores en función de la información recibida con relación a los riesgos para su salud y seguridad relacionados con su trabajo.

En todos los **sectores económicos los trabajadores se consideran bien informados**, aunque es en la construcción (81,6%) y en la industria (80,6%) donde las respuestas positivas suman un mayor porcentaje.

Distribución de los trabajadores en función de la bondad de la información con relación a los riesgos para su salud y seguridad relacionados con su trabajo, según sector de actividad económica (%)					
	Agrario	Industria	Construcción	Servicios	Total
Muy bien informado	19,7	27,5	27,8	25,7	25,8
Bien informado	57,9	53,1	53,8	50,6	51,8
No muy bien informado	12,5	11,1	10,5	12,1	11,8
Nada bien informado	3,0	1,5	2,4	4,2	3,5
NS	0,8	0,9	0,4	1,7	1,4
NC	6,1	5,9	5,1	5,7	5,7

Fuente: II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la empresas de Castilla y León. Consejería de Economía y Empleo

El 59,3% de los trabajadores han señalado que **en los últimos dos años han sido informados sobre los riesgos que corren en su trabajo**, aunque un significativo 31,6% afirma lo contrario. Destacan la construcción y la industria, donde el 71,9% y el 69,3% respectivamente, han respondido afirmativamente, mientras en los servicios (55,6%) y en el sector agrario (53,1%) el porcentaje disminuye sensiblemente.

La mayoría de los trabajadores (68,5%) han sido **informados y adiestrados para realizar su trabajo**. Los mecánicos, reparadores y soldadores (75,0%), los vendedores, agentes comerciales y dependientes (73,1%) y los empleados administrativos (73,0%) son quienes en mayor medida señalan que han sido informados o adiestrados para realizar su trabajo. Al contrario, los agricultores (53,8%), el personal docente (58,6%) y el sanitario (61,0%) son quienes en menor medida han respondido haber obtenido ese aprendizaje de su empresa.

Por último, la Consejería de Economía y Empleo, a través de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, establece **una línea de subvenciones públicas dirigidas a financiar actividades informativas**.

Prevención de riesgos laborales						
Subvenciones públicas para actividades informativas						
	2009		2010		2011	
	Nº cursos	Importe (€)	Nº cursos	Importe (€)	Nº cursos	Importe (€)
Subvenciones dirigidas a financiar medidas	75	1.435.621	101	1.376.745	--	--
Dirigidas a trabajadores, empresarios autónomos, mandos,...	94	180.484,78	84	300.909	92	299.273,84
Total	169	1,616,105.78	185	1,677,654	92	299,273.84

Fuente: Consejería de Economía y Empleo.

Evaluación: Según los datos de la Encuesta sobre Condiciones de Trabajo, en Castilla y León, la mayoría de los trabajadores (77,6%) señalan que están bien o muy bien informados sobre los riesgos que para su salud y seguridad tiene su trabajo. La Administración Autonómica dispone de diferentes líneas de actuación para mejorar la información que los trabajadores reciben sobre las condiciones de seguridad y salud en su puesto de trabajo. Por tanto el **objetivo se considera conseguido**.

OE-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.

INDICADOR: % Evaluaciones que contemplan los riesgos del puesto de trabajo sensibles a patología osteoarticular.

El análisis de las cargas físicas en el trabajo realizado en la II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo pone de manifiesto que la situación que se da con más frecuencia entre los trabajadores, *siempre, casi siempre o a menudo*, es realizar movimientos repetitivos de manos o brazos (47,0% de los trabajadores), seguida de mantener una misma postura (41,3%) y de levantar o mover cargas pesadas (19,7%). La situación varía mucho en función del sector al que pertenezca el trabajador. De esta forma, los trabajadores de la construcción son los que tienen una mayor demanda física de trabajo al adoptar posturas dolorosas o fatigantes (agachado, en cuclillas, arrodillado...).

El 83,6% de los trabajadores declara que sufre algún tipo de molestia musculoesquelética derivada de su trabajo, porcentaje muy similar al nacional (según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, el 84% de los trabajadores señala sentir alguna molestia que achaca a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realiza). Todas las actividades económicas presentan un porcentaje similar de trabajadores que han señalado sentir molestias físicas, por encima del 80%, excepto en la intermediación financiera, inmobiliaria y servicios empresariales. Las molestias más frecuentes son las referidas a la zona baja de la espalda (45,4%) y en la nuca y cuello (41,0%). Se observa que la frecuencia de quejas por molestias musculoesqueléticas es significativamente superior entre las mujeres.

Según la misma encuesta, los aspectos más estudiados en las evaluaciones de riesgos son las posturas de trabajo, los esfuerzos físicos y los movimientos repetitivos (49,0%), seguidos de los ruidos (42,3%) y de la seguridad de las instalaciones (40,2%). No en todos los sectores el orden es idéntico, existen diferencias significativas en función de las características de cada actividad.

La evaluación del ruido y las posturas de trabajo, esfuerzos físicos y movimientos repetitivos están presentes en la mayoría de las ocupaciones. En concreto, las posturas de trabajo, esfuerzos físicos y movimientos repetitivos son el principal aspecto estudiado en personal docente; servicio doméstico, limpieza, cocineros, camareros, barrenderos; empleados administrativos y directivos de empresas o de Administraciones Públicas; agricultores, ganaderos, pescadores y marineros así como otras ocupaciones propias de estudios medios o superiores.

Evaluación de riesgos. Aspectos estudiados por actividad económica					
	Agrario	Industria	Construcción	Servicios	Total
Posturas de trabajo, esfuerzos físicos y movimientos repetitivos	49,9	47,0	56,5	48,1	49,0
Ruido	44,5	71,9	47,2	30,2	42,3
Seguridad de instalaciones	43,4	47,8	45,0	36,2	40,2
Seguridad de máquinas, equipos y material	51,0	51,3	54,9	24,5	35,2
Diseño del puesto de trabajo	19,2	32,6	26,9	35,7	33,4
Ambiente térmico	26,0	34,5	29,1	29,8	30,6
Manipulación o inhalación de productos nocivos	39,0	33,6	18,4	15,5	20,7
Aspectos mentales y organizativos	14,0	14,1	17,9	18,3	17,1
Vibraciones	21,2	22,7	25,5	10,1	15,3
Agentes biológicos	24,8	11,6	9,0	12,3	12,1
Radiaciones	11,8	8,2	9,6	9,0	9,0
Ns	5,0	6,0	6,3	12,8	10,2
Nc	8,2	3,8	5,4	5,2	5,0

Fuente: II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León. Consejería de Economía y Empleo

Los trastornos musculoesqueléticos son la dolencia de origen laboral que más bajas causan en España, abarcan una gran gama de problemas de salud y se extienden por todos los sectores. Según el Informe Anual de Siniestralidad Laboral en Castilla y León, realizado por el Centro de Seguridad y Salud Laboral de Castilla y León, en el año 2011, las enfermedades relacionadas con los Trastornos musculoesqueléticos (TME) ocupaban 3 de los 4 primeros lugares en frecuencia, siendo en los 3 casos, enfermedades provocadas por posturas forzadas y/o movimientos repetitivos en el trabajo, destacando en primer lugar las tendinitis de distinto tipo, con el 53,8 % de los casos, y las parálisis de los nervios debidas a la presión (síndromes como el del túnel carpiano), con el 21,1 %. En el global de todas las enfermedades con baja comunicadas, las relacionadas con TME suponen un 79,8 % de los casos.

Los TME no son consecuencia de un único factor de riesgo sino que es la combinación de varios lo que conduce a su aparición. Es por ello, que se deben evaluar todos los factores en su conjunto y abordarlos de manera integral. Algunos sectores de actividad se ven especialmente afectados por este tipo de riesgos, destacando entre ellos, el socio-sanitario. En diversos estudios se pone de manifiesto que las lesiones dorso-lumbares entre el personal de este sector, puede duplicar e incluso triplicar la incidencia de estas dolencias en relación a la sociedad en su conjunto. El motivo fundamental se encuentra en las tareas relacionadas con la movilización manual de pacientes y unos equipos de ayuda muchas veces inapropiados.

En este sentido, la Consejería de Economía y Empleo, dentro de las campañas de concienciación en prevención de riesgos laborales realizadas en el año 2012 seleccionó, entre otros sectores y temas, los trastornos musculoesqueléticos y puso en marcha la campaña "Cambia de postura".

Evaluación: Según los datos analizados, los aspectos estudiados en las evaluaciones de riesgos en mayor medida son las posturas de trabajo, los esfuerzos físicos y los movimientos repetitivos, que se realizan en el 50% de las empresas, superando la media el sector de la construcción. Más del 83% de los trabajadores declara que sufre algún tipo de molestia musculoesquelética derivada de su trabajo. Esta situación se confirma al analizar las enfermedades con baja comunicadas, donde los TME suponen el 79,8 % de los casos. **Con la información disponible el objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: % Empresas que han adquirido, sustituido o modificado equipos de protección individual (EPI).

Según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, "se entiende por equipo de protección individual cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin".

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de la II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León que analiza, en uno de sus puntos, los Equipos de Protección Individual (EPI).

El 39,5% de los trabajadores señala que en su trabajo existe la obligatoriedad de utilizar EPI, mientras que un 54,4% ha respondido que no es preceptivo hacerlo. La obligatoriedad en la utilización de los equipos viene dada en mayor medida por la actividad y las características funcionales de la ocupación más que por la tipología de la empresa, de modo, que afecta a la mayoría de los trabajadores de la industria (63,7%) y de la construcción (78,1%). En ambos sectores, los trabajadores señalan que utilizan los distintos equipos de protección, destacando el casco en la construcción (75,5%) y el calzado (70,9%) y los guantes (68,9%), en la industria. En estos sectores es donde se utiliza un mayor promedio de equipos por ocupado.

	Obligatoriedad de usar Equipos de Protección Individual en su trabajo según sector de actividad económica (%)				
	Agrario	Industria	Construcción	Servicios	Total
SI	37,3	63,7	78,1	28,0	39,5
NO	54,7	31,0	16,6	65,8	54,4
NS	1,5	0,3	0,2	0,8	0,7
NC	6,5	5,0	5,1	5,4	5,4

Fuente: II Encuesta de Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León. Consejería de Economía y Empleo.

La Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Economía y Empleo, cuenta con una línea de subvenciones públicas dirigidas a la mejora de las condiciones de trabajo destinadas a la adquisición, adaptación o renovación de máquinas y equipos de seguridad.

	Prevención de riesgos laborales				
	Subvenciones para adquisición, adaptación o renovación de máquinas y equipos de seguridad				
	Servicios	Construcción	Industria	Servicios mancomunados	Totales
2009					
Concedidas	47	58	91	--	196
Importe	165.194 €	326.720 €	526.121 €	--	1.018.036 €
2010					
Concedidas	53	78	50	4	185
Importe	158.277 €	456.853 €	267.811 €	8.037 €	890.978 €
2011					
Concedidas	36	61	88	8	193
Importe	89.942 €	512.197 €	416.223 €	8.037 €	1.026.399 €
2012					
Concedidas	--	--	--	--	78
Importe	--	--	--	--	340.613 €

Fuente: Consejería de Economía y Empleo. Junta de Castilla y León, 2013.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido, pues a pesar de la actual situación socioeconómica, a lo largo del periodo de estudio se han mantenido las subvenciones para adquisición, adaptación o renovación de máquinas y equipos de seguridad. En sectores como la industria o la construcción, la obligatoriedad de llevar EPIs afecta a la mayoría de los trabajadores y son los sectores donde más equipos por ocupado se utilizan.

OE-126: Mejorar la cultura preventiva entre los empresarios aumentando hasta el 45% las empresas que han mejorado la organización preventiva en el último año.

INDICADOR: % Empresas que han mejorado la organización preventiva.

M 233: Con carácter previo a cualquier asignación de una subvención asegurar la cumplimentación de la norma de prevención de riesgos laborales por la empresa.

M 234: Incrementar las inspecciones para garantizar el cumplimiento de la normativa: evaluación de riesgos, planes de prevención y vigilancia de la salud.

El artículo 14 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación de la empresa de garantizar la seguridad y salud laboral de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. El mismo artículo obliga a la empresa a la integración de la actividad preventiva y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. También recoge otras obligaciones, entre las que se encuentra la de dotarse de una **organización preventiva**.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información la II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León, realizada en el año 2010, que dedica uno de sus apartados a **analizar el conocimiento que tiene el trabajador de la organización de la prevención de riesgos laborales existente en su empresa**.

En Castilla y León, el 53,5% de los trabajadores de empresas de seis o más empleados señalan que en su centro cuentan con **delegado de prevención**, mientras que el 19,9% responde negativamente a la cuestión y el 26,6% no sabe o no contesta. La existencia de delegado de prevención es mayoritaria en la industria, el 74,2% de los trabajadores señalan que en su centro de trabajo existe la figura, y es más reducida en los servicios, en el sector agrario y en la construcción.

En cuanto al tamaño de la plantilla de la empresa, a medida que es mayor el número de empleados, el porcentaje de trabajadores que responden afirmativamente a la existencia de delegado de prevención aumenta.

Entre los trabajadores de las empresas que cuentan con delegado de prevención, el 73,0% afirma que existe **comité de seguridad y salud**. Según el tamaño de la empresa, en las empresas de más de 250 trabajadores, el 89,9% señala que existe el comité de seguridad y salud, mientras que en las de menor tamaño ese porcentaje disminuye considerablemente. Estos resultados se adecuan a la legislación, ya que solo

es obligatoria la presencia del comité en las empresas o centros de trabajo de 50 o más trabajadores.

La modalidad de organización preventiva de riesgos laborales más frecuente según las repuestas de los trabajadores es el **servicio de prevención ajeno** (23,3%), un 13,6% de los trabajadores indica la existencia de un servicio de prevención propio y el 45,9% no sabe o no contesta a esta cuestión.

Teniendo en cuenta el tamaño de la plantilla, son las empresas de mayor tamaño, más de 500 trabajadores, las que cuentan con servicio de prevención propio (30,7%), mientras que en las de menor número de empleados, o bien los trabajadores no han sabido contestar o han señalado que recurren a un servicio de prevención ajeno (29,4% en las microempresas).

En cuanto al sector económico, en la industria es donde un mayor porcentaje de empresas cuentan con un servicio de prevención propio, mientras que en el sector agrario la mayoría de los trabajadores (50,8%) no han contestado a esta cuestión (mayor presencia de autónomos).

Por último, señalar que la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Economía y Empleo cuenta con una **línea de subvenciones** destinada a la financiación de actuaciones de fomento e incentivación de la integración de la gestión de la prevención de riesgos laborales, en las pequeñas empresas y microempresas de Castilla y León.

	Prevención de riesgos laborales			
	Subvenciones públicas destinadas a la financiación de actuaciones de fomento e incentivación de la integración de la gestión de la prevención de riesgos laborales			
	2009	2010	2011	2012
Concedidas	94	58	56	5
Importe (€)	580.628,94	282.664,13	446.447,15	340.613,65

Fuente: Consejería de Economía y Empleo

Evaluación: A partir de los datos de la II Encuesta de Condiciones de Trabajo en empresas de Castilla y León, **el objetivo se considera conseguido**. No obstante, sigue siendo necesario el desarrollo de campañas de concienciación y sensibilización para mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo por parte de la administración autonómica con la necesaria implicación de todos los agentes sociales y económicos.

OE-127: Mejorar la cobertura de las evaluaciones de riesgos.

INDICADOR: % Empresas que han realizado evaluación de riesgos de puesto de trabajo.

Según el Artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre: "(...) El empresario deberá realizar una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, teniendo en cuenta, con carácter general, la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo existentes y de los trabajadores que deban desempeñarlos. (...)”

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información la II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León (2010). Según los datos de la encuesta, en Castilla y León **el 29,2% de los trabajadores señalan que en su centro de trabajo se ha realizado una evaluación o estudio de riesgos durante el último año.**

Esta realidad no es común en todos los sectores económicos, sino que es en la industria donde un mayor porcentaje de trabajadores (41,7%) señala que tiene la certeza de que se ha realizado la evaluación o estudio de riesgos en su empresa, mientras en los servicios (26,6%) y en la actividad agraria (14,6%), la proporción de trabajadores que ha respondido afirmativamente es considerablemente menor.

	Realización de una evaluación económica o estudio de los riesgos para la salud o seguridad en el puesto de trabajo				
	Agrario	Industria	Construcción	Servicios	Total
SI	14,6	41,7	35,0	26,6	29,2
NO	70,6	39,6	48,1	53,1	51,5
Ns	5,0	12,8	11,2	13,9	12,9
Nc	9,8	5,9	5,7	6,4	6,4

Fuente: II Encuesta de Condiciones de Trabajo. Consejería de Economía y Empleo

En cuanto al análisis por actividad, destacan positivamente las actividades extractivas dentro de la industria, donde el 56,7% de los trabajadores responden afirmativamente a la realización de evaluación o estudio de los riesgos, y las actividades sanitarias y servicios sociales en los servicios, donde el 37,5% asiente a la pregunta, frente al 26,6% de la media del sector.

El tamaño de la plantilla influye en la realización de los estudios de riesgos, a medida que el tamaño del centro es mayor, crece el porcentaje de trabajadores que es consciente de que en su empresa se ha realizado una evaluación.

En cuanto a las **medidas tomadas tras la evaluación de los riesgos**, el 51,3% de los trabajadores que reconocen que se ha realizado una evaluación en su empresa, señalan que se han llevado a cabo. Las diferencias son pequeñas entre la industria (60,6% de respuestas positivas), la construcción (61,8%) y la agricultura (58,3%), obteniéndose unos resultados significativamente inferiores en los servicios (45,4%). Las medidas tomadas, según la mayoría de los trabajadores, se dirigen hacia dos aspectos fundamentales: minimizar los riesgos en las instalaciones y maquinaria (50,6%) y sensibilizar a los trabajadores mediante formación (44,9%) e información (35,6%).

Evaluación: Según los datos obtenidos en la Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en empresas de Castilla y León, casi el 30% de los trabajadores señala la realización de un estudio de riesgos en su empresa. Los porcentajes varían notablemente en función del tipo de la actividad económica y del tamaño de la plantilla. **El objetivo se considera parcialmente conseguido** pues aún es elevado el porcentaje de trabajadores que señala la no realización de estudios específicos de riesgos.

OE-128: Mejorar la cobertura de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

INDICADOR: Nº trabajadores que realizan examen/Cobertura de Vigilancia de la Salud.

M 235: Elaborar e implantar una "Guía de buenas prácticas" dirigida a los servicios de prevención.

La actividad sanitaria de los servicios de prevención incluye, entre otras y como principal actividad, la vigilancia de la salud, que tiene como objetivo detectar sistemática y regularmente los síntomas y signos precoces de los daños derivados del trabajo, detectar las situaciones de riesgo, así como proponer las medidas preventivas necesarias. La vigilancia de la salud debe estar integrada, por tanto, en la planificación de la actividad preventiva de la empresa.

La administración sanitaria en Salud Laboral tiene entre sus funciones, velar para que la vigilancia de la salud se realice con unos estándares de calidad. Así, tiene la responsabilidad de autorizar el servicio sanitario de los servicios de prevención de riesgos laborales comprobando la disponibilidad de los requisitos técnicos y los recursos humanos y materiales que permitan desarrollar una vigilancia de la salud de los trabajadores en las mejores condiciones.

Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos aportados por la Unidad de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública. Según la fuente, en el año 2011 realizaron el examen de salud el 58,37% de los trabajadores a los que se les oferta.

	Salud Laboral			
	Servicios de Prevención, 2011			
	Servicios Prevención	Nº trabajadores con cobertura en vigilancia de la salud	Nº Exámenes de salud	% Exámenes de salud
ÁVILA	14	22.380	15.993	71,46
BURGOS	39	57.271	41.711	72,83
LEÓN	28	116.916	34.694	29,67
PALENCIA	27	31.628	20.856	65,94
SALAMANCA	20	53.774	32.540	60,51
SEGOVIA	16	26.287	18.834	71,65
SORIA	17	18.159	13.490	74,29
VALLADOLID	44	106.514	73.806	69,29
ZAMORA	22	27.494	16.833	61,22
Totales	227	460.423	268.757	58,37

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Castilla y León

La II Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León, realizada en el año 2010, también aporta datos sobre los reconocimientos médicos.

Según la encuesta, el 52,5% de los trabajadores han señalado que su empresa les ofreció pasar un reconocimiento médico y lo realizaron, siendo un 20,4% los que han señalado que no les dieron esa oportunidad.

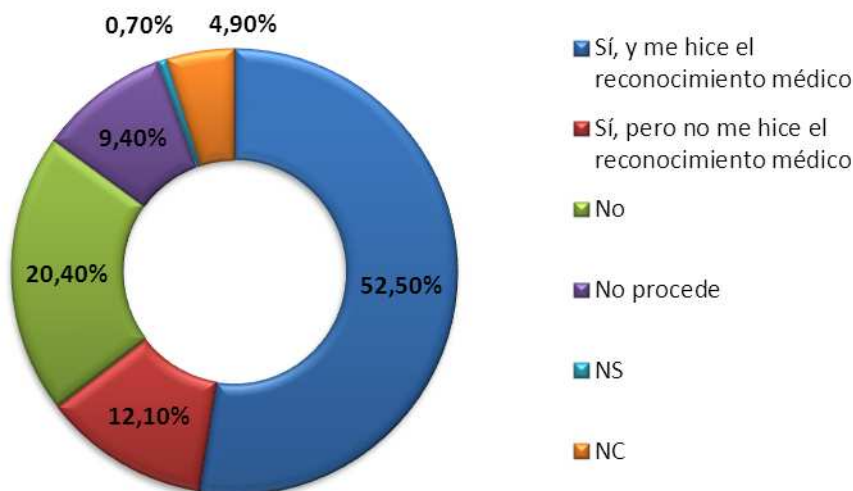


Gráfico. Distribución de los trabajadores en función del ofrecimiento y la realización de un reconocimiento médico

La posibilidad de hacer el reconocimiento no es homogénea en todo el tejido económico, y así en agricultura, donde la mayoría de los trabajadores lo son por cuenta propia, el 40,5% señala que no procedía, mientras que en la industria y en la construcción son mayoritarios los trabajadores que señalan que se lo ofrecieron y que aceptaron la invitación (73,6% y 63,4%, respectivamente). En los servicios, tan solo el 49,0% lo han realizado.

El tamaño de la plantilla guarda una relación positiva con el ofrecimiento del reconocimiento médico, siendo los trabajadores de empresas de menos de 10 trabajadores quienes en menor medida han señalado recibir el ofrecimiento y los de las grandes empresas los que mayoritariamente han respondido afirmativamente, se hayan hecho el reconocimiento o no.

También el tipo de contrato incide considerablemente en el ofrecimiento y en la realización del reconocimiento médico, de forma que los trabajadores con una relación laboral indefinida afirman en mayor medida que se les ha ofrecido, y han realizado, el reconocimiento médico.

Por último destacar, que el Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad en colaboración con las CC. AA. ha elaborado una "Guía de Vigilancia de la Salud", que está pendiente de aprobación por parte de la Comisión de Salud Pública.

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido**, siendo superior al 50% el porcentaje de trabajadores a los que se les ofreció y realizaron el examen de salud. Al igual que otras variables, el sector económico, el tamaño de la plantilla y el tipo de contrato son factores que influyen en la cobertura.

OE-129: Reducir el porcentaje de trabajadores que fuman a menos del 30%.

INDICADOR: % Trabajadores fumadores.

M 237: Extensión del plan de drogas a los servicios de prevención, incluyendo consejos antitabaco en la vigilancia periódica de la salud de los trabajadores.

En Castilla y León, en el año 2011 había 227 Servicios de Prevención que dieron cobertura a 460.423 trabajadores. Se hicieron examen de salud 268.757 trabajadores. El consejo antitabaco está contemplado en el reconocimiento médico de 197 Servicios de Prevención (el resto no sabe o no contesta), 24 de los cuales disponían de Unidades de Deshabituación tabáquica.

Según los datos aportados por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, en el año 2011, el 13,40% de los trabajadores a los que se les ha realizado el examen en salud declaran ser o haber sido fumadores. De ellos, el 31% ha abandonado el hábito tabáquico.

Servicios de prevención, 2011					
Porcentaje de trabajadores fumadores					
	Nº de trabajadores con examen de salud	Nº trabajadores fumadores	% trabajadores fumadores	Nº trabajadores abandonan hábito tabáquico	% trabajadores ex_ fumadores
Ávila*	15.993	--	--	--	--
Burgos	41.711	2.228	5,34	170	7,63
León	34.694	6.456	18,61	2.698	41,79
Palencia*	20.856	--	--	--	--
Salamanca	32.540	4.414	13,56	409	9,27
Segovia	18.834	4.050	21,50	1.266	31,26
Soria	13.490	2.096	15,54	1.084	51,72
Valladolid	73.806	14.762	20,00	5.101	34,55
Zamora	16.833	2.014	11,96	450	22,34
Totales	268.757	36.020	13,40	11.178	31,03

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

* No datos

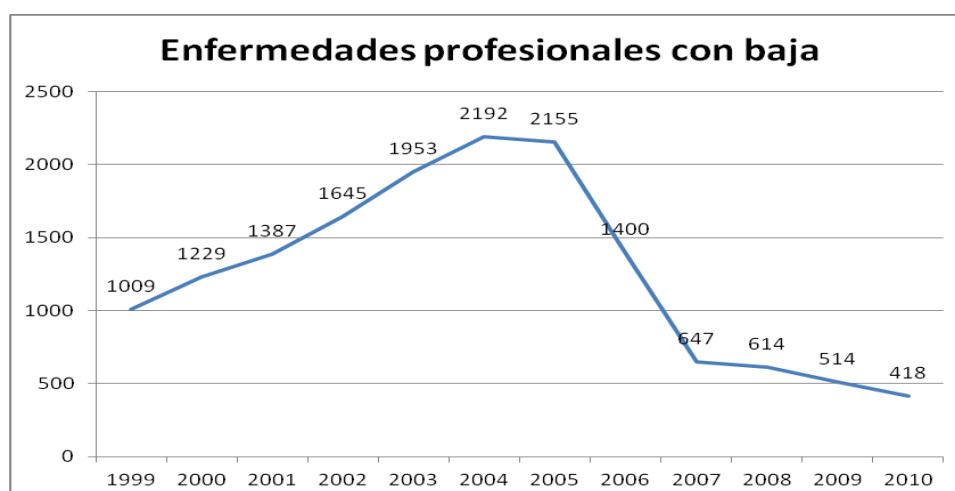
Evaluación: En cumplimiento de la normativa vigente se están llevando a cabo tareas para facilitar a los trabajadores el abandono del hábito tabáquico. Según los datos aportados por la Unidad de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad, el porcentaje de trabajadores que declaran en el examen de salud fumar o haber fumado es del 13,4%. 197 de los 227 Servicios de Prevención realizan consejo antitabaco y 24 disponen de Unidad de Deshabituación tabáquica. **El objetivo se considera conseguido.**

OEPS-130: Mejorar la tramitación de declaración de contingencias.

INDICADOR: Nº determinaciones contingencia/Nº procesos contingencia profesional

M 242: Dotar y cubrir todas las plazas de salud laboral de los Servicios Territoriales.

La evolución de las enfermedades profesionales en nuestra Comunidad Autónoma en los últimos doce años viene marcada por un incremento continuo hasta los años 2004-2005, un descenso brusco en el número de enfermedades comunicadas en los dos años siguientes, y un descenso más suave a partir de entonces.



Fuente: III Acuerdo para la Prevención de Riesgos Laborales en Castilla y León, 2012-2015

La disminución de declaraciones, especialmente el descenso brusco registrado en los años 2006 y 2007, están influenciados por algunos hechos, entre ellos, los siguientes:

1- La entrada en vigor del nuevo listado de Enfermedades Profesionales (RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro) y la posterior publicación de la Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la cual, además de cambiar el modelo de declaración o notificación se hace obligatoria su tramitación por vía electrónica y se modifica el proceso de declaración.

2.- En el año 2006 se aplicó, para el sostenimiento de los Servicios Comunes de la Seguridad Social, una Orden previa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por la que cada mutua debía contribuir con un coeficiente del 20,6 % sobre las cuotas ingresadas por contingencias profesionales al sostenimiento de dichos servicios comunes. Esto llevó a que en 2006 se observara una reducción de las enfermedades profesionales, que en ese momento tenían que reconocer las mutuas, y aun más en 2007, con la particularidad de que en ese año las mutuas ya no sólo reconocían sino que además eran las responsables de la declaración.

A pesar de la nueva normativa, sigue existiendo una clara infradeclaración de enfermedades profesionales y aunque las causas pueden ser varias, lo cierto es que, lejos de mejorar, la declaración sigue descendiendo.

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Castilla y León 2011, reconocía no sólo que las cifras de EE. PP. están lejos de la realidad, también, que en los años anteriores se ha prestado más atención a la seguridad que a la salud de los trabajadores. Por ello, en el III Acuerdo de Prevención de Riesgos Laborales de Castilla y León, 2012-2015, las EE. PP. se contemplan específicamente en los ejes 3.7. *Especial atención a los principales riesgos causantes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y a los sectores y grupos de trabajadores especialmente sensibles* y el 3.8 *Vigilancia de la salud y enfermedades profesionales*, con medidas que contribuyen a mejorar la detección y atención de estos procesos.

Dotar y cubrir todas las plazas de salud laboral de los Servicios Territoriales.

La estructura de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León en materia de salud laboral está formada por la Unidad de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública y, a nivel periférico, las correspondientes Unidades de Salud Laboral, ubicadas en los Servicios Territoriales de Sanidad, dotadas con un médico especialista en Medicina del Trabajo y una enfermera de Empresa.

Se han convocado diferentes procesos selectivos: 3 oposiciones para las plazas de Médico del Trabajo y 1 oposición para las plazas de Enfermería de Empresa. En el año 2012 siguen vacantes dos plazas de Enfermería de Empresa (una a nivel central y otra en el Servicio Territorial de Soria) y seis plazas de médicos del Trabajo en los Servicios Territoriales de Ávila, Burgos, León, Salamanca, Segovia y Zamora.

Evaluación: A pesar de los cambios normativos introducidos con el fin de mejorar la declaración de EE. PP., sigue existiendo una infradeclaración. Por ello, el III Acuerdo de Prevención de Riesgos Laborales de Castilla y León, 2012-2015 sigue insistiendo en la necesidad de que la Administración Sanitaria establezca los mecanismos necesarios para que los facultativos médicos del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud, comuniquen la sospecha de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Incidencia IT. Prevalencia IT. Duración Media IT. Duración Media IT/asegurado.

M 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.

M 241: Formación sobre salud laboral al mayor número de profesionales.

Para analizar el indicador, se utiliza como fuente los datos del Informe de Incapacidad Temporal, una de las operaciones incluidas en el Plan Estadístico de Castilla y León 2010-2013 (aprobado mediante Decreto 87/2009, de 17 de diciembre), responsabilidad de la Consejería de Sanidad, disponible en el Portal de Salud.

En Castilla y León, se han tramitado a lo largo del año 2012 un total de 160.707 bajas por IT, un 19,1% menos que el año anterior, lo que supone una media de 13.392 bajas al mes. Desde el año 2008, el número de bajas tramitadas en Castilla y León ha descendido un 35,3%.

El **Índice mensual de bajas** en 2012 en la Comunidad ha sido de 1,52 bajas nuevas por cada 100 afiliados activos a la Seguridad Social y **la prevalencia mensual**, es decir el número de bajas que a final de cada mes continúan vigentes, fue de 2,28 bajas por cada 100 afiliados activos. Ambos indicadores con una tendencia descendente desde 2008.

	Datos básicos e indicadores de IT					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Índice mensual de bajas	1,80	2,12	2,05	1,84	1,81	1,52
Prevalencia mensual de bajas	2,51	2,95	2,88	2,76	2,64	2,28
Duración media de las bajas	41,55	41,78	42,45	45,94	44,34	47,24
Duración media por afiliado activo	8,88	10,81	10,45	10,31	9,77	8,93

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad, 2013

La **duración media de la baja** es el resultado de dividir el total de días que estuvieron en baja las altas tramitadas y el número total de altas del periodo estudiado, representa, por lo tanto, el número medio de días que consume cada baja tramitada. En el año 2012 fue de 47,24 días, el valor más alto de todo el periodo de estudio, aumentado en 5,69 días con respecto al año 2007.

La **duración media por afiliado activo** es el resultado de dividir el número total de días en baja de las altas tramitadas entre el número de afiliados activos en el periodo estudiado. El número medio de días que cada afiliado está en situación de IT es de 8,93 días al año, 1,88 días menos que en 2008, el valor más alto del periodo.

Una de las acciones básicas en este ámbito es mejorar la formación de los profesionales de Atención Primaria en la gestión de la incapacidad temporal. En este sentido, la Consejería de Sanidad implantó en el año 2005 el Curso de Actualización en Salud Laboral para médicos de Atención Primaria, organizado y coordinado por la Dirección General de Salud Pública, y cuyos objetivos son actualizar los conocimientos que sobre la patología laboral tienen los médicos de Atención Primaria, mejorar el diagnóstico y declaración de enfermedades profesionales y promover el reconocimiento y la notificación de las enfermedades relacionadas con el trabajo. Cada curso tiene una duración de 180 horas lectivas y está acreditado por el Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad con 25 créditos.

Hasta el año 2012, son siete las ediciones convocadas con una participación de 415 médicos de Atención Primaria.

	Formación en Salud Laboral para médicos de A. Primaria
	Nº de participantes
1ª Edición (2005-2006)	43
2ª Edición (2006-2007)	57
3ª Edición (2007-2008)	72
4ª Edición (2008-2009)	81
5ª Edición (2010)	61
6ª Edición (2011)	52
7ª edición (2012)	49
Total	415

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Además, la Gerencia Regional de Salud, dentro de los Planes Anuales de Formación Continuada, programa cada año actividades formativas destinadas a la formación de sus trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales incluidos aquellos destinados a la prevención de agresiones.

	Formación en materia de Prevención de Riesgos Laborales			
	2009	2010	2011	2012
Nº de cursos realizados	492	446	457	326
Nº de trabajadores	8.852	9.249	7.535	4.728

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: Se ha conseguido reducir el índice mensual de bajas y la prevalencia mensual de bajas pero no así la duración media de bajas ni la duración media por afiliado activo, por tanto se ha conseguido el 50 % del objetivo. El objetivo está **parcialmente conseguido**.

OEPS-132: Mantener un sistema de información que integre la información disponible sobre el problema de salud y la obtenida de forma puntual.

INDICADOR: Sistema de Información Activo.

M 239: Definir un sistema de información sobre salud laboral para el sistema sanitario e implantación piloto.

M 240: Elaborar y difundir informes sobre el problema de salud.

Existen varios sistemas de notificación que permiten conocer los accidentes laborales y las enfermedades profesionales: el Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (DELTA), el Sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales en Seguridad Social (CEPROSS), así como el sistema PANOTRATSS, que facilita información sobre las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales.

Por medio de la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, se establecieron los modelos a través de los cuales se podían notificar los accidentes de trabajo así como la

posibilidad de su transmisión a través de procedimientos electrónicos. Posteriormente, fue la Resolución de 26 de noviembre de 2002 de la Subsecretaría del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la que reguló la utilización del denominado **Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de trabajo (DELTA)**.

Desde 2007, el **sistema de notificación CEPROSS**, de comunicación de Enfermedades Profesionales en Seguridad Social, recaba información de las patologías sufridas por los trabajadores que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Esta información permite el estudio de las enfermedades profesionales comunicadas en un período de tiempo, así como el estudio longitudinal de los procesos de enfermedad profesional. El sistema CEPROSS contiene un servicio de ALERTAS que ofrece la posibilidad de detectar, en tiempo real, aquellas empresas que superan los límites de alerta establecidos.

A partir de la promulgación y entrada en vigor del Real Decreto 1299/2006, el 1 de enero de 2007, son las entidades gestoras o colaboradoras que asuman las contingencias profesionales las encargadas de elaborar y tramitar los partes de enfermedad profesional. Tras la publicación de la ORDEN TAS /1/2007, de 2 de enero, las entidades gestoras y colaboradoras deben cumplimentar y transmitir el parte de enfermedad profesional únicamente por vía electrónica a través del sistema CEPROSS, a la que se tiene acceso a través de la página web de la seguridad social.

Las empresas y los trabajadores por cuenta propia que dispongan de cobertura por contingencias profesionales están obligados a facilitar a la entidad gestora o colaboradora toda la información que obre en su poder y que les sea requerida para la elaboración del parte de enfermedad profesional.

Así mismo, la nueva regulación estipula que los facultativos del Sistema Nacional de Salud, así como los de los Servicios de Prevención, deberán comunicar la existencia o la sospecha de una enfermedad considerada como profesional, a través del organismo competente de cada Comunidad Autónoma, a la entidad gestora y, en su caso, a la entidad colaboradora de la seguridad social.

A través del **sistema de comunicación PANOTRATSS**, implantado en 2010, se obtiene información sobre las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, así como, las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

Toda la información sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y no profesionales en Castilla y León, está disponible en el Portal de Trabajo y Prevención de Castilla y León, www.trabajoyprevencion@jcy.l.es, en el apartado de Prevención de Riesgos Laborales, Estadísticas.

Evaluación: En la actualidad existen varios sistemas de información en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo que están disponibles en el Portal de Trabajo y Prevención de Castilla y León. El **objetivo se considera conseguido**.

OE-133: Incorporar la vacunación sistemática del adulto en el contexto de vigilancia de salud de los trabajadores.

INDICADOR: Protocolos de vacunación.

M 236: Elaborar e implantar una "Guía de vacunación en el entorno laboral" dirigida a los servicios de prevención.

La actividad de Vigilancia de la Salud de los Servicios de Prevención comprende una atención integral a la salud del trabajador, que incluye la prevención de enfermedades susceptibles de ser prevenidas por medio de vacunación. Los exámenes periódicos de salud constituyen un momento idóneo de "actuación oportunista" que permite la actualización de la situación vacunal de la población trabajadora.

La vacunación en el lugar de trabajo tiene tres indicaciones fundamentales: 1) la prevención de enfermedades infecciosas asociadas a determinadas actividades o prácticas laborales concretas como los colectivos con exposición a agentes biológicos u otros que deben explicitarse a través de la evaluación inicial de riesgos y el plan de prevención de la empresa, 2) las personas o grupos que, por razones laborales, precisen viajar a zonas geográficas donde existan determinadas enfermedades endémicas o vacunaciones obligatorias y 3) la necesidad de evitar la propagación de determinadas enfermedades, bien sea por la posibilidad de afectar a muchas personas (locales de trabajo con alta concentración de personas), porque pueden afectarse personas especialmente sensibles frente a estas patologías (trabajadores de asistencia sanitaria o social que pueden transmitir infecciones a otras personas), o porque pueden comprometerse servicios esenciales para la comunidad (alto absentismo laboral en epidemias de gripe).

La Comunidad de Castilla y León no ha elaborado un documento propio sobre vacunación de adultos, sino que asume el protocolo elaborado por el Grupo de trabajo de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones, con representación de la comunidad, "Vacunación en adulto: Recomendaciones", aprobado por la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad, el cual incluye un capítulo específico sobre vacunación en el medio laboral. El documento está disponible en el Portal de Salud, en el apartado de Profesionales.

La vacunación del adulto por motivos laborales puede realizarse en los centros de salud, en los servicios de medicina preventiva de los centros hospitalarios, en los centros de vacunación internacional o en los servicios de prevención, como en el caso de las campañas de vacunación frente a gripe y neumococo.

Campaña de vacunación frente a gripe y neumococo 2011-2012				
Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (PRL)				
	< 59 años	60-64 años	≥ 65 años	Total
Ávila	512	27	0	539
Burgos	2.151	204	23	2.378
León	870	107	26	1.003
Palencia	579	65	2	646
Salamanca	649	78	5	732
Segovia	630	52	7	689
Soria	407	19	3	429
Valladolid	4.134	347	20	4.501
Zamora	344	20	0	364
Totales	10.276	919	86	11.281

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Evaluación: A pesar de que en nuestra Comunidad no se ha elaborado una "Guía de vacunación en el entorno laboral" dirigida a los servicios de prevención, **el objetivo se considera conseguido** en la medida en que nuestra Comunidad contempla, en las recomendaciones de vacunación del adulto, las específicas del entorno laboral, existiendo colaboración en campañas concretas como la de gripe y neumococo.

OE-134: Reducir la prevalencia de consumidores habituales abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

OE-135: Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (V Plan Regional sobre drogas de Castilla y León 2005-2008).

INDICADOR: Indicadores V Plan Regional de Drogas de Castilla y León.

La evaluación del V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León puso de manifiesto que se han conseguido descensos significativos en el consumo de sustancias psicoactivas y en algunas de las consecuencias sociales y sanitarias que de él se derivan. No obstante, el impacto del consumo de las distintas drogas continúa siendo elevado, por lo que se hizo preciso dar continuidad al V plan manteniendo las actuaciones que se han demostrado útiles y eficaces en el pasado, introduciendo medidas correctoras de las limitaciones observadas y nuevas acciones necesarias que den respuesta a los desafíos que plantea la intervención en drogodependencias.

El VI Plan Regional sobre Drogas, adopta un planteamiento estratégico integral, multidisciplinar y equilibrado y está formulado desde el convencimiento de que la intervención en drogodependencias es una responsabilidad social y una tarea colectiva en la que resulta imprescindible la implicación activa de la sociedad y de las instituciones y organizaciones en las que se vertebrará.

En el ámbito laboral, como resultado de un convenio marco de coordinación, se constituyó en 1997 la Comisión Regional para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, órgano de participación y coordinación con los agentes sociales y económicos de la Comunidad Autónoma, compuesta por representantes de CC.OO., U.G.T., CECALE y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León. Se reúne al menos una vez al año y su vigencia es indefinida.

En el marco de este convenio de colaboración y al amparo tanto del V (2005-2008) como del VI Plan Regional de Drogas (2009-2013), la CECALE, UGT, CC.OO., así como otras entidades, vienen realizando actividades en diversos terrenos: información, sensibilización, formación, asesoramiento en la prevención laboral de las drogodependencias.

La fuente de información para el análisis del objetivo son las Memorias anuales del Plan Regional de Drogas 2009-2013, correspondiente a los años 2009, 2010 y 2011, última publicada.

Prevención laboral. Año 2009

En el marco del convenio de colaboración entre CECALE, UGT, CC .OO. y la Junta de Castilla y León, hay que destacar la acción de los sindicatos para la implantación de Planes de actuación en empresas y Corporaciones Locales. En 2009, se han mantenido contactos y negociaciones con 17 empresas y 8 Corporaciones Locales, como resultado de lo cual en una empresa y dos Corporaciones Locales se ha iniciado algún tipo de intervención. En esta línea de trabajo, UGT ha editado un CD interactivo: *"Prevención de drogodependencias: una mirada hacia la salud"* que presenta los pasos que se han de dar en una empresa a la hora de intervenir en materia de drogodependencias.

La Confederación de Organizaciones Empresariales de Castilla y León (CECALE) cuenta desde 2001 con tres técnicos de prevención de riesgos laborales que realizan visitas a empresas de las nueve provincias de la Comunidad, informando y asesorando en materia de prevención de riesgos laborales y de drogodependencias cuando las empresas solicitan información o asesoramiento. En 2009, la Confederación ha publicado una *"Guía Básica de buenas prácticas para la detección y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral"*.

Por otro lado, las organizaciones sindicales han notificado la realización de 2 campañas de sensibilización de la población trabajadora sobre los riesgos del consumo de drogas en el medio laboral: *"Drogodependencias: una mirada hacia la salud"* y *"Drogas, no dejes que te lleen"*, consistentes en una exposición itinerante complementada con la celebración de jornadas y asambleas. Ambas campañas han llegado a 2.320 delegados sindicales y trabajadores. En el ámbito informativo se han notificado la realización de 13 jornadas y 42 charlas y reuniones a las que han asistido 708 trabajadores y delegados sindicales, alumnos de escuelas taller, formación profesional y talleres de empleo. Por otra parte, UGT ha dado respuesta a 120 consultas realizadas a través de la página web: www.ugtcyl.es/drogas_tuquedices

En el capítulo formativo, CC .OO. ha realizado acciones breves de dos horas de duración en el ámbito educativo pre-laboral (escuelas taller) dirigidas a colectivos de inmigrantes en las que han participado 85 personas. En conjunto, a través de módulos formativos y cursos, han recibido formación 203 delegados sindicales y de prevención, trabajadores y alumnos de escuelas taller.

Por otra parte, los Ayuntamientos de Valladolid y Medina del Campo, en colaboración con la Fundación Aldaba-Proyecto Hombre de Valladolid, han realizado acciones de información y sensibilización de alumnos de talleres de empleo de jardinería, soldadura metálica, servicios a la comunidad, mantenimiento de edificios y turismo. El objetivo de estas actividades es informar y concienciar a los alumnos acerca de los elementos clave en la prevención de riesgos laborales relacionados con las drogas. Han participado en ella 69 alumnos y 4 profesores.

Hay que destacar también las acciones de información, orientación, mediación y derivación a recursos asistenciales realizadas por los sindicatos a través servicios especializados de asesoramiento. En 2009, CC.OO. ha notificado la intervención con 36 trabajadores, 27 de los cuales han sido derivados y 9 permanecen en la fase de acogida. Por su parte, UGT ha consolidado el "Servicio Técnico Regional Especializado de Prevención de Drogas", que es referencia en la organización para la orientación, asesoramiento y motivación de drogodependientes en el ámbito laboral. Asimismo, la asesoría jurídica de ambas centrales sindicales ha atendido a lo largo del año 24 consultas y ha realizado 3 intervenciones. En conjunto, ambos sindicatos han proporcionado orientación y asesoramiento a 287 delegados de prevención, trabajadores y familiares, principalmente sobre alcohol, tabaco, fármacos y cannabis.

Por último, destacar el papel desempeñado por la Asociación de alcohólicos rehabilitados de Miranda de Ebro (AREMI) a través del "Programa de prevención y recuperación de trabajadores con problemas de alcoholismo" dirigido a sensibilizar e informar a trabajadores, empresas, agentes sociales y económicos acerca de la problemática del alcoholismo y a facilitar el contacto con aquellos trabajadores que presenten problemas.

Prevención laboral. Memoria 2010

En el marco del convenio de colaboración entre CECALE, UGT, CC.OO y la Junta de Castilla y León, ambos sindicatos han mantenido en 2010 contactos y negociaciones con 50 empresas y Corporaciones Locales para la implantación de Planes de actuación.

Dentro de las acciones de sensibilización e información hay que destacar la realización de tres campañas: la realizada por Comisiones Obreras para la promoción de la salud laboral y prevención del consumo de drogas en la población juvenil pre-laboral en 3 centros de Soria, Valladolid y Segovia, la reedición de la campaña "Vivir sin malos humos", también realizada por Comisiones Obreras para informar sobre los riesgos del tabaco y promover el abandono de su consumo entre los trabajadores de 7 centros laborales entre los que se encuentra el Centro Penitenciario de Burgos, el Archivo General de Simancas (Valladolid) y la Real Chancillería de Valladolid, y la campaña-programa de información, sensibilización y deshabituación tabáquica realizada por la Confederación de Organizaciones Empresariales de Castilla y León (CECALE) en colaboración con Ibermutuamur.

En el terreno de la información y asesoramiento a los centros de trabajo, la Confederación de Organizaciones Empresariales de Castilla y León (CECALE) ha realizado visitas a empresas de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma, a través de su red de técnicos de prevención de riesgos laborales, con el fin de informar y asesorar sobre prevención de riesgos en general y de las drogodependencias en particular.

Asimismo, los sindicatos CC.OO. y UGT han realizado visitas, reuniones y charlas en empresas y centros prelaborales, en las que han participado 1.600 alumnos de bachillerato, formación profesional y PCPI. Ambos sindicatos cuentan a su vez con páginas Web, en las que se proporciona información sobre drogas; UGT cuenta con una página específica (www.ugtcyl.es/drogas_tuquedices) y CC.OO (www.castillayleon.ccoo.es) con un apartado sobre drogodependencias en la sección de salud laboral.

En el capítulo de la formación, las organizaciones sindicales han notificado la realización de 7 acciones formativas en las que han participado 181 delegados sindicales y mandos intermedios.

A las acciones anteriores hay que añadir la realización de siete módulos formativos en escuelas taller por los Ayuntamientos de Valladolid y Medina del Campo en colaboración con la Fundación Aldaba-Proyecto Hombre de Valladolid, la Diputación Provincial de León en la zona de La Bañeza con la colaboración de la Fundación CALS Proyecto Hombre de León, y el CAD de Segovia. En estas últimas acciones formativas han participado 8 maestros, 24 familias y 115 alumnos de las escuelas-taller.

Los servicios especializados de información, orientación, mediación y derivación de trabajadores a recursos asistenciales de CC.OO. y UGT han informado de la realización de 614 consultas; de la apertura de 93 historias, principalmente por consumo de alcohol y tabaco; de la entrada en fase previa de motivación de 48 trabajadores y de la derivación de 31 de ellos a recursos asistenciales. Por otra parte, la asesoría jurídica de ambas centrales sindicales ha atendido a lo largo del año 40 consultas.

Por último, la Asociación de alcohólicos rehabilitados de Miranda de Ebro (AREMI) ha continuado con el *"Programa de prevención y recuperación de trabajadores con problemas de alcoholismo"*. A lo largo del año la citada asociación ha realizado cinco visitas a equipos directivos de empresas y 17 charlas y/o reuniones con 293 agentes sociales como representantes sindicales, equipos directivos de empresas y academias colaboradoras de ECYL.

Prevención laboral. Memoria 2011

El grueso de las intervenciones que notifican las centrales sindicales UGT, CC.OO y CECALE son actuaciones de información y sensibilización que utilizan tanto formatos convencionales (dípticos, charlas, jornadas, etc.) como páginas Web y redes sociales. Son representativas de esta línea de actuación, la campaña de sensibilización de UGT a través de Facebook: "Drogas ¿tú qué dices?", y la de CC.OO "No pierdas el control de tu propia vida" dirigida a asociaciones de inmigrantes y de ayuda al inmigrante de Ávila, Palencia y Valladolid a través de asambleas informativas con representantes y personas clave y con la entrega de documentación.

Durante el año 2011 los sindicatos CC.OO y UGT han mantenido contactos y negociaciones con 24 empresas y Corporaciones Locales para la implantación de planes integrales de actuación, iniciándose en 6 empresas la fase de intervención.

El sindicato UGT ha propuesto la incorporación de la prevención de las drogodependencias en la negociación colectiva, eliminando esta enfermedad del ámbito disciplinario de los convenios mientras no se suprima el artículo 54.2.f del Estatuto de

los Trabajadores, minimizando los efectos sancionadores derivados de la dependencia de las drogas y proponiendo estrategias alternativas de prevención.

En el terreno de la formación, es destacable el creciente interés sindical en sensibilizar y formar a estudiantes de formación pre-laboral y de formación profesional en materia de riesgos laborales y de los derivados del consumo de drogas. Este interés queda patente, por ejemplo, en la iniciativa de UGT de incluir en la Estrategia integrada de empleo, formación profesional y salud laboral 2012-2015 en materia de Formación Profesional, el desarrollo de programas de sensibilización, información, formación y orientación sobre prevención del consumo de drogas.

El servicio especializado de información, orientación, mediación y derivación de trabajadores a recursos asistenciales de CC.OO., CAID, ha notificado la realización de 527 consultas informativas; de la apertura de 153 historias, principalmente por consumo de tabaco (71,89%) y alcohol (20,26%); de la entrada en fase previa de motivación de 67 trabajadores y de la derivación de 65 de ellos a recursos asistenciales. Por otra parte, la asesoría jurídica de CC.OO. y UGT ha atendido 20 consultas relacionadas con las drogas a lo largo del año.

Por su parte, CECALE ha iniciado en Palencia, Salamanca y Valladolid el Programa *Con alcohol todo borroso y con tabaco todo nublado*. En el marco de este programa, CECALE, en colaboración con el Servicio de Prevención de Ibermutuamur, ha realizado a los trabajadores que acuden al reconocimiento médico de salud laboral, 9.892 consultas sobre sus hábitos y dependencia tabáquica, aplicando en 1.321 casos una prueba diagnóstica sobre adicción a la nicotina. A pesar de este esfuerzo sólo se ha logrado constituir un grupo de deshabituación tabáquica al que han asistido 12 trabajadores.

Por último, se ha llevado a cabo el Programa de dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA). Este programa consiste en la realización de módulos breves, de 3-4 horas de duración, para la motivación de empresarios y talleres de 4 a 8 horas de duración dirigidos a profesionales y estudiantes de hostelería para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas. Con estas actividades se pretende evitar la venta de alcohol a menores y a personas intoxicadas y capacitar, tanto a los profesionales como a los alumnos de hostelería, para realizar intervenciones preventivas que eviten estas situaciones. El Ayuntamiento de Zamora tiene incorporada la participación en el taller como condición necesaria para la apertura del local y el Ayuntamiento de Medina del Campo, como requisito para poder optar a las licencias que se otorgan a las casetas en las fiestas.

Evaluación: Las actuaciones en materia de drogodependencia en el ámbito laboral siguen siendo una línea prioritaria de actuación en el VI Plan Regional de Drogas 2009-2013 de Castilla y León. En este ámbito resulta fundamental la implicación activa de todos los agentes sociales y prueba de ello, son las actuaciones que, en el marco del convenio de colaboración entre CECALE, UGT, CC .OO y la Junta de Castilla y León, se vienen realizando. **El objetivo se considera conseguido** ante la información registrada en el Plan Regional sobre Drogas.

OE-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. (Objetivo 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)

INDICADOR: Plan Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad.

El Plan Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad, aprobado en el año 2005 y con una vigencia hasta finales de 2007, en su Programa de Prevención y Atención Temprana, planteaba como objetivo 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, mediante una serie de actuaciones:

- Información y asesoramiento sobre conductas de riesgo y prevención de los accidentes más frecuentes en cada etapa de la vida.
- Potenciar la educación vial e incidir sobre la formación de los conductores y de los peatones.
- Desarrollar medidas que eviten o disminuyan los riesgos de accidentes de tráfico, domésticos, laborales, y otros.
- Formación sobre riesgos laborales en los centros de trabajo y empresas.
- Divulgar información sobre la normativa vigente en materia de prevención, para fomentar y generalizar su conocimiento.

Como indicadores de resultado establecía, entre otros, dos que han sido ya evaluados en este Plan: la disminución anual del número de accidentes de tráfico y la disminución anual del número de accidentes laborales.

El número de **accidentes de tráfico con víctimas (ACV)** descendió de 5.837 en el año 2007 hasta 4.361 en el año 2011, lo que supone un descenso del 25,29% de ACV en las carreteras de la Comunidad. Igualmente, descendió el número de víctimas mortales en un 40,70%, al bajar de 385 fallecidos en 2007 a 228 en el año 2011.

El **número de accidentes laborales** en Castilla y León también muestra un descenso significativo como reflejan los índices de incidencia y de mortalidad de los accidentes con baja. El descenso en el año 2012 con relación a 2007, es del 49,20% en los accidentes durante la jornada de trabajo y del 28,70%, en los accidentes "in itinere". El número de accidentes mortales en jornada laboral por cada 100.000 trabajadores activos fue de 3,9 frente a los 7 que se registraban en el año 2007.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Los ciudadanos tienen gran confianza en los productos que consumen a diario en su alimentación. Pero para garantizar esta seguridad es necesaria la máxima responsabilidad, que parte de los productores y llega hasta los establecimientos que ponen en venta los productos y, de forma transversal, a todos los implicados en esta cadena, resultando indispensable la intervención del control oficial. La realización de este control se ha adaptado a la nueva y variada normativa que afecta a toda la UE. Además, se están desarrollando herramientas que faciliten el control y el seguimiento basadas en las TIC, se promueve la mejora continua de la calidad del propio control oficial incluyendo la formación continuada de los profesionales y se incorporan directamente los sectores productivos en la elaboración de instrumentos de mejora de todos los procesos.

Por ello, en Seguridad Alimentaria el Plan de Salud pretende conseguir los cuatro objetivos siguientes: mejorar el control oficial incorporando para ello las TIC, optimizar la formación de los profesionales en control oficial, implantar un programa de evaluación de calidad de control oficial que incluya auditorías y fomentar la elaboración de Guías por el sector alimentario con supervisión de la Consejería de Sanidad.

SEGURIDAD ALIMENTARIA		
OG-47	Mejorar la seguridad alimentaria en la Comunidad de Castilla y León.	CONSEGUIDO
OE-137	Mejorar el control oficial mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-139	Implantar un programa específico de calidad del control oficial que incluya la realización de auditorías.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO

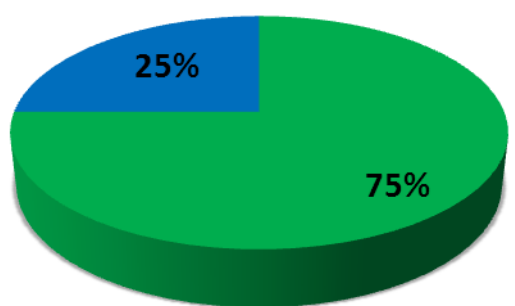
Resumen ejecutivo

Durante el periodo de vigencia del III Plan de Salud, con el fin de mejorar la seguridad alimentaria en Castilla y León, la Dirección General de Salud Pública ha desarrollado una serie de actividades:

- La mejora del control oficial mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).
- Realización de auditorías como sistemas de evaluación de las actuaciones de control que permiten conocer la situación real, los puntos débiles y fuertes del sistema.
- La mejora de la seguridad alimentaria en las empresas de Castilla y León mediante dos acciones: la elaboración de Guías de prácticas correctas de higiene y la aplicación del sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC).
- La formación adecuada y suficiente de inspectores y profesionales implicados en el control oficial de alimentos.

El grado de cumplimiento de los objetivos es muy elevado en Seguridad Alimentaria, el 75% de los objetivos específicos está cumplido y el otro 25%, parcialmente conseguido.

Seguridad alimentaria Objetivos específicos



■ Conseguido ■ Parcialmente conseguido

OG-47 Mejorar la seguridad alimentaria en la Comunidad de Castilla y León.

INDICADOR: Relación de actividades de mejora.

La seguridad alimentaria se define como el conjunto de actuaciones encaminadas a preservar que todas las etapas de la producción, transformación y distribución de

alimentos, se desarrollen utilizando procedimientos que garanticen un nivel elevado de protección de la salud de la población consumidora. Velar por el cumplimiento de la legislación en esta materia, verificando que los operadores de empresas alimentarias cumplen con los requisitos de dicha legislación es competencia de la administración, ejerciendo la misma a través del control oficial.

Durante el periodo de vigencia del III Plan de Salud, con el fin de mejorar la seguridad alimentaria en Castilla y León, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad ha desarrollado una serie de actividades que se han vertebrado en los siguientes puntos:

- Desarrollar aplicaciones informáticas que permitan una gestión ágil de la información, así como dotar a los Servicios Oficiales del ámbito periférico de equipos informáticos con conexión a la red de la Junta de Castilla y León.
- Disponer de sistemas de evaluación de las actuaciones de control realizadas. Para ello se ha trabajado y fomentado, entre otras, la realización de auditorías que permitan conocer la situación real, los puntos débiles y fuertes del sistema, y promover aquellos cambios que permitan ganar eficiencia.
- Promover la mejora de la seguridad alimentaria en las empresas de Castilla y León mediante dos acciones: la elaboración de Guías de prácticas correctas de higiene y la aplicación del sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC) por los distintos sectores. Mediante estas guías, que elaboran los sectores implicados y que la administración revisa y aprueba, se establecen pautas que facilitan a los profesionales el cumplimiento de la legislación alimentaria y, en último término, la puesta en el mercado de productos alimenticios seguros.
- Dar la formación adecuada y suficiente a los inspectores y profesionales implicados en el control oficial de alimentos para que conozcan los cambios legislativos, procedimentales y organizativos que se van produciendo y, además, mantengan actualizados sus conocimientos técnicos.

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

OE-137: Mejorar el control oficial mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

INDICADOR: Existencia de Sistema de Información de control oficial.

M 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.

M 245: Dotación, durante el año 2008, de equipos informáticos en todas las demarcaciones, y en el 70% de los mataderos.

M 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.

Para mejorar la Seguridad Alimentaria en nuestra Comunidad Autónoma es necesario realizar un control eficaz de industrias y establecimientos alimentarios por parte de la administración, que permita una apropiada evaluación de los riesgos y la planificación de las actividades de control. Para realizar este control de forma adecuada, ha sido preciso homogeneizar los criterios establecidos y desarrollar procedimientos informatizados utilizando las nuevas tecnologías de la información.

A lo largo de la vigencia del III Plan de Salud, se han diseñado dos aplicaciones informáticas:

1. La aplicación PVyC que desarrolla el **Programa de Vigilancia y Control en Industrias y Establecimientos Alimentarios de Castilla y León**. En el momento actual esta aplicación se encuentra en fase de explotación y adaptación de la aplicación según necesidades.
2. La aplicación RAAL que gestiona el **Registro de Actividades Alimentarias**, que actualmente permite generar informes y listados y la exportación de datos a la AESAN, vía web services.

Estas aplicaciones se han diseñado en los servicios centrales de la unidad administrativa responsable del control oficial de la Comunidad y su utilización y explotación corresponde a los Servicios Oficiales que realizan el control oficial a nivel periférico.

Para el establecimiento de estas aplicaciones ha sido necesario dotar a los servicios periféricos (43 Demarcaciones, 156 ZBS y 150 mataderos) de equipos informáticos y realizar la conectividad a la red de la Junta de Castilla y León. Ambas actuaciones se encuentran finalizadas.

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

	Control Oficial de Industrias y Establecimientos Alimentarios. Castilla y León				
	Evolución de los Sistemas de Información de Control Oficial				
	2008	2009	2010	2011	2012
Aplicación PVyC	"Modo consulta" en explotación en SSTT y Demarcaciones	Prueba piloto de "Modo Complimentación" en 3 ZBS.	Cumplimentación de todos los cuestionarios a través de la aplicación. Pendiente por implantar alguna funcionalidad.	Explotación y adaptación de la aplicación según necesidades.	Explotación y adaptación de la aplicación según necesidades.
Aplicación RAAL	Diseño del RAAL	Prueba piloto en una ZBS para la toma de datos.	Finalizado el aplicativo de toma de datos en SSTT. Explotación en SSCC de la APSSA.	Explotación en SSTT y Servicios Oficiales de Control. Módulo de generación de documentos. Mantenimiento evolutivo: <ul style="list-style-type: none"> Nuevo catálogo de actividades de establecimientos. Mejoras y nuevas funcionalidades. Exportación datos en formato XML requerido por la AESAN 	Generación de informes y listados con herramienta OBI (Oracle Business Intelligence) Mantenimiento evolutivo: <ul style="list-style-type: none"> Mejoras y nuevas funcionalidades. Exportación datos a la AESAN vía "web services"
Dotación de equipos informáticos para todos los Servicios de Control Oficial <ul style="list-style-type: none"> 43 Demarcaciones. 156 ZBS. 150 Mataderos 	Todas las Demarcaciones. 50 mataderos.	Todas las ZBS. 50 mataderos	Finalizado	Finalizado	Finalizado
Conectividad a la red JCYL De los Servicios de control oficial (Demarcaciones, ZBS y Mataderos)	Conectividad de 21 Demarcaciones	Conectividad de 22 Demarcaciones más.	Finalizado	Finalizado	Finalizado

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

OE-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.

INDICADOR: % profesionales que han recibido formación en control oficial.

M 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.

Formar a los profesionales responsables del Control Oficial de las Industrias y Establecimientos Sanitarios de nuestra Comunidad es fundamental, dado que repercute en las actuaciones de un equipo multidisciplinar de profesionales, con un amplio ámbito de actuación, sujeto a continuas modificaciones normativas regionales, nacionales e internacionales, así como a la innovación tecnológica industrial.

Al margen de las actividades de formación organizadas por el Escuela de Administración Pública de Castilla y León, la unidad administrativa competente en la materia ha organizado jornadas formativas “ad hoc” cuando ha considerado de interés la materia a impartir. No obstante, como consecuencia de la situación económica y las necesidades presupuestarias, las actividades formativas han tenido que optimizarse y racionalizarse al máximo.

En cuanto a los destinatarios de los cursos o jornadas formativas, cabe señalar que la oferta formativa anual puede estar abierta a varias categorías profesionales, tanto por su titulación como su implicación en el control oficial.

Control Oficial de Industrias y Establecimientos Alimentarios. Castilla y León					
Formación en control oficial					
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de Actividades⁽¹⁾	21	14	22	15	11
Nº de Profesionales	730	477	528	430	523
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013					
(1) Cursos y jornadas formativas					

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

OE-139: Implantar un programa específico de calidad del control oficial que incluya la realización de auditorías.

INDICADOR: Nº auditorías a los sistemas de control oficial.

Nº unidades administrativas encargadas del control oficial en proceso de acreditación por sistema de calidad.

M 248: Desarrollo de sistemas de realización de auditorías del control oficial, como medio de mejora de la calidad de dicho procedimiento de control.

M 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.

Para verificar la calidad con que se desarrolla el Control Oficial ejercido en Industrias y Establecimientos Alimentarios de la Comunidad, se somete a un proceso de auditoría y, en función de sus resultados, se adoptan las medidas oportunas para asegurar que se están alcanzando los objetivos establecidos.

Hasta el año 2011, se han realizado 15 auditorías a los sistemas de control oficial, con la asistencia de personal de una empresa externa a la organización. Los ajustes presupuestarios han conllevado la suspensión de esa asistencia por lo que durante 2012 no se realizó ninguna. Por la misma razón, no se ha llevado a cabo la acreditación de las unidades administrativas encargadas del control oficial.

La Consejería de Sanidad está trabajando en el diseño de un sistema de auditoría al control oficial ejecutado íntegramente por personal propio. Se prevé que dicha actividad se inicie en 2014.

Como en otros aspectos, las actividades formativas han tenido que optimizarse y racionalizarse al máximo, por lo que sólo se realizaron 2 cursos en 2011, formándose 60 personas en programas de calidad.

	Control Oficial de Industrias y Establecimientos Alimentarios. Castilla y León				
	Programas de calidad y realización de auditorías				
	2008	2009	2010	2011	2012
Auditorías realizadas sobre los sistemas de Control Oficial	7	3	4	1	--
Formación sobre programas de Calidad ⁽¹⁾	--	--	--	2 (60 alumnos)	--

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013
(1) Cursos y jornadas formativas

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido.

OE-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.

INDICADOR: Nº de Guías de higiene de sectores alimentarios supervisadas.

M 250: Elaboración de “Guías de higiene de sectores alimentarios” por los diferentes sectores privados implicados.

M 251: Supervisión y promoción, por la Consejería de Sanidad, de las Guías contempladas en el apartado anterior.

La Consejería de Sanidad fomenta la implicación de los establecimientos y de las industrias alimentarias de la Comunidad con el objetivo final de mejorar la Seguridad Alimentaria.

Una de estas líneas de colaboración ha sido la elaboración por parte de distintos sectores de la industria alimentaria de varias guías de prácticas correctas de higiene y de aplicación del sistema de análisis de peligros y puntos de control críticos, con la colaboración y supervisión de la Administración.

Estas guías se elaboran con varios objetivos: informar sobre los requisitos higiénico-sanitarios que deben cumplir, establecer unos criterios de referencia para que todos estén obligados a cumplir los mismos requisitos higiénicos en función de su actividad y, por último, desarrollar sistemas para que la implantación y seguimiento de los sistemas de autocontrol sea una labor sencilla y eficaz.

De este modo, se han elaborado y supervisado guías en varios sectores alimenticios: Comercio minorista de alimentación, Centros de embalaje, Avicultura de carne, Aditivos alimentarios, Guía de Prácticas Correctas de Higiene como sistema de apoyo a las panaderías de Castilla y León o la Guía de Buenas prácticas de higiene para la elaboración de ovoproductos. Algunas de ellas, disponibles en el Portal de Salud, Profesionales.

	Seguridad Alimentaria			
	Guías de Prácticas Correctas de Higiene en Sectores Alimentarios			
	2008-2009	2010	2011	2012
Nº de Guías de Buenas Prácticas de higiene supervisadas	4	1	5	4

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

SANIDAD AMBIENTAL

En relación a la Sanidad Ambiental, las competencias están repartidas en diferentes Consejerías y departamentos. La vigilancia de las aguas de consumo humano, por la trascendencia que tiene para la salud de las personas, es prioritaria para la Consejería de Sanidad, por ello en el III Plan de Salud se han seleccionado las intervenciones para optimizar este aspecto.

En Sanidad Ambiental el Plan de Salud pretende lograr los siguientes cinco objetivos: Mejorar el sistema de información y vigilancia de las aguas de consumo humano utilizando las TIC, mejorar la formación de quienes realizan esta vigilancia, mantener un censo actualizado de zonas de abastecimiento de consumo humano, diseñar mapas de riesgo para los parámetros geológicos relacionados con el agua de consumo humano e implantar un programa de control de calidad, con auditorías, referido a la vigilancia de las aguas de consumo humano.

SANIDAD AMBIENTAL		
OG-48	Mejorar la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano en la Comunidad de Castilla y León.	CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-142	Mejorar la formación de las personas que realizan la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.	CONSEGUIDO
OE-143	Actualizar las zonas de abastecimiento de agua de consumo humano.	CONSEGUIDO
OE-144	Diseñar mapas de riesgo para los parámetros relacionados con condiciones geológicas.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-145	Implantar un programa específico de control de calidad de la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

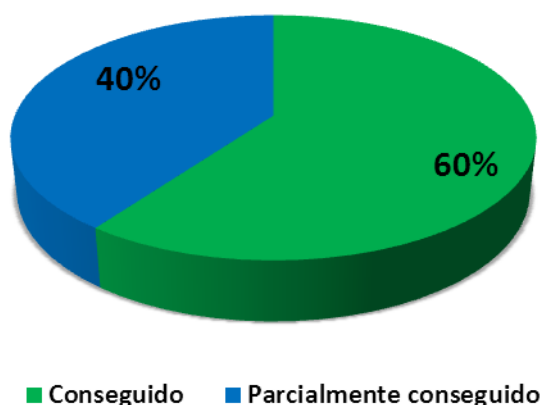
En Sanidad Ambiental el objetivo prioritario ha sido conseguir que la calidad del agua de consumo humano cumpla con los requisitos sanitarios necesarios y para ello se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Mejora del sistema de registro e información mediante una nueva aplicación informática para la implementación del programa de vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.
- Desarrollo de actividades de formación continuada para los profesionales.

- Realización de una nueva zonificación de los abastecimientos de Castilla y León.
- Elaboración de los mapas de riesgo para aquellos parámetros ligados a las condiciones geológicas y mejora del sistema de recogida de muestras y su tratamiento.
- Ejecución de auditorías en diferentes niveles de control oficial implicados en la vigilancia sanitaria de agua de consumo humano.

En Sanidad Ambiental el 60% de los objetivos específicos está conseguido y el 40% parcialmente conseguido.

Sanidad ambiental Objetivos específicos



OG-48 Mejorar la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano en la Comunidad de Castilla y León.

Indicador: Relación de actividades de mejora.

Conseguir que la calidad del agua de consumo humano cumpla con los requisitos sanitarios necesarios es uno de los objetivos prioritarios de la Sanidad Ambiental. Tras el análisis de situación para la elaboración del III Plan de Salud, los miembros del grupo de trabajo consideraron que debían mejorarse varios aspectos estableciendo objetivos que han dado lugar a numerosas actividades:

- Mejorar el sistema de registro e información con un adecuado tratamiento informático:
 - Dotación de conectividad informática en todas las Demarcaciones.
 - Instauración de una aplicación informática para la implementación del Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano (PVAC).

- Recogida de información sobre las infraestructuras e inspección de las condiciones higiénico-sanitarias de las zonas de abastecimiento con población mayor de 50 habitantes, mediante el empleo de cuestionarios, que se han volcado en la aplicación PVAC. Detección de no conformidades y aplicación de medidas correctoras.
- Supervisión de los Protocolos de Autocontrol y Gestión de las zonas de abastecimiento con población mayor de 50 habitantes, a través de cuestionarios recogidos en la aplicación PVAC. Detección de no conformidades y aplicación de medidas correctoras.
- Implementación de nuevas funcionalidades a la aplicación PVAC para poder efectuar un adecuado tratamiento informático de todos los datos recogidos y, con ello, mejorar la planificación de las futuras actuaciones de vigilancia sanitaria.
- Formación de los profesionales:
 - Desarrollo de 36 cursos y jornadas formativas.
 - Puesta en marcha del Foro de Aguas de Consumo, herramienta de comunicación y formación dirigida a los servicios oficiales de inspección y demás profesionales que realicen actividades de Sanidad Ambiental.
- Realizar una nueva zonificación de los abastecimientos de Castilla y León:
 - Actualización del censo de zonas de abastecimiento de aguas de consumo humano y de sus infraestructuras en el Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).
 - Verificación y corrección de los datos de zonas de abastecimiento e infraestructuras notificadas en SINAC.
- Elaborar mapas de riesgo para aquellos parámetros ligados a las condiciones geológicas y mejorar el sistema de recogida de muestras y su tratamiento:
 - Actuaciones de vigilancia sanitaria de arsénico, aluminio, nitratos, nitritos, fluoruros, sodio, amonio, sulfatos, cloruros, conductividad, fosfatos, magnesio, calcio, cloro, pH, parámetros microbiológicos, radiactividad, microcistinas y trihalometanos.
 - Elaboración de mapas correspondientes a medidas de radiactividad y arsénico.
- Realización de auditorías en diferentes niveles de control oficial implicados en la vigilancia sanitaria de agua de consumo humano: Servicio de Evaluación de Riesgos y Gestión de Alertas, 4 Servicios Territoriales (Secciones de Higiene de los Alimentos y Sanidad Ambiental) y 10 Servicios Oficiales Farmacéuticos en las distintas Demarcaciones. También se llevaron a cabo visitas de inspección a entidades gestoras, que pertenecían a la Demarcación auditada, con el objetivo de verificar las actuaciones realizadas por los Servicios Oficiales Farmacéuticos sobre el gestor/municipio seleccionado.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

OE-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).

INDICADOR: Existencia del Sistema de Información de vigilancia del agua de consumo humano.

M 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.

M 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.

M 254: Implantar, durante el año 2009, una aplicación informática regional que permita la captación y procesamiento de datos, disponible en todas las demarcaciones sanitarias.

Un abastecimiento de agua de uso público debe de estar obligatoriamente sometido a vigilancia y control. Para ello, existe una normativa básica nacional, pero la Comunidad a través del Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo humano (PVAC) adecúa esta normativa a nuestra Comunidad, recogiendo las particularidades demográficas de una población altamente dispersa.

Durante la vigencia del III Plan de Salud, se ha desarrollado el Sistema de Información y Registro de Vigilancia del Agua de Consumo Humano (VACH), diseñándose para su implementación una aplicación informática que posibilita la gestión de la información disponible sobre esta materia en todas las demarcaciones sanitarias (PVAC). Para ello, ha sido imprescindible dotar a las demarcaciones de los equipos informáticos necesarios y realizar la conectividad de las mismas.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

Vigilancia sanitaria del agua del consumo humano					
Sistema de Información y Registro de Vigilancia del Agua de Consumo Humano (VACH)					
	2008	2009	2010	2011	2012
Conectividad de las demarcaciones	21	22	43 Finalizado	43 Finalizado	43 Finalizado
Aplicación informática PVAC, Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano	Manual de contenidos y funcionamiento	Diseño	Manual de la aplicación y diseño. Cumplimentación de los cuestionarios en PVAC en todos Servicios Control Oficial Aplicación instaurada.	Cumplimentación de los cuestionarios completa. Aplicación instaurada.	Revisión y nuevas funcionalidades

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

OE-142: Mejorar la formación de las personas que realizan la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

INDICADOR: Profesionales que han recibido formación

M 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.

M 256: Implantar una formación específica en sistemas de calidad en los Servicios Territoriales de Sanidad y en las Demarcaciones.

El volumen de actividades formativas presenciales que se han ofertado a los técnicos de Sanidad Ambiental de la Comunidad, responsables de la vigilancia sanitaria del agua de consumo, ha sufrido modificaciones en función de la disponibilidad presupuestaria y del volumen de profesionales que se formaron. En conjunto, para todo el periodo, se han realizado 36 actividades formativas en las cuales han participado 885 profesionales.

Para compensar la falta de cursos presenciales, se ha puesto en marcha el Foro de aguas de consumo, un sitio web cuyo objetivo es utilizarlo como herramienta de formación dirigida a los Servicios Oficiales de Salud Pública y técnicos que realicen actividades de Sanidad Ambiental. Todos los participantes pueden interactuar entre sí, dejando comentarios sobre las entradas del blog que se realizan desde el Servicio de Evaluación de Riesgos y Gestión de Alertas de la Consejería de Sanidad. De esta manera, se dispone de un lugar centralizado para la transmisión de toda la información sobre el agua de consumo humano.

Este foro será también de gran ayuda para impartir la formación a los usuarios de la Consejería de Sanidad, de cara al lanzamiento por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de la versión 2 del Sistema de Información Nacional del Agua de Consumo Humano (SINAC).

	Vigilancia sanitaria del agua de consumo humano				
	Profesionales que han recibido formación				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de Actividades formativas ⁽¹⁾	0	10	18	8	0
Nº de alumnos	0	172	485	228	0
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013 (1) Cursos y jornadas formativas presenciales					

Evaluación: El objetivo se ha conseguido.

OE-143: Actualizar las zonas de abastecimiento de agua de consumo humano.

INDICADOR: Verificación del rediseño de las zonas de abastecimiento de agua de consumo humano.

M 257: Definir los criterios que permitan realizar una nueva definición de zonas de abastecimiento, contando con la colaboración de los gestores de los abastecimientos.

Se entiende por **zona de abastecimiento de agua de consumo humano** al área geográficamente definida y censada por la autoridad sanitaria a propuesta del gestor del abastecimiento o partes de éste, no superior al ámbito provincial, en la que el agua de consumo humano provenga de una o varias captaciones y cuya calidad de las aguas distribuidas pueda considerarse homogénea en la mayor parte del año (*artículo 2 del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano*).

Las zonas de abastecimiento, sus infraestructuras y los puntos de muestreo deben ser registradas en el Sistema de Información Nacional del Agua de Consumo SINAC. El SINAC es una herramienta informática que debe ser utilizada por las autoridades públicas y privadas implicadas en el suministro y gestión de la calidad de las aguas de consumo humano.

El número total de zonas de abastecimiento de agua de consumo humano registradas en el SINAC en la Comunidad a 31 de diciembre de 2012 es de 3.371.

Aguas de Consumo Humano					
Actualización del censo de zonas de abastecimiento en Castilla y León					
	2008	2009	2010	2011	2012
Actualización del censo	174	626	1.913	3.361	3.371

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y SINAC, 2013

El ministerio competente en materia sanitaria es el responsable de la aplicación informática que gestiona el Sistema de Información Nacional del Agua de Consumo (SINAC). Su última versión, que está en proceso de actualización, ha generado la necesidad de actualizar de nuevo la zonificación de los abastecimientos en nuestra Comunidad.

Por otra parte, el proceso de implementación de las nuevas funcionalidades de la aplicación informática dependiente de la Consejería de Sanidad (Programa de Vigilancia del Agua de Consumo, PVAC), está avanzado de forma más lenta de lo previsto.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

OE-144: Diseñar mapas de riesgo para los parámetros relacionados con condiciones geológicas.

INDICADOR: Mapas de riesgo elaborados.

M 258: Georreferenciar, al menos, el 90% de las captaciones subterráneas de agua, entre las que se incluirán las de mayor relevancia.

M 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.

Las posibles contaminaciones que puede presentar el agua de consumo con importancia sanitaria y/o industrial no siempre tienen su origen en las actividades realizadas por el hombre. Es frecuente que ciertos parámetros de contaminación estén ligados al suelo por las características geológicas de la zona, lo que tiene una gran importancia en las captaciones subterráneas. Uno de los objetivos básicos de la vigilancia es la identificación y evaluación de estos factores ambientales de riesgo que pueden afectar negativamente a la salud y elaborar mapas de riesgo.

	Aguas de Consumo Humano				
	Mapas de riesgo				
	2008	2009	2010	2011	2012
Georreferenciación de captaciones de agua subterránea de las zonas de abastecimiento de más de 500 habitantes	13%	30%	53%	55%	55%
Elaboración de mapas de riesgo relacionados con la presencia de parámetros químicos en el agua de consumo humano ⁽¹⁾	0	1	2	2	2

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013
(1) Datos acumulados.

La obtención de datos, para conseguir este objetivo, está subyugada a la puesta en marcha de la nueva versión de la aplicación informática SINAC, dependiente del Ministerio de Sanidad, así como a la instauración de las funcionalidades informáticas de la aplicación PVAC, de la Consejería de Sanidad, por lo que no se han podido desarrollar totalmente las acciones previstas. No obstante, en el año 2013 se pone en marcha un Subprograma de vigilancia sanitaria de contaminantes químicos de origen geológico en las captaciones de agua subterránea de Castilla y León, lo que permitirá avanzar en este aspecto.

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido.

OE-145: Implantar un programa específico de control de calidad de la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.

INDICADOR: Auditorías y supervisiones de las unidades administrativas responsables de la vigilancia sanitaria de las aguas de consumo humano.

M 256: Implantar una formación específica en sistemas de calidad en los Servicios Territoriales de Sanidad y en las Demarcaciones.

M 260: Desarrollar sistemas de realización de auditorías y supervisión del control oficial, como medio para mejorar la calidad de la vigilancia sanitaria del agua.

El Real Decreto 140/2003, de aguas de consumo humano, norma básica del Estado sobre esta materia, marcó la obligatoriedad de elaboración de un programa de vigilancia por parte de las comunidades autónomas.

En el año 2009 se estableció, por parte de la Consejería de Sanidad y en el ámbito de Castilla y León, el Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano, cuyo objetivo general es conseguir un control y vigilancia eficiente de las aguas de consumo humano, para evitar o reducir al máximo los posibles riesgos para la salud humana como consecuencia de la posible contaminación del agua, e informando a la población. Con ello, se ha contribuido a mejorar la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano en la comunidad de Castilla y León, dando cumplimiento a uno de los objetivos del III Plan de Salud de Castilla y León.

Los objetivos específicos que el programa establece son los siguientes:

- Concretar, en el ámbito de Castilla y León las responsabilidades, obligaciones y competencias de cada una de las partes implicadas en el abastecimiento de agua de consumo, desde su captación hasta el grifo del consumidor.
- Establecer las líneas de actuación en el autocontrol a través de los protocolos de autocontrol y gestión de los abastecimientos.
- Planificar la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano.
- Conocer y mejorar la calidad sanitaria del agua, así como el estado de las infraestructuras de los abastecimientos de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Facilitar al ciudadano la información disponible sobre los aspectos sanitarios del agua de consumo humano, de manera clara y comprensible.
- Dar cumplimiento al Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.

Se puede consultar el texto del programa, sus anexos y otra información relacionada, en el Portal de Sanidad de la Junta de Castilla y León:

www.saludcastillayleon.es/sanidadambiental

Desarrollar sistemas de realización de auditorías y supervisión del control oficial, como medio para mejorar la calidad de la vigilancia sanitaria del agua.

Diferenciar vigilancia y control es básico para establecer el alcance de las actuaciones y por tanto la efectividad de las mejoras. El control es competencia del gestor del agua y responsabilidad exclusivamente municipal, mientras que la vigilancia es responsabilidad y competencia autonómica.

El "control" tiene como objetivo que el agua sea apta para el consumo mediante el cumplimiento de las restricciones paramétricas impuestas de forma previa, sea por normativa, sea por decisión de la Autoridad competente. Tiene su propia metodología, que se caracteriza por una cierta rigidez sobre variables, métodos y ensayos, y frecuencia prefijados. Para realizar este tipo de actividad, es necesario implantar una formación específica en sistemas de calidad y estructurar un sistema de realización de auditorías y supervisión del control oficial.

Aunque se consideró importante programar la formación en sistemas de calidad, las dificultades presupuestarias en los últimos años obligaron a la Consejería a reducir considerablemente las actividades formativas, no pudiéndose desarrollar esta formación y en consecuencia, solo se han realizado las auditorías y supervisiones de las unidades administrativas responsables en el año 2010.

	Control de calidad de la vigilancia sanitaria del agua de consumo humano				
	Auditorías y supervisiones de las unidades administrativas responsables				
	2008	2009	2010	2011	2012
Auditorías y supervisiones	0	0	1 15 unidades administrativas	0	0

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

Evaluación: En el marco del III Plan de Salud de Castilla y León, se han reforzado las actuaciones que la Consejería de Sanidad venía realizando en esta materia mediante la publicación del programa de vigilancia del agua de consumo humano en Castilla y León. Sin embargo, la formación específica en sistemas de calidad y la realización de auditorías se ha visto afectada por las dificultades presupuestarias. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD

Existe una importante relación entre enfermedad y dependencia. Una persona independiente, muchas veces mayor, que enferma, en función de que tenga cubiertas o no sus necesidades asistenciales y sociales, puede convertirse en dependiente de por vida. Hay numerosos ejemplos de enfermedades que pueden llevar a situaciones de dependencia, como las fracturas de cadera que tardan en intervenirse y dejan secuelas irreversibles, las enfermedades mentales que se reactivan sin atención, situaciones temporales (convalecencia) que precisarían de un apoyo extra, y si no se consigue, modifican definitivamente las condiciones de vida, enfermedades mentales que pueden controlarse en el entorno del paciente con un buen seguimiento o personas mayores que mantendrían la autonomía si dispusieran de buenas ayudas técnicas en su entorno. Las condiciones de las prestaciones sanitarias tienen que ser flexibles para poder adaptarse a las circunstancias de las personas, con el fin de mantener su mayor autonomía. El diálogo entre las necesidades sociales y sanitarias especiales (media y larga estancia, estancias temporales, unidades compartidas, etc.) de una persona se consigue a través de la coordinación sociosanitaria, cuyo desarrollo ha sido un hito en Castilla y León.

DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD

OG-49	Reducir la incidencia de la dependencia asociada al abandono del tratamiento en personas con "enfermedad mental grave y prolongada".	CONSEGUIDO
OG-50	Reducir la incidencia de la dependencia asociada a fractura de cadera en mayores de 79 años.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OG-51	Reducir la incidencia de la dependencia asociada a las fases de crisis o descompensación en la demencia.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
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.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-147	Desarrollar e implementar en 2008-2009 una nueva Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-149	Mejorar el tratamiento realizando una cirugía precoz (primeras 48 horas) en pacientes con fractura de cadera.	NO CONSEGUIDO
OE-150	Mejorar la prevención de complicaciones en pacientes con fractura de cadera.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO

OE-152	Ofertar servicios coordinados de atención a la demencia entre los dos niveles asistenciales y los Servicios Sociales.	CONSEGUIDO
OE-153	Establecer procedimientos de atención hospitalaria, con circuitos diferenciados, para la atención a la demencia.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-154	Desarrollar una Estrategia sanitaria dirigida a los cuidadores no profesionales.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-156	Facilitar la adaptación de los domicilios de las personas mayores y las ayudas técnicas que posibiliten una vida autónoma.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-159	Promover un mayor conocimiento e intercambio de experiencias entre profesionales del ámbito sanitario y social en relación con la discapacidad.	CONSEGUIDO
OE-160	Impulsar la adaptación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de las personas con discapacidad, en función de cada situación específica.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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 que presenten situaciones de crisis.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-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).	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

En este III Plan de Salud se han abordado objetivos relacionados con tres problemas frecuentes de salud que pueden llevar asociados situaciones de dependencia.

- Enfermedad mental grave y prolongada: La Consejería desde hace años viene trabajando en un modelo de atención integral a las personas que padecen Trastorno mental grave (TMG), mediante herramientas como el Programa de gestión de casos y el Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por TMG.
- Fractura de cadera: Todas las gerencias disponen de planes de cuidados de enfermería al alta así como de protocolos de atención a la fractura de cadera consensuados entre atención especializada y atención primaria, que se evalúan anualmente, y en los que además de las intervenciones más efectivas, se incluyen los circuitos de coordinación y comunicación para garantizar su cumplimiento. No se ha conseguido realizar la cirugía precoz antes de las 48 horas en los casos de fractura de cadera.
- Demencia: En la Comunidad se han creado los recursos necesarios que garantizan el abordaje integral de los pacientes con demencia, con servicios de atención a la demencia en Atención Primaria y Especializada y con la continuidad adecuada entre ellos y los servicios sociales.

Se ha establecido un protocolo de actuación conjunta entre el sistema sanitario y el sistema social que garantiza una atención coordinada con varios objetivos, entre ellos, definir las necesidades de plazas de media y larga estancia sanitaria. El Convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales establece la gestión de las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS).

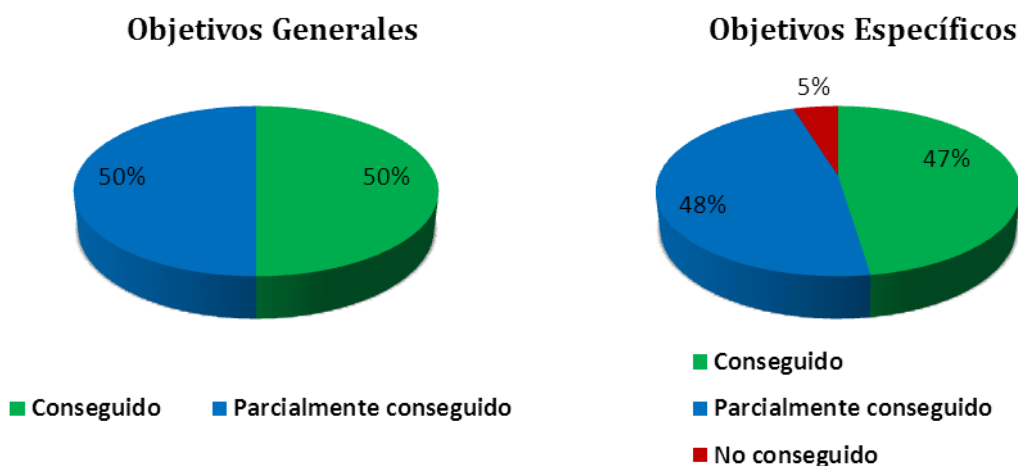
No se ha elaborado la Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica por razones presupuestarias.

Desde el sistema de salud se atienden las necesidades de las personas cuidadoras de enfermos crónicos para prevenir que estas personas enfermen y tengan una buena calidad de vida.

Este apartado tiene un número importante de objetivos intersectoriales dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales que presentan un alto grado de cumplimiento.

El grado de consecución de los objetivos generales es del 50% de objetivos conseguidos y el otro 50% de parcialmente conseguidos. En cuanto a los objetivos específicos, se han conseguido un 47% y están parcialmente conseguidos, el 48%.

DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD



OG-49: Reducir la incidencia de la dependencia asociada al abandono del tratamiento en personas con "enfermedad mental grave y prolongada".

INDICADOR: Tasa de incidencia de dependencia asociada a abandono de tratamiento en enfermedad mental grave prolongada.

La red de salud mental de Castilla y León ha prestado a lo largo de estos años especial atención a un grupo de población que presenta una patología englobada bajo el término de Trastorno Mental Grave, consciente de la gravedad y enorme repercusión social y personal que comporta a quien lo padece.

Según los datos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), los trastornos mentales graves presentan una tasa de prevalencia del 2,5 – 3% en la población adulta. En la Comunidad de Castilla y León se cifra en torno a 50.000 las personas afectadas.

Las personas que sufren estos trastornos (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc.), presentan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal que les impide la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma. Su identificación se hace teniendo en cuenta, además de las entidades nosológicas anteriormente señaladas, criterios de gravedad clínica, grado de discapacidad y nivel de dependencia.

Para atender a este grupo de población, se han desarrollado e implantado programas específicos destinados a la integración global de la asistencia, garantizando el seguimiento a lo largo de todo el proceso, siendo éstos:

1. Programa de Gestión de Casos

El Servicio de Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, sensible a las necesidades de atención al Trastorno Mental Grave, inicia en el año 2002, la implantación de un modelo de atención a este colectivo, con el objetivo de proporcionarles una atención integral, evitando la discontinuidad de los cuidados y la fragmentación de los servicios, evaluando anualmente la actividad asistencial del mismo.

Desde entonces y hasta la actualidad, se ha implantado este programa en todos los Equipos de Salud Mental (ESM) de la Comunidad, encontrándose fuertemente arraigado entre profesionales, pacientes y familiares. Se inició con la formación de profesionales en este modelo de atención así como con la dotación paulatina de recursos humanos. Durante este tiempo el programa se ha ido adaptando a los cambios surgidos en la asistencia, con la incorporación de conceptos como calidad, efectividad, eficacia y eficiencia, seguridad del paciente, etc., que mejora y modifica el programa inicial.

En el año 2012, se redefinen los objetivos generales y específicos a conseguir a través de este programa, centrando la población diana en los pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave cuya evolución ha marcado graves repercusiones psicosociales (disfunción, discapacidad o dependencia), que presentan nula conciencia de enfermedad, alto riesgo de marginación y ausencia de red social, utilización frecuente de servicios de urgencias y hospitalarios e incumplimiento de las pautas terapéuticas. Se pretende, de forma general, facilitar el acceso y la continuidad de cuidados a aquellos pacientes en los que se detecta una baja adherencia o escasa respuesta

terapéutica así como riesgo de desvincularse de la Red de Salud Mental, para los que se hace necesario una atención prioritaria y de mayor intensidad en las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, atendiendo a sus necesidades concretas tan cerca de su entorno como sea posible.

2. Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave (TMG).

La atención integral a la población con TMG requiere, además de una red de servicios psiquiátricos completa y adecuada, la existencia de una red de equipamientos sociales, bien dimensionados, que atienda las diversas situaciones derivadas de la discapacidad secundaria a dichas condiciones o de las circunstancias sociales adversas que son frecuentes en la evolución de estas patologías. Por ello, en el año 2007 la Consejería de Sanidad y la de Familia e Igualdad de Oportunidades iniciaron un trabajo conjunto que ha derivado en la definición y puesta en marcha de un *Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por Trastorno Mental Grave*.

Este proceso se basa en los principios de atención centrada en la persona, continuidad en la atención y cuidados, atención integral y promoción de la autonomía personal, integración y participación en la comunidad, coordinación de sistemas, profesionales y recursos, así como en la búsqueda de efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos.

Inicialmente se pilotó en el área de Zamora, poniendo en marcha todos los recursos sociales específicos definidos para personas con enfermedad mental: miniresidencia (42 plazas), viviendas sociales supervisadas (86), equipo de apoyo comunitario y centro de día/taller ocupacional; así como diversos protocolos de derivación entre ellos.

Se han definido e implantado las estructuras de coordinación mixtas a nivel provincial y regional, compuestas por profesionales del ámbito de la salud mental y de los servicios sociales (Equipos mixtos provinciales, Comisión Mixta Regional así como la Comisión de Área psiquiátrica). En 2012, su implementación es ya efectiva en todas las áreas de salud.

El número de reuniones celebradas en los Equipos Mixtos en el año 2012 ha sido de 29 y en ellas se ha realizado una valoración de las necesidades de la población con discapacidad por enfermedad mental así como de los recursos existentes para su atención. Se han tratado 164 casos.

En el año 2012, la Gerencia de Servicios Sociales ha trabajado especialmente en el proceso de implantación de los EPAP (Equipo de Promoción de la Autonomía Personal), profesionales que atienden en la Comunidad a las necesidades socio-comunitarias de las personas con enfermedad mental, con el fin de garantizar que exista una atención integral y complementaria entre los servicios sociales básicos y los dispositivos y programas de asistencia psiquiátrica. Esto ha supuesto la incorporación de las Corporaciones Locales al Proceso integrado de atención sociosanitaria mediante la inclusión de los EPAP en los Equipos Mixtos Provinciales. De las 24 Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes), 21 ya tienen Equipo de Promoción de la Autonomía Personal. Prácticamente todos los EPAP han recibido formación y ya están valorando y trabajando sobre casos susceptibles.

Evaluación: No se ha establecido un indicador para cuantificar el porcentaje de situaciones de dependencia asociadas a trastorno mental grave. Sin embargo, en la Comunidad desde hace años se viene trabajando en un modelo de atención integral a

las personas que padecen TMG, mediante herramientas como el Programa de gestión de casos y el Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por TMG. **El objetivo se considera conseguido.**

OG-50: Reducir la incidencia de la dependencia asociada a fractura de cadera en mayores de 79 años.

INDICADOR: Tasa de incidencia de dependencia asociada a fractura de cadera en ≥ 79 años.

La fractura de cadera (FC) es una patología frecuente, que genera gran discapacidad tanto por las características de la misma como por las de los pacientes que la sufren, generalmente de edades avanzadas. El III Plan de Salud se planteó como objetivo disminuir la dependencia asociada a FC en personas ≥ 79 años procurando la atención coordinada de todos los profesionales implicados en su atención y, por ello, este objetivo ha formado parte de los planes de gestión desde 2008 hasta la actualidad.

Con carácter general, se calcula que un 3% de los mayores de 80 años sufre FC, siendo más frecuente en mujeres, debido a la elevada prevalencia de osteoporosis, y su incidencia aumenta con la edad. Esto supone una cifra importante de personas en las que se realizará una intervención quirúrgica, sobre todo mujeres, y con tendencia a seguir aumentando, debido a la mayor esperanza de vida y al aumento del sobreenviejamiento, que también es mayor en la población femenina.

En el año 2012, se produjeron en Castilla y León 3.751 altas por FC, el 75,18% en mujeres. Suponen un incremento con respecto a 2007 de un 20%. La edad media de los pacientes ingresados fue de 83,26 años, mayor en mujeres (84,59 años) que en hombres (72,2 años) y con tendencia a aumentar (año 2007: 82 años).

Las fracturas de cadera producen efectos importantes sobre la cantidad y la calidad de vida de los pacientes. En la fase aguda, la mortalidad puede llegar a ser muy significativa, entre un 5% y un 14%, mayor en hombres que en mujeres, y aumenta con la edad. Los Indicadores Clave del SNS aportan información sobre la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera, por cada 100 altas tras dicho diagnóstico.

	Mortalidad intrahospitalaria tras FC				
	Fallecidos por cada 100 altas por dicho diagnóstico				
	2005	2006	2007	2008	2009
Castilla y León	6,27	4,94	6,37	5,46	5,80
Hombres	5,07	4,06	5,48	7,57	8,36
Mujeres	10,22	7,74	9,19	4,77	5,00
España	5,85	5,57	5,73	5,50	5,32
Hombres	5,00	4,70	4,80	7,81	7,62
Mujeres	8,35	8,16	8,50	4,69	4,51

Fuente. Indicadores Clave del SNS. MSSSeI. 2013

Además, aproximadamente la mitad de los supervivientes sufrirán una limitación funcional severa que los invalida y los hace dependientes para sus actividades cotidianas, siendo necesario incorporar una ayuda social y rehabilitación física.

Dada su relevancia, la FC como problema de salud ha formado parte de los planes de gestión de la Gerencia Regional de Salud desde el año 2008. En un inicio, se centró a nivel hospitalario implantándose un indicador que evalúa el *porcentaje de personas mayores de 75 años que, intervenidas de fractura de cadera, tienen una interconsulta con el Equipo de Valoración de Cuidados Geriátricos para evaluar el riesgo de dependencia y el riesgo social e intervenir en su prevención*, (Estándar $\geq 95\%$). Para ello, se ha dotado a todos los complejos asistenciales y hospitales de un geriatra, completando de este modo los Equipos de Valoración de Cuidados Geriátricos (EVCG). Este indicador se ha mantenido en los sucesivos planes de gestión.

En el año 2009, el anterior indicador se complementó con la evaluación de la gestión de cuidados en pacientes posthospitalizados por fractura de cadera, evaluando el *número de personas intervenidas de fractura de cadera que se benefician de un plan de cuidados personalizado en las siguientes 48h del alta hospitalaria*. Además, se han protocolizado las intervenciones en cuidados que han demostrado mayor evidencia, tanto en el hospital como en atención primaria, para mejorar la calidad de la atención evitando o disminuyendo la aparición de secuelas que pudieran generar dependencia.

Desde 2009, todas las gerencias cuentan con protocolos de atención a la fractura de cadera consensuados entre atención especializada y atención primaria, que se evalúan anualmente y en los que, además de las intervenciones más efectivas, se incluyen los circuitos de coordinación y comunicación para garantizar su cumplimiento. La metodología empleada para esta comunicación y el porcentaje de altas comunicadas desde el hospital a atención primaria ha sido también objetivo de evaluación en el Plan Anual de Gestión de 2012.

Por otra parte, también en 2012 se ha realizado una revisión sistemática de evidencias en cuidados para la atención a la fractura de cadera que está disponible en el Portal de Salud de Castilla y León.

Sin embargo, no se ha establecido un indicador en los términos descritos, que nos permita cuantificar el porcentaje de situaciones de dependencia asociadas a fractura de cadera.

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido** pues aunque no se ha definido el indicador, todas las gerencias disponen de protocolos de atención a la fractura de cadera consensuados entre atención especializada y atención primaria, que se evalúan anualmente, y en los que además de las intervenciones más efectivas, se incluyen los circuitos de coordinación y comunicación para garantizar su cumplimiento.

OG-51: Reducir la incidencia de la dependencia asociada a las fases de crisis o descompensación en la demencia.

INDICADOR: Tasa de incidencia de dependencia asociada a crisis o descompensación de demencia.

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro cognitivo lo bastante grave para afectar al funcionamiento personal y social. La edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de una demencia, de manera que tanto la prevalencia como la incidencia prácticamente se duplican cada 5 años a partir de los 65 años de edad.

En Castilla y León, la prevalencia estimada para la demencia, con datos de los últimos estudios nacionales y regionales, se calcula en un 11% de la población mayor de 65 años (8,5% en hombres y 12,9% en mujeres). Estos datos son más relevantes en nuestra Comunidad, ya que es una de las más envejecidas de España, de forma que, teniendo en cuenta que la proporción de personas de 65 años y más en la Comunidad era del 22,8% en 2011, el número de personas afectadas puede superar las 60.000.

Estas cifras justificaron la inclusión, en el año 2007, de la atención a la demencia en la cartera de servicios de Atención Primaria. La población diana de este servicio son las personas que cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de demencia, definido por la aparición de cambios cognitivos, pérdidas funcionales y alteración de la prueba psicométrica (MEC), acompañadas o no de cambios de la conducta, trastornos del pensamiento, síntomas afectivos, trastornos del sueño, etc.

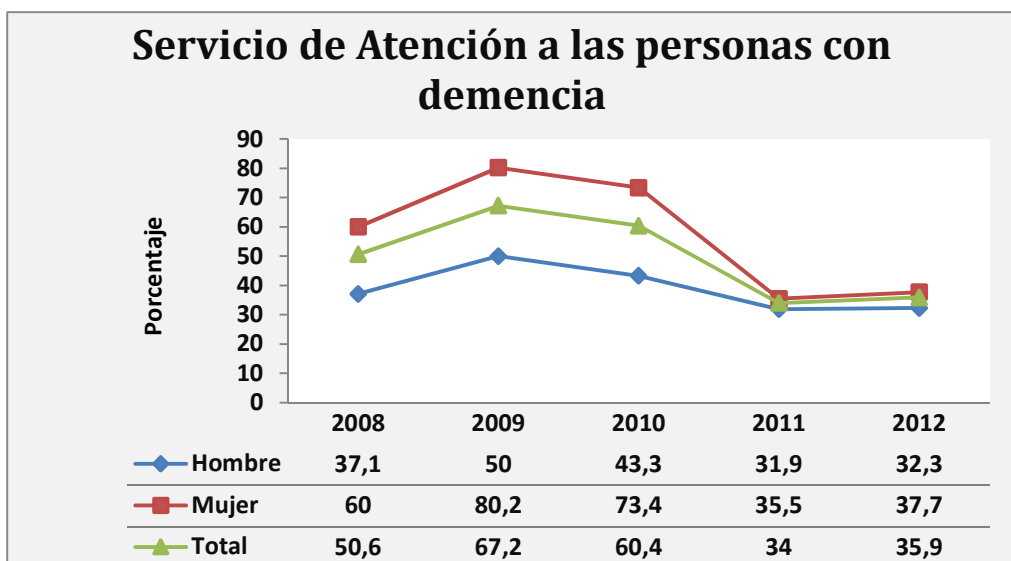
A través del Servicio de Atención al Paciente con Demencia, se realiza a cada paciente, con carácter semestral, una valoración integral que incluye la identificación de sus problemas de salud, la valoración de los patrones funcionales, emocionales y cognitivos y del riesgo social así como la identificación y valoración del cuidador principal. A cada paciente se le facilita un plan de cuidados individualizado y un plan de tratamiento médico, con revisión también semestral.

En el año 2012, se han atendido en Castilla y León, 22.649 personas en el servicio de demencia (6.876 hombres; 15.773 mujeres), alcanzando un índice de cobertura - número de personas que cumplen criterios de inclusión dividido entre el número de personas de 65 años y más - del 4% (2,8% en hombre; 4,9% en mujeres). Destacar que la cobertura es mayor en mujeres debido a que son muchas más las mujeres que forman parte de esos grupos de edad y con esperanza de vida más elevada.

Cartera de servicios de Atención Primaria					
Servicio de Atención a las personas con demencia					
	2008	2009	2010	2011	2012
Población atendida (n)	16.858	22.803	20.706	21.372	22.649
Hombres	5.332	7.352	6.436	6.543	6.876
Mujeres	11.527	15.451	14.270	14.829	15.773
Cobertura (%)	2,97	4,0	3,6	3,7	4,0
Hombres	2,18	3,0	2,6	2,6	2,8
Mujeres	3,57	4,8	4,4	4,6	4,9

Fuente: Cartera de servicios de Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud.

Si tenemos en cuenta los casos esperados según la prevalencia estimada en nuestro medio, en el año 2012 se atendió al 35,9% de las personas con demencia (32,3% en hombres; 37,7% en mujeres).



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Se observa un descenso de cobertura a lo largo del periodo de estudio motivado por dos circunstancias; por un lado, en 2010 se eliminan todos los registros manuales y sólo se dan resultados mediante la explotación de la HC electrónica, lo que implica una caída de coberturas en la mayoría de los servicios de cartera, y sobre todo, porque en el año 2011 se revisan las estimaciones de prevalencia al alza, pasando de una prevalencia estimada del 6% de la población mayor de 65 años al 11%, aumentando de forma importante la población susceptible y, por consiguiente, disminuyendo las coberturas con respecto a los años anteriores.

No obstante, los datos obtenidos son congruentes con los estudios que reflejan que, a pesar de las elevadas cifras de prevalencia e incidencia, sólo el 30% de los pacientes con demencia han sido previamente diagnosticados por los servicios sanitarios.

Evaluación: No se han establecido indicadores para evaluar la tasa de incidencia de dependencia asociada a crisis o descompensaciones de demencia. No obstante, a través del servicio de atención al paciente con demencia, se consideran aspectos como la valoración integral del paciente y la necesidad de cuidados de apoyo al enfermo y su familia, incluyendo, como valor añadido, un plan individualizado según los problemas identificados. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

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.

INDICADOR: Estudio de necesidades de plazas de media y larga estancia sanitaria.

La atención sociosanitaria se define como el conjunto de cuidados destinados a enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características puedan beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, haciendo especial hincapié en la continuidad de los cuidados, en el trabajo interdisciplinar y en la coordinación entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria, hospitales de agudos y los servicios o dispositivos comunitarios y sociales).

Entre los cinco principales motivos de ingreso hospitalario, tres son claramente enfermedades crónicas (respiratorias, circulatorias y neoplasias), siendo la mitad de estos ingresos de personas mayores de 65 años que después del tratamiento agudo de su enfermedad precisan de la actuación conjunta de los servicios sanitarios y sociales.

La Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, han previsto la atención de estos enfermos durante un periodo de tiempo determinado para la prestación de cuidados sanitarios, con o sin tratamiento de rehabilitación básica, y cuidados sociales, beneficiándose de la acción sinérgica de ambos tipos de atención.

Para ello, en 2011, la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León firmaron un Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria, en cuya cláusula quinta se establece que las partes firmantes procederán a la gestión conjunta de recursos de atención sociosanitaria para prestar cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, con el fin de garantizar esta atención en centros de personas mayores del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública y, en concreto, la creación de las **Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS)**.

Dichas Unidades se destinarán a la atención de personas en situación de dependencia con problemas para realizar las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de procesos crónicos de enfermedad y/o patologías generalmente asociadas al envejecimiento, ya diagnosticados y estabilizados, pero que debido a un proceso agudo o a una descompensación de sus procesos crónicos presentan una falta de autosuficiencia, necesitando cuidados sanitarios médicos y de enfermería y vigilancia durante la convalecencia, así como los cuidados personales asociados a su falta de autonomía.

Evaluación: Se ha establecido un protocolo de actuación conjunta entre el sistema sanitario y el sistema social que garantiza una atención coordinada y, por consiguiente, una respuesta única a las necesidades de los usuarios, posibilitando una mayor eficiencia en la asignación de los recursos. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-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.

INDICADOR: Protocolo aprobado con criterios de utilización de plazas de media larga estancia.

M 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.

En el marco del Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades se firmó, en el año 2012, el Convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales que establecía los compromisos para la gestión de las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y la financiación de las mismas.

Inicialmente, el convenio estableció la gestión conjunta de 50 plazas en residencias de personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales, distribuidas entre diferentes residencias mixtas y asistidas. Incluye en su Anexo I, las características técnicas de las unidades de convalecencia y en su Anexo II, los criterios de inclusión y exclusión así como el procedimiento de acceso a la unidad.

En agosto de 2012 y hasta mayo de 2013, se ha realizado en Valladolid el pilotaje del procedimiento de acceso a estas unidades, en la cual han participado los tres hospitales de Sacyl y la Residencia Asistida. Durante el pilotaje han accedido a la unidad 27 pacientes, con una estancia media de 80 días por persona. Esta experiencia ha permitido establecer una serie de conclusiones que mejoran el procedimiento de acceso a estas unidades.

Evaluación: El Convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales establece la gestión de las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) mediante la definición de los criterios para la utilización de plazas de media y larga estancia, perfil de los usuarios, procedimiento de acceso, tipo de cuidados a prestar, tiempos de estancia, sistema de financiación y provisión. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-147: Desarrollar e implementar en 2008-2009 una nueva Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica.

INDICADOR: Fecha aprobación de la Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica.
Tasa hospitalización de día en pacientes de edad geriátrica.

El II Plan de Atención Integral Geriátrica 2010-2014 surge como continuidad y mejora de las actuaciones emprendidas en el I Plan. La mayor parte de las medidas propuestas en él ya se venían desarrollando, incidiendo en aquellas que han demostrado mayor eficacia y eficiencia. Pero el Plan también prevé la implementación de otras medidas organizativas innovadoras que den respuesta a las nuevas necesidades, sobre todo para asegurar la continuidad en la atención de los procesos crónicos y la coordinación entre niveles. La difícil situación económica por la que atravesamos ha condicionado en gran medida la aprobación de distintos proyectos, entre ellos, este II Plan de Atención Integral Geriátrica 2010-2014, de forma que la Dirección de Presupuestos y Fondos Comunitarios de la Consejería de Hacienda no ha emitido aún el informe favorable para su aprobación.

No obstante, al margen de esta dificultad, las líneas de acción y trabajo no se han paralizado y en la medida de lo posible, y con los inconvenientes que esta situación conlleva, se ha iniciado su ejecución dando prioridad a aquellas acciones que, si bien comportan un esfuerzo en el trabajo realizado por los profesionales a nivel asistencial y planificador, tienen un coste económico asumible y adaptado a los presupuestos que son asignados a esta Consejería.

Hospitalización de día en pacientes de edad geriátrica.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), que aporta datos de los pacientes atendidos de forma ambulatoria en el hospital de día geriátrico para valoración geriátrica, rehabilitación o cuidados socio-sanitarios. El tratamiento debe suponer la permanencia en el centro durante varias horas (más de 2 y menos de 12). No se contabilizan las atenciones puntuales (extracciones, curas, inyectables, etc.).

	Hospital de día Geriátrico				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de pacientes	1.681	1.547	1.479	1.534	1.570

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: Por razones presupuestarias no se ha aprobado el II Plan de Atención Geriátrica 2010-2014, lo cual no ha impedido la realización de aquellas acciones que tienen un coste económico asumible. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-148: Desarrollar el programa de "gestor de casos" en enfermedad mental grave y prolongada (EMGP) e incluir al 80% de los pacientes con esta patología en dicho programa.

INDICADOR: Cobertura del gestor de casos en EMGP.

M 262: Organización en todos los ESM de la gestión de casos en enfermedad mental grave y prolongada (EMGP), desarrollados por enfermeras o trabajadores sociales.

M 263: Definir las guías y protocolos de valoración e intervención de la gestión de casos en pacientes, familias y entorno.

M 264: Desarrollar la atención domiciliaria y planes de cuidados de enfermería en estos pacientes.

El programa de "Gestión de Casos" se define como un modelo de atención para aquellos pacientes con trastorno mental y necesidades sociosanitarias múltiples, complejas y mantenidas en el tiempo. Es por tanto, un proceso orientado a aquellas personas que, diagnosticadas de un Trastorno Mental Grave, precisan una atención prioritaria y de mayor intensidad en las intervenciones terapéuticas, rehabilitadoras y en la gestión de recursos. Tiene como objetivo final contribuir a la mejor estabilidad clínica del paciente y su integración en la comunidad mediante actividades orientadas a garantizar la continuidad de cuidados a través de la coordinación e integración de todas las actividades sanitarias y sociales de salud mental implicadas en el proceso asistencial.

El programa está implantado en la totalidad de los Equipos de Salud Mental (36) de la Comunidad desde el año 2010, siendo 52 los profesionales que actúan como gestores de casos.

El número de pacientes en el programa de Gestión de Casos ha aumentado de 528 en 2006 a 856 en 2012.

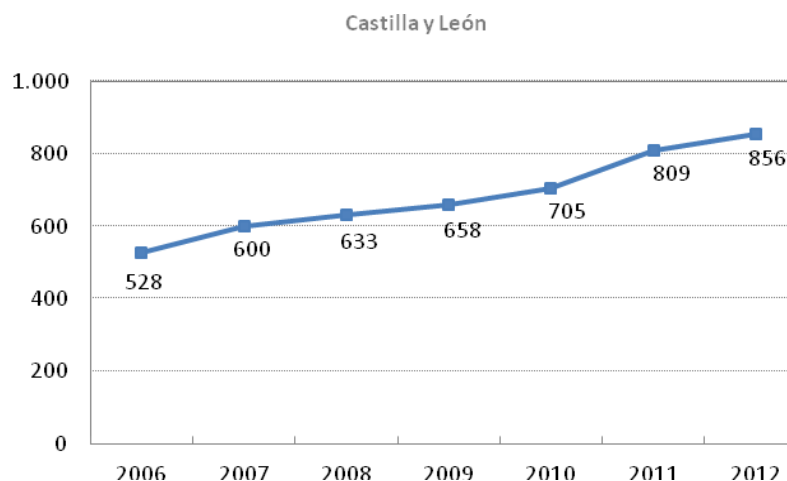


Gráfico 1: Evolución temporal del número de pacientes prevalentes en el Programa.

Castilla y León. Años 2006-2012

Los grupos de diagnóstico más frecuentes son: 'Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes' y 'Trastornos del humor (afectivos)', sumando entre los dos más del 91% de los trastornos presentes. Respecto al sexo, el grupo de diagnóstico más numeroso, 'Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes', lo padecen en mayor porcentaje los hombres (61,7%) y el segundo grupo más frecuente, 'Trastornos del humor (afectivos)', tiene mayor incidencia en las mujeres (61,1%). El tiempo medio de permanencia en el programa de los pacientes dados de alta es de 2,8 años.

En el año 2012 se actualiza el programa de Gestión de Casos, incluyéndose de forma expresa la realización de las siguientes actuaciones por parte del equipo coordinador de la gestión de casos de cada Equipo de Salud Mental:

- Elaboración y/o actualización de programas específicos complementarios para la Gestión de Casos.
 - Programa de atención a pacientes con baja adherencia terapéutica y nula conciencia de enfermedad.
 - Programa de psicoeducación y apoyo a pacientes y familiares.
 - Criterios para la realización de intervenciones domiciliarias.
 - Programa de prevención de crisis.
- Informar y difundir el contenido del programa al resto de los profesionales de su distrito, que son los que derivarán al equipo de Gestión de Casos, aquellos casos que lo precisen.

Evaluación: El programa de Gestión de casos se encuentra plenamente implantado en la Comunidad desde el año 2010, estando en continua revisión y mejora. El aumento del número de casos a lo largo de los años es un indicador del buen funcionamiento del programa. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-149: Mejorar el tratamiento realizando una cirugía precoz (primeras 48 horas) en pacientes con fractura de cadera.

INDICADOR: Tiempo hasta la realización de cirugía tras fractura de cadera y existencia de protocolo.

M 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.

Siempre que la condición clínica de los pacientes con fractura de cadera lo permita, hay que realizar cirugía precoz, no más allá de las 36-48 horas posteriores al ingreso. El retraso en la intervención quirúrgica se ha relacionado con la aparición de complicaciones (infecciosas, TEP, úlceras de decúbito) con graves repercusiones para el paciente. La existencia de un circuito predeterminado de atención a esta patología permite optimizar el tiempo de atención y realización de pruebas diagnósticas, así como el uso del área quirúrgica.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León, que aporta la estancia media preoperatoria, en días, en pacientes con fractura de cadera.

	Estancia media preoperatoria en fractura de cadera					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hombre	4,77	4,74	4,92	4,51	4,63	4,85
Mujer	4,52	4,52	4,40	4,38	4,26	4,29
Total	4,58	4,57	4,52	4,41	4,35	4,43

Fuente: CMBD. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Según los datos facilitados, se observa que la estancia media preoperatoria en 2012, es de 4,43 días, menor en mujeres (4,29) que en hombres (4,85). Con relación al año 2007, se observa que ha disminuido de forma global, condicionado por el descenso en mujeres. Sin embargo, en hombres ha aumentado discretamente.

En cualquier caso, la estancia media preoperatoria se ha situado a lo largo de todo el periodo por encima del estándar, 48 horas.

Evaluación: El tiempo preoperatorio medio ha superado a lo largo de todo el periodo de vigencia del plan el óptimo establecido (< 48 horas), por lo tanto, **el objetivo no se ha conseguido**.

OE-150: Mejorar la prevención de complicaciones en pacientes con fractura de cadera.

INDICADOR: Tiempo de movilización tras intervención de fractura de cadera y existencia de protocolo.

M 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.

Los protocolos de actuación en FC indican que, si las condiciones médicas del paciente lo permiten, la movilización debe comenzar en las primeras 24 horas del postoperatorio.

El 100% de los hospitales de Castilla y León han implantado protocolos de fractura de cadera en los que se contempla la movilización precoz tras la intervención. Sin embargo, no está sistematizada la recogida de información sobre el tiempo de movilización tras la intervención.

Una consecuencia directa de la movilización precoz es la disminución de la estancia media. En Castilla y León, en el año 2012, la estancia media fue de 11,54 días (12,25 en hombres; 11,31 en mujeres). Con respecto a 2007 (13,30 días), la estancia media ha disminuido en casi 2 días.

	Estancia media en FC (días)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	13,30	13,22	13,03	12,55	11,68	11,54
Hombres	13,30	13,24	1,86	12,85	12,04	12,25
Mujeres	13,30	13,22	12,77	12,46	11,56	11,31

Fuente: CMBD de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: Aunque no disponemos del valor del indicador, **se considera el objetivo parcialmente conseguido** por considerar que los protocolos recogen este cuidado en prevención de las complicaciones en pacientes con fractura de cadera, con una disminución de la estancia media.

OE-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.

INDICADOR: % Pacientes con fractura de cadera que continúan rehabilitación tras el alta hospitalaria.

M 266: Incluir en el alta de los pacientes por FC el informe del alta de enfermería que asegure la continuidad de los cuidados en el ámbito sanitario y social.

Desde 2009, todas las gerencias cuentan con protocolos de atención a la fractura de cadera consensuados entre atención especializada y atención primaria, que se evalúan anualmente y en los que, además de las intervenciones más efectivas, se incluyen los circuitos de coordinación y comunicación para garantizar su cumplimiento.

La comunicación entre niveles asistenciales respecto al proceso continuado de cuidados en el paciente con FC es un objetivo de los últimos planes anuales de gestión. La incorporación de las nuevas tecnologías de la información con programas comunes on-line, permite una buena comunicación bidireccional, siendo piezas fundamentales la historia clínica de cuidados de atención primaria y los informes de enfermería de alta hospitalaria. La metodología empleada para esta comunicación y el porcentaje de altas

comunicadas desde el hospital a atención primaria ha sido objetivo de evaluación en el PAG 2012.

El 100% de los hospitales han implantado protocolos de fractura de cadera, que incluyen el ***Plan de cuidados de enfermería al alta en FC***. En el 2009, se incluyó en los Planes Anuales de Gestión la evaluación de la gestión de cuidados en pacientes posthospitalizados por fractura de cadera, evaluando el número de personas intervenidas de fractura de cadera que se benefician de un plan de cuidados personalizado en las siguientes 48h del alta hospitalaria.

Según los datos proporcionados por las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria, en 2012 el 92,80% de pacientes dados de alta por fractura de cadera en los hospitales de nuestra Comunidad, disponían de informe de enfermería al alta para continuidad de cuidados.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

OE-152: Ofertar servicios coordinados de atención a la demencia entre los dos niveles asistenciales y los Servicios Sociales.

INDICADOR: Existencia de protocolos entre los dos niveles asistenciales y los servicios sociales. Nº de casos atendidos por la Comisión de Coordinación Sociosanitaria.

M 267: Elaboración e implantación de guías de actuación y protocolos coordinados entre At. Primaria y At. Especializada para el abordaje de los síndromes de demencia (SD).

M 268: Definir Protocolos de actuación entre los ESM y los EAP para la intervención en casos de crisis.

M 269: Gestión de casos compartida de los SD a través de los Equipos de Coordinación de Base.

El síndrome de demencia es una enfermedad incurable, que avanza inexorablemente hacia la pérdida de la autonomía de la persona que la sufre, mermando su calidad de vida y la de sus cuidadores. Por ello, es importante proporcionar una oferta de servicios bien estructurados, que contemplen el abordaje integral del tratamiento de estos enfermos.

Guías y protocolos.

En 2007, se elaboró la Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria, disponible en el Portal de Salud, que proporciona a los profesionales de Atención Primaria una orientación global para la asistencia integral a los pacientes con demencia, sus familias y cuidadores. En la elaboración de este documento han participado profesionales médicos y de enfermería, expertos de atención primaria y de las especialidades médicas que tienen relación con la demencia, poniendo la continuidad asistencial como base para mejorar la calidad en la atención a este proceso.

Más recientemente (2011), en el marco de la gestión por procesos, se ha elaborado y validado la Ficha del Proceso Asistencial Integrado de Atención a la Demencia, disponible en el subportal para profesionales del Portal de Salud, con el doble objetivo de detectar el deterioro cognitivo de forma precoz y elaborar un plan individualizado para los enfermos, el cuidador y su familia, priorizando aquellas actuaciones que puedan realizarse en la comunidad, capaces de retrasar o evitar la institucionalización. Inicialmente (2012), se ha pilotado en las Áreas de Salud de Segovia y Palencia. Una vez evaluado, se han incorporado las medidas de mejora en la guía asistencial de MEDORA y en el segundo semestre de 2013 está prevista su implantación en todas las Áreas de Salud de la Comunidad.

Coordinación sociosanitaria.

El II Plan de Atención Sociosanitaria ha consolidado un modelo de coordinación sociosanitaria propio de nuestra comunidad. Los Equipos de Coordinación de Base (ECB), estructuras de coordinación de primer nivel, constituyen grupos de trabajo multidisciplinar, formados por profesionales de los centros de acción social (existen 189 CEAS) y de los equipos de atención primaria (248 EAP), así como de los equipos de salud mental (36 ESM), que garantizan la gestión adecuada de aquellos casos que requieren la prestación simultánea o sucesiva de servicios de salud y sociales, además de detectar las necesidades de mejora tanto de los procesos como de los servicios y recursos.

Actualmente, existen en Castilla y León 187 Equipos de Coordinación de Base con unos 1.000 profesionales vinculados. Utilizan la gestión por procesos como metodología de trabajo para el desarrollo de la atención compartida y herramientas para la práctica, como la "Guía de gestión de casos", instrumento de trabajo para la gestión de casos sociosanitarios complejos.

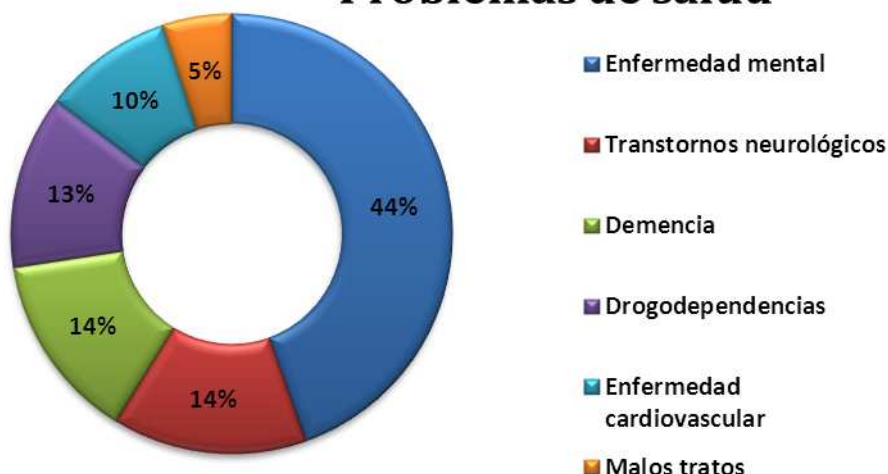
Estos Equipos son organizados por las "Comisiones de Coordinación Sociosanitaria". Existe una comisión para cada provincia, excepto en León, que cuenta con dos, cuya función es realizar propuestas de modificación o creación de recursos, así como desarrollar estrategias de formación de profesionales, entre otras.

	Coordinación sociosanitaria				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº casos totales ECB	762	932	933	850	989
Nº casos nuevos ECB	296	251	221	198	187
Nº reuniones de ECB	591	518	475	349	253
Nº reuniones Comisión CSS	32	27	41	36	32
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad					

Desde el año 2011, se dispone de un sistema de información para la gestión de la actividad sociosanitaria (GASS), que permite analizar los casos atendidos por los ECB.

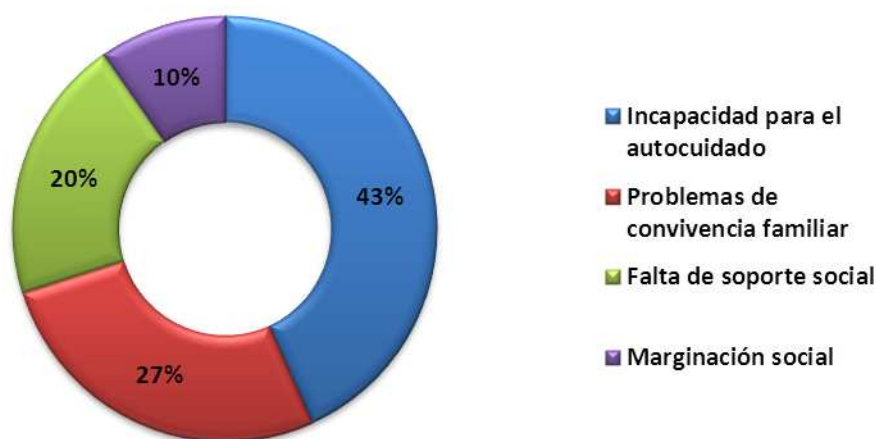
A lo largo de los años 2011-2012 se han tratado 1.375 casos complejos, de los cuales el 11,1% (153 casos) son casos de demencia.

Problemas de salud



Respecto a los problemas sociales de los casos, si bien no se dispone de los datos relacionados directamente con los problemas de salud, son los siguientes:

Problemas sociales



Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**. En la comunidad se han creado los recursos necesarios que garantizan el abordaje integral de los pacientes con demencia, con servicios de atención a la demencia en atención primaria y especializada y con la continuidad adecuada entre ellos y los servicios sociales.

OE-153: Establecer procedimientos de atención hospitalaria, con circuitos diferenciados, para la atención a la demencia.

INDICADOR: Nº Áreas con protocolos de atención hospitalaria con circuitos diferenciados para la demencia.

La Consejería de Sanidad ha creado la Tarjeta “Te cuido”, un sistema de identificación personal e intransferible para que las personas que cuidan de enfermos de Alzheimer y otras demencias puedan acceder de un modo rápido y sencillo a los servicios sanitarios. El proyecto ha sido pilotado en el Área de salud de León y actualmente, está implantado en las áreas de León y Soria. Podrá beneficiar a cerca de 14.000 personas que cuidan de las más de 20.000 personas diagnosticadas de Alzheimer u otras demencias que existen en nuestra comunidad.

Evaluación: El objetivo se **considera parcialmente conseguido**.

OEPS-154: Desarrollar una Estrategia sanitaria dirigida a los cuidadores no profesionales.

INDICADOR: Cobertura de atención dirigida a los cuidadores no profesionales.

M 270: Establecer acuerdos estables con las Asociaciones de afectados y familiares para diferentes colaboraciones, entre otras el apoyo a los cuidadores.

M 271: Revisar los programas dirigidos a personas cuidadoras en la Cartera de Servicios de APS.

M 272: Incluir en la atención a personas cuidadoras a quienes desempeñan esta función en los hospitales.

M 273: Desarrollar programas de formación y protocolos de información específicos, según patologías, para las personas cuidadoras.

M 274: Conocer las condiciones de la atención sanitaria a personas cuidadoras y, en su caso, establecer medidas de mejora.

El paciente con demencia se encuentra generalmente en su domicilio, atendido por un cuidador familiar que se enfrenta a la progresiva situación de dependencia e incapacidad del paciente y que, para ello, precisa de la intervención de los servicios sanitarios y sociales. Por ello, una de las intervenciones fundamentales dentro del proceso asistencial es el control y seguimiento de la repercusión que el proceso de cuidado tiene en el cuidador.

Cobertura del Servicio de Atención al Cuidador Familiar.

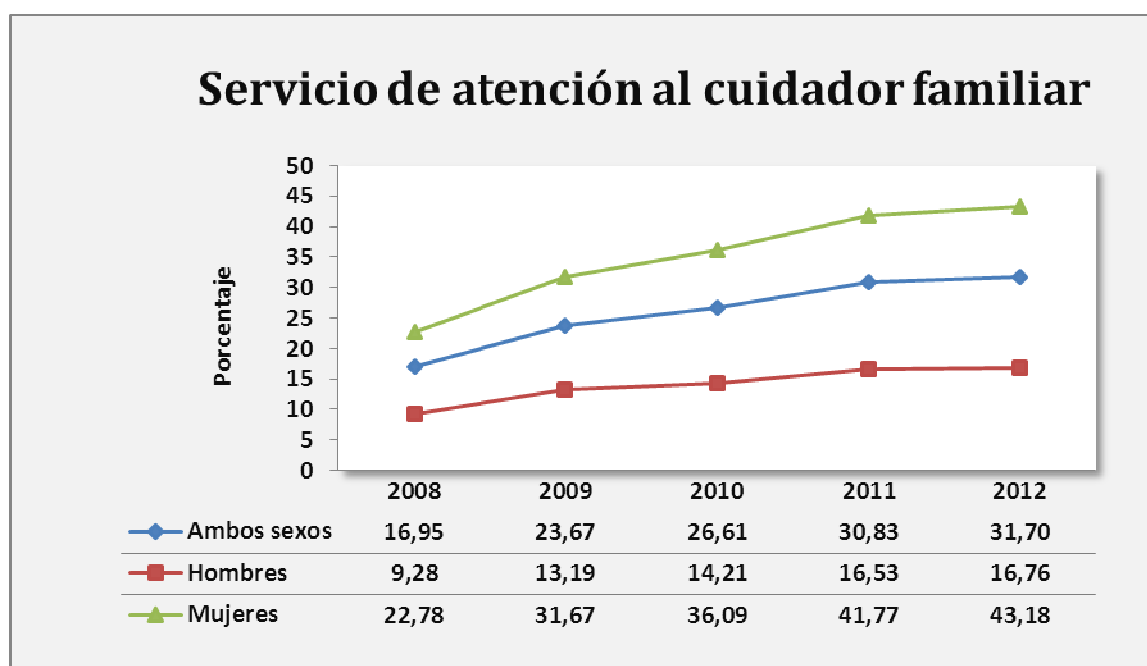
La población diana de este servicio son las *personas cuidadoras* en cuya Historia Clínica exista algún registro que indique la condición de persona cuidadora y que conste, al menos, una visita con su contenido en periodo de evaluación. Este servicio está implantado desde el año 2003.

El indicador de cobertura se elabora dividiendo el número de personas cuidadoras atendidas en el último año entre el censo estimado (establecido en el 11% de la población del Área mayor o igual a 65 años).

Todos los porcentajes de cobertura han sufrido un incremento en el periodo de evaluación. Cabe destacar que la cobertura es mucho mayor en mujeres debido a que son muchas más las mujeres que realizan el papel de cuidadoras de los enfermos en el núcleo familiar, por lo que son las que de manera especial sufren la sobrecarga, el esfuerzo y el estrés.

	Dependencia asociada a la enfermedad				
	Cobertura del servicio de atención al cuidador familiar (%)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ambos sexos	16,95	23,67	26,61	30,83	31,70
Hombres	9,28	13,19	14,21	16,53	16,76
Mujeres	22,78	31,67	36,09	41,77	43,18

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



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

Cobertura del Servicio de Educación para la Salud a grupo de Cuidadores.

La población diana de este servicio son las personas cuidadoras que estén o hayan estado incluidas en un grupo de educación para la salud a cuidadores y, en cuya

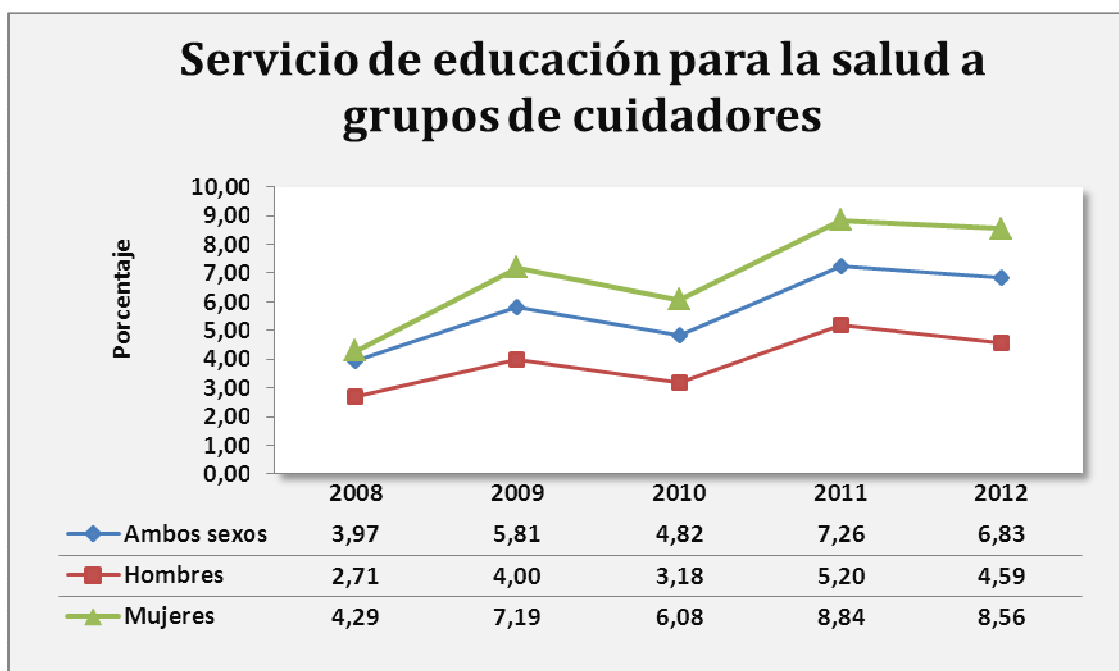
Historia Clínica, o registro específico, figure la actividad correspondiente a dicho servicio. Este Servicio está implantado desde el año 2003.

El indicador de cobertura se elabora dividiendo el número de personas cuidadoras que participan en los grupos de educación a cuidadores entre el censo estimado (se establece en el 11% de la población del Área mayor o igual a 65 años).

Los porcentajes de cobertura han sufrido pequeñas fluctuaciones a lo largo de estos años. Cabe destacar mayor cobertura en mujeres por las mismas razones que en el indicador anterior.

	Dependencia asociada a la enfermedad				
	Cobertura del servicio de educación para la salud a grupo de cuidadores (%)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ambos sexos	3,97	5,81	4,82	7,26	6,83
Hombres	2,71	4,00	3,18	5,20	4,59
Mujeres	4,29	7,19	6,08	8,84	8,56

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



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

Evaluación: El objetivo se **considera conseguido**.

OE-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.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores.

M 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.

La Gerencia de Servicios Sociales dispone de una serie de recursos de atención a personas mayores dependientes en el ámbito familiar y comunitario. Se dirigen preferentemente a personas mayores dependientes que viven en su entorno familiar, destacando, además de la ayuda a domicilio y la teleasistencia, las estancias diurnas, que se vienen potenciando en los últimos años, los servicios de respiro familiar como son estancias temporales en centros residenciales, las estancias nocturnas o atención diurna en centros; los programas de apoyo a las familias, de asesoramiento jurídico y psicológico así como los servicios de información y apoyo a las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer.

Dentro de los cuidados a personas mayores de carácter temporal, la Gerencia Regional de Servicios Sociales cuenta con plazas de estancia temporal en centros de la propia Gerencia.

	Cuidados a personas mayores de carácter temporal			
	Nº de usuarios en Estancias Temporales en centros de la Gerencia de Servicios Sociales			
MOTIVO	2009	2010	2011	2012
Convalecencia	621	617	638	670
Descanso familiar	220	246	238	201
Enfermedad cuidador	72	31	34	48
Imposibilidad cuidador habitual	104	68	112	120
Obras en vivienda	17	9	1	6
Otras	--	--	--	24
TOTAL	1.034	974	1.067	1.069

Fuente: Dirección General de Familia y Políticas Sociales. Gerencia de Servicios Sociales, 2013

Hay que mencionar de nuevo, el Acuerdo Marco que en materia de coordinación sociosanitaria firmaron en octubre de 2011, la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León, así como el protocolo posterior, entre la Gerencia de Servicios Sociales y la Gerencia Regional de Salud, para la gestión conjunta de recursos de atención sociosanitaria que presten cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, con el fin de

garantizar esta atención en centros de personas mayores del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública y, en concreto, la creación de las **Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS)**.

Dichas Unidades se destinarán a la atención de personas en situación de dependencia con problemas para realizar las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de procesos crónicos de enfermedad y/o patologías generalmente asociadas al envejecimiento, ya diagnosticados y estabilizados, pero que debido a un proceso agudo o a una descompensación de sus procesos crónicos presentan una falta de autosuficiencia, necesitando cuidados sanitarios médicos y de enfermería y vigilancia durante la convalecencia, así como los cuidados personales asociados a su falta de autonomía.

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

OE-156: Facilitar la adaptación de los domicilios de las personas mayores y las ayudas técnicas que posibiliten una vida autónoma.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores.

La Gerencia de Servicios Sociales facilita ayudas económicas a personas mayores destinadas a la realización de adaptaciones funcionales de la vivienda y ayudas técnicas. Hasta el año 2010, 1.151 personas mayores se han beneficiado de estas ayudas económicas individuales, según datos de la Gerencia Regional de Servicios Sociales. En los años 2010 y 2011 no hubo convocatoria.

La tipología de las ayudas individuales concedidas es la siguiente:

- Adquisición de vehículos a motor para personas con discapacidad.
- Adaptación de vehículos de motor: adaptación de conducción.
- Adaptación baño o construcción de uno adaptado (1 por vivienda).
- Adaptación de habitaciones para que sean accesibles (1 habitación por vivienda).
- Construcción o colocación de rampas o eliminación de peldaños.
- Colocación de pasamanos o barandilla.
- Adaptación de ventanas y de persianas (2 por vivienda).
- Ensanche y cambio de puertas.
- Adaptación de cocina y mobiliario adaptado.
- Obras para la instalación de ascensor o plataforma salvaescaleras en vivienda individual.
- Instalación de suelo antideslizante.
- Adquisición de un par de gafas o lentillas no desechables.
- Prótesis auditivas: 1 audífono.
- Prótesis auditivas: 2 audífonos.
- Ascensor para vivienda individual.
- Asiento giratorio.
- Camas articuladas con somier, manuales o eléctricas.
- Oruga salvaescaleras.

- Coderas o taloneras anti-escaras.
- Cojín o almohada antiescaras.
- Colchón antiescaras.
- Grúa con arnés.
- Arnés para grúa.
- Mesa regulable o adaptada para silla de ruedas.
- Ordenador personal.
- Plataforma salvaescaleras o elevador para vivienda individual.
- Rampa telescópica.
- Silla o asiento de baño o ducha.
- Alza o asiento para inodoro o bidet.
- Somier articulado.
- Monoculares.
- Accesorios externos para implantes cocleares.
- Butaca articulada.

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido**. Por razones presupuestarias esta prestación se ha mantenido hasta el año 2009.

OE-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).

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores.

Uno de los objetivos del Plan Sectorial era que todas las provincias de la Comunidad contaran con programas específicos dirigidos a atender, con criterios de prevención, a las personas mayores afectadas de demencia.

En 2009 se llevaron a cabo programas de detección precoz y estimulación temprana en todas las provincias de la Comunidad, mediante la financiación de la Gerencia de Servicios Sociales a 14 Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer.

Para garantizar la correcta atención de personas que deciden recibir prestaciones en su domicilio, la Gerencia de Servicios Sociales ha creado, en colaboración con los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las diputaciones provinciales, un mecanismo de seguimiento: los **Equipos de Promoción de la Autonomía Personal**. Se trata de equipos itinerantes, multidisciplinares (psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional), profesionales de alta cualificación en materia de dependencia y discapacidad. Estos equipos intervienen con personas discapacitadas y/o dependientes que viven en el hogar y que presentan carencias importantes en la atención de sus necesidades básicas o en su integración por causas psicosociales y para los que otros recursos han resultado o se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles. Durante el año 2010 hubo dos experiencias piloto en Segovia y Zamora que sirvieron para conocer la población objeto de la intervención y para elaborar el Manual de Procedimiento de intervención e instrumentos de evaluación.

	Equipos de Promoción de la Autonomía Personal	
	2011	2012
Entidades Locales	20	21
Nº de profesionales	75	73
Nº de usuarios en domicilio	817	1.212

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

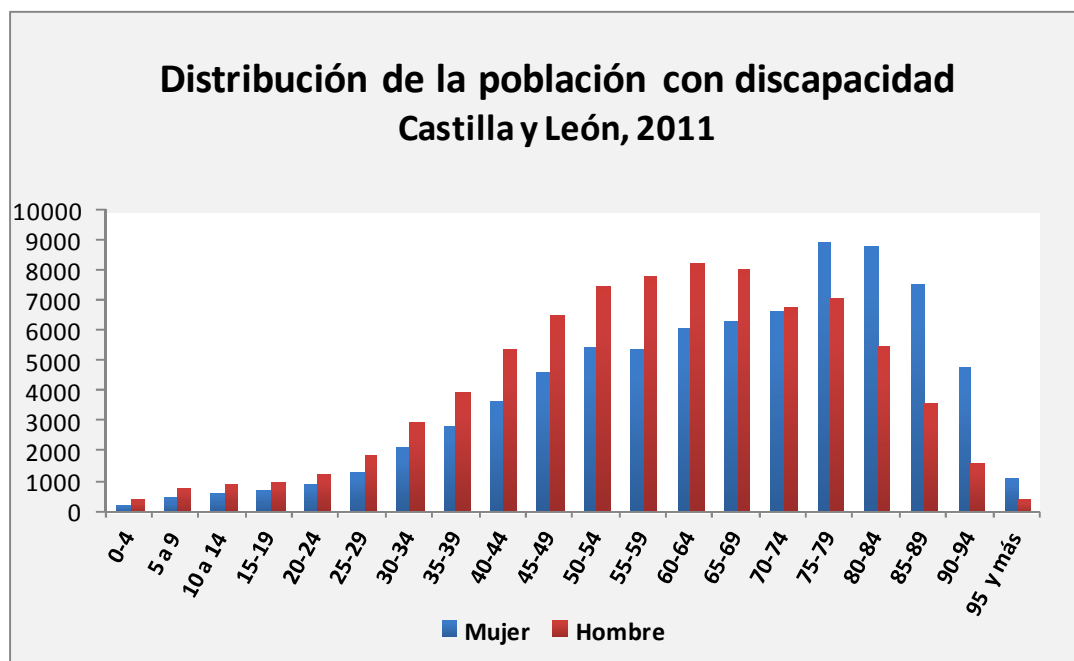
OE-158: Promover el refuerzo en la atención a la salud de las personas con discapacidad, avanzando en la coordinación entre el ámbito social y sanitario.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

En los últimos años se han sucedido en nuestra comunidad cuatro planes de Atención a Personas con Discapacidad cuya finalidad ha sido la de avanzar en el logro de una sociedad que garantice las mismas oportunidades a las personas que tienen alguna discapacidad que al resto de los ciudadanos, identificando y eliminando los obstáculos que dificultan su participación plena en todas las áreas vitales y en todos aquellos ámbitos que puedan ser de su interés; todo ello sin obviar el incremento y la mejora de los servicios y recursos específicos necesarios.

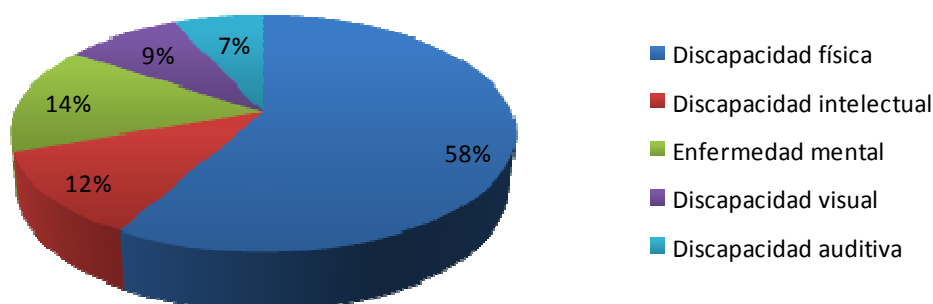
Todos los planes han promovido la transversalidad de sus actuaciones de forma que las distintas Direcciones Generales u Organismos Autónomos de la Comunidad de Castilla y León, deben de tener en cuenta, dentro de sus políticas generales, a las personas con discapacidad y comprometerse en la realización de medidas y actuaciones que posibiliten la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en todo su ciclo vital.

Según los datos que proporciona la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, en el año 2011, el número de personas con algún tipo de discapacidad en nuestra Comunidad era de 161.183 personas, 82.286 varones (51%) y 78.897 mujeres (49%). La prevalencia aumenta con la edad. La tasa femenina se sitúa siempre por debajo de la masculina hasta los 74 años, edad a partir de la cual se invierten los términos, llegando incluso a duplicar la masculina desde los 85 años.



La discapacidad predominante en Castilla y León es la física: casi 6 de cada 10 personas con discapacidad la padecen. Le sigue la enfermedad mental, con el 14%, la discapacidad intelectual, con el 12%, y por último, la visual y la auditiva, con un 9% y un 7%, respectivamente.

Distribución de la población con discapacidad según tipo de discapacidad Castilla y León 2011



Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

A lo largo del desarrollo de los sucesivos planes de atención a las personas con discapacidad, las Consejerías de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades han desarrollado las actuaciones necesarias para la coordinación de la atención de carácter social y sanitario, creando un marco de actuación propio de nuestra Comunidad y en la que destacan los equipos de coordinación sociosanitaria, integrados por profesionales sanitarios, tanto de los equipos de atención primaria como de los equipos de salud mental, y profesionales del ámbito social.

El convenio firmado entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, ha establecido acuerdos que abarcan otros aspectos como:

- Atención al ciudadano:
 - Plan de prevención de la demencia
 - Atención temprana
 - Atención en domicilio
 - Atención en centros de personas mayores y de personas con discapacidad
- Salud Mental
- Profesionales
- Gestión, procesos e intercambio de información
- Coordinación de cartera de servicios: productos de apoyo

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

OE-159: Promover un mayor conocimiento e intercambio de experiencias entre profesionales del ámbito sanitario y social en relación con la discapacidad.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

A lo largo del periodo de vigencia se han desarrollado de forma continua actividades formativas dirigidas a la sensibilización de los profesionales sanitarios y de los servicios sociales respecto de las necesidades específicas del colectivo de personas con discapacidad.

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades informa de las siguientes actividades:

- Los profesionales sanitarios han participado en cinco cursos organizados por la Gerencia de Servicios Sociales (tres cursos relacionados con la atención temprana y 2 cursos relacionados con la enfermedad mental).
- 420 profesionales sanitarios y sociales han participado de forma conjunta en 4 jornadas de formación sociosanitaria organizadas de forma centralizada por la extinta Dirección General de Planificación, Formación, Ordenación y Calidad de la Consejería de Sanidad.
- La Comisión de Coordinación de Segovia realizó una jornada conjunta para 100 profesionales sobre el nuevo "Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con trastornos mentales".
- Se han realizado dos Jornadas de Farmacia para profesionales de salud y de servicios sociales (120 en total).
- Dos sesiones sobre enfermedad mental grave y prolongada –EMGP– con 40 profesionales.
- Organización del Congreso de Servicios Sociales de Salud acreditado por la Comisión de Formación (mesas sobre enfermedad mental, discapacidad física, cuidadores, etc.).

- Diez Talleres sobre atención integrada en el domicilio a personas dependientes (200 profesionales).

El Convenio firmado entre ambas Gerencias, establece como una de las áreas a coordinar, la sensibilización y formación tanto de los profesionales sanitarios como los profesionales de servicios sociales, mediante el diseño de sistemas de formación específicos adaptados a las necesidades de estos profesionales.

Evaluación: El objetivo se considera **conseguido**.

OE-160: Impulsar la adaptación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de las personas con discapacidad, en función de cada situación específica.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

A lo largo de la vigencia del III Plan de Salud, desde la Consejería de Sanidad se han realizado actuaciones de mejora de las prestaciones sanitarias tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Entre ellas destacamos:

- Programa de detección precoz de Enfermedades Congénitas (Hipotiroidismo, Fenilcetonuria, Fibrosis quística e Hiperplasia suprarrenal congénita).
- Programa de detección precoz y atención integral de la hipoacusia infantil.
- Atención bucodental a las personas con discapacidad.
- Atención sanitaria a personas con discapacidad y personas dependientes (Servicios de Cartera de Atención Primaria: Atención domiciliaria a *pacientes inmovilizados* y valoración funcional de la dependencia en estos pacientes; Servicio de Atención a *pacientes con demencia*; Servicio de atención a *pacientes terminales*; Servicio de *atención al cuidador familiar*).
- Mejora de la atención a los pacientes con enfermedad mental y a sus cuidadores a través del *programa de gestión de casos*.
- Mejora de la continuidad, en el proceso compartido, de atención sanitaria y social a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Evaluación: Desde la Consejería de Sanidad se realiza una mejora continua de las prestaciones sanitarias, incluidas las personas con discapacidad. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

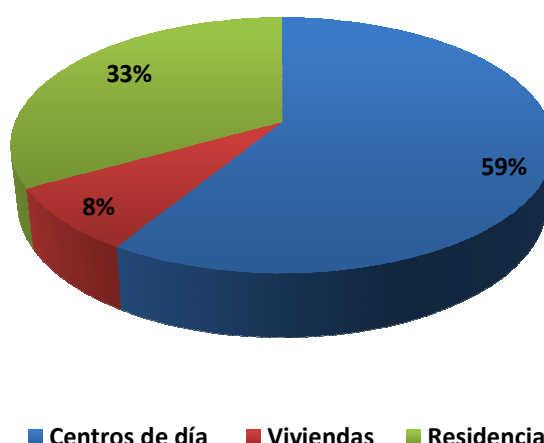
OE-161: Prestar en los Centros de Día los servicios técnicos, rehabilitadores o de salud que se adecuen a las necesidades de los usuarios, bien sean propios de los centros o a través de colaboraciones con otras instancias.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

En el periodo de elaboración del Plan de Salud se indicó la correspondencia con el siguiente objetivo del Plan Regional Sectorial de Atención a personas con discapacidad: *"Favorecer que las personas con discapacidad puedan permanecer en su entorno promoviendo que los centros de Día se sitúen en aquellas zonas donde exista demanda de atención, adaptándose a las necesidades cambiantes de las personas con discapacidad"*

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades dispone de varios tipos de recursos para atender a las personas con discapacidad. A lo largo del periodo de vigencia ha promovido la creación y remodelación de centros de día y ocupacionales, con un incremento de plazas en aquellas zonas demandantes. Las actuaciones se llevan a cabo tanto en el medio urbano como en el medio rural, facilitando la permanencia en su entorno. En el año 2012, disponía de 15.076 plazas entre centros de día (8.861 plazas), viviendas (1.218 plazas) y residencias (4.997 plazas).

Plazas residenciales y centros de día para personas con discapacidad Castilla y León 2012



Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Así mismo, se fomenta la creación y coordinación de transporte adaptado que facilite la permanencia de discapacitados en su entorno y su acceso a los centros de día, ocupacionales y otros servicios. En el año 2009, por ejemplo, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades subvencionó la adquisición y/o adaptación de 15 vehículos de transporte colectivo para centros de atención a personas con discapacidad.

El 100% de los usuarios de Centros de Día cuentan con un "Plan de Vida", y tienen asignado un profesional-tutor de referencia. Los centros disponen de personal sanitario y utilizan también el sistema público de salud.

Así mismo, el protocolo firmado en 2011 en materia de coordinación sociosanitaria entre ambas gerencias contempla el desarrollo de actuaciones en centros de personas mayores y de personas con discapacidad, como la implantación de depósitos de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia hospitalaria, en todos los centros

residenciales para personas mayores y personas con discapacidad de titularidad de la Comunidad Autónoma. Así mismo, la Gerencia Regional de Salud asumirá, de forma progresiva, la coordinación y la prestación de la atención sanitaria en los centros residenciales de personas mayores. Se estudiará la posibilidad de extender la coordinación y la prestación de la atención sanitaria en los centros residenciales de personas con discapacidad.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido.

OE-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.

OE-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.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

En lo relativo a alteraciones de conducta o trastornos duales (Retraso mental-Trastorno mental), el dispositivo existente es la Unidad de Patología Dual ubicado en el Hospital Santa Isabel (León), recurso disponible para cualquier persona con discapacidad intelectual y alteraciones muy graves de comportamiento.

En el marco de la coordinación entre los dos sistemas, sanitario y social, se acordó la coordinación al alta de las personas atendidas en la Unidad de Patología Dual que necesiten un recurso social así como el seguimiento protocolizado de los casos.

Así mismo, para minimizar los ingresos en la Unidad, se acordó reforzar la atención y el seguimiento de las personas con retraso mental y graves alteraciones de conducta que son atendidos en centros de carácter social.

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido.

OE-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.

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

En el ámbito de la accesibilidad, la Consejería de Sanidad ha llevado a cabo el proceso de adaptación de sus infraestructuras y espacios, especialmente en aquellos que se prestan los servicios más cercanos al ciudadano. En este sentido, se han suprimido las

barreras arquitectónicas en los centros de Atención Especializada y Atención Primaria así como las barreras de comunicación sensorial mediante la diferenciación de itinerarios en el pavimento.

Por otro lado, se ha incorporado en la Tarjeta Sanitaria Individual una marca táctil (muesca en el lateral derecho y las siglas TSI en Braille). De este modo, se facilita la identificación de la tarjeta, diferenciándola de otras con características similares, por parte de las personas con problemas visuales y de avanzada edad. Para ello, se ha contado con el asesoramiento de la ONCE.

Evaluación: La Consejería de Sanidad ha realizado diversas acciones que mejoran la accesibilidad a sus centros y servicios. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-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 que presenten situaciones de crisis.

OE-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).

INDICADOR: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad.

La Gerencia de Servicios Sociales financió en 2009 la creación de una unidad para personas con discapacidad intelectual con graves trastornos del comportamiento con 9 plazas en Palencia.

Esta actuación está relacionada con la creación de la Unidad de Trastornos Duales de Santa Isabel que cuenta con un total de 16 plazas.

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido.

TABACO

El tabaco es uno de los cuatro factores de riesgo incriminados en el desarrollo de multitud de enfermedades no transmisibles, en muchos casos, graves. Conseguir los objetivos dirigidos a reducir el consumo de tabaco en todos los grupos de población contribuye a una mayor salud del conjunto de la comunidad. La Ley 42/2010 define con claridad, entre otras cosas, que en los locales cerrados no se puede fumar y es, sin ninguna duda, un hito importante en la lucha contra el tabaco en España. Ya se observan algunos resultados, aunque es necesario hacer el seguimiento a lo largo de los próximos años. Hay que evitar que los niños y los jóvenes empiecen a fumar a edades tempranas y poner especial atención en el incremento producido en los últimos años de mujeres fumadoras.

TABACO		
OE-167	Reducir específicamente la prevalencia de mujeres fumadoras declarada en 2007.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-168	Retrasar la edad de comienzo del consumo de tabaco por encima de los 16 años.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-169	Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.	CONSEGUIDO
OE-170	Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.	CONSEGUIDO
OE-171	Reducir los daños asociados al consumo de tabaco. (Los dos 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).	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo.

Relacionado con los problemas de salud recogidos en el Plan están contemplados los **factores de riesgo**, entre otros el consumo de tabaco. Los objetivos tienen un alto grado de consecución (40% conseguidos, 60% parcialmente conseguidos). Están dirigidos a disminuir la prevalencia de consumo de tabaco, retrasar la edad de comienzo, evitar la exposición al aire contaminado por el humo de tabaco y reducir los riesgos asociados al consumo. Se trata de objetivos de abordaje intersectorial contenidos en los Planes Regionales sobre Drogas.

Del análisis se observa que el porcentaje de mujeres fumadoras a diario se mantiene mientras que el número de mujeres exfumadoras aumenta a lo largo del periodo así mismo disminuye el consumo diario de tabaco en hombres. Estos resultados están en relación con la entrada en vigor de la normativa que regula el consumo y la exposición al aire contaminado.

La edad de comienzo de consumo de tabaco entre los adolescentes (ESTUDES 2010) se mantiene en los 13 años, mejorando en una décima entre los años 2008 y 2010.

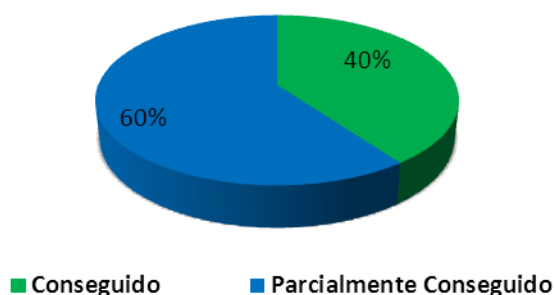
La Consejería de Sanidad, en el cumplimiento de las competencias que le son propias, mantiene la labor de control e inspección en relación con el tabaco para evitar la

exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.

Se han incrementado tanto el número como la actividad en las Unidades de Deshabituación y consultas especializadas en tabaquismo y en algunos centros, se llevan a cabo programas específicos de abandono de consumo de tabaco para mujeres embarazadas de alto riesgo.

Se han conseguido el 40% de los objetivos y el 60% están parcialmente conseguidos.

TABACO Objetivos Específicos



OE-167: Reducir específicamente la prevalencia de mujeres fumadoras declarada en 2007.

INDICADOR: Prevalencia de fumadoras.

M 278: Intensificar las actividades del consejo sanitario antitabaco en todos los centros de salud.

M 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.

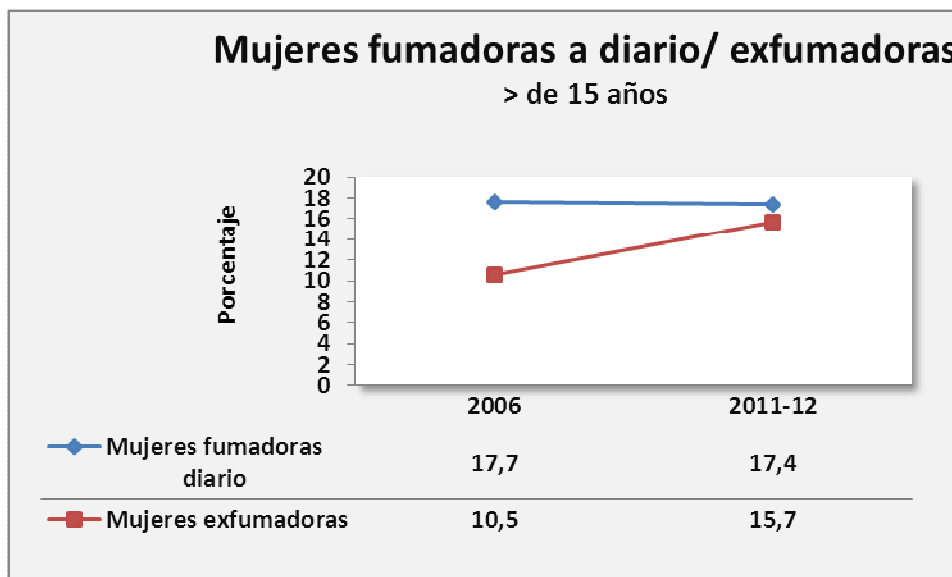
M 280: Disponer de unidades de deshabituación, o de consultas especializadas en tabaquismo, en todas las Áreas.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012, realizada en población de 15 y más años, y se compara con los resultados de la ENSE 2006, realizada en población de 16 y más años.

Según los datos de la ENSE 2012, en Castilla y León, el 17,41% de las mujeres de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 2,98% es fumadora ocasional, el 15,66% se declara exfumadora y el 63,95% nunca ha fumado. En la ENSE 2006, el 17,70% de las

mujeres de 16 y más años era fumadora habitual, el 1,57% era fumadora ocasional, el 10,53% exfumadora y el 70,20% no había fumado nunca. Datos muy similares se observan en la Encuesta Europea de Salud del año 2009. Según esta encuesta, en Castilla y León el porcentaje de mujeres fumadoras era del 21,76% y el de mujeres exfumadoras del 14,66%.

Comparando los resultados de las ENSE, el porcentaje de mujeres fumadoras a diario disminuye tres décimas porcentuales entre ambas mientras que el número de mujeres exfumadoras aumenta, pasando de un 10,5% a un 15,7%.



Fuente: Servicio de Estadística con datos de la ENSE. Consejería de Sanidad

En relación a España, la situación en Castilla y León es más favorable. En 2012, el 20,22% de las mujeres españolas de 15 años y más afirma que fuma a diario, el 2,55% es fumadora ocasional, el 12,73% se declara exfumadora y el 64,50% nunca ha fumado.

Así mismo, la edad media de comienzo de consumo diario de tabaco entre las mujeres de la población general se retrasa, pasando de los 17,8 (\pm 5,3) años (ENSE 2006) a los 18,2 (\pm 4,3) años (ENSE 2012).

Consejo sanitario antitabaco

El servicio de deshabituación tabáquica se encuentra incluido en la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2005 e incluye entre sus funciones:

- Detección del hábito de fumar y registro de la historia de consumo en la historia clínica del paciente, al menos 1 vez al año.
- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento del tabaquismo.
- Valoración y desarrollo de la motivación.
- Consejo sanitario antitabaco.

El indicador de cobertura – número de personas de 15 o más años de edad incluidas en el servicio dividido entre el número de personas de 15 y más años – refleja un aumento progresivo de población diana atendida.

Durante el año 2012, en los centros de salud de la Comunidad Autónoma han sido atendidos en el *Servicio de deshabituación tabáquica* 229.066 fumadores habituales \geq 15 años (55% hombres y 45% mujeres), lo que supone un incremento del 94% respecto a la población atendida en 2008.

Servicio de deshabituación tabáquica					
Nº de personas fumadoras atendidas					
	2008	2009	2010	2011	2012
Población diana alcanzada por el programa					
Número	117.578	139.336	179.714	212.300	229.066
Cobertura					
Hombres	6,5	7,9	9,6	11,2	12,1
Mujeres	4,4	5,1	7,1	8,6	9,4
Ambos	5,4	6,4	8,3	9,9	10,7

Fuente: Cartera de servicios de AP. Gerencia Regional de Salud.

Así mismo, en el Portal de Salud se encuentra disponible la "*Guía práctica para dejar de fumar*" en el apartado Ciudadanos / Salud y estilos de vida, elaborada por el Comisionado Regional para la Droga.

Unidades de deshabituación y consultas especializadas en tabaquismo, en las Áreas de Salud.

Existen dos unidades de referencia regional para el tratamiento del tabaquismo: la Unidad de tabaquismo del Complejo Hospitalario de Zamora y la Unidad de tabaquismo del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Burgos (en el momento actual se encuentra en el Complejo Hospitalario de Burgos). Asimismo, existen consultas especializadas para el tratamiento del tabaquismo en el CAU de Salamanca y en los hospitales de Valladolid y Río Carrión de Palencia, ésta última empezó su funcionamiento en 2011.

Consultas antitabaco					
Personas fumadoras atendidas					
	2007	2008	2009 ¹	2010 ²	2011 ³
Nº de personas (n)	941	1.222	1.077	1.755	2.435
Hombres	--	56,8%	56,4	54%	50,8%
Mujeres	--	43,2%	43,6%	46%	49,2%

Fuente: Memoria del Plan Regional de Drogas. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

(1) Datos de CAU de Salamanca y CA de Zamora

(2) Datos de CAU de Burgos, CAU de Salamanca y CA de Zamora

(3) Datos de CAU de Burgos, CA de Palencia, CAU de Salamanca y CA de Zamora

Programas específicos de abandono de consumo de tabaco.

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, en colaboración con la Unidad Funcional de Tabaquismo de dicho centro, ha puesto en marcha de forma piloto el *Programa de tabaquismo en embarazadas de alto riesgo ingresadas en el hospital*. Los resultados del programa son los siguientes:

- En 2009, han recibido la guía 141 mujeres fumadoras, de las cuales 121 aceptaron participar en el programa, 55 han dejado de fumar, lo que representa un índice de cesación tabáquica del 45,5%.
- En 2010, han recibido la guía de información 136 mujeres fumadoras, lo que supone el 17,5% de las mujeres con embarazo de riesgo ingresadas en la planta de ginecología y obstetricia; de éstas, 115 (84,5%) han aceptado participar en el programa de intervenciones individuales y 58 han dejado de fumar, lo que representa un índice de cesación tabáquica del 50,4%.
- En el año 2011, han recibido la guía de información 204 mujeres fumadoras, el 20,3% de las mujeres con embarazo de riesgo ingresadas en la planta de ginecología y obstetricia; de éstas, 108 (52,9%) han aceptado participar en el programa de intervenciones individuales y 54 permanecen abstinentes al año de la intervención, lo que representa un índice de cesación tabáquica del 50%. Respecto a las 58 pacientes que dejaron de fumar en 2010, 28 permanecen sin fumar.

Evaluación: Según los datos aportados, el objetivo se considera **parcialmente conseguido**. El porcentaje de mujeres fumadoras a diario se mantiene mientras que el número de mujeres exfumadoras aumenta a lo largo del periodo. En relación a España, la situación en Castilla y León es más favorable. La cobertura del Servicio de deshabituación tabáquica es cada vez más alta. Se han incrementado tanto el número como la actividad en las Unidades de deshabituación y consultas especializadas en tabaquismo y en algunos centros se llevan a cabo programas específicos de abandono de consumo de tabaco para mujeres embarazadas de alto riesgo.

OE-167: Reducir específicamente la prevalencia de mujeres fumadoras declarada en 2007

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
Mujeres fumadoras habituales (%)	17,70	17,41	-0,29	Parcialmente conseguido

OE-168: Retrasar la edad de comienzo del consumo de tabaco en adolescentes.

INDICADOR: Edad de comienzo de consumo de tabaco en adolescentes.

M 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.

M 281: Crear la figura de "educador sanitario" en el Área de Salud y pilotar la actividad en alguna ZBS.

M 282: Fomentar las actividades de ocio –sobre todo al aire libre– de los menores y los jóvenes (deportes, ampliación de horarios de bibliotecas, etc.).

M 283: Difundir las "mejores prácticas" frente al tabaco entre las corporaciones locales.

M 284: Dotación de mayor número de cooxímetros a todos los centros de salud y pilotaje de su uso en institutos que presenten un proyecto adecuado.

M 285: Utilización de los espacios disponibles en medios de comunicación para incluir iniciativas de interés y difundir las mejores prácticas.

M 287: Aplicar programas acreditados de prevención escolar y familiar.

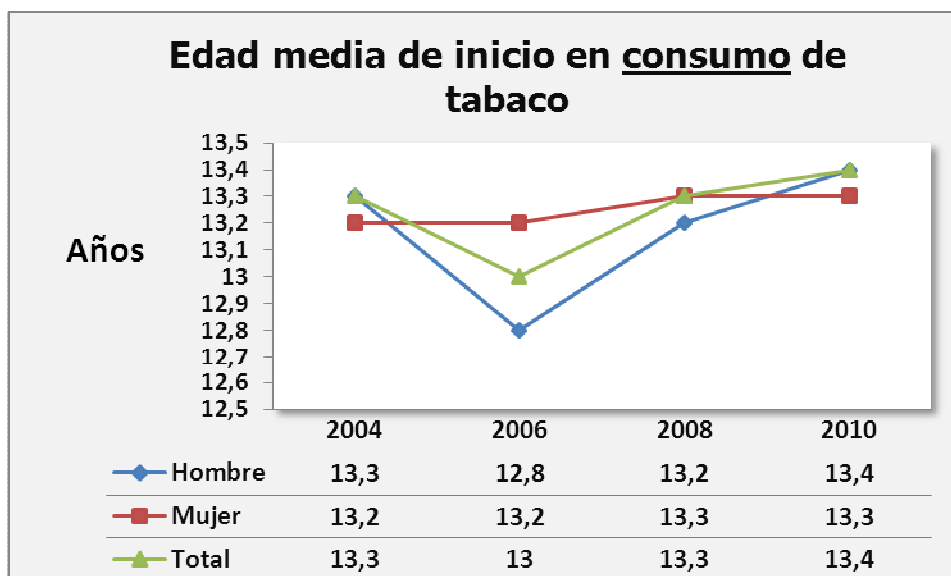
M 286: Estudiar la realización de un programa institucional semanal de televisión sobre promoción de la salud y estilos de vida saludables.

M 288: Control de los puntos de venta de tabaco en la proximidad de centros escolares.

M 289: Aumentar la captación y la cobertura del consejo médico sobre tabaquismo dentro del programa de atención al joven.

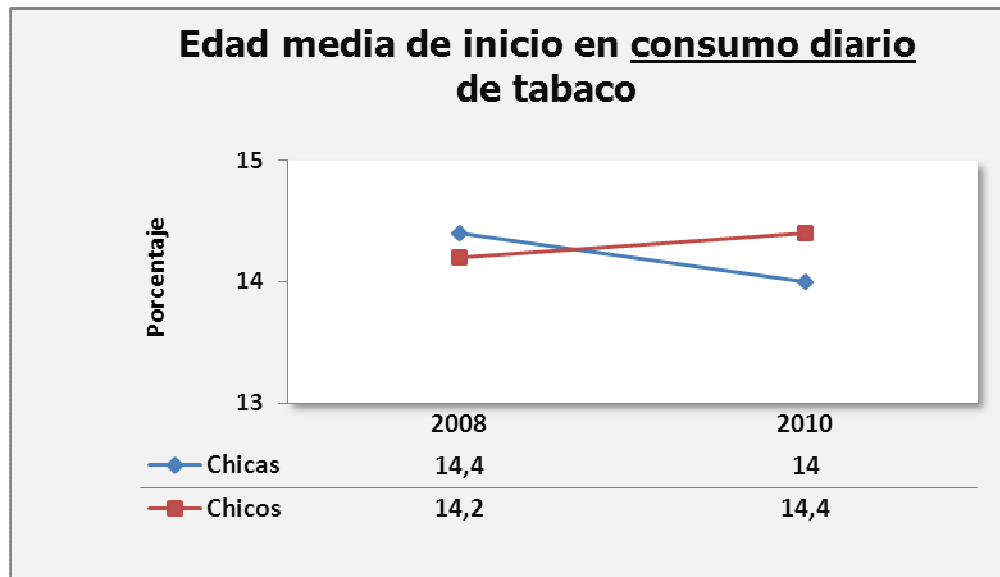
Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta Escolar sobre consumo de Drogas, realizada entre 14 y 18 años (ESTUDES). La encuesta se realiza con periodicidad bienal y los últimos datos disponibles corresponden al año 2010.

Según los datos de la encuesta, los **primeros contactos con el tabaco** se producen a los 13 años, edad que se mantiene desde 1996, si bien 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. A los 14 años un 23,8% de los estudiantes ya ha probado el tabaco, cifra que disminuye seis puntos respecto al año 2008, mientras que a los 18 años lo ha hecho el 56,2% (cifra que ha disminuido 20 puntos respecto a 2008). El periodo crítico para que los adolescentes fumen a diario se sitúa en los 14 años.



Fuente: ESTUDES Castilla y León. Observatorio sobre abuso de Drogas de Castilla y León.
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

La **edad media de comienzo de consumo diario de tabaco** entre los estudiantes de Castilla y León pasa de 14,2 en 2008 a 14,4 en 2010. En las chicas ha pasado de 14,4 años a 14 años y en los chicos de 14,2 años a 14,4 años, siendo estas cifras similares a las del total de España, donde la edad de inicio en el consumo diario, tanto en chicas como en chicos, para 2008 y 2010 es de 13,4 años.



Fuente: ESTUDES Castilla y León. Observatorio sobre abuso de Drogas de Castilla y León.
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Difusión de las "mejores prácticas" frente al tabaco entre las Corporaciones Locales.

Ante la elevada y cada vez más encauzada oferta de actividades realizadas por las Corporaciones Locales en el medio escolar, y ante la necesidad de coordinación con los programas acreditados, al inicio del curso escolar 2009-10, se elaboró el "Documento de consenso para el impulso de la prevención escolar en Castilla y León desde el

Comisionado Regional para la Droga y la Red de Planes sobre Drogas” con el fin de llegar a acuerdos sobre el modelo de prevención, la coordinación de actuaciones y la difusión de los programas acreditados. Como consecuencia de ello, en el curso 2010-2011 dejaron de aplicarse varios programas estructurados realizados por las Corporaciones Locales de Castilla y León.

Programas acreditados de prevención escolar.

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, en colaboración con la Consejería de Educación, impulsa cada curso académico la realización de los programas acreditados de prevención escolar, informando de ellos a través del Portal de Educación <http://www.educa.jcyl.es/es/programas/programas-prevencion-escolar-consumo-drogas>, enviando carta informativa a los centros educativos y contactando personalmente con los equipos docentes.

Destacan los programas “*Discover-Aprendiendo a vivir*” y “*Construyendo Salud*”, desarrollados en los centros educativos. El número de centros participantes se ha reducido, pero se ha registrado un incremento en la proporción de centros que realizan ambos programas y una estabilización en el número de alumnos participantes.

Programas acreditados de prevención escolar									
	Discover			Construyendo Salud			Totales		
	Centros	Unidades	Alumnos	Centros	Unidades	Alumnos	Centros ¹	Unidades	Alumnos
2008-2009	105	525	10.881	89	382	8.911	156	907	19.792
2009-2010	115	524	10.324	93	423	9.914	208	947	20.238
2010-2011	123	628	13.423	71	318	7.269	148	946	20.692
2011-2012	111	561	12.156	78	346	7.780	138	907	19.936

Fuente: Memorias del Plan Regional de Drogas, 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

1. En algunos centros se aplican ambos programas

Las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y de Educación colaboran, desde el curso escolar 2007-2008, para la realización del *Programa Galilei* dirigido a alumnos de cualificación profesional inicial (PCPI). El programa interviene tanto sobre el contexto como sobre el individuo y sus componentes principales son el manejo de normas, trabajo con familias, taller de prevención, trabajo individual con alumnos de mayor riesgo y promoción de un ocio alternativo. El grado de satisfacción de los profesores con el programa en el curso escolar 2011-2012 es de 7,5 puntos sobre 10.

Programa Galilei			
	Centros	Alumnos	Profesores
2008-2009	4	145	18
2009-2010	7	265	44
2010-2011	8	312	50
2011-2012	17	460	76

Fuente: Memorias del Plan Regional de Drogas, 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Programas acreditados de prevención familiar.

El modelo de prevención familiar de Castilla y León, impulsado por el Comisionado Regional para la Droga en colaboración con las Corporaciones Locales, pretende que cada familia acceda al programa que mejor se ajuste a sus necesidades, en función de su nivel de riesgo.

Los programas más eficaces de prevención familiar son los que de modo integral se centran en el desarrollo de competencias de la familia a través de una intensa participación de los padres y del desarrollo de habilidades sociales y de responsabilidad en niños y adolescentes, abordando de modo específico cuestiones relativas al consumo de drogas. Estos programas combinan sesiones para los padres dirigidas a fortalecer sus aptitudes para la educación de sus hijos, sesiones para los hijos con el fin de que desarrollen sus habilidades personales y sociales, y sesiones conjuntas padres-hijos orientadas a promover la participación de los menores en las actividades de la familia y a reforzar los vínculos familiares.

Los **programas de prevención familiar universal** entre los que destaca el *Programa Moneo*, dirigido a todas las madres, padres o tutores con hijos preadolescentes y adolescentes, que tienen interés en mejorar la comunicación en la familia, establecer normas y límites de conducta, adquirir información sobre sustancias y reflexionar sobre la posición de la familia ante las drogas. Este programa, subvencionado por el Comisionado Regional para la Droga, se lleva a cabo por los Planes Locales sobre Drogas.

	Programa Moneo		
	Grupos	Nº de madres y padres	Nº de familias
2009	214	2.636	2.664
2010	190	2.046	1.893
2011	182	2.111	1.945
2012	139	1.997	1.830

Fuente: Memoria del Plan Regional de Drogas, 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

La **prevención familiar selectiva** se dirige al subgrupo de familias que presenta una exposición a factores de riesgo superior a la media o con problemas severos de consumo de sustancias. Dentro de este nivel de prevención familiar las actividades más significativas son el *Programa Dédalo*, los *Programas de Competencia Familiar* o el *Programa Alfíl*.

El "**Programa Dédalo**" se dirige a familias que tienen hijos con edades comprendidas entre los 9 y 13 años, en los que se detectan problemas de adaptación y rendimiento escolar y problemas precoces y persistentes de conducta, que por su intensidad no requieren una intervención terapéutica especializada.

	Programa Dédalo			
	Nº de grupos	Nº Padres	Nº Hijos	Nº Familias
2009	28	287	258	221
2010	25	240	207	180
2011	13	115	104	86
2012	13	135	115	99

Fuente: Memoria del Plan Regional de Drogas, 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

El "**Programa de Competencia Familiar**" (PCF) es la adaptación española del programa norteamericano *Strengthening Families Program* (SFP) realizada por el Equipo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) de la Universidad de Baleares. El programa se realiza en centros de asistencia a drogodependientes de la Comunidad Autónoma con el impulso del Comisionado Regional para la Droga.

	Programa PCF			
	Nº de grupos	Nº Padres	Nº Hijos	Nº Familias
2009	1	10	7	7
2010	3	29	23	14
2011	1	10	11	8
2012	-	-	-	-

Fuente: Memoria del Plan Regional de Drogas, 2009- 2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

El "**Programa Alfil**" es una intervención psicoeducativa que se dirige a niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 8 y 16 años en los que uno de sus progenitores es alcohólico en tratamiento. Los grupos están formados por 6 a 11 participantes, procurando, en el caso de los hijos, que su edad sea lo más homogénea posible (8-11 años, 12 -16 años). El programa consta de dos componentes y 16 sesiones psicoeducativas de 90 minutos de duración cada una de ellas, que se realizan con una frecuencia de una o dos sesiones semanales.

	Programa Alfil			
	Nº de grupos	Nº Padres	Nº Hijos	Nº Familias
2009	1	14	7	7
2010	2	22	13	10
2011	1	8	5	4
2012	4	26	21	19

Fuente: Memoria del Plan Regional de Drogas, 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Los **Programas de prevención familiar indicada** son financiados por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y se dirigen a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 20 años de edad, que presentan abuso de drogas y otros factores de riesgo que pueden llevar a un proceso de adicción. La intervención se realiza de forma integral con el joven y su familia durante un periodo de tiempo que oscila entre 9 y 12 meses. Cada año, son varios los programas que operan en distintas provincias bajo la gestión de entidades con experiencia en la asistencia a drogodependientes. La principal vía de llegada de casos a estos programas es la demanda particular, seguida de las derivaciones desde los equipos de orientación de los centros educativos y de los servicios sociales.

	Programas de Prevención familiar indicada		
	Nº de beneficiarios		
	Padres	Hijos	Familias
2009	282	329	268
2010	315	373	214
2011	262	219	205
2012	346	267	245

Fuente: Memorias del Plan Regional de Drogas 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Fomentar las actividades de ocio –sobre todo al aire libre- de los menores y los jóvenes (deportes, ampliación de horarios de bibliotecas, etc.)

1. Actividades extraescolares.

Mediante un convenio de colaboración entre la Asociación Deporte y Vida y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades se han diseñado dos programas para complementar y reforzar algunos de los componentes de los programas acreditados de prevención escolar: "*¿Te Apuntas?*" (Dirigido a alumnos 5º y 6º de E. Primaria) y "*Vivir el Momento*" (Dirigido a alumnos de 1º y 2º de la ESO). En ellos participan aquellos estudiantes que hayan realizado los programas "Discover" o "Construyendo Salud". Los alumnos son captados en los centros educativos, con la colaboración de los tutores, y su participación en las actividades del programa, que se desarrolla fuera del horario lectivo, es voluntaria.

Asimismo, en el marco de dicho convenio de colaboración, se desarrolla el programa "*Nexus*", en el que participan niños y adolescentes de entre 10 y 13 años que no están bajo la influencia de programas acreditados de prevención escolar y cuyos padres hayan asistido, preferentemente, al programa "Moneo". A través de este programa se pretende fomentar un estilo de vida saludable por medio de alternativas de ocio y retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas mediante el desarrollo de competencias personales que actúen como factores de protección. El programa "*Nexus*" se aplica fundamentalmente en espacios comunitarios (deportivos, centros cívicos, asociaciones juveniles,...). La captación de los participantes se hace a través de asociaciones de la comunidad, en colaboración con los Planes Locales sobre Drogas, y en ocasiones, para facilitar la participación en el programa, sus actividades se desarrollan en períodos de vacaciones (verano, Navidad, Semana Santa).

	Actividades extraescolares		
	Número de alumnos participantes		
	<i>Vivir el momento</i>	<i>¿Te apuntas?</i>	<i>Nexus</i>
2009	301	469	911
2010	339	335	946
2011	203	377	987
2012	131	315	984

Fuente: Memoria del Plan Regional de Drogas, 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

2. Programas de ocio alternativo.

Como refleja la Memoria del Plan Regional sobre Drogas, elaborada por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades a través del Comisionado Regional para la Droga, la gran mayoría de estos programas se financian con cargo al Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados. Utilizan espacios comunitarios deportivos, culturales o lúdicos y garantizan la no disponibilidad, ni la promoción del consumo de alcohol y de otras drogas. En los últimos años la convocatoria se ha ampliado a actividades en horario nocturno y diurno a realizar tanto

en periodos vacacionales como en fines de semana, y ofrecen oportunidades a menores y jóvenes hasta 30 años de edad para participar en actividades saludables y libres de drogas de carácter lúdico, deportivo, cultural y social, que tengan por objeto evitar, reducir o sustituir la implicación de los jóvenes en actividades relacionadas con el consumo de drogas.

	Programas de ocio alternativo		
	Nº de Corporaciones Locales	Nº total de participantes	Nº de participantes en actividades nocturnas
2009	20	42.135	31.674
2010	18	48.690	29.497
2011	17	47.115	30.833
2012	16	44.284	-

Fuente: Memorias del Plan Regional de Drogas, 2009- 2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Control de los puntos de venta de tabaco en la proximidad de centros escolares.

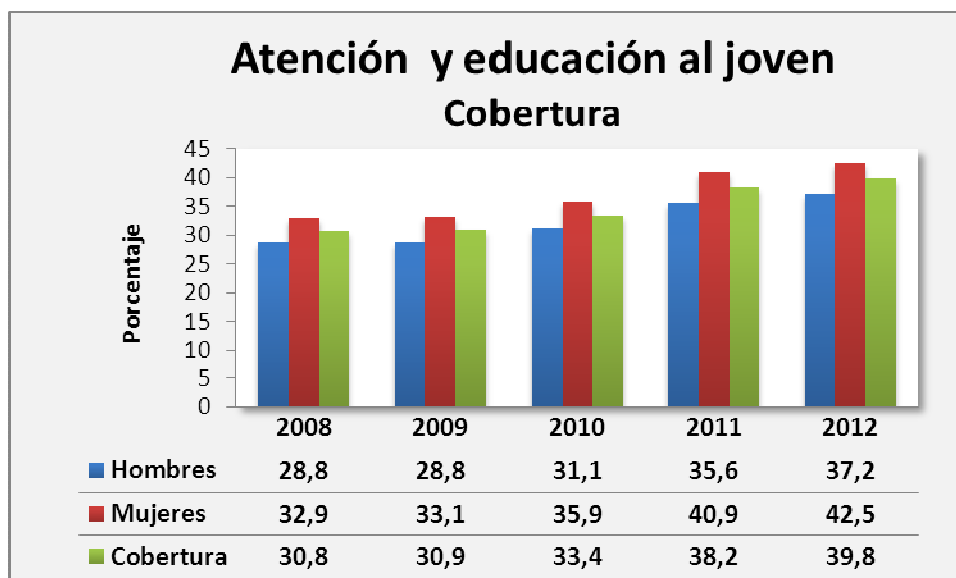
La Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, constituye el marco legislativo básico para el control de la promoción, venta y consumo de tabaco en la Comunidad Autónoma.

Los responsables de realizar estas actividades son la Consejería de Sanidad y sus destinatarios, los responsables de establecimientos de hostelería, grandes superficies comerciales y tiendas de alimentación; la población general y, en particular, los menores de edad y los policías municipales.

Cobertura del consejo médico sobre tabaquismo dentro del programa de atención al joven.

Dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria se encuentra el Servicio de Atención y Educación al Joven, cuya población diana son personas entre 15 y 19 años. Entre las actividades a realizar, incluye la anamnesis sobre hábito tabáquico, de forma que en la historia clínica debe quedar registrado, al menos 1 vez cada 2 años, esta información. Además, se debe realizar consejo sobre consumo de tabaco.

La cobertura de este programa ha aumentado en 9 puntos porcentuales en el periodo 2008-2012. Por sexo, la cobertura es mayor en mujeres que en hombres.



Fuente: GRS. Consejería de Sanidad, 2013

Por otro lado, todos los centros de salud de la comunidad, 248 en 2012, disponen de cooxímetro, aparato que mediante una maniobra sencilla e incruenta permite el conocimiento de los niveles de CO en el aire espirado. En general, existe una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y los niveles de CO en el aire espirado, por lo que este parámetro puede ser utilizado como factor de riesgo en un determinado fumador.

Evaluación: La edad de comienzo de consumo de tabaco entre los adolescentes (ESTUDES 2010) se mantiene en los 13 años, mejorando en una décima entre los años 2008 y 2010. En el marco de actuación de los sucesivos Planes Regionales sobre Drogas, se siguen realizando numerosas actividades dirigidas a prevenir el consumo de tabaco en la infancia y adolescencia así como a proteger del humo del tabaco en estas edades (sensibilización e información, programas preventivos en el ámbito escolar y familiar, actividades extraescolares y programas de ocio alternativo) así como acciones encaminadas a cumplir la normativa vigente. **El objetivo se considera parcialmente conseguido.**

OE-168: Retrasar la edad de comienzo del consumo de tabaco en adolescentes

	2008	2011-12	DIF	EVALUACIÓN
Eda de inicio (años)	13,3	13,4	+0,1	Parcialmente conseguido

OE-169: Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.

INDICADOR: Aplicación de nuevas medidas para protección de no fumadores / Nº Denuncias y reclamaciones por no respeto de norma frente al tabaco.

M290: Aumentar las inspecciones de cumplimiento de la normativa sobre tabaco en instituciones, establecimientos y locales cerrados.

M291: Desarrollo de acciones formativas sobre "técnicas de consejo para dejar de fumar" dirigidas a los profesionales de Atención Primaria.

M292: Mantener el consejo sobre tabaquismo en Atención Primaria como prioritario y registrar, en la historia clínica, su realización.

La Dirección General de Salud Pública es el órgano encargado del cumplimiento de la norma en materia de tabaco, que tiene como principal objetivo evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados. En el año 2011, entró en vigor la nueva Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. La nueva ley ha establecido una serie de medidas que contribuyen a elevar la protección de la salud de toda la población, tanto en lo relativo a ampliar los espacios no contaminados por humo del tabaco como a la prevención del inicio y facilidades para la deshabituación.

Según los datos aportados por la Dirección General de Salud Pública, la actividad registrada en materia de inspección entre los años 2008 y 2012 se ha incrementado de forma notable.

	Control de la promoción, venta y consumo de tabaco				
	2008	2009	2010	2011	2012
Inspecciones	2.452	7.008	4.598	9.391	6.599
Denuncias/Reclamaciones	89	118	93	351	330
Expedientes sancionadores	66	59	88	437	438
Sanciones	47	53	56	246	328

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Actividades de formación continuada sobre "Técnicas de consejo para dejar de fumar" dirigidas a los profesionales de Atención Primaria.

Dentro de los planes de formación continuada, cada año se han organizado actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria, y en algún caso (2010)

también a profesionales de Atención Especializada, sobre técnicas de consejo para dejar de fumar.

	Formación continuada en AP				
	Técnicas de consejo para dejar de fumar				
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de ediciones	2	2	2	12	17
Nº horas	14	11	38	28,5	65
Nº participantes	60	57	70	155	143

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Cartera de servicios de Atención Primaria.

En Atención Primaria, el consejo sobre consumo de tabaco se hace de forma sistemática, se recoge en todas las historias clínicas y se contempla dentro de las actividades preventivas en los grupos de edad de población en riesgo.

Evaluación: La Consejería de Sanidad, en el cumplimiento de las competencias que le son propias, mantiene la labor de control e inspección en relación con el tabaco. **Se considera que desde 2006 este objetivo está cumplido al 100%.**

OE-169: Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados

	2008	2012	DIF	EVALUACIÓN
Nº de inspecciones	2.452	6.599	+169%	Conseguido
Nº de inspecciones por denuncia	89	330	+270%	Conseguido

OE-170: Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.

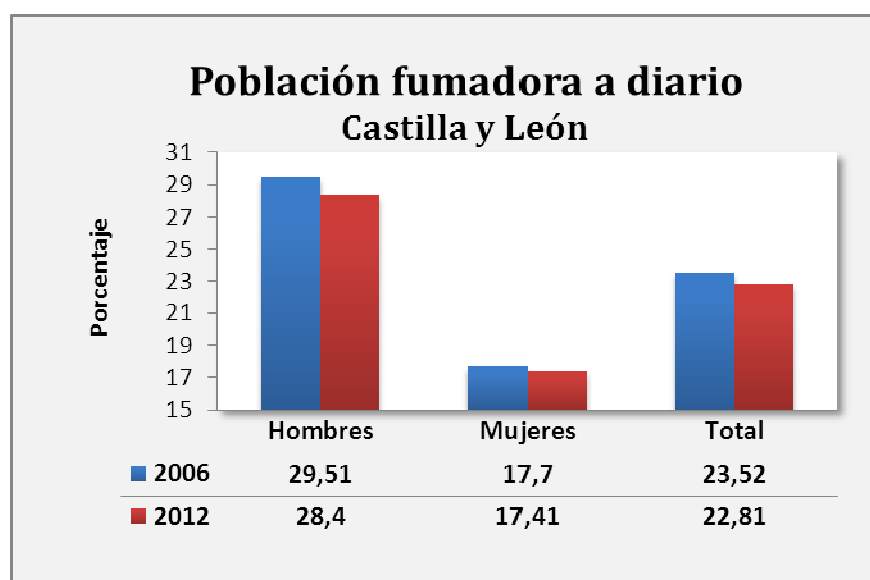
INDICADOR: Prevalencia de fumadores diarios en población escolar y general.

Para analizar la **prevalencia de fumadores diarios en población general** se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012, realizada en población de 15 y más años, y se compara con los resultados de la ENSE 2006, realizada en población de 16 y más años.

Según la ENSE 2011-2012, en Castilla y León el 22,81% de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 3,0% es fumador ocasional, el 22,90% se declara exfumador y el 51,29% nunca ha fumado. La prevalencia de fumadores diarios se sitúa por debajo de la media nacional (23,95%). Por sexos, siguen fumando a diario más los hombres (28,40%) que las mujeres (17,41%).

Con respecto a los datos obtenidos en la ENSE 2006, la prevalencia del consumo habitual de tabaco en la población general ha descendido en Castilla y León, bajando

del 23,52% en 2006 a 22,81% en 2012. Este descenso es más pronunciado en los hombres (2006: 29,51%; 2012: 28,40%) que en las mujeres (2006: 17,70%; 2012: 17,41%). Con relación a España, la evolución del consumo presenta la misma tendencia descendente, aunque más acusada en el conjunto del Estado (ENSE 2006, 26,44%; ENSE 2012, 23,95%) que en Castilla y León.



Fuente: ENS 2006 y 2011-2012. INE

La **prevalencia del consumo en el último año de estudiantes jóvenes fumadores** se analiza a partir de los datos de ESTUDES. Según el análisis realizado por el Observatorio para el Abuso de Drogas de Castilla y León, el 33,5% de los jóvenes de Castilla y León de 14 a 18 años **ha fumado** en el último año frente al 32,4% de los estudiantes españoles. El tabaco es la segunda droga más consumida después del alcohol. El consumo de tabaco, está más extendido entre las mujeres (37,6% frente a 29,6% en hombres), aunque los hombres que consumen tabaco lo hacen con mayor intensidad (frecuencia o cantidad) que las mujeres.

Un 14,3% de los estudiantes encuestados en 2010 manifiesta que **fuma a diario**. Es decir, alrededor de cuatro puntos porcentuales menos que en el año 2008 (18,4%) y dos puntos por encima del promedio nacional (12,30%). Por sexos, fuman a diario el 15,8% de los hombres de 14 a 18 años de Castilla y León (España, 11%) y el 12,9% de las mujeres (España, 13,6%). En el bienio 2008-2010, el consumo diario entre los jóvenes encuestados ha disminuido tanto en España como en Castilla y León.

Evaluación: Todos los estudios reflejan un descenso continuo en el consumo diario de tabaco tanto en población general como en población escolar. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-170: Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco				
	2006	2012	DIF	EVALUACIÓN
% fumadores diarios en población general	23,52	22,81	-0,71	Conseguido
	2008	2010	DIF	EVALUACIÓN
% de fumadores diarios en población 14 a 18 años	18,4	14,3	-4,1	Conseguido

OE-171: Reducir los daños asociados al consumo de tabaco.

INDICADOR: Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cáncer de esófago, cavidad orofaríngea, laringe y pulmón, EPOC y otras.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Consejería de Sanidad, el cual proporciona el número de altas hospitalarias por tumores malignos (labio/boca/laringe, esófago, páncreas, laringe, tráquea/bronquios/pulmón, cuello de útero, vejiga y riñón); enfermedades cardiovasculares (hipertensiva, cardiopatía isquémica, cerebrovascular) y enfermedades respiratorias (EPOC y otras) relacionados con el consumo de tabaco, manteniendo los criterios recogidos en el V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León 2005-2008, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Según los datos aportados, en el año 2012 casi el 22% de los hombres con un tumor maligno era fumador y en el caso de las mujeres con cáncer, el 11,98% era fumadora. Este porcentaje ha disminuido en hombres (- 5,42 puntos) pero se mantiene en mujeres.

El 20,62% de los hombres con enfermedad cardiovascular era fumador, porcentaje que se mantiene estable a lo largo del periodo. En las mujeres, el 5,21% era fumadoras, proporción que aumenta un punto con respecto a 2008.

Por último, el 14,17% de hombres con enfermedades respiratorias son fumadores, proporción que ha disminuido ligeramente, y el 7,87% de los casos en mujeres son en mujeres fumadoras, aumentando discretamente.

Altas hospitalarias por determinadas patologías asociadas al tabaco					
Nº de altas (% sobre el total)					
	2008	2009	2010	2011	2012
Tumores malignos					
Hombre	1.465 (27,35%)	1.370 (24,61%)	1.311 (23,56%)	1.290 (23,41%)	1.217 (21,93%)
Mujer	133 (11,46%)	143 (10,47%)	142 (9,84%)	175 (12,00%)	168 (11,98%)
Enfermedades cardiovasculares					
Hombre	2.324 (20,66%)	2.343 (20,55%)	2.363 (20,76%)	2.091 (20,02%)	2.094 (20,62%)
Mujer	301 (4,21%)	273 (3,92%)	349 (5,15%)	306 (4,5%)	345 (5,21%)
Enfermedades respiratorias					
Hombre	1.343 (15,04%)	1.348 (15,58%)	1.286 (15,86%)	1.255 (15,41%)	1.198 (14,17%)
Mujer	308 (7,68%)	364 (8,97%)	290 (7,91%)	349 (8,63%)	322 (7,87%)

Fuente: CMBD de Castilla y León. Consejería de Sanidad

Evaluación: El objetivo se considera parcialmente conseguido. En general, la reducción de daños asociados al consumo de tabaco para las patologías estudiadas es mínima. Donde mayor reducción se observa es en la proporción de tumores asociados al consumo de tabaco en hombres.

OE-171: Reducir los daños asociados al consumo de tabaco: Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cáncer de esófago, cavidad orofaríngea, laringe y pulmón, EPOC y otras, relacionadas con tabaco

	2008	2012	DIF	EVALUACIÓN
Hombres	20,09	18,66	-1,43	Parcialmente conseguido
Mujeres	6,06	6,89	+0,83	

ACTIVIDAD FÍSICA

El sedentarismo influye de forma negativa en la salud. Realizar actividad física diaria, en el tiempo de ocio, es una recomendación válida para promover la salud de todas las personas, pero es además necesaria como parte del tratamiento y rehabilitación de numerosas enfermedades (obesidad, diabetes, patología cardiovascular,...). Para estas personas, la actividad física a practicar puede ser, sencillamente, caminar a diario y a buen paso un mínimo de 30 minutos, aunque en función de los objetivos establecidos para cada paciente, los profesionales valorarán la necesidad de otras prácticas. El problema es especialmente preocupante entre niños y jóvenes, con cifras crecientes de obesidad, lo que obliga a plantearse la necesaria limitación del tiempo que los niños pasan sentados frente al ordenador, el televisor y otras máquinas de juegos.

Los objetivos establecidos para este problema están dirigidos a: incrementar el porcentaje de la población que realiza actividad física en su tiempo libre, y en concreto, las mujeres, reducir las horas de consumo de TIC en menores de 16 años y fomentar la actividad física en los escolares de CyL, promover la movilidad sin vehículos a motor o en colectivos, realizar acciones permanentes de movilidad sostenible, fomentar la práctica de deporte como hábito saludable, educar la creación de hábitos de vida saludables, promover rutas y destinos accesibles, apoyar mediante financiación a los Ayuntamientos para que promuevan rutas accesibles en la vía pública.

ACTIVIDAD FÍSICA		
OE-172	Aumentar en un 10% el porcentaje total de población que realiza actividad física durante el tiempo libre.	NO CONSEGUIDO
OE-173	Aumentar, de manera específica, el porcentaje de mujeres que realiza actividad física durante el tiempo libre.	NO CONSEGUIDO
OE-174	Reducir el consumo de horas de TIC en niños menores de 16 años.	NO CONSEGUIDO
OE-175	Fomentar la actividad física entre los escolares de Castilla y León.	NO CONSEGUIDO
OE-176	Promover los desplazamientos caminando en vehículos no motorizados y mediante el uso de vehículos colectivos.	CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO
OE-178	Fomentar la práctica deportiva como hábito de vida sana.	CONSEGUIDO

OE-179	Educación 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).	CONSEGUIDO
OE-180	Difundir y promocionar rutas y destinos accesibles.	CONSEGUIDO
OE-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).	CONSEGUIDO

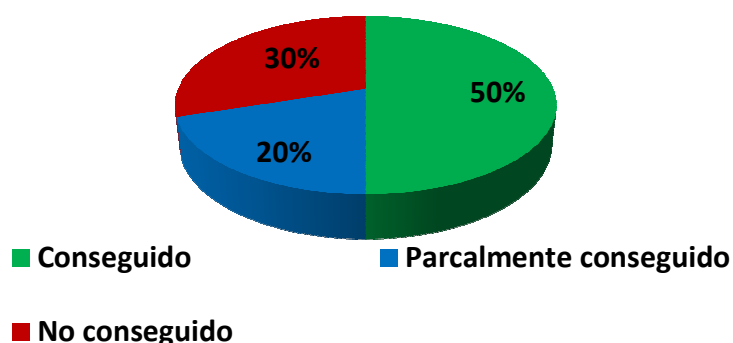
Resumen ejecutivo

Del análisis se desprende que los objetivos que hacen referencia a la actividad física que realiza la población no se han conseguido a pesar de que los objetivos que hacen referencia a las actividades de promoción de la salud y que están promovidas por las Administración en si, tienen mejor resultado en cuanto al grado de consecución.

Los resultados ponen de manifiesto que las medidas implantadas no son suficientes para mejorar los indicadores de actividad física. Se recomienda continuar con los objetivos y establecer otras medidas que sean más eficaces.

El porcentaje de consecución de los objetivos para la actividad física es de 50% conseguido, 20% parcialmente y 30% no conseguido.

ACTIVIDAD FÍSICA Objetivos Específicos



OE-172: Aumentar en un 10% el porcentaje total de población que realiza actividad física durante el tiempo libre.

INDICADOR: % Población que realiza actividad física en tiempo libre.

M293: Unificar todos los esfuerzos y ofertas institucionales dirigidos a fomentar la práctica regular de ejercicio y la actividad física.

M 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.

M296: Desarrollar iniciativas de sensibilización de los profesionales sanitarios, con la colaboración de las Sociedades Científicas en la definición de nuevas actividades.

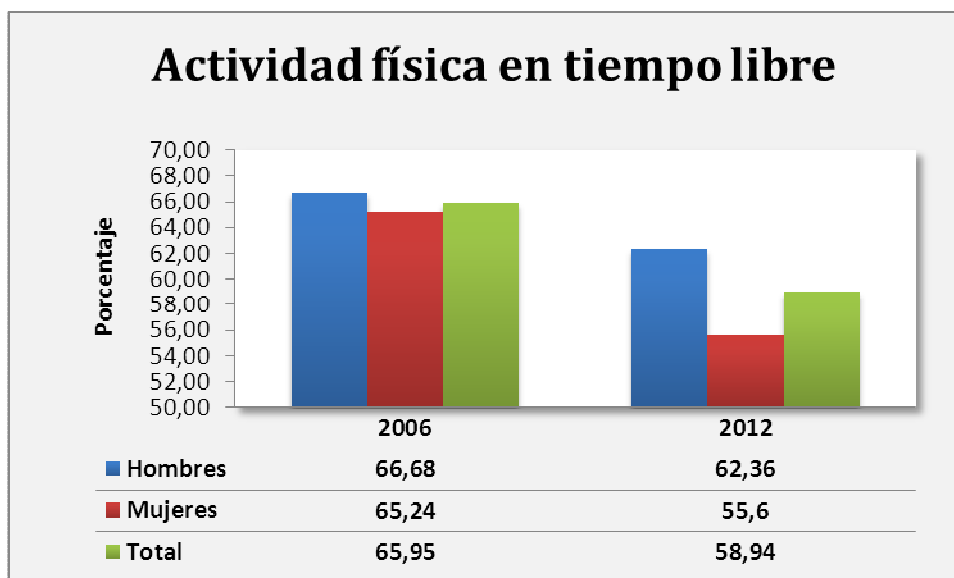
M300: Desarrollo de acuerdos con los ayuntamientos y diputaciones para la realización de actividad física variada dirigida a grandes grupos de personas de diferentes edades, fomentando alternativas que puedan ser practicadas en espacios públicos y al aire libre.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012, realizada en población de 15 y más años, y se compara con los resultados de la ENSE 2006, realizada en población de 16 y más años.

La población adulta que realiza actividad física en el tiempo libre ha disminuido en siete puntos porcentuales (2006: 65,95%) y (2011-2012: 58,94%), igualándose a las cifras nacionales. Por sexos, el descenso ha sido mucho más acusado en mujeres, casi diez puntos. En España también han disminuido las personas que realizan actividad física en casi dos puntos porcentuales, descenso atribuible a las mujeres, puesto que en hombres se ha incrementado. Se puede considerar esa disminución de la actividad en tiempo libre a la situación de crisis económica que es más acusada en las mujeres por el factor de género.

Población adulta que realiza actividad física en el tiempo libre según sexo		
	2006	2012
Castilla y León		
Hombres	66,68	62,36
Mujeres	65,24	55,60
Ambos	65,95	58,94
España		
Hombres	63,64	64,14
Mujeres	57,59	53,36
Ambos	60,56	58,67

Fuente: ENS 2006 y 2011-2012. INE



Fuente: ENS 2006 y ENS 2011-2012. INE

El Estudio de Alimentación y Nutrición en Castilla y León del año 2008, también analizó como variable la realización de ejercicio físico, considerando como tal aquel que se practica más de dos horas a la semana.

Según este estudio, la actividad más habitual que realizan los castellanos y leoneses (79,74%) es andar o pasear fuera de casa (81,33% de los hombres y 78,38% de las mujeres); más los habitantes de zonas urbanas (82,97%) que los que viven en zonas rurales (74,38%). No existen diferencias significativas según la edad y según el nivel de estudios.

Otras actividades se realizan en un porcentaje significativamente menor: gimnasia un 6,51% de la población (7,12% de las mujeres; 5,80% de los hombres), pasear en bicicleta un 5,96% (8,69% hombres; 3,66% mujeres), nadar un 5,55% (7,81% hombres; 3,66% mujeres) y bailar o aeróbic un 3,63% (6,36% mujeres; 0,43% hombres). Con porcentajes aún menores, los deportes de equipo (3,15%) y de raqueta (2,77%), practicados fundamentalmente por los hombres y muy minoritariamente otras actividades, como las artes marciales, esquí, patinaje o cuidado del jardín/bricolaje.

Por grupos de edad, la actividad más frecuente entre los 15 y los 24 años, aparte de andar (73,67%), es la práctica de deportes de equipo (13,87%), correr (7,19%) y nadar (7,01%). Entre 25 y 34 años andar (84,87%), bicicleta estática (10,32%) y gimnasia (8,75%); entre 35 y 44 años andar (78,21%), cuidado del jardín y bricolaje (7,88%) y excursiones al monte (7,24%); entre 45 y 54 años andar (77,88%), gimnasia (8,46%) y excursiones al monte (7,61%) y entre 55 y 64 años andar (82,79%) y nadar (6,29%).

Fomentar la práctica regular de ejercicio y la actividad física.

La Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Sanidad, junto con algunas Diputaciones y Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes han promocionado la salud a través de la actividad física. Se han realizado, mediante convenios, diferentes

actividades y programas que ofertan a sus vecinos como actividades físicas o rutas urbanas a pie; convenios que se han mantenido hasta el año 2011.

El objetivo es promover una actividad física beneficiosa para la salud que contribuya además a la relación personal, con una periodicidad semanal o a lo largo de un período temporal que garantice que sea útil para los participantes.

Convenios entre Consejería de Sanidad y <u>Ayuntamientos</u> para la realización de programas sobre Actividad física y Alimentación saludable								
Proyectos y aportación económica								
	2008		2009		2010		2011	
	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD
ARANDA DE DUERO	sd	7.500	1.000	7.500	1.000	7.500	1.000	7.500
ÁVILA	sd	7.500	4.210	7.500	4.210	7.500	4.210	7.500
BENAVENTE	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
BURGOS	sd	7.500	11.800	7.500	20.500	7.500	13.000	7.500
LEÓN	sd	7.500	4.000	7.500	4.000	7.500	1.000	7.500
MEDINA DEL CAMPO	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
LAGUNA DE DUERO	sd	7.500	400	7.500	--	--	400	7.500
MIRANDA DE EBRO	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
PONFERRADA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
SALAMANCA	sd	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
SEGOVIA	sd	7.500	5.625	7.500	610	5.490	500	7.500
SORIA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
VALLADOLID	--	--	--	--	--	--	400	6.000
ZAMORA	sd	7.500	500	7.500	500	7.500	500	7.500
Financiación (€)	sd	97.500	36.635	90.000	39.920	80.490	30.110	96.000
Total (€)		97.500	126.635		120.410		126.110	

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013.
sd = sin datos

Convenios entre Consejería de Sanidad y <u>Diputaciones</u> para la realización de programas sobre Actividad física y alimentación saludable								
Proyectos y aportación económica								
	2008		2009		2010		2011	
	DIP	SAN	DIP	SAN	DIP	SAN	DIP	SAN
ÁVILA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
LEÓN	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
SEGOVIA	sd	7.500	8.500	7.500	7.500	7.500	400	7.500
SORIA	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
ZAMORA	--	--	500	7.500	500	7.500	500	7.500
Financiación	sd	30.000	9.400	22.500	8.400	22.500	1.300	22.500

(€)				
Total (€)	30.000	31.900	30.900	23.800

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013.
sd = sin datos

Evaluación: Desde la Junta de Castilla y León se han financiado actividades dirigidas a la promoción de la práctica del ejercicio físico en todas las edades, mediante convenios de cooperación con Ayuntamientos y Diputaciones. No obstante, los datos de la última ENSE reflejan un descenso de la población que realiza actividad física en el tiempo libre, descenso especialmente llamativo en mujeres. **El objetivo no está conseguido.**

OE-172: Aumentar en un 10% el porcentaje total de población que realiza actividad física durante el tiempo libre.

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% población actividad física en tiempo libre	65,95	58,94	-7,01	No conseguido

OE-173: Aumentar, de manera específica, el porcentaje de mujeres que realiza actividad física durante el tiempo libre.

INDICADOR: Prevalencia de sedentarismo en mujeres.

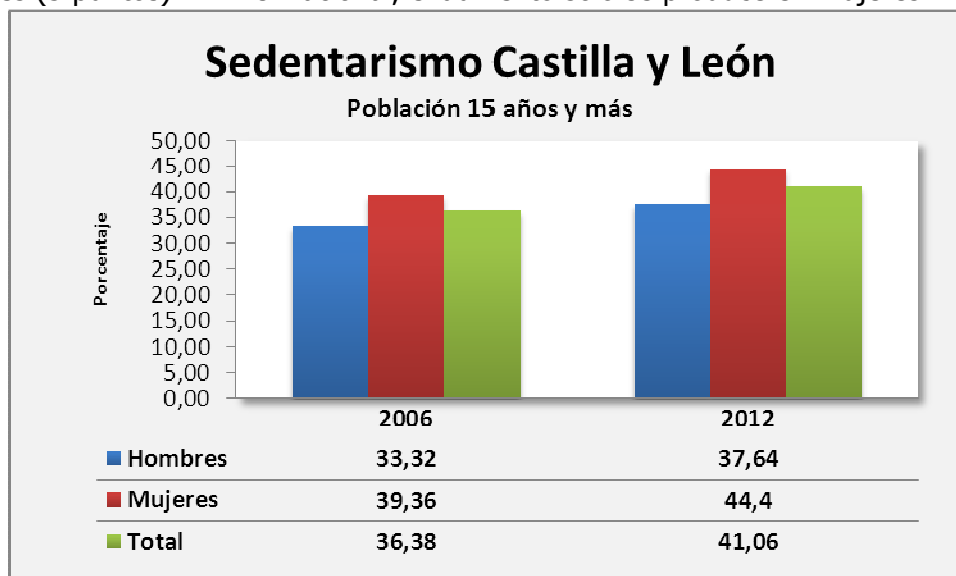
Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012, realizada en población de 15 y más años, y se compara con los resultados de la ENSE 2006, realizada en población de 16 y más años.

En Castilla y León, cuatro de cada 10 personas (41,1%) se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (37,6%) y casi una de cada dos mujeres (44,4%). Situación similar a la de España, donde el 41,3% de la población se declara sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los hombres (35,9%).

Población adulta que se declara sedentaria según sexo (%)		
	2006	2012
Castilla y León		
Hombres	33,3	37,6
Mujeres	39,4	44,4
Ambos	36,4	41,1
España		
Hombres	36,4	35,9
Mujeres	42,1	46,6
Ambos	39,4	41,3

Fuente: ENS 2006 y 2011-2012. INE

Según las encuestas ENSE 2006 y ENSE 2011-2012, el sedentarismo en la población de Castilla y León ha aumentado, tanto en hombres (4,3 puntos porcentuales) como en mujeres (5 puntos). A nivel nacional, el aumento sólo se produce en mujeres.



Fuente: ENSE 2006 y 2012. INE

Según el Estudio de Alimentación y Nutrición en Castilla y León 2008, un 74,93% de los encuestados ven la televisión a diario (72,73% mujeres; 77,58% hombres) considerándose un ejemplo de actividad sedentaria. Un 2,91% de los ciudadanos encuestados no pasean nunca (3,53% hombres; 2,37% mujeres).

Evaluación: El objetivo no está conseguido.

OE-173: Aumentar, de manera específica, el porcentaje de mujeres que realiza actividad física durante el tiempo libre.

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% mujeres sedentarias	36,38	41,06	+ 4,68	No conseguido

OE-174: Reducir el consumo de horas de TIC en niños menores de 16 años.

INDICADOR: Prevalencia de sedentarismo en menores de 16 años.

M297: Difundir información, dirigida a los padres, sobre tiempo máximo diario y semanal recomendable de uso de TIC por parte de los menores.

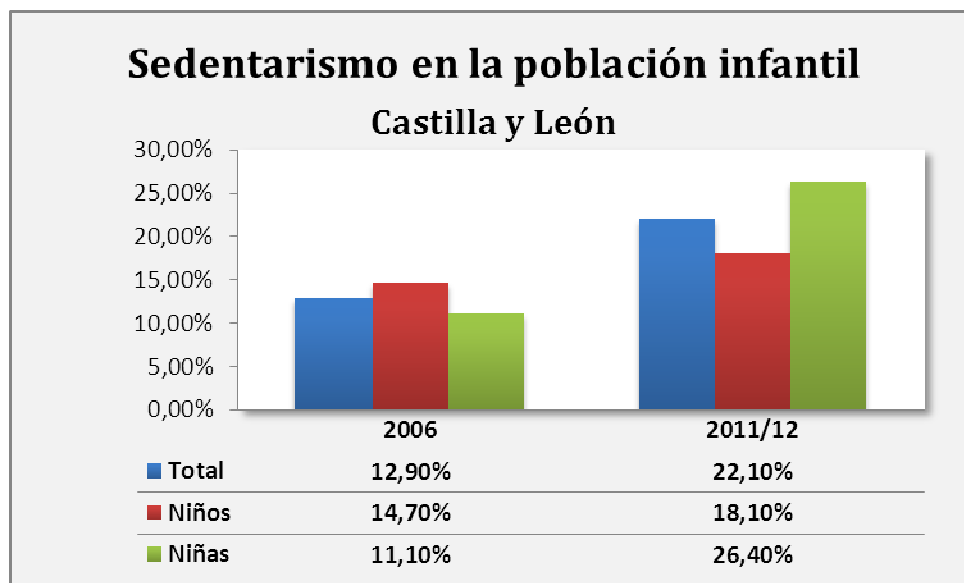
Para analizar el indicador, se utiliza como fuente de información los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012 y se compara con los resultados de la ENSE 2006. Ambas encuestas incluyen un Cuestionario de menores, que se realiza en el caso de que los haya en el hogar seleccionado, recogiendo información sobre

determinadas variables. La variable ejercicio físico se recoge en los niños/as de 3 y más años.

Según los datos de la última encuesta, el 22,1% de la población < 15 años de Castilla y León se declara sedentaria (26,4% mujeres; 18,1% hombres). Los datos reflejan el aumento de las cifras con respecto a la ENSE 2006, con un aumento de 9,2 puntos porcentuales (2006: 12,9%). Según el sexo, destaca el aumento del sedentarismo en las niñas en más de 15 puntos (2006: 11,1%). En el conjunto del Estado, la evolución es similar, aumentando en ambos sexos.

Sedentarismo en la población infantil (%)				
	Castilla y León		España	
	ENSE 2006	ENSE 2011/12	ENSE 2006	ENSE 2011/12
Ambos sexos	12,9	22,1	19,7	24,3
Niños	14,7	18,1	17,6	20,2
Niñas	11,1	26,4	21,9	28,6

Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Consejería de Sanidad
Población < 15 años



Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud.
Consejería de Sanidad

Difundir información, dirigida a los padres, sobre tiempo máximo diario y semanal recomendable de uso de TIC por parte de los menores.

En los últimos años se ha producido entre los menores un aumento importante del uso de las TICs. Según los datos de la última encuesta de salud, el 85,41% de los menores de 15 años utiliza videojuegos, ordenador o Internet al menos 1 hora al día (ENSE 2006, 65,93%). El tiempo que dedican a ello aumenta los fines de semana, (entre semana dedican más de 1 hora el 14,59% frente al 31,33% los fines de semana).

Por sexos, son los hombres los que dedican más tiempo (> 1 hora) a utilizar las TICs, 18,92% entre semana y el 37,84% el fin de semana, frente al 10,66% y 25,41%, respectivamente, en las mujeres.

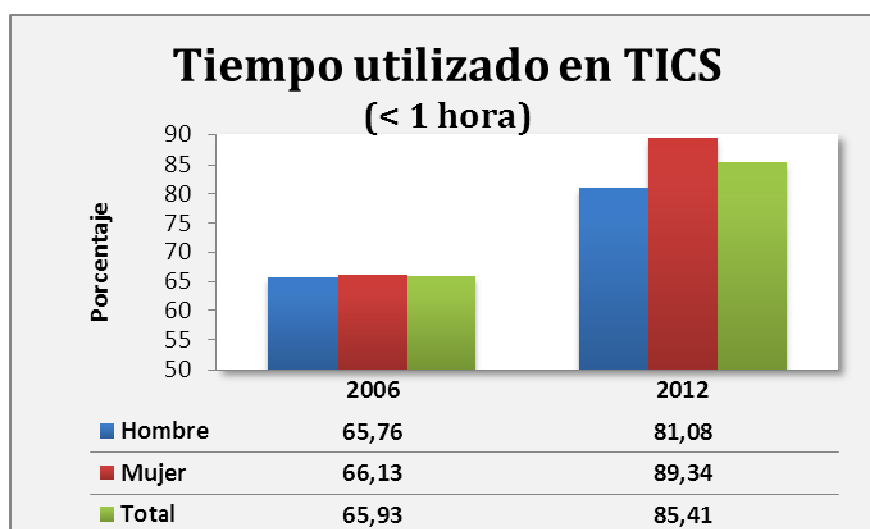
		Tiempo de utilización de videojuegos, ordenador o Internet en la población infantil (%)			
		Castilla y León		España	
		ENSE 2006⁽¹⁾	ENSE 2011/12⁽²⁾	ENSE 2006	ENSE 2011/12
Entre semana (<1 hora)	Ambos sexos	65,9	85,4	59,8	77,1
	Niños	65,8	81,1	57,2	74,5
	Niñas	66,1	89,3	63,6	80,0
Fin de semana (<1 hora)	Ambos sexos	41,6	68,7	35,6	59,6
	Niños	39,2	62,2	29,6	54,2
	Niñas	44,4	74,6	44,5	65,6

Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Consejería de Sanidad

Notas:

(1) Población de 1 a 15 años que utiliza videojuegos, ordenador o internet

(2) Población de 1 a 14 años



Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: Según los datos de la última encuesta de salud, en Castilla y León ha aumentado el porcentaje de menores de 15 años que se declara sedentario, a la vez que aumenta el porcentaje de menores que utilizan las nuevas tecnologías a diario y especialmente, los fines de semana. El tiempo que invierten los menores en utilización de las TICS se resta del tiempo invertido en actividad física. Se recomienda mantener el objetivo y la medida. **El objetivo no está conseguido.**

OE-174: Reducir el consumo de horas de TIC en niños menores de 16 años

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% sedentarismo en < 16 años	12,90	22,10	+ 9,20	No conseguido
Tiempo de utilización de TIC entre semana < 1h	65,93	85,41	+ 20,52	No conseguido

OE-175: Fomentar la actividad física entre los escolares de Castilla y León.

INDICADOR: Prevalencia de sedentarismo en escolares.

M 298: Fomentar en los colegios una oferta amplia de actividades deportivas regulares que puedan elegir todos los alumnos.

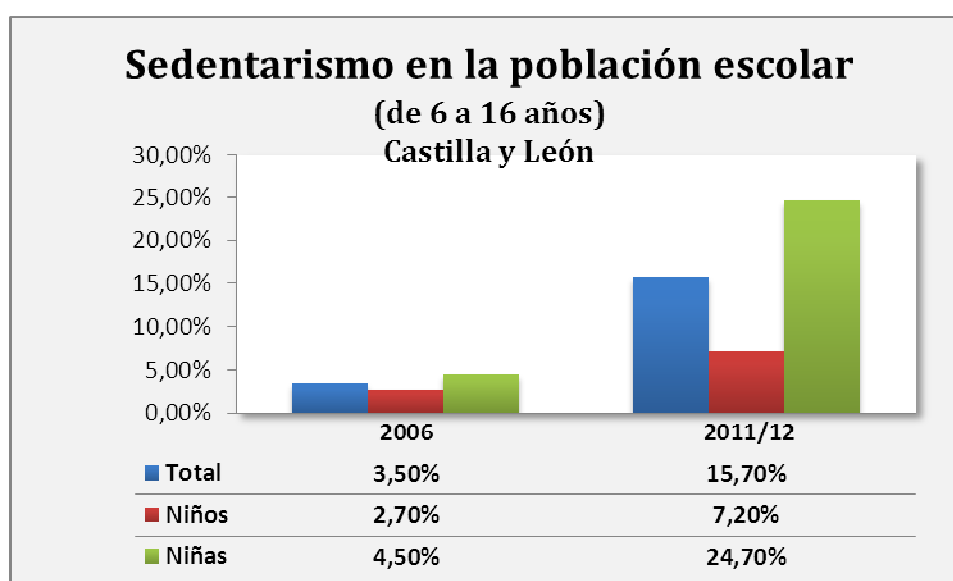
M 299: Estudiar las propuestas para ampliar las horas de educación física en educación primaria, secundaria y bachillerato.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información el Cuestionario de menores de las Encuestas Nacionales de Salud 2011-2012 y 2006. Se ha analizado específicamente el grupo de edad de 6 a 16 años.

Según la ENSE 2011-12, en Castilla y León el 15,7% de los escolares de 6 a 16 años se declara sedentario, lo que supone un aumento de más de 12 puntos porcentuales frente a los datos obtenidos en 2006, siendo especialmente llamativo el aumento producido entre las niñas, pasando del 4,5% al 24,7%. El aumento del sedentarismo también se ha producido a nivel nacional pero con incrementos menos significativos.

	Sedentarismo en la población escolar ¹ (%)			
	Castilla y León		España	
	ENSE 2006	ENSE 2011/12	ENSE 2006	ENSE 2011/12
Total	3,5	15,7	12,0	13,7
Niños	2,7	7,2	8,3	8,6
Niñas	4,5	24,7	16,1	19,2

Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Consejería de Sanidad
1. Población de 6 a 16 años



Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud.
Consejería de Sanidad

Fomentar en los colegios una oferta amplia de actividades deportivas regulares que puedan elegir todos los alumnos.

Los programas de educación para la salud en la escuela constituyen una de las más eficaces y rentables estrategias de todo el ámbito de la salud pública, como avalan múltiples recomendaciones de instituciones relevantes en el ámbito internacional.

La Consejería de Sanidad, desde el año 2005 y hasta el año 2009, ha venido efectuando convocatorias de ayudas para la selección de proyectos de promoción de la salud a realizar en colegios e institutos de Castilla y León, en los que se imparten enseñanzas escolares de régimen general, acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en tres ámbitos:

- Promoción de la alimentación saludable y actividad física regular.
- Salud Sexual. Prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- Prevención de accidentes.

El presupuesto total destinado a estos proyectos ha sido de 941.000 € y ha permitido subvencionar 619 proyectos desde que se iniciara en el curso escolar 2004-05. Durante los tres cursos escolares que coinciden con el periodo de vigencia del III Plan de Salud, se han dado subvenciones por más de 294.000 € para realizar 197 proyectos sobre promoción de alimentación saludable y actividad física.

Proyectos educativos en centros escolares						
	Curso 2007-08		Curso 2008-09		Curso 2009-10	
	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto
Alimentación A. Física	42	67.375,66	73	108.507,4	82	118.289,4
S. Sexual	41	52.613,40	54	77.146,98	73	93.809,38
P. Accidentes	29	49.076,00	12	30.445,40	9	12.901,18
Total	112	169.065,06	139	216.099,82	164	225.000

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

Evaluación: Pese al esfuerzo de la Administración por fomentar la actividad física entre la población escolar, el sedentarismo va en aumento en este grupo de edad. El objetivo se considera, por tanto, **no conseguido**, siendo necesario seguir planificando políticas encaminadas a fomentar la práctica del ejercicio físico en la población escolar.

OE-175: Fomentar la actividad física entre los escolares de Castilla y León				
	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% sedentarismo en escolares 6 a 16 años	3,5	15,7	+ 12,2	No conseguido

OE-176: Promover los desplazamientos caminando, en vehículos no motorizados y mediante el uso de vehículos colectivos.

OE-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).

INDICADOR: Indicadores del programa "La ciudad sin mi coche".


M 293: Unificar todos los esfuerzos y ofertas institucionales dirigidos a fomentar la práctica regular de ejercicio y la actividad física.

M 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.


Estos objetivos del III Plan de Salud están extraídos del programa "La ciudad sin mi coche" de la Consejería de Medio Ambiente, quien proporciona información para su análisis.

"La ciudad sin mi coche".

La campaña "La Ciudad sin mi Coche", surgió en Francia con el objeto de sensibilizar, a ciudadanos y responsables políticos, de la necesidad de un cambio de hábitos en cuestión de movilidad, de concienciarnos de las consecuencias negativas que tiene el uso irracional del coche en la ciudad, tanto para la salud pública como para el medio ambiente.

Esta experiencia se extendió a toda Europa desde que, en el año 2000, la Dirección General de Medio Ambiente de la Comisión Europea proporcionara el apoyo político y financiero para la organización del día europeo "¡La ciudad, sin mi coche!" [Mobility Week](#) , que se celebraría por primera vez el 22 de septiembre de 2000 en toda Europa.

Supone una oportunidad de poner a prueba otras alternativas de movilidad urbana más respetuosas con nuestro entorno como por ejemplo: carriles de bicicletas, nuevas líneas de transporte público, fomento del uso de coche compartido, etc.

La [Semana Europea de la Movilidad](#) , coordinada por el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (MAGRAMA), persigue los mismos objetivos que "La ciudad, sin mi coche!", pero intenta, además, que dicha contribución se prolongue en el tiempo.

El esfuerzo llevado a cabo en los últimos años ha dado como fruto que los proyectos de la Semana Europea de la Movilidad y el Día sin Coches se hayan consolidado a nivel europeo y español, como lo demuestra el gran número de ayuntamientos participantes, de forma voluntaria, en el desarrollo de estos proyectos, entre los que se encuentran varios Ayuntamientos de Castilla y León.

En el año 2012, han sido 15 los ayuntamientos que han participado en la Semana Europea de la Movilidad: Alar del Rey, Aranda de Duero, Benavente, Carbajosa de la Sagrada, Coca, Laguna de Duero, Miranda de Ebro, Ponferrada, Salamanca, Segovia, Soria, Tudela de Duero, Valladolid, Villaquilambre y Zamora.

La participación en estos proyectos conlleva poner en marcha medidas permanentes enfocadas a la mejora de las infraestructuras para peatones y bicicletas (carril bici, servicio de préstamo de bicicletas), a la creación de condiciones para impulsar un tráfico fluido (peatonalización del centro de las ciudades, creación de aparcamientos disuasorios), así como a la mejora de la accesibilidad del transporte público, junto a diversas campañas de sensibilización sobre hábitos más sostenibles para nuestros desplazamientos.

Entre el 16 y el 22 de septiembre se celebra la Semana Europea de la Movilidad, siendo el 22 el Día Europeo de "La ciudad, sin mi coche".

"Campaña sobre movilidad sostenible. Coche compartido"

Durante la Semana de la Movilidad 2008, la Consejería de Medio Ambiente puso en marcha la campaña de comunicación **"No contamines... Junta t"** y se presentó la exposición sobre movilidad sostenible denominada **"Siempre en movimiento"**, un importante recurso didáctico, con el que se pretende sensibilizar a los empleados públicos y a la población en general, de la necesidad de "practicar una movilidad más amable con el medio ambiente y con la sociedad en su conjunto", dando a conocer la problemática del uso mayoritario del coche, como medio de transporte, mediante la aplicación de buenas prácticas sobre movilidad. Como apoyo a la exposición, se han elaborado **fichas educativas** para escolares, que permiten desarrollar los contenidos de la muestra. Están dirigidas al último ciclo de Educación Primaria y Educación Secundaria y al público en general. También se ha desarrollado un **cuadernillo divulgativo en formato digital** que recoge información básica sobre movilidad sostenible y una propuesta educativa ligada a las fichas de trabajo mencionadas. Estos materiales pretenden servir de complemento para el desarrollo de programas educativos respecto a la movilidad sostenible y están disponibles para su utilización por cualquier usuario.

En el mismo sentido, la Consejería de Medio Ambiente, en colaboración con la Consejería de Fomento y Agricultura y Ganadería, promueve en el año 2005 la campaña "Coche compartido", que pretende fomentar el uso compartido del vehículo particular entre sus trabajadores para acudir a su centro de trabajo. Esta campaña ha tenido su continuidad más allá del marco temporal establecido inicialmente, 2009, de forma que cada año son más los trabajadores que se inscriben en este programa, pasando de 84 en 2009 a 120 en 2012 los trabajadores inscritos y de 34 a 44 los grupos o coches compartidos.

Estrategia de Desarrollo Sostenible de Castilla y León, 2009-2014.

En el año 2009, la Junta de Castilla y León aprueba la *Estrategia de Desarrollo Sostenible de Castilla y León 2009-2014*, que surge tras la finalización del plazo de vigencia de la primera estrategia regional 2000-2006 y como consecuencia de la

necesaria adaptación a la Estrategia europea de desarrollo sostenible, renovada en 2006, y la Estrategia española, aprobada en noviembre de 2007.

La Estrategia dedica su capítulo 4 a las nuevas pautas de movilidad y transporte. Uno de sus programas va dirigido al *Fomento del transporte público y desplazamientos saludables*, con el objetivo principal de reducir y racionalizar las necesidades de transporte, fomentando el uso del transporte público y otras iniciativas que contribuyan a reducir el uso del vehículo privado. Para ello se han puesto en marcha diferentes acciones que mejoren tanto la *movilidad urbana* (transporte metropolitano en las aglomeraciones urbanas, planes de movilidad o el fomento del uso de la bicicleta en los desplazamientos urbanos) como en *movilidad interurbana*, mediante el transporte a la demanda.

Evaluación: Cada año son más los ayuntamientos que participan en el desarrollo de los proyectos de la Semana Europea de la Movilidad y el Día sin Coche, que conllevan la realización de una serie de medidas permanentes que proporcionen una movilidad más sostenible en sus municipios. Así mismo, otras instituciones mantienen iniciativas como la de "Coche compartido" de la Consejería de Medio Ambiente en colaboración con la Consejería de Fomento y Agricultura y Ganadería. Por último destacar, que la Estrategia de Desarrollo Sostenible de Castilla y León 2009-2014 dedica uno de sus programas al fomento del transporte público y desplazamientos saludables. **El objetivo se considera conseguido** aunque es recomendable mantener y fomentar estas medidas.

OE-176: Promover los desplazamientos caminando, en vehículos no motorizados y mediante el uso de vehículos colectivos

OE-177: Promoción de acciones permanentes de movilidad sostenible

	2008	2012	DIF	EVALUACIÓN
La ciudad sin mi coche	--	15 municipios	Tendencia positiva	Conseguido

OE-178: Fomentar la práctica deportiva como hábito de vida sana.

OE-179: Educar en la creación de hábitos de vida sana.

(Los dos objetivos están extraídos del Programa de Deporte, de la Consejería de Cultura y Turismo).

INDICADOR: Indicadores del programa "Programas de Deporte".

Según la Ley del Deporte de Castilla y León, Ley 2/2003, de 28 de marzo, y el Decreto 51/2005, de 30 de junio, sobre la actividad deportiva, se considera como deporte en edad escolar *"aquella actividad deportiva organizada que es practicada voluntariamente por escolares en horario no lectivo"*. Persigue la educación integral de los niños y los jóvenes y el desarrollo de su personalidad, mediante programas de actividades físicas, deportivas y recreativas adecuadas a sus niveles y necesidades, que fomenten la adquisición de hábitos permanentes de actividad física y deportiva, y que posibilite la práctica continuada del deporte en edades posteriores, haciendo de la

práctica deportiva un instrumento para la adquisición de valores como la solidaridad y la igualdad.

Programa de Deporte Escolar.

El Programa de Deporte en Edad Escolar de Castilla y León está integrado por:

a) Los Juegos Escolares, como actividades formativo-recreativas dirigidas a todos los escolares sin excepción, con el objeto de favorecer la difusión del deporte y la creación de hábitos de vida sana.

b) Los Campeonatos Regionales de Edad, como actividades de rendimiento deportivo dirigidas a aquellos deportistas que por su especial aptitud para una modalidad deportiva se entienda acertado su acercamiento al conocimiento de la especialización y de la obtención de resultados técnicos.

	Programa de Deporte Escolar			
	2009	2010	2011	2012
Nº de participantes	102.573	103.793	114.777	138.757
Gasto realizado (€)	3.616.036	3.319.639	3.275.210	3.175.629

Fuente: Consejería de Cultura y Turismo

Además, la Consejería de Cultura y Turismo realiza actividades para la promoción de hábitos de vida sana entre la población en edad escolar: realización de ejercicio físico, alimentación saludable e higiene personal. Estas acciones se realizan durante la celebración de competiciones deportivas mediante la difusión de folletos informativos y la distribución de alimentos.

Deporte Universitario.

La Consejería de Cultura y Turismo organiza junto con la Universidad de Salamanca y con la participación de las Universidades Públicas de Castilla y León, la Universidad Europea Miguel de Cervantes y la Universidad Pontificia de Salamanca, acciones encaminadas a la práctica deportiva en su propio ámbito universitario. Se pretende que el deporte constituya un medio de integración de los diferentes grupos sociales que componen la sociedad desarrollando programas de acercamiento del deporte a la comunidad universitaria.

	Deporte Universitario			
	2009	2010	2011	2012
Gasto realizado (€)	407.700	413.081	397.000	246.996

Fuente: Consejería de Cultura y Turismo

Programas de promoción deportiva en diferentes colectivos (deporte social, mujeres, inmigrantes, discapacitados, riesgo de exclusión social).

La Ley 2/2003, de 28 de marzo, del Deporte de Castilla y León, hace referencia a que los poderes públicos de la Comunidad Autónoma garantizarán el acceso de todo ciudadano, en igualdad de condiciones y oportunidades, al conocimiento y a la práctica del deporte. La Ley presta especial atención a la promoción del deporte entre diferentes colectivos, uno de ellos el de las personas con discapacidad física, psíquica y sensorial.

Esta labor se viene realizando desde Ayuntamientos, Diputaciones, Asociaciones y Clubes así como en el ámbito Autonómico (Federaciones Deportivas, Asociaciones Regionales, instituciones, empresas) y desde la propia Junta de Castilla y León, a través de cuantas iniciativas tienen como objetivo el aumento constata de la participación de personas con discapacidad en competiciones escolares, universitarias, de alto nivel, o la importante tarea de impulsar la dotación de instalaciones deportivas libres de barreras o las becas dadas para la práctica deportiva.

Este proceso ha culminado con la elaboración y aprobación del Programa Deporte y Discapacidad, de la Consejería de Cultura y Turismo, con la colaboración de la Federación Polideportiva de Discapacitados de Castilla y León, el Comité Autonómico de Entidades de Representantes de Personas con Discapacidad, además de otras instituciones públicas y privadas afectadas. El objetivo de este programa es la integración y normalización de las personas con discapacidad en el deporte de Castilla y León.

Evaluación: Los dos objetivos analizados han sido extraídos del Programa de Deporte, de la Consejería de Cultura y Turismo. Ambos **objetivos se consideran conseguidos**. Son varias las acciones impulsadas desde la administración autonómica para promocionar el deporte dentro del entorno escolar. Y ello a pesar de la disminución del presupuesto en los últimos años, sin duda marcado por la situación económica actual. En este sentido, es necesario que las instituciones sigan promocionando el deporte como un aspecto fundamental para el desarrollo integral de la persona.

OE-178: Fomentar la práctica deportiva como hábito de vida sana

OE-179: Educar en la creación de hábitos de vida sana

	2009	2012	Tendencia	Evaluación
Nº participantes en Deporte escolar	102.573	138.757	Evolución Positiva	Conseguido

OE-180: Difundir y promocionar rutas y destinos accesibles.

OE-181: Financiar a los ayuntamientos acciones en esta línea –promocionar rutas accesibles- en vía pública.

(Los dos objetivos están extraídos del “Programa de Mejora de la calidad de los recursos turísticos” de la Consejería de Cultura y Turismo.)

INDICADOR: Indicadores propios del "Programa de Mejora de la Calidad de los Recursos Turísticos".

Son varias las acciones desarrolladas para la difusión, promoción y financiación de rutas y destinos accesibles. Inicialmente se realizaron desde la Sociedad de Promoción del Turismo de Castilla y León, S. A. (Sotur, S.A.) para la promoción del turismo accesible en Castilla y León, siendo posteriormente la Fundación Siglo para el Turismo y las Artes de Castilla y León, la que asumió las competencias de dicha empresa pública. Destacar las siguientes acciones:

- **Guía de alojamientos turísticos accesibles en Castilla y León.** Editada por la Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León con la colaboración de PREDIF y ASPAYM CASTILLA y LEÓN. La guía se editó en papel y también en formato digital disponible en la web de turismo <http://www.turismocastillayleon.com/ataccesibles/>. Se analizan, mediante fichas, tanto los alojamientos por tipologías de las diferentes provincias, como otros recursos turísticos adaptados como museos, casas del parque, senderos, etc. Editada en el año 2009-10.
- **Promoción de la página web de la Fundación Patrimonio Natural de Castilla y León** www.patrimonionatural.org, que ha desarrollado diversos proyectos de accesibilidad a infraestructuras ambientales (senderos y casas del parque). Destacan las realizadas en los siguientes espacios naturales de Castilla y León: Lago de Sanabria y alrededores, Valle de Iruelas, Sierra de Gredos, Las Batuecas-Sierra de Francia, Arribes del Duero, Picos de Europa, Hoces del Río Riaza, Fuentes Carrionas y Fuente Cobre-Montaña Palentina, La Fuentona, Monte Santiago y La Nava y Campos de Palencia. Destacar también el complejo PRAE (Propuestas Ambientales y Educativas) en Valladolid, que es completamente accesible.
- **Diversas colaboraciones con la ONCE** de Valladolid, para la realización de una presentación de los recursos turísticos de Castilla y León, centrados en espacios naturales y casas del parque, incidiendo en espacios adaptados a personas con discapacidad visual. Dicha información luego les permite realizar sus excursiones periódicas. En el año 2011, se organizó en colaboración con **ONCE** un Concurso Fotográfico para la promoción de cuatro destinos turísticos accesibles a través del cupón. El compromiso de colaboración se mantiene en el momento actual, llegándose a firmar en la pasada edición de FITUR 2013, un Convenio de colaboración (2013-2014) para la difusión del turismo y la cultura entre las personas discapacitadas.

Así mismo, la Consejería de Cultura y Turismo, durante los años 2009 y 2010, ha concedido **subvenciones a Entidades Locales** por valor de 541.530 €, destinados a financiar actuaciones de mejora en la calidad de las infraestructuras turísticas en destino, dentro de las cuales se contemplaban todas aquellas actuaciones de mejora de la accesibilidad y señalización de los recursos turísticos, que podían incluir, entre otras, las siguientes:

- Mejora de la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas en el acceso a los bienes, recursos y rutas turísticas existentes.
- Acceso de las personas con algún tipo de discapacidad sensorial a los recursos de información turística, bien mediante la adaptación de páginas Web turísticas a personas con discapacidad (Web accesible), la señalización en lenguaje braille de los recursos turísticos o cualquier otra de análoga naturaleza.
- Señalización turística, que podrá comprender tanto la primera instalación de señalización, como la sustitución de la existente en los caminos y en las carreteras de las redes local, provincial y autonómica, y en los cascos urbanos, cuando ésta se halle especialmente deteriorada o haya devenido obsoleta por sus contenidos y/o imagen.

En los años 2011 y 2012 no se ha efectuado esta convocatoria por motivos presupuestarios.

Evaluación: En los últimos años se ha realizado en nuestra comunidad un trabajo importante enfocado a conseguir un turismo para todos, poniendo de manifiesto la importancia de la accesibilidad como derecho fundamental también en este sector. La Consejería de Cultura y Turismo, y de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria, ha subvencionado a Entidades Locales la realización de proyectos de mejora de la accesibilidad y señalización de los recursos turísticos. Ambos objetivos, extraídos del "Programa de Mejora de la calidad de los recursos turísticos" de la Consejería de Cultura y Turismo, **se consideran conseguidos**.

OE-180: Difundir y promocionar rutas y destinos accesibles

OE-181: Financiar a los ayuntamientos acciones en esta línea- promocionar rutas accesibles- en vía pública

	2006	2012	DIF	EVALUACIÓN
Rutas y destinos accesibles	--	SI	Positivo	Conseguido

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Un diagnóstico precoz de hipertensión arterial (HTA) y su adecuado control, va a poder evitar muchas complicaciones. El control de la HTA precisa del seguimiento sanitario y la implicación del paciente: el resultado final de esta interacción debe ser que la tensión se mantenga dentro de los límites para cada caso.

Los objetivos establecidos para este problema están dirigidos a: reducir la prevalencia de la HTA un 10%, realizar una detección precoz de HTA en personas > de 20 años y mejorar el control adecuado de pacientes con HTA.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
OE-182	Reducir la prevalencia de hipertensión en un 10%.	NO CONSEGUIDO
OE-183	Mejorar la detección precoz de HTA en usuarios del sistema sanitario mayores de 20 años.	CONSEGUIDO
OE-184	Mejorar el control adecuado de los pacientes con HTA	CONSEGUIDO

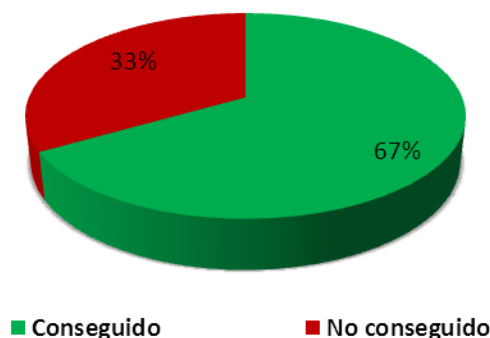
Resumen ejecutivo

La hipertensión arterial sigue siendo un factor de riesgo importante con cifras de prevalencia que se han mantenido en cifras similares a lo largo del periodo de estudio. Cabe destacar que ha mejorado el indicador de cobertura del Servicio de Atención al paciente hipertenso y por tanto se detectan a tiempo más personas con hipertensión arterial, al mismo tiempo que mejora el control de las personas diagnosticadas.

No obstante, aún es alto el porcentaje de personas que desconocen su enfermedad y amplio el margen de mejora en el control adecuado de los pacientes, por lo que se recomienda mantener el objetivo.

El porcentaje de consecución de los objetivos es de 67% conseguido y 33% no conseguidos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Objetivos Específicos



OE-182: Reducir la prevalencia de hipertensión en un 10%.

INDICADOR: Prevalencia de HTA.

M 304: Medir la prevalencia de HTA y otros factores de riesgo en la población mediante exámenes, encuestas de salud y otros sistemas de seguimiento.

M 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.

M 311: Evaluar y mejorar las normas técnicas definidas en la cartera de servicios de APS sobre detección precoz y medición de la presión arterial.

M 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.

Para la evaluación de este objetivo y sus medidas, se toma como referencia las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2006 y 2011-2012; la actividad de la cartera de servicios de Atención Primaria y los resultados del Estudio de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León del año 2009.

Según los datos de las Encuestas Nacionales de Salud, la prevalencia (proporción de personas encuestadas que se declaran hipertensos) es mayor en Castilla y León que en España, tanto global como por sexos. En la última ENSE 2011-12, el porcentaje de personas mayores de 15 años que declara tener la tensión alta diagnosticada por un médico en Castilla y León, es del 20,67% (el 22,05% de las mujeres y el 19,24% de los hombres). Los datos reflejan un descenso respecto a los resultados de la ENSE 2006, en la cual el 21,32% de los encuestados declaró tener hipertensión

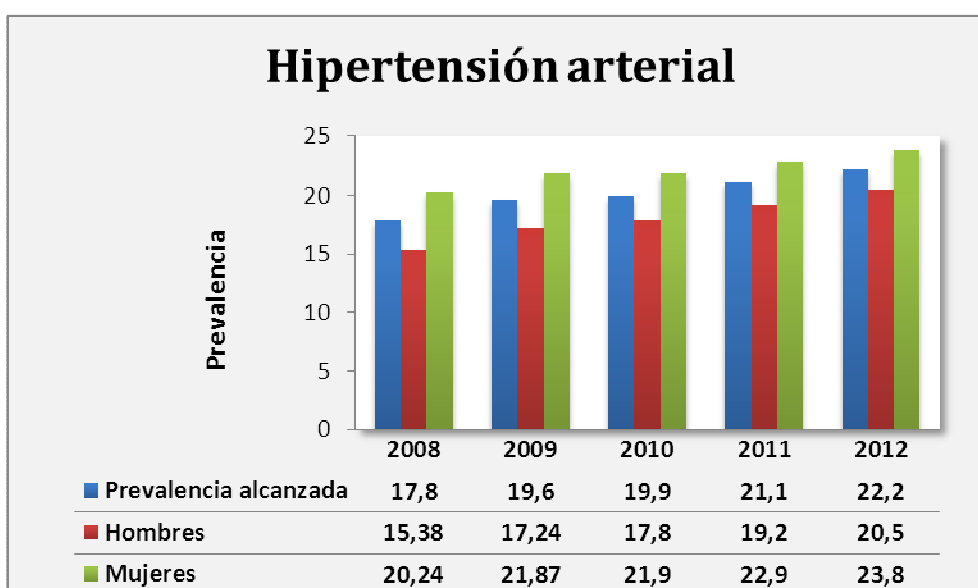
diagnosticada por un médico (24,55% mujeres; 17,98% hombres). La prevalencia ha aumentado en el caso de los hombres.

En España, las cifras son algo inferiores, en la última encuesta se declara hipertenso el 18,47% (19,45% mujeres; 17,43% hombres). Con respecto a 2006, la prevalencia ha disminuido tanto globalmente como por sexo.

Hipertensión arterial		
Porcentaje de personas que declaran hipertensión diagnosticada por un médico		
	ENSE 2012	ENSE 2006
Castilla y León		
Ambos	20,67	21,32
Hombres	19,24	17,98
Mujeres	22,05	24,55
España		
Ambos	18,47	20,74
Hombres	17,43	18,69
Mujeres	19,45	22,72

Fuente: ENSE 2012 y 2006. INE

Los datos obtenidos en las ENSE son muy similares a los registrados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del **Servicio de atención al paciente crónico: HTA**. Según esta fuente, la cobertura alcanzada – número de personas de 15 o más años que cumplen criterios diagnósticos de hipertensión dividido entre el número de personas de 15 o más años -, fue del 22,2%, en 2012, mayor en mujeres que en hombres. A lo largo del periodo de estudio, el indicador de cobertura ha aumentado en 4,4 puntos con respecto al año 2008, siendo este aumento mayor en hombres que en mujeres.



Fuente: Cartera de Servicios de AP. GRS. Consejería de Sanidad, 2013

Por otro lado, la Consejería de Sanidad continua el seguimiento de los sujetos de 15 años y más incluidos en el **Estudio de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León**, uno de cuyos objetivos era estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular, entre ellos, la hipertensión arterial. Según los datos de la evaluación realizada en 2009, la prevalencia (proporción en la muestra) había aumentado para todas las cohortes de edad y para ambos sexos. Esta proporción era mayor en hombres que en mujeres; aumenta con la edad, hasta alcanzar a casi tres de cada cuatro personas mayores de 70 años y es mayor en el medio rural que en el medio semiurbano-urbano. La prevalencia estimada de hipertensos para la comunidad de Castilla y León en el Estudio de Riesgo Cardiovascular fue similar a la detectada en otros estudios para el conjunto de España.

Evaluación: Según los datos reflejados en las Encuestas Nacionales de Salud, la proporción de personas ≥ 15 años en Castilla y León que declara tener cifras altas de tensión arterial diagnosticada por un médico se mantiene en cifras similares. No obstante, la cobertura del servicio de Atención al paciente con HTA ha aumentado. **El objetivo no se ha conseguido.**

OE-182: Reducir la prevalencia de hipertensión en un 10%

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% hipertensos	21,32	20,67	- 0,65 p.p.	No conseguido

OE-183: Mejorar la detección precoz de HTA en usuarios del sistema sanitario mayores de 20 años.

INDICADOR: % Personas que desconocen su enfermedad de HTA.

M 306: Desarrollar en Atención Primaria medidas de screening oportunista de HTA en mayores de 20 años.

M 309: Difundir el protocolo de cribado de HTA entre los profesionales de los servicios de salud laboral.

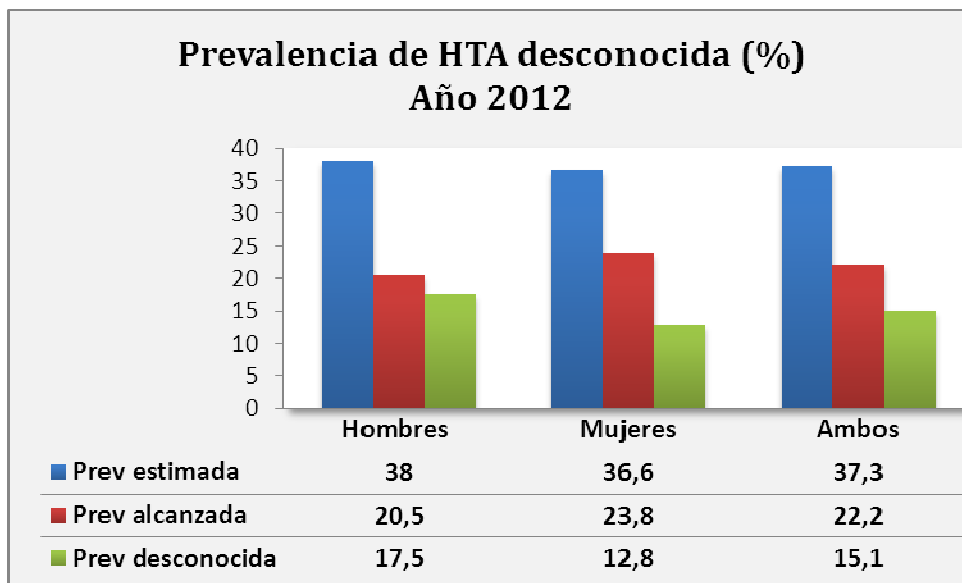
M 310: Desarrollar estrategias para la búsqueda activa de casos, con medidas de recaptación de usuarios que no acuden a consulta.

Para la evaluación de este objetivo se toma como referencia los datos de prevalencia estimada así como los datos de la cobertura alcanzada en el servicio de atención al paciente con HTA.

En el año 2012, la prevalencia estimada de HTA en cartera de servicios para ambos sexos era del 37,3% (38% en hombres y 36,6% en mujeres) y la cobertura alcanzada en el servicio de atención a pacientes con HTA del 22,2% (20,5% en varones y 23,8% en mujeres). Teniendo en cuenta ambos datos, se puede concluir que la proporción de

personas ≥ 15 años en Castilla y León que no conocen su enfermedad es del 15,1%, siendo la proporción mayor en hombres (17,5%) que en mujeres (12,8%).

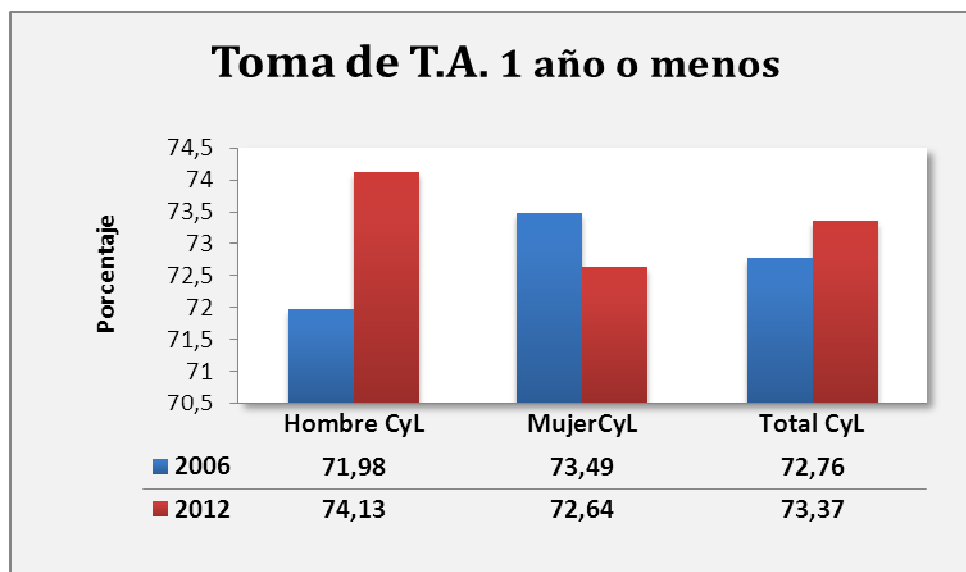
En la medida que el indicador de cobertura (prevalencia alcanzada) ha mejorado a lo largo del periodo de estudio, la proporción de hipertensos desconocidos en consecuencia ha disminuido. En el año 2009, la proporción de hipertensos desconocidos en Castilla y León era del 19,1% (23,2% en hombres; 15,5% en mujeres), lo que supone una disminución de 4 puntos porcentuales.



Fuente: Cartera de Servicios de AP. GRS. Consejería de Sanidad, 2013

Desarrollar en Atención Primaria medidas de screening oportunista de HTA en mayores de 20 años.

En la última encuesta de salud se observa un aumento en el porcentaje de los hombres que se toman la tensión al menos 1 vez al año con respecto al año 2006, mientras que en mujeres ha disminuido ligeramente.



Fuente: ENS 2006 y 2011-2012. INE

En la cartera de servicios de Atención Primaria se contempla la toma de TA en el Servicio de Actividades preventivas en el Adulto como una medida de screening oportunista en la población de más de 20 años. Este servicio está disponible en cartera desde noviembre del año 2007.

Evaluación: A lo largo del periodo de estudio ha mejorado el indicador de cobertura del Servicio de Atención al paciente hipertenso, lo que implica una disminución en la proporción de hipertensos desconocidos. **El objetivo se considera conseguido.**

OE-183: Mejorar la detección precoz de HTA en usuarios del sistema sanitario mayores de 20 años

	2009	2012	DIF	EVALUACIÓN
% personas desconocen su HTA	19,1	15,1	- 4 p.p.	Conseguido

OE-184: Mejorar el control adecuado de los pacientes con HTA.

INDICADOR: % Pacientes hipertensos con control adecuado.

M 308: Desarrollar medidas para el seguimiento de las complicaciones renales en casos de HTA no controlada.

M 313: Dotación de Holter de presión o monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) a los centros de salud.

M 314: Elaboración de guías de prevención de HTA dirigidas a la población.

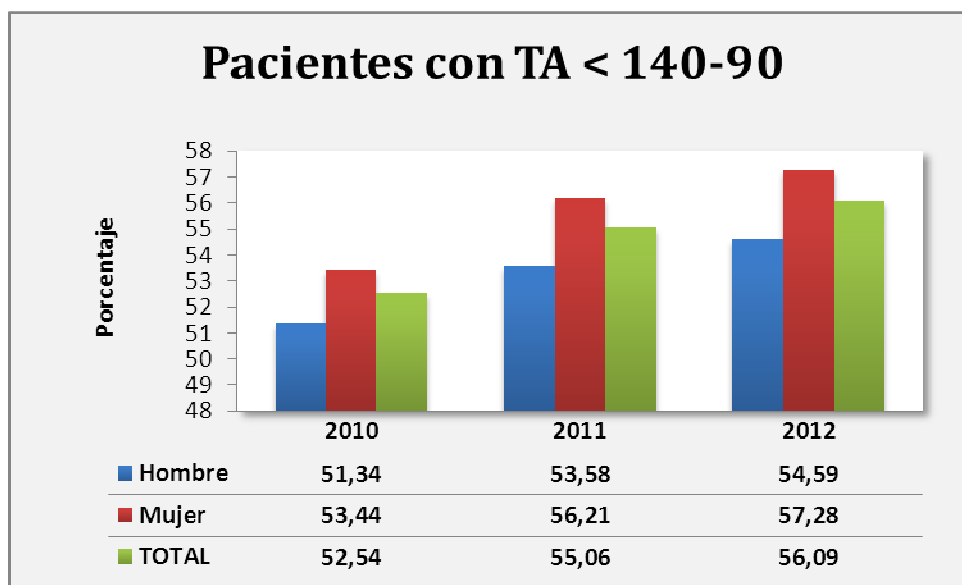
M 315: Cálculo de riesgo cardiovascular en todo paciente diagnosticado de HTA: información a los pacientes del resultado y de las recomendaciones correspondientes.

M 316: Fomentar las medidas de autocuidado y la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

M 317: Implantar Guías de práctica clínica.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, que aporta datos sobre **el porcentaje de pacientes con cifras de tensión <140-90 sobre el total de hipertensos que tienen registrada una toma de cifras de tensión**. El sistema aporta datos desde el año 2010.

Según los datos registrados, en el año 2012, el 56% de hipertensos tienen el valor de tensión arterial en el rango de la normalidad, mejor controladas las mujeres (57,28%) que los hombres (54,59%) y la proporción va en aumento.



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Cálculo de riesgo cardiovascular en todo paciente diagnosticado de HTA: información a los pacientes del resultado y de las recomendaciones correspondientes.

En la **cartera de servicios de Atención Primaria** se contempla el cálculo del Riesgo Cardiovascular (RCV) en el Servicio de Actividades preventivas en el Adulto, según la "Guía Clínica basada en la Evidencia: Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular", como medida de screening oportunista en la población de 20 años y más, y en concreto, en el grupo de edad de 40 a 44 años. Este servicio está disponible en Cartera desde noviembre del año 2007.

La "Guía Clínica basada en la Evidencia: Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular" de SACYL se publicó en el año 2008. El propósito de esta guía es facilitar un resumen de las intervenciones clínicas efectivas, basadas en la evidencia científica, para la valoración y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Pretende ayudar a los profesionales, a los pacientes y a sus familiares en la toma de decisiones sobre la actuación adecuada ante la presencia de factores de riesgo o enfermedad cardiovascular conocida. Se ha elaborado para que sea usada principalmente por los profesionales de Atención Primaria involucrados en la atención clínica de los principales FRCV modificables.

Posteriormente, en el año 2009, la Gerencia de A.P. de Palencia dio un paso más en el conocimiento y tratamiento de un abordaje más integral de los pacientes hipertensos y en colaboración con Atención Especializada, elaboraron la "Ficha del proceso de RCV en Hipertensión Arterial". El trabajo ha consistido en concretar criterios de derivación consensuados entre AP y AE, así como revisar todas las actuaciones con grados de evidencia y recomendación, basados en la bibliografía referenciada en la ficha del proceso.

La guía y la ficha están disponibles en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, en Profesionales.

Evaluación: El objetivo se considera conseguido al superar el 50% la proporción de pacientes hipertensos con cifras de tensión arterial en valores normales. Existe una Guía Clínica basada en la Evidencia: Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular y una Ficha del proceso de RCV en Hipertensión Arterial a disposición de los profesionales. Por último, en la Cartera de Servicios de Atención Primaria se contempla el cálculo del Riesgo Cardiovascular (RCV) en el Servicio de Actividades preventivas en el Adulto.

OE-184: Mejorar el control adecuado de los pacientes con HTA				
	2010	2012	DIF	EVALUACIÓN
% HTA bien controlados	52,54	56,09	+ 3,55	Conseguido

HIPERLIPEMIA

El colesterol es un estero (lípid) indispensable para la vida. El cuerpo necesita colesterol para fabricar hormonas, ácidos biliares, vitamina D, y otras sustancias. Sin embargo, el aumento en las cifras de colesterol sanguíneo por encima de determinados valores es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificable, junto con el tabaco, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. En España, la prevalencia de la hipercolesterolemia es elevada y se estima que un 23% de la población adulta presenta un colesterol total > 250 mg/dl. Se considera de extraordinaria importancia la detección precoz de este factor de riesgo.

Los objetivos establecidos para este problema están dirigidos a reducir la prevalencia de la hiperlipemia así como la población que desconoce que tiene hiperlipemia, mejorando el control de los pacientes diagnosticados. Al mismo tiempo hay que incidir en la prevención mediante programas de cribado de hipercolesterolemia familiar y cribados de hiperlipemia en hombres > de 35 años y mujeres > de 45 años.

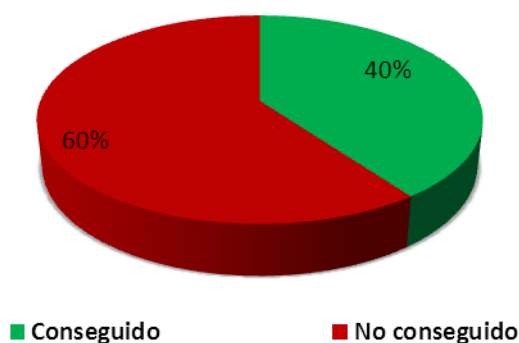
HIPERLIPEMIA		
OE-185	Reducir la prevalencia de la hiperlipemia en un 5%.	NO CONSEGUIDO
OE-186	Reducir la población que desconoce que padece hiperlipemia.	NO CONSEGUIDO
OE-187	Mejorar el control permanente de pacientes diagnosticados de hiperlipemia (al menos hasta el 75%).	NO CONSEGUIDO
OE-188	Mejorar la prevención de la hiperlipemia, implantando el programa de cribado de hipercolesterolemia familiar en población diana, con antecedentes familiares.	CONSEGUIDO
OE-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.	CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo.

Se ha conseguido mejorar la prevención tras la puesta en marcha del Programa de Detección Precoz de la Hipercolesterolemia Familiar así como el diagnóstico precoz, con un aumento progresivo del porcentaje de personas con factores de RCV, a los que se les hace una determinación de colesterol, según el Servicio de Actividades preventivas en el Adulto. Sin embargo, la prevalencia de hipercolesterolemia ha aumentado. Las actuaciones realizadas desde la Administración no parecen suficientes para el cambio de hábitos alimenticios de la población. Se recomienda seguir manteniendo los objetivos y plantear nuevas medidas que contribuyan a lograrlos.

El porcentaje de consecución de los objetivos es de 60% no conseguidos y 40% conseguidos.

HIPERLIPEMIA Objetivos Específicos



OE-185: Reducir la prevalencia de la hiperlipemia en un 5%.

INDICADOR: Prevalencia de hiperlipemia.

M 318: Recomendaciones de los menús escolares por expertos en nutrición.

M 319: Recomendaciones de los menús de comedores colectivos por expertos en nutrición.

M 320: Medidas dirigidas a la identificación y control de alimentos que favorecen la hiperlipemia en establecimientos de restauración.

M 321: Vigilancia del cumplimiento de las normas de etiquetado.

Para la evaluación de este objetivo se toman como referencia las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2006 y 2011-2012 y la actividad de la cartera de servicios de Atención Primaria.

La prevalencia de hipercolesterolemia ha aumentado a lo largo del periodo de vigencia del Plan en Castilla y León. Este aumento es detectado en la ENSE 2011-12, donde un 18,66% de la población declara tener cifras altas de colesterol, diagnosticado por un médico, frente al 15,70% en la ENSE 2006. Por sexos, se observa que la proporción aumenta en ambos, pero de forma más acusada en hombres. Con respecto a España, la prevalencia es mayor en Castilla y León y el aumento también ha sido mayor para

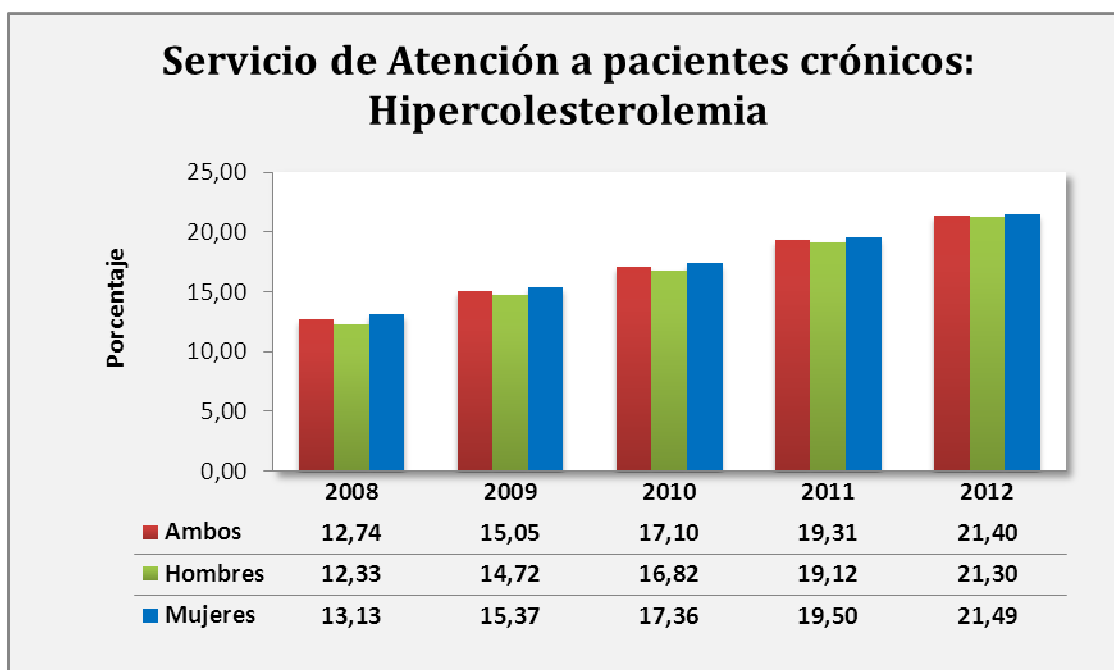
Castilla y León que España (las cifras de la ENSE 2006 eran muy similares a la nacional).

Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses, diagnosticado por un médico, en población adulta según sexo.				
Colesterol elevado				
	2006		2011-2012	
	Castilla y León	España	Castilla y León	España
Total	15,70	15,85	18,66	16,36
Hombres	14,50	15,45	19,89	15,93
Mujeres	16,80	16,23	17,48	16,77

Fuente: INE. ENS 2006, 2011-2012

Fuente: ENS 2006, 2011-2012. INE

La Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl incluye, desde el año 2004, el **Servicio de Atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia**. Según los datos de cartera, el índice de cobertura - personas de 15 años y más que cumplen criterios de inclusión dividido entre personas de 15 años y más - alcanzado en el año 2012 es del 21% de la población, con variaciones poco significativas, según sexo y con un incremento con respecto a 2008 de 8,36 puntos porcentuales.



Fuente: Cartera de servicios de Atención Primaria. Castilla y León

La Junta de Castilla y León desarrolla diferentes tipos de actividades relacionadas con la promoción de la salud cardiovascular, con el objeto de incrementar el potencial de salud de los ciudadanos y evitar o, cuando menos, retrasar la presencia de enfermedades, a través de acciones que se ha demostrado son favorecedoras de la salud.

Recomendaciones de los menús escolares por expertos en nutrición.

La Consejería de Educación ha editado la *Guía de menús saludables para los escolares de Castilla y León*, menús nutricionalmente equilibrados que sirven de orientación para dirigir la educación de los hábitos nutricionales de los escolares realizados por expertos en nutrición. Disponible en el Portal de Educación de la Junta de Castilla y León.

Se presentan propuestas de 40 menús para escolares, 20 para épocas de calor y 20 para épocas de frío. Para cada menú se describen los ingredientes y la preparación de los platos desde el punto de vista culinario, se analiza su composición nutricional y se proponen sugerencias de complementación para la cena. Además, se incluyen adaptaciones correspondientes a las patologías crónicas más frecuentes (enfermedad celiaca, alergia a proteínas vacunas, alergia al huevo, alergia al pescado y alergia a la legumbre). Otro apartado fundamental lo constituye la propuesta de platos para ocasiones especiales.

Así mismo, también ha editado una *Guía alimentaria para los comedores escolares de Castilla y León* y una *Guía de patologías*. Esta iniciativa responde a la necesidad de conseguir que el comedor escolar sea un lugar que además de ofrecer alimentos seguros y nutricionalmente correctos, proponga modelos de conducta alimentaria. La Guía de patologías reseña de forma concisa las bases de tratamiento dietético de las patologías crónicas más frecuentes y la forma de adaptar los menús escolares a las mismas.

Recomendaciones de los menús de comedores colectivos por expertos en nutrición.

La Consejería de Sanidad, por su parte, ha editado dos "*Recetarios de cocina: de la mesa al corazón*", que incluyen recetas y menús cardiosaludables. Disponibles en Portal de Salud, Ciudadanos.

Evaluación: El objetivo se considera **no conseguido** pues a lo largo del periodo de vigencia ha aumentado el porcentaje de personas con cifras altas de colesterol, especialmente en el caso de los hombres. Desde las administraciones sanitarias y educativas se han realizado actuaciones encaminadas a promocionar la salud cardiovascular aunque estas actuaciones también se han visto afectadas por las limitaciones presupuestarias.

OE-185: Reducir la prevalencia de la hiperlipemia en un 5%

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% hipercolesterolemia	15,70	18,66	+ 2,96 pp	No conseguido

OE-186: Reducir la población que desconoce que padece hiperlipemia.

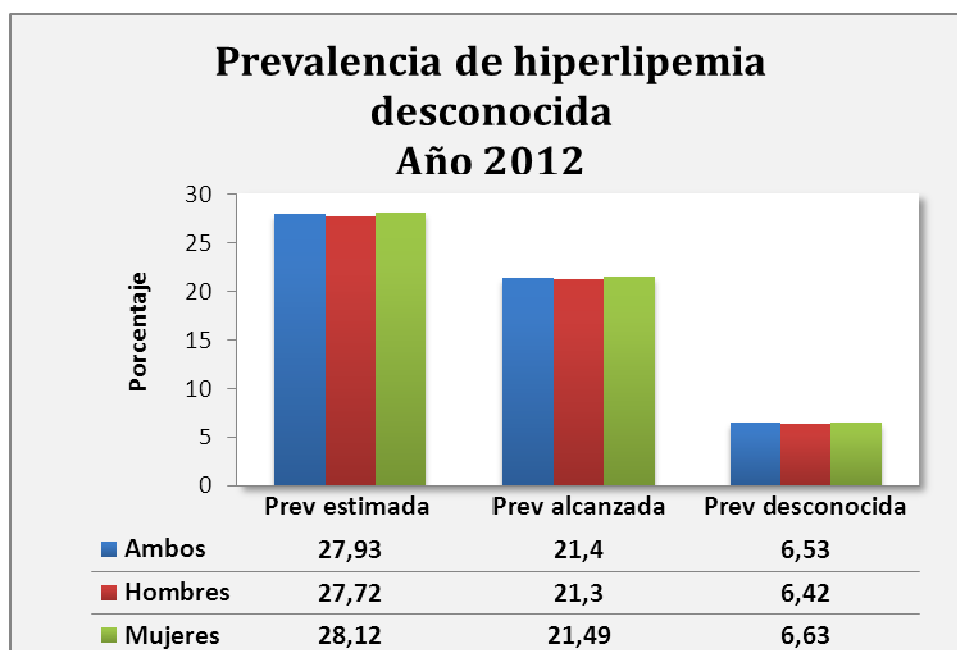
INDICADOR: % Personas que desconocen su enfermedad de hiperlipemia.

M 322: Definir los criterios comunes para la realización del análisis basal.

M 323: Control específico, mediante protocolo, de los pacientes que han sufrido eventos coronarios previos.

Para la evaluación de este objetivo se toma como referencia los datos de prevalencia estimada así como los datos de la cobertura alcanzada en el servicio de atención al paciente crónico: hipercolesterolemia.

En el año 2012, teniendo en cuenta que la prevalencia estimada es del 27,93% y la prevalencia alcanzada del 21,40%, la proporción de personas ≥ 15 años en Castilla y León que no conocen su enfermedad es del 6,5 %, siendo la proporción muy similar en hombres y mujeres. Esta proporción era del 4,55% (5,58% en hombres; 3,54% en mujeres) en 2010. A pesar de que el indicador de cobertura (prevalencia alcanzada) ha mejorado a lo largo del periodo de estudio, la proporción de personas que desconocen su hipercolesterolemia ha aumentado porque en el año 2011 se revisó la prevalencia estimada al alza.

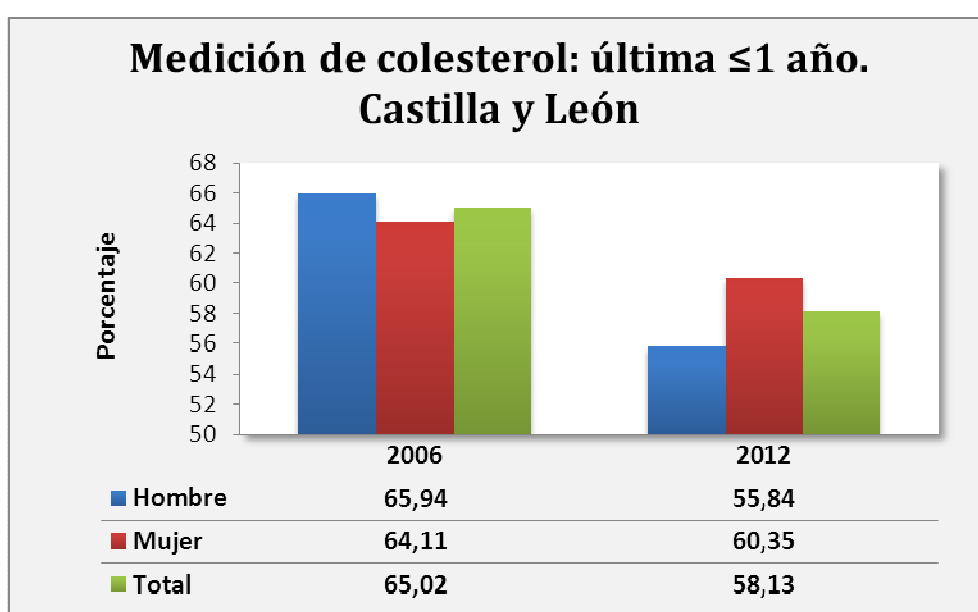


Fuente: Cartera de servicios de AP. Castilla y León

El indicador de cobertura del **servicio de atención a pacientes con hipercolesterolemia** ha aumentado a lo largo del periodo de estudio. Sin embargo, según los datos de la ENSE 2011-12 (población de 15 y más años ENS 2011-2012 y de 16 años y más en ENS 2006) se observa que el porcentaje de personas con última medición de colesterol en un tiempo transcurrido menor o igual a un año, ha disminuido con respecto a la ENSE 2006, descenso más significativo en hombres que en mujeres. La tendencia a nivel nacional es similar.

Porcentaje de personas con última medición de colesterol en un tiempo transcurrido menor o igual a un año, según sexo.			
		2006	2012
Castilla y León	Hombre	65,94	55,84
	Mujer	64,11	60,35
	Total	65,02	58,13
España	Hombre	72,62	62,06
	Mujer	72,64	65,41
	Total	72,63	63,78

Fuente: ENS 2006 y 2011-2012. INE



Fuente: ENS 2006 y 2011-2012. INE

Definir los criterios comunes para la realización del análisis basal.

El **Servicio de Atención al paciente crónico: hipercolesterolemia**, forma parte de la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2004. La cartera fue revisada de nuevo en el año 2009. La población diana de este servicio son las personas de 15 años y más que cumplan al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos:

- Colesterol total ≥ 200 mgr/dl o LDL-Colesterol ≥ 130 mgr/dl, en dos o más determinaciones, en pacientes con cardiopatía isquémica o equivalentes (otras formas clínicas de enfermedad arteriosclerótica: arteriopatía periférica o enfermedad cerebrovascular o aneurisma de aorta abdominal, diabetes o factores de riesgo múltiple que implican un riesgo de coronariopatía a los 10 años de 20% o más).
- Colesterol total > 250 mgr o LDL-Colesterol > 160 mg/dl en dos o más determinaciones independientemente del riesgo cardiovascular.

Evaluación: Según los datos del servicio de Atención al paciente con hipercolesterolemia, el **objetivo se considera no conseguido** ya que aumenta la proporción de personas que desconoce su enfermedad a pesar de que el número de personas incluidas en dicho servicio está aumentando. Sin embargo, la prevalencia de hipercolesterolemia en población general está aumentando y son menos las personas que declaran haberse hecho un análisis en el último año.

OE-186: Reducir la población que desconoce que padece hiperlipemia				
	2010	2012	DIF	EVALUACIÓN
% personas con patología desconocida	4,55	6,53	+1,98	No conseguido

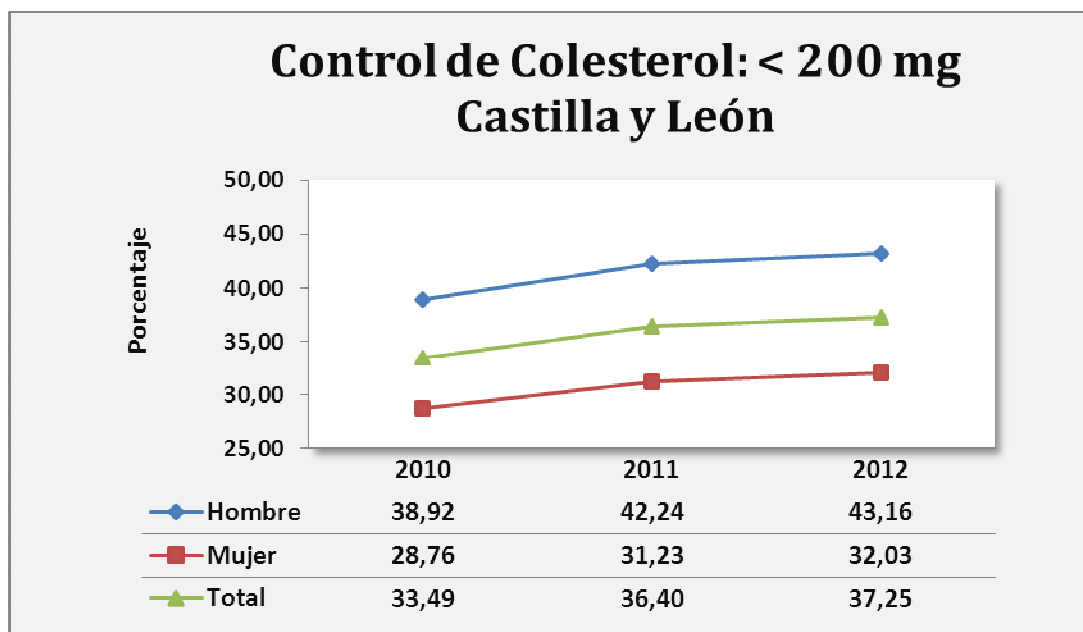
OE-187: Mejorar el control permanente de pacientes diagnosticados de hiperlipemia (al menos hasta el 75%).

INDICADOR: % Pacientes con control adecuado.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, Medora CyL, que aporta el número de pacientes con dislipemia que tienen registrado al menos un colesterol total y cuya última cifra de colesterol es <200 mgr/dl. El sistema aporta datos desde el año 2010.

Según los datos registrados, en el año 2012, el 44,4% de los pacientes con dislipemia tienen registrado al menos un colesterol total en el periodo estudiado (45,8% en las mujeres; 42,8% de los hombres). Este porcentaje se ha incrementado con respecto a 2010, con un 35,5% (36,5% en mujeres; 34,4% en hombres).

Del total de personas con dislipemia y que tienen registrado al menos un colesterol total, el 37,25% de personas está bien controlado, con una determinación de colesterol total < 200, mejor controlados los hombres (43,16%) que las mujeres (32,03%). La proporción de personas bien controladas ha mejorado en los años analizados. Sin embargo, los datos están aún alejados del estándar marcado (75%) posiblemente por factores ligados al registro.



Fuente: Medora Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Evaluación: El objetivo se considera **no conseguido**, aunque con tendencia favorable, al no alcanzar el estándar establecido.

OE-187: Mejorar el control permanente de pacientes diagnosticados de hiperlipemia (al menos hasta el 75%)

	2010	2012	DIF	EVALUACIÓN
% pacientes controlados	34,49	37,25	+ 2,76	No conseguido

OE-188: Mejorar la prevención de la hiperlipemia, implantando el programa de cribado de hipercolesterolemia familiar en población diana, con antecedentes familiares.

INDICADOR: Nº personas a las que se ha realizado cribado de HC familiar.

M 324: Detección precoz de los casos de hipercolesterolemia familiar: búsqueda activa de casos y de familiares de primer grado de los pacientes afectados.

La Hipercolesterolemia Familiar es una enfermedad hereditaria que afecta a 1 de cada 500 personas y que se transmite al 50% de los miembros de una familia, tanto hombres como mujeres.

Los afectados tienen una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular y, en caso de no recibir el adecuado tratamiento, presentan un elevado riesgo de enfermedad coronaria. Aunque, detectada la enfermedad, al paciente le basta con seguir un fácil tratamiento para llevar una vida absolutamente normal. Un 30% de enfermos de hipercolesterolemia son clasificados erróneamente al no conocerse que sufren esta enfermedad. Es de extraordinaria importancia, pues, la detección precoz de esta enfermedad.

La Junta de Castilla y León puso en marcha, en octubre de 2008, el **Programa de Detección Precoz de la Hipercolesterolemia Familiar**. La principal actividad es el estudio de la identificación genética de los familiares de primer grado de aquellos pacientes ya diagnosticados. En el marco de este programa se ha editado una Guía informativa que sirve de pauta y orientación a las familias y que se encuentra disponible en el Portal de Salud, Ciudadanos:

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/salud-estilos-vida/estilo-vida-saludable-familias-hipercolesterolemia-familiar.ficheros>

Desde la implantación del programa, se han estudiado 865 casos (39% confirmados, 23 casos pendientes de resultado) y 507 familiares de primer grado (58% confirmados; 98 pendientes de resultado).

	Detección precoz de Hipercolesterolemia Familiar en pacientes afectados	
	Casos estudiados	Casos confirmados
2008	3	2
2009	180	102 (56,7%)
2010	305	117 (38,4%)
2011	213	81 (38,0%)
2012*	164	39

Fuente: DG Salud Pública

*En el año 2012 hay 23 casos pendientes de resultado

	Detección precoz de Hipercolesterolemia Familiar en familiares de primer grado de pacientes afectados	
	Familiares estudiados	Familiares confirmados
2008	13	12
2009	59	48 (81,4%)
2010	106	78 (73,6%)
2011	132	87 (66,0%)
2012*	197	69

Fuente: DG Salud Pública

*En el año 2012 hay 98 familiares pendientes de resultado

Evaluación: El objetivo se ha **conseguido**, tras la puesta en marcha del Programa de Detección Precoz de la Hipercolesterolemia Familiar en Castilla y León.

OE-188: Mejorar la prevención de la hiperlipemia, implantando el programa de cribado de hipercolesterolemia familiar en población diana, con antecedentes familiares

	2008	2012	DIF	EVALUACIÓN
Nº casos estudiados	3	164	Positiva	Conseguido
Nº familiares estudiados	13	197	Positiva	Conseguido

OE-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.

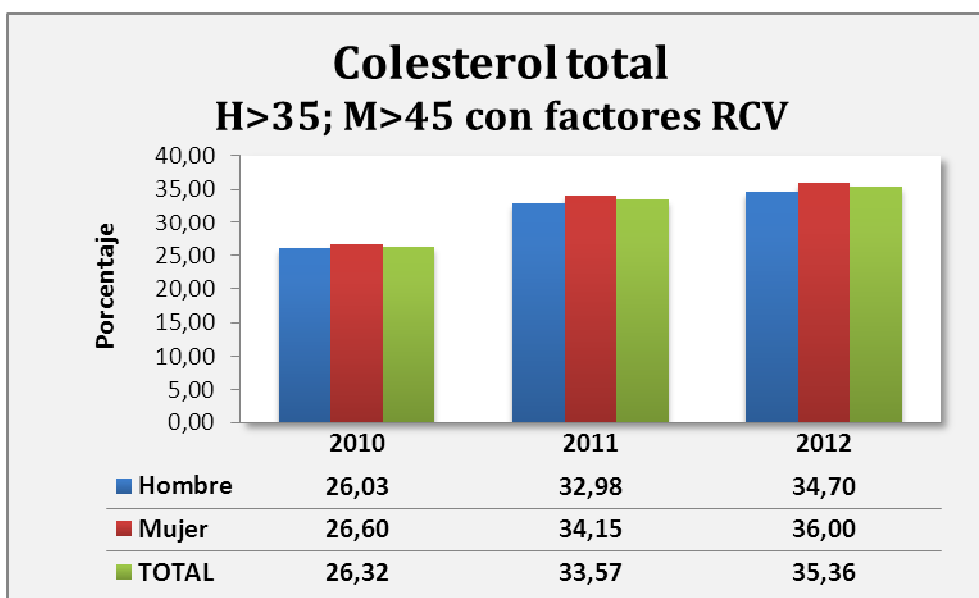
INDICADOR: Nº personas a las que se ha realizado cribado de HC con factor de riesgo cardiovascular, en varones > 35 y mujeres > 45.

M325. Cálculo de riesgo cardiovascular en los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia, con la información y las recomendaciones que correspondan.

M326. 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).

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información la Historia Clínica electrónica de Atención Primaria, MedoraCyL, que nos aporta datos de pacientes (hombres >35 y mujeres >45 años) con algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes y/o tabaquismo) a los que se les ha realizado una prueba de colesterol total en el periodo indicado. Datos disponibles de 2010 a 2012.

Según los datos aportados, el porcentaje de personas con factores de RCV, a los que se les hace una determinación de colesterol, ha aumentado progresivamente en los tres años estudiados, en total 9 puntos, sin grandes diferencias entre hombres y mujeres.



Fuente: Medora, GRS. Consejería de Sanidad, 2013

La población diana del **Servicio de Actividades preventivas en el Adulto** son las personas ≥ 20 y < 75 años de edad, con constancia en la historia clínica, en los últimos 4 años, del despistaje de al menos uno de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, HTA, obesidad, hipercolesterolemia.

El protocolo de actuación en la población diana establece la realización de al menos una determinación de colesterol total en hombres mayores de 35 y en mujeres mayores de 45 años, con repeticiones periódicas y el cálculo del riesgo cardiovascular.

El índice de cobertura de dicho servicio - número de personas de 20 a 75 años que cumple criterios de inclusión dividido entre el número de personas de 20 a 75 años - ha aumentado en más de 22 puntos en el periodo de estudio.

Cartera de servicios de Atención Primaria: Actividades Preventivas en el Adulto					
	2008	2009	2010	2011	2012
Cobertura	51,56	56,93	61,5	70,03	74,12
Hombres	45,58	50,66	55,22	63,77	68,14
Mujeres	57,62	63,30	67,89	76,41	80,21

Fuente: Cartera de servicios de AP. Gerencia Regional de salud. Consejería de Sanidad
Población diana > ó = 20 años y menores de 75 años
Criterios de inclusión: Constancia en HC en los últimos 4 años del despistaje de al menos uno de estos
FR: Tabaquismo, HTA, obesidad e Hipercolesterolemia.

Los profesionales de Atención Primaria tienen a su disposición la "*Guía Clínica basada en la Evidencia: Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular*", como instrumento de apoyo que proporciona un resumen de las intervenciones clínicas efectivas, basadas en la evidencia científica, para la valoración y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Posteriormente, se elaboró la "*Ficha del proceso de RCV en Dislipemia*" con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, que sirvan de ayuda a los profesionales en la toma de decisiones para el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular (RCV) de cara a mejorar la atención sanitaria a pacientes con dislipemia y disminuir la variabilidad en la práctica clínica observada en el tratamiento y manejo de los lípidos como factor de riesgo.

Evaluación: En Castilla y León, los servicios de cartera, Actividades Preventivas en el Adulto y Atención al paciente crónico: hipercolesterolemia, incluyen la valoración del riesgo cardiovascular, siguiendo los criterios de la *Guía Clínica basada en la Evidencia: Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular*. El objetivo se considera **conseguido, presentando una evolución favorable a lo largo del periodo.**

OE-189: Mejorar la prevención de la hiperlipemia implantando el cribado en varones mayores de 35 años y en mujeres mayores de 45 años, siguiendo los criterios de la Guía de Riesgo Cardiovascular

	2010	2012	DIF	EVALUACIÓN
Nº personas con cribado de HC con FRCV:				
varones > 35	26,03	34,70	+ 8,67	Conseguido
mujeres > 45	26,60	36,00	+ 9,40	

OBESIDAD

La obesidad es un serio problema de salud pública que, a pesar de que se puede prevenir, se observa cómo, a lo largo de los años, ha ido aumentando en la infancia y en todos los grupos de edad. Las dietas poco sanas y desequilibradas suelen conducir a la obesidad, por tanto, este tipo de dietas son uno de los principales factores de riesgo de numerosas enfermedades, generalmente crónicas. El abordaje de la obesidad ha de hacerse con una perspectiva intersectorial mucho antes que asistencial, más aún cuando se ha observado que la obesidad está muy relacionada con determinantes socioeconómicos y con la falta de actividad física.

Los objetivos establecidos para este problema están dirigidos a reducir la tendencia creciente de obesidad tanto en adultos como en menores de 16 años.

OBESIDAD		
OE-190	Modificar la tendencia creciente de obesidad en los adultos.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-191	Modificar la tendencia creciente de obesidad en la población menor de 16 años.	CONSEGUIDO

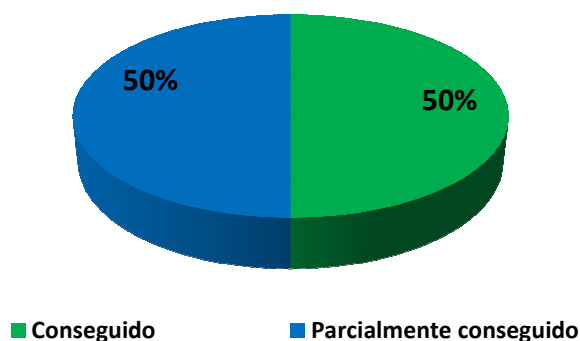
Resumen ejecutivo.

En cuanto a la población adulta, se ha producido una modificación de la tendencia creciente de obesidad en mujeres no así en hombres. Y en los menores de 16 años ha descendido la prevalencia en ambos sexos, según la fuente consultada. No obstante, las cifras de sobrepeso y obesidad son preocupantes, sobre todo en la edad escolar, por lo que se recomienda mantener los objetivos.

El porcentaje de consecución de los objetivos es del 50% conseguidos y 50% parcialmente conseguidos.

OBESIDAD

Objetivos Específicos



OE-190: Modificar la tendencia creciente de obesidad en los adultos.

INDICADOR: Prevalencia de obesidad según sexo y grupos de edad.

M327. Promover el ejercicio y la actividad física en todas las edades.

M328. Diseño del Plan de cuidados en obesidad en Atención Primaria y seguimiento de resultados.

M330. Acciones y recomendaciones dirigidas a los medios de comunicación contando con líderes sociales para fomentar una alimentación saludable.

M331. Establecimiento de alianzas interinstitucionales: con el sector agroalimentario, con ayuntamientos y diputaciones, con colegios y asociaciones profesionales, asociaciones comunitarias y asociaciones de pacientes, etc.

M332. Mejorar las coberturas y los resultados del "servicio de obesidad en APS".

M333. Fomentar las Asociaciones de actividades al aire libre.

M335. Desarrollo de la red de referencia del tratamiento quirúrgico de la obesidad.

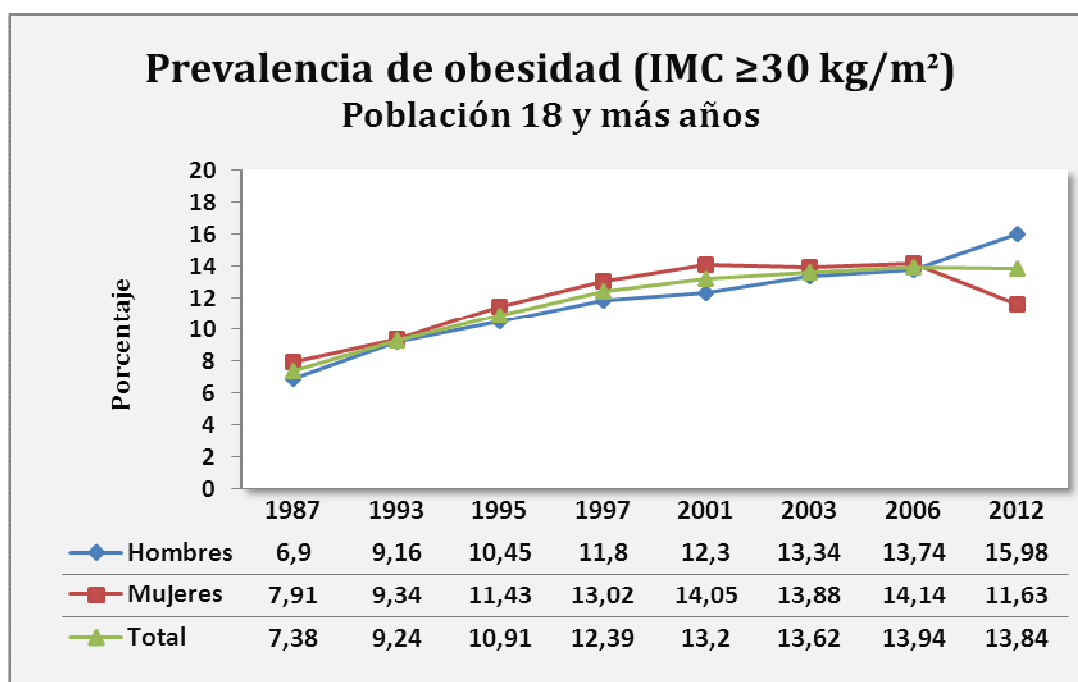
Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011-12, que aportan datos de la proporción de personas obesas, objetivado mediante un Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²,

así como de las personas con sobrepeso (IMC entre 25,0-29,9 kg/m²) en población adulta, mayores de 18 años.

Al revisar el comportamiento de la prevalencia de obesidad en la población adulta en Castilla y León, se observa un crecimiento progresivo hasta el año 2006, en el que se registra un cambio de tendencia debido al descenso en mujeres, pasando de 14,14% a 11,63% la proporción de mujeres con un IMC ≥ 30 , mientras que en los hombres la proporción continua aumentado y se sitúa en el 15,98%. Si tenemos en cuenta el sobrepeso, el 52,27% de la población de 18 y más años de Castilla y León, padece obesidad o sobrepeso.

Índice de masa corporal en población adulta (%)				
	Castilla y León		España	
	ENSE 2006	ENSE 2011/12	ENSE 2006	ENSE 2011/12
OBESIDAD				
Ambos	13,94	13,84	15,56	17,03
Hombres	13,74	15,98	15,60	18,01
Mujeres	14,14	11,63	15,44	16,04
SOBREPESO				
Ambos	40,91	38,43	37,80	36,65
Hombres	49,29	45,42	45,06	45,14
Mujeres	32,30	31,24	30,35	28,14

Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Consejería de Sanidad
Población de 18 años y más



Fuente Encuestas Nacionales de Salud. INE

Por grupos de edad, se observa que la prevalencia de obesidad aumenta con la edad. No obstante, entre ambas encuestas se observa una redistribución de los porcentajes, con un incremento en los grupos de edad de 25 a 34, de 35 a 44 y de 45 a 54 años y un descenso en los grupos de más edad, 55 a 63 y de 65 años y más.

	Obesidad (IMC \geq 30 Kg/m²) por grupo de edad	
	ENSE 2006	ENSE 2011-12
De 18 a 25 años	8,0%	7,7%
De 25 a 34 años	6,8%	10,1%
De 35 a 44 años	8,6%	14,2%
De 45 a 54 años	12,2%	14,6%
De 55 a 64 años	25,0%	15,0%
De 65 y más años	21,0%	16,6%
Total⁽¹⁾	13,7%	13,8%

Notas: Población de 18 y más años

(1) El IMC calculado con los microdatos de la ENSE 2006, no coincide exactamente con el dato publicado por el Ministerio, se desconoce el motivo.

(2) Los tamaños de muestra para los distintos grupos de edad, no tienen un tamaño de muestra suficiente, por lo que hay que interpretar los datos con cautela.

Fuente: Sº de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud, Consejería de Sanidad.

Castilla y León presenta menores cifras de obesidad que a nivel nacional. En España, la obesidad afecta ya al 17,03% de la población de 18 y más años (18,01% de los hombres; 16,04% de las mujeres). Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años presenta obesidad, en 2012 este porcentaje supera el 17%. Un 53,68% de la población mayor de 18 años, padece obesidad o sobrepeso a nivel nacional.

Los datos son congruentes con los obtenidos en la Encuesta Europea de Salud del año 2009. Según esta fuente, la prevalencia de obesidad en Castilla y León era de 12,68% (13,58% en hombres; 11,79% en mujeres), cifras todas ellas inferiores a las de España, con una prevalencia del 16% (17,31% en hombres; 14,71% en mujeres).

Por otro lado, la Consejería de Sanidad continua el seguimiento de los sujetos de 15 años y más incluidos en el **Estudio de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León**, iniciado en 2004, uno de cuyos objetivos era estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular, entre ellos, el sobrepeso y la obesidad. Disponible en;

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/enfermedades-cardiovasculares-castilla-leon/estudio-riesgo-enfermedad-cardiovascular/estudio-intermedio-2009/resultados>

Promover el ejercicio y la actividad física en todas las edades.

En el Aula de Pacientes se ha incluido un espacio específico destinado a conseguir “Más salud a lo largo de la vida” que incluye consejos sobre alimentación y promoción de la actividad física para la población general, con documentos como “La pirámide de alimentación saludable y actividad física”, “Información para comer bien y llevar una dieta equilibrada” o “Dieta mediterránea”. En el caso de los niños y jóvenes destaca la iniciativa que lleva por lema “En verano come sano y muévete” y para personas mayores, la guía “Alimentación saludable y actividad física en personas mayores”.

Mejorar las coberturas y los resultados del “Servicio de obesidad en APS”.

El **Servicio de Atención a pacientes crónicos: Obesidad** está disponible en cartera de servicios desde el año 2003. La población diana son las personas de 15 o más años que cumplen el criterio diagnóstico de obesidad, un Índice de Masa Corporal ≥ 30 (IMC = peso/talla²).

El indicador de cobertura de este servicio - personas de 15 o más años que cumplen el criterio diagnóstico de obesidad dividido entre las personas de 15 o más años de edad - a lo largo del periodo de estudio ha aumentado algo más de dos puntos.

	Cartera de servicios de Atención Primaria				
	Servicio de Atención a pacientes crónicos: Obesidad				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ambos	8,17	8,79	9,06	9,8	10,21
Hombres	6,40	7,01	7,3	8,05	8,51
Mujeres	9,87	10,5	10,74	11,48	11,82

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Desarrollo de la red de referencia del tratamiento quirúrgico de la obesidad.

La cirugía bariátrica se realiza en nuestra Comunidad en cuatro centros asistenciales: CAU de Burgos, CAU de León, CAU de Salamanca y el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, que son a su vez, servicios de referencia de ámbito específico¹.

¹ Servicios de referencia de ámbito específico: dispositivos asistenciales que concentran los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios para la atención a patologías que precisen de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar sea reducido, por cuanto se trata de enfermedades de baja prevalencia que precisan de una concentración de los casos para su adecuada atención.

Cada área de salud tiene asignado un servicio de referencia de ámbito específico según lo establecido en la Orden SAN/1288/2010, de 16 de septiembre, por la que se desarrolla la ordenación de los centros y servicios de referencia en Atención Especializada en la Comunidad de Castilla y León.

Evaluación: Según los datos analizados, en Castilla y León se ha producido una modificación de la tendencia creciente de obesidad en mujeres no así en hombres. Habrá que esperar nuevos resultados y seguir insistiendo en la promoción de actuaciones

relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física. El objetivo se considera **parcialmente conseguido**.

OE-190: Modificar la tendencia creciente de obesidad en los adultos

	2006	2012	DIF	EVALUACIÓN
% obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²)	13,94	13,84	-0,10	Parcialmente conseguido

OE-191: Modificar la tendencia creciente de obesidad en la población menor de 16 años.

INDICADOR: Prevalencia de obesidad según sexo y grupos de edad.

M329. Intervenciones diversificadas sobre conocimientos y habilidades dirigidas a padres y madres para mejorar la educación en alimentación saludable en el seno de las familias.

M334. Promoción de menús saludables (por contenidos y por técnica de elaboración) en los establecimientos de restauración y en los centros con comedores colectivos.

M336. Estudiar actuaciones normativas relacionadas con la publicidad y la venta de productos hipercalóricos en centros educativos.

M337. 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.

M338. Cribado sistemático de sobrepeso y obesidad dirigidos a la infancia y la adolescencia en los centros de Atención Primaria.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011-12, que aporta datos de la proporción de personas obesas. En la población de 2 a 17 años, el sobrepeso y la obesidad se definen utilizando los puntos de corte establecidos por Cole et al.

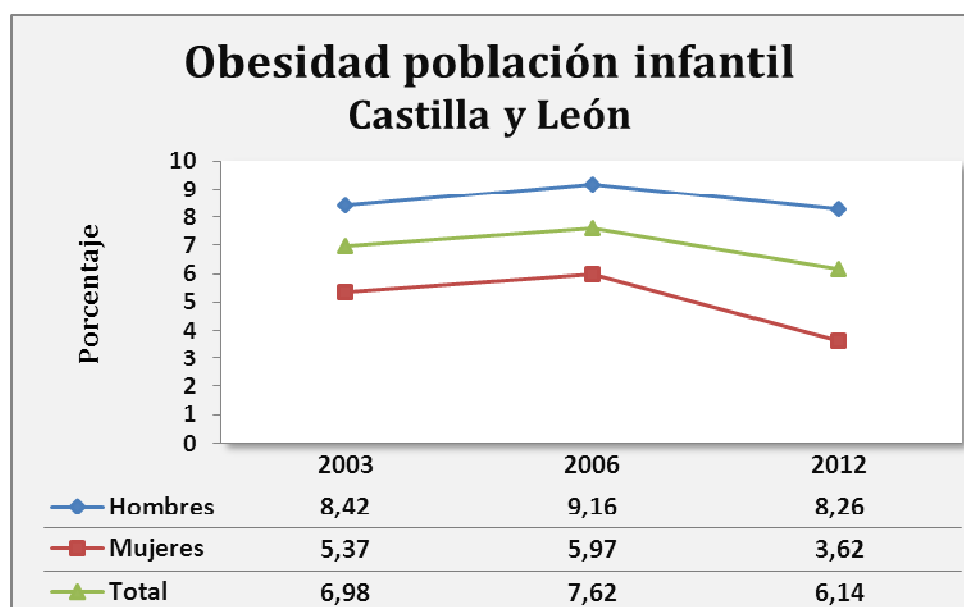
Índice de masa corporal en población infantil (%)				
	Castilla y León		España	
	ENSE 2006	ENSE 2011/12	ENSE 2006	ENSE 2011/12
OBESIDAD				
Ambos	7,62	6,14	8,94	9,56
Hombres	9,16	8,26	9,13	9,57
Mujeres	5,97	3,62	8,74	9,56
SOBREPESO				
Ambos	15,55	20,29	18,67	18,26
Hombres	15,29	20,90	20,19	19,46

Mujeres	15,82	19,57	17,09	16,94
----------------	-------	-------	-------	-------

Fuente: Servicio de Estadística con datos de la Encuesta Nacional de Salud. Consejería de Sanidad.
Población de 2 a 17 años.

Según los datos de la última encuesta, la obesidad afecta al 6,14% de la población de 2 a 17 años (8,26% de los hombres; 3,62% de las mujeres). La obesidad infantil creció hasta el año 2006 pero en 2012 se observa un cambio de tendencia, descendente en ambos sexos pero más marcada en mujeres que en hombres.

Por su parte, el sobrepeso afecta ya al 20,29% de la población de 2 a 17 años (20,90% de los hombres; 19,57% de las mujeres). Desde la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el sobrepeso sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres (+5,61) que en mujeres (+3,75). En conjunto, un 26,43% de la población de 2 a 17 años, padece obesidad o sobrepeso en nuestra comunidad.



Fuente: ENS 2003, 2006 y 2012. INE

En España, la prevalencia de obesidad infantil (2 a 17 años), se mantiene relativamente estable desde 1987, con altibajos. En el año 2012, un 9,56% de esta población padece obesidad (9,57% en hombres; 9,56% en mujeres). Con relación al sobrepeso, el 18,26% de la población de esta edad tiene sobrepeso (19,46% de los hombres; 16,94% de las mujeres). En total, el 27,82% de la población española de 2 a 17 padece obesidad o sobrepeso, de forma que, uno de cada 10 niños tiene obesidad y dos, sobrepeso, similar en ambos sexos.

El **Estudio ALADINO (Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad)**, es un estudio de prevalencia de obesidad en niños/as de 6 a 9,9 años, de ámbito nacional, realizado entre octubre de 2010 y mayo de 2011, por la AESAN, con el objetivo de estimar la prevalencia de obesidad en la población infantil y conocer los determinantes más importantes en ella.

El estudio ALADINO, tomando como referencia los estándares de la OMS, halló en España un 26,1% de niños con sobrepeso (25,9% de las niñas; 26,3% de los niños) y un 19,1% de niños obesos (16,2% de las niñas; 22% de los varones). Según el mismo estudio, en Castilla y León el 29,1% presentaban sobrepeso y el 18,8% obesidad, cifras superiores a los obtenidos en la última ENSE.

	Estudio ALADINO ²	
	Castilla y León ¹(%)	España (%)
Normopeso	51,8	54,1
Sobrepeso	29,1	26,1
Obesidad	18,8	19,1
Delgadez/Delgadez extrema	0,3	0,7

Fuente: AESAN. Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad.

¹ Base: Muestra de 304 niños/as en Castilla y León

² Porcentajes calculados según los Estándares de crecimiento y desarrollo infantil de la OMS:

* Sobrepeso: IMC>1 desviación estándar del valor medio para su mismo sexo y edad

* Obesidad: IMC> 2 desviaciones estándar del valor medio para su mismo sexo y edad

Estas elevadas cifras alertan de los graves problemas de salud y la pérdida de calidad de vida que pueden tener los niños cuando sean adultos, y del tremendo aumento de los costes sanitarios y de salud pública que van a tener que afrontar las administraciones sanitarias en los próximos años.

Intervenciones diversificadas sobre conocimientos y habilidades dirigidas a padres y madres para mejorar la educación en alimentación saludable en el seno de las familias.

Castilla y León participa en el Programa PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad) promovido por los Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad y de Educación, junto a las Consejerías de Sanidad y Educación de seis Comunidades Autónomas. Se trata de intervenciones sencillas en los centros escolares (alumnos de primaria entre 6 y 10 años) que promueven hábitos de vida saludables entre los alumnos, implicando también a las familias, y actuando simultáneamente sobre el comedor y el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas.

Promoción de menús saludables.

La Consejería de Educación ha editado la *Guía menús saludables para los escolares de Castilla y León*, menús nutricionalmente equilibrados que sirven de orientación para dirigir la educación de los hábitos nutricionales de los escolares realizados por expertos en nutrición. Disponible en el Portal de Educación de la Junta de Castilla y León.

Se presentan propuestas de 40 menús para escolares, 20 para el calor y 20 para el frío. Para cada menú se describen los ingredientes y la preparación de los platos desde el punto de vista culinario, se analiza su composición nutricional y se proponen sugerencias de complementación para la cena. Además, se incluyen adaptaciones correspondientes a las patologías crónicas más frecuentes (enfermedad celiaca, alergia a proteínas vacunas, alergia al huevo, alergia al pescado y alergia a la legumbre). Otro apartado fundamental lo constituye la propuesta de platos para ocasiones especiales.

Así mismo, también ha editado una *Guía alimentaria para los comedores escolares de Castilla y León* y una *Guía de patologías*. Esta iniciativa responde a la necesidad de

conseguir que el comedor escolar sea un lugar que además de ofrecer alimentos seguros y nutricionalmente correctos, proponga modelos de conducta alimentaria. La Guía de patologías reseña de forma concisa las bases de tratamiento dietético de las patologías crónicas más frecuentes y la forma de adaptar los menús escolares a las mismas.

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, en la edad infantil.

La actividad física escolar se plantea como una práctica saludable fomentada, tanto desde los programas de Educación Física como desde las actividades complementarias y extraescolares de carácter físico-recreativo, como medio idóneo para educar en aspectos básicos relacionados con los hábitos saludables, la higiene o la prevención de accidentes.

El material curricular incluye un programa específico relativo a la *Actividad física y la Salud en infantil, primaria y secundaria*, para mejorar la dinámica corporal saludable. Este contenido ha sido elaborado por educadores con el apoyo directo de profesionales sanitarios para colaborar con los docentes en la mejora de los hábitos saludables de los alumnos, con el objetivo de incrementar la salud presente y futura de los escolares castellanos y leoneses.

Cribado sistemático de sobrepeso y obesidad dirigidos a la infancia y la adolescencia en los centros de Atención Primaria.

Atención Primaria incluye en su cartera de servicios los programas de revisión del niño sano, según la edad, de 0 a 24 meses, de 2 a 5 años y de 6 a 14 años. Estos servicios tienen como objetivo garantizar una atención integral y continuada al niño, potenciando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. Entre las actividades de control figura la medición de peso, talla y relación peso/talla con sus percentiles correspondientes así como la realización de consejo sobre alimentación y ejercicio físico, según las recomendaciones establecidas para cada edad.

Evaluación: Según la información extraída de la Encuesta Nacional de Salud 2012, la prevalencia de obesidad en Castilla y León, ha descendido en ambos sexos, aunque las cifras que se obtienen son inferiores a las obtenidas en otros estudios (ALADINO). Habrá que esperar a futuros estudios para confirmar la tendencia. **El objetivo se considera conseguido** pero es necesario seguir estableciendo medidas para controlar el aumento de obesidad y el sobrepeso en población escolar.

OE-191: Modificar la tendencia creciente de obesidad en la población menor de 16 años

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
% obesidad	7,62	6,14	- 1,48	Conseguido

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El consumo abusivo de alcohol y de drogas ilegales constituye uno de los problemas más difíciles de abordar en una sociedad que, culturalmente, festeja todas sus celebraciones con bebidas alcohólicas. Esta pauta, aprendida en la infancia y en la juventud, lleva a consumos alcohólicos sin control entre los adolescentes y a consumos excesivos entre los jóvenes. Este consumo está en el origen de numerosos problemas de salud física y mental, además de señalar el gran riesgo que tienen estas conductas en la conducción de vehículos e incluso en algunos trabajos.

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS		
OE-192	Reducir la prevalencia de consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.	CONSEGUIDO
OE-193	Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. (Los dos 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).	NO CONSEGUIDO
OE-194	Reducir el consumo abusivo de alcohol en jóvenes.	CONSEGUIDO
OE-195	Retrasar la edad de comienzo en el consumo de alcohol.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo.

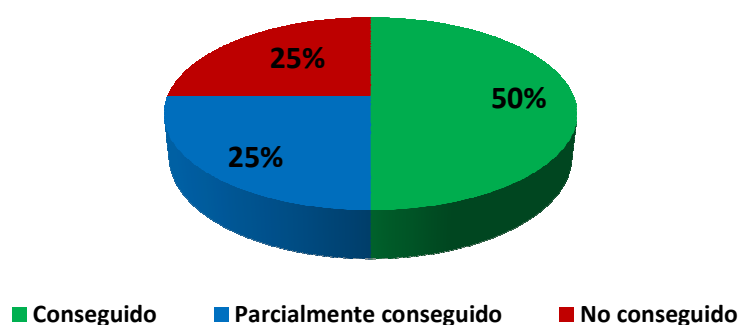
El consumo abusivo de alcohol y de drogas ilegales constituye un problema con repercusión directa en la salud tanto física como mental, además de suponer un gran riesgo en la conducción de vehículos e incluso en el ámbito de la salud laboral, cuando se actúa bajo su influencia.

La tendencia de todos los tipos de consumo disminuye tanto en jóvenes como en la población general, excepto el consumo de riesgo que se mantiene en adultos. Los episodios de urgencia relacionados con el alcohol aumentan, se dan con mayor frecuencia entre los 31 y los 50 años, lo que muestra que el problema no es exclusivo de los jóvenes, aunque están aumentando entre los menores de 18 años. La edad de comienzo de consumo se mantiene estable en torno a los 13,5 años.

A pesar de que el consumo de alcohol de los jóvenes en nuestra comunidad está evolucionando favorablemente, las prevalencias de consumo siguen siendo superiores a las nacionales por lo que se recomienda mantener los objetivos.

El porcentaje de consecución de los objetivos es del 50% conseguido, 25% parcialmente conseguido y 25% no conseguido.

ALCOHOL Y DROGAS Objetivos Específicos



OE-192: Reducir la prevalencia de consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

INDICADOR: Prevalencia de consumo de alcohol.

M339. Desarrollo continuado de campañas de prevención e información dirigidas a grupos diana.

M343. Intensificar las actividades de atención al bebedor de riesgo en Atención Primaria.

M344. Desarrollo de acciones formativas sobre "técnicas de consejo" dirigidas a los profesionales de Atención Primaria.

Para analizar el indicador sobre prevalencia del consumo de alcohol se utiliza como fuente de información, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en población general en España (EDADES), realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y explotada a nivel regional por el Observatorio sobre abuso de drogas. La encuesta se realiza en la población entre 15 y 64 años, de forma bianual (últimos datos publicados en 2011). Así mismo, se analizan los datos proporcionados por las últimas Encuestas Nacionales de Salud (ENSE).

Según los datos de la **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)**, en Castilla y León se observa que, en la población de 15 a 64 años, han disminuido todos los tipos de consumo, excepto el consumo de riesgo, que se mantiene. Según la encuesta, el 64,5% de la población ha consumido alcohol en los últimos 30 días, el 12,2% consume a diario, un 15,4% realiza un consumo "binge drinking" (atración, término que se utiliza para definir un consumo muy elevado de alcohol en un periodo corto de tiempo o beber compulsivamente) y el 15,3% se ha emborrachado en el último año.

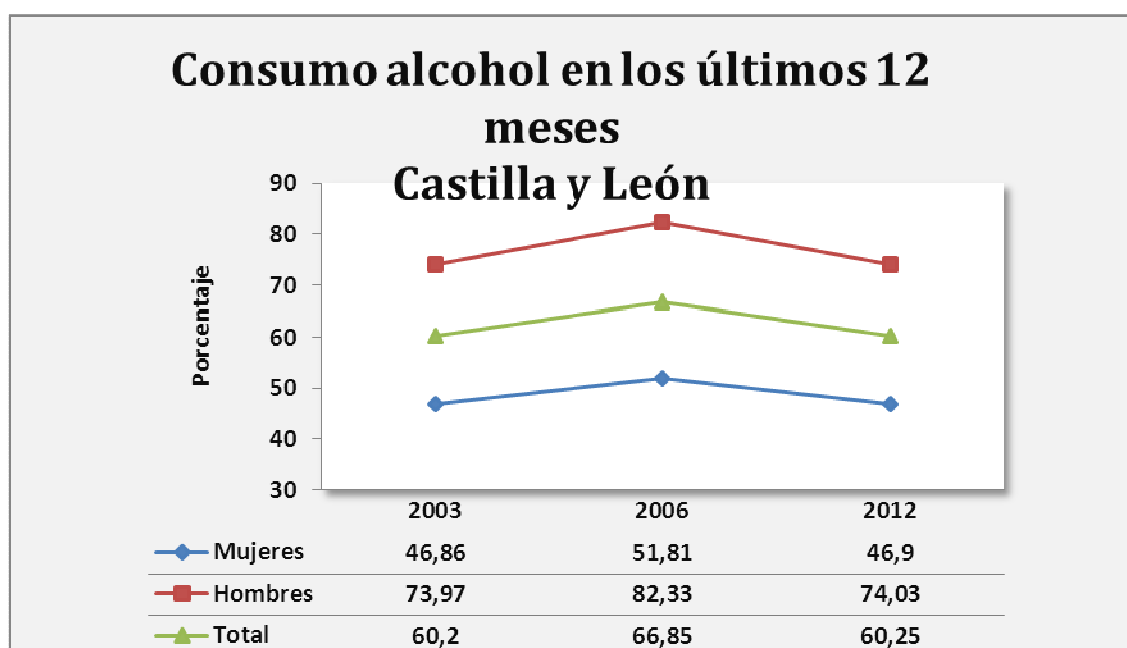
	Consumo de alcohol en la población general (15-65 años) de Castilla y León	
	2009	2011
Consumo últimos 30 días	66	64,5
Consumo diario	13,2	12,2
Consumo de riesgo*	5,7	5,9
Consumo binge drinking**	17,5	15,4
Borracheras último año	19,9	15,3

Fuente: Comisionado Regional para la Droga. Encuesta del PNSD EDADES 2009 y 2011

(*) >4 UBE/días hombres y >2 UBE/días Mujeres.

(**) 5 o más vasos/copas en menos 2 horas.

Las Encuestas Nacionales de Salud también analizan el consumo de bebidas alcohólicas. Según esta fuente, en Castilla y León, la proporción de consumidores de alcohol en los últimos 12 meses (60,25%) ha disminuido a niveles del año 2003 (60,25%), después del aumento que se produjo en el año 2006 (66,85%). El consumo sigue siendo mayor en hombres (74,03%) que en mujeres (46,90%). En España, esta proporción es algo más elevada, 65,59%, ha disminuido con respecto a 2006 (68,64%) pero sigue siendo más elevada que en 2003 (56,10%).



Fuente: 2003 ERS, 2006 y 2011-2012 ENS. INE

Desarrollo continuado de campañas de prevención e información dirigidas a grupos diana.

Las medidas desarrolladas en este apartado son las mismas que las impulsadas para prevenir el consumo de tabaco ya que los programas de prevención trabajan de forma conjunta todas las drogas (ver Tabaco).

Intensificar las actividades de atención al bebedor de riesgo en Atención Primaria.

El **Servicio de atención al bebedor de riesgo** de Atención Primaria se dirige a personas mayores de 19 años en las que consta en su historia clínica un consumo de alcohol absoluto superior a 280 gramos (28 UBE¹) a la semana en hombres y más de 168 gramos (17 UBE¹) en mujeres. Como actuación principal se realiza consejo sanitario para conseguir la abstinencia o bien reducir el consumo de alcohol, derivando a recursos especializados cuando se constate dependencia del alcohol.

¹ 1 UBE=10 gr. alcohol=una copa de vino o cava, una cerveza, un carajillo o un chupito.

² 2 UBE=20g alcohol=una copa de coñac o licor, un Whisky, un cubata o combinado

Cartera de servicios de Atención Primaria: Atención al bebedor de riesgo					
Indicador de cobertura					
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº pacientes	21.866	26.148	28.570	31.597	33.996
Hombres	19.237	22.236	24.742	27.441	29.572
Mujeres	2.630	3.761	3.828	4.156	4.424
Cobertura (%)	1,0	1,2	1,3	1,5	1,6

Fuente: Cartera de servicios de AP. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

En el Portal del Comisionado Regional para la Droga se encuentran disponibles la *Guía de intervención de profesionales de Atención Primaria en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol* y las Guías para pacientes (2 guías en función de la existencia o no de consumo de riesgo).

Desarrollo de acciones formativas sobre “técnicas de consejo” dirigidas a los profesionales de Atención Primaria.

Se han realizado acciones formativas sobre técnicas de consejo dirigidas a los profesionales de AP a lo largo de los años 2009, 2010, 2011 y 2012.

Evaluación: Los últimos datos publicados en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en población de 15 a 64 años reflejan una disminución de todos los tipos de consumo, excepto el consumo de riesgo que se mantiene. **El objetivo se considera conseguido** aunque habrá que ratificar esta tendencia en próximos estudios.

OE-192: Reducir la prevalencia de consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

	2008	2010	DIF	EVALUACIÓN
Consumo diario	13,2	12,2	-1,0	Conseguido
Consumo de riesgo	5,7	5,9	+0,2	No conseguido
Consumo binge drinking	17,5	15,4	-2,1	Conseguido

OE-193: Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. (Los dos 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).

INDICADOR: Nº pacientes atendidos en urgencias por coma etílico / grupos de edad

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos aportados por el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL), que recoge de forma sistemática las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma (CAU de León, CA de Palencia y los dos hospitales de Valladolid, HRH y HCU).

Se observa que en Castilla y León los episodios urgentes relacionados con el consumo de alcohol han aumentado en el periodo 2007 y 2012. Representaron en 2012, el 71,1% de los episodios de urgencia relacionados con sustancias psicoactivas (alcohol y drogas ilegales). Estos episodios son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, aunque la tendencia a lo largo del periodo refleja que la proporción en hombres disminuye mientras que aumenta en mujeres.

Por edades, en el año 2012 el grupo de edad más numeroso en hombres es el de 30 años y más (76,4%) y en las mujeres se reparte por igual entre el de 14 a 29 años y el de 30 años y más (49,1%). La edad media asciende con los años y es inferior en la mujer.

	Episodios de urgencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº episodios por todas sustancias psicoactivas	2.522	2.726	2.843	2.815	2.691	2.660
Nº de episodios solo por alcohol	1.719	1.842	1.922	1.949	1.927	1.890
% alcohol/total	68,16	67,57	67,60	69,23	71,60	71,1
Hombres (%)	75,2	73,9	73,9	73,2	73,8	76,1
Mujeres (%)	24,8	26,1	26,1	26,8	26,2	23,8
Edad media ¹ Hombres	40,1	40,4	41,5	43,0	43,5	43,4
Edad media ¹ Mujeres	29,5	30,4	30,0	32,8	32,0	31,7
Fallecidos²	7	3	8	10	7	2

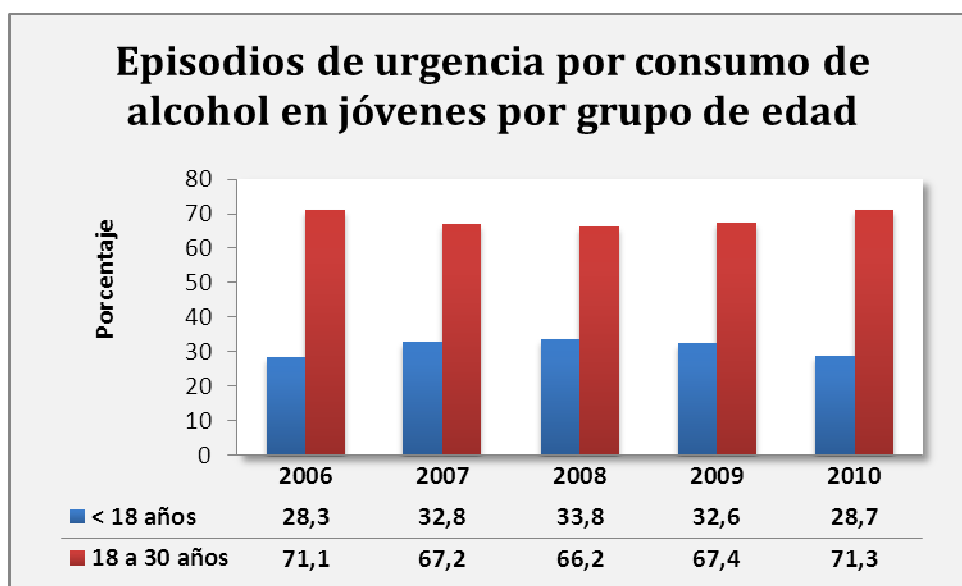
Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL)

¹ Edad media de los que acuden a Urgencias hospitalarias por un episodio de abuso de alcohol

² Fallecidos por reacción aguda al alcohol

El estudio realizado por el Observatorio sobre Abuso de Drogas de Castilla y León, sobre los episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de alcohol en personas entre 10 y 30 años en Castilla y León (2003-2010), concluye que los casos entre los 18 y 30 años fueron dos veces más frecuentes que los episodios en menores de 18 años, y que es a partir de los 16 años cuando aumenta la frecuencia del consumo de alcohol. Aunque si tenemos en cuenta la población de referencia por edad, la tasa fue mayor en los menores de 18 años que en el grupo de 18 a 30 (22,93‰ frente 14,85‰).

Los chicos, en general, tienen una mayor presencia en las urgencias que las chicas, aunque en el grupo de menores de edad ellas tienen un mayor peso (45,4%) que entre los mayores de edad (38,2%). Estos datos reflejan la elevación en el consumo de las chicas que se está detectando en las primeras etapas de la adolescencia.



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL)
Observatorio sobre Abuso de Drogas de Castilla y León

Evaluación: Los episodios de urgencia relacionados con el alcohol se dan con mayor frecuencia entre los 31 y los 50 años, lo que muestra que el problema no es exclusivo de los jóvenes. La edad media a la que acuden a urgencias ha aumentado y es inferior en 6 a 10 años en la mujer. El Observatorio sobre abuso de drogas de Castilla y León, en su análisis de los casos de urgencias entre los años 2003 y 2010, concluye que las urgencias hospitalarias en menores de 30 años no tiene un patrón claro de evolución, siendo más frecuentes en los menores que entre los de 18 y 30 años. **El objetivo no se ha conseguido** a pesar de todas las iniciativas impulsadas desde el Plan Regional de Drogas.

OE-193: Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales

	2007	2011	DIF	EVALUACIÓN
Nº pacientes atendidos en urgencias por alcohol	1.719	1.927	+9,9%	No conseguido

OE-194: Reducir el consumo abusivo de alcohol en jóvenes.

INDICADOR: Prevalencia consumo excesivo alcohol en joven.

M340. Aplicación de programas acreditados de prevención escolar y familiar.

M341. 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.

M342. Inspecciones de los lugares de venta de alcohol.

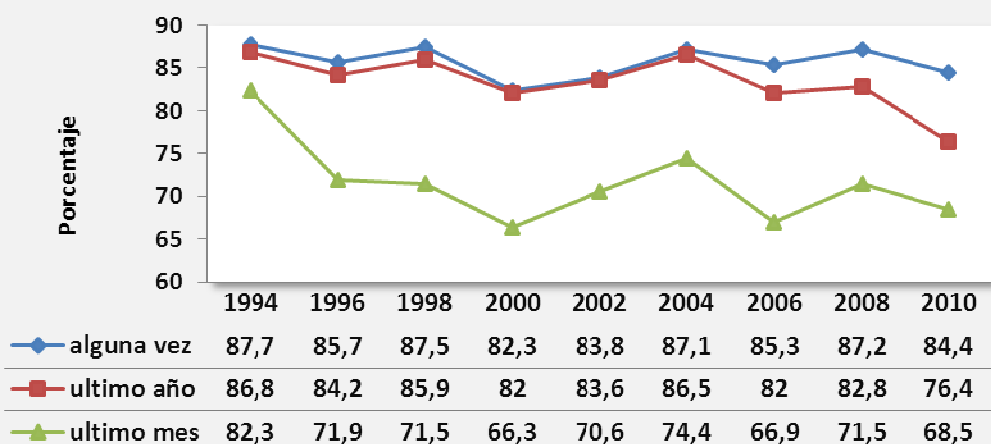
Para analizar el indicador sobre prevalencia del consumo de alcohol en los jóvenes se utilizan como fuente de información, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Según los últimos datos, del Comisionado Regional para la Droga, con datos de ESTUDES 2010, el alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años, concentrándose su uso en el fin de semana. Los datos más significativos del consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de Castilla y León son los siguientes:

- Un 15,6% de los encuestados refiere que nunca ha consumido alcohol.
- Un 68,5% admite haber consumido alcohol en los últimos 30 días.
- Un 29,4% manifiesta que consume bebidas alcohólicas todos los fines de semana.
- Un 47,2% ha tomado en los últimos 30 días 5 ó más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión ("atracones" de alcohol o binge drinking).
- Un 56,7% reconoce que se ha emborrachado alguna vez en la vida y un 34,6% en el último mes.

Todas estas cifras son significativamente superiores en los hombres excepto en el caso de las borracheras.

Evolución del consumo de alcohol en los estudiantes de Castilla y León (1994-2010)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga

La evolución del consumo de bebidas alcohólicas en Castilla y León ha sido positiva en el bienio 2008-2010, existiendo diferencias significativas en este descenso para todos los consumos. Parece que el consumo de alcohol en menores de edad está en proceso de moderación, aunque los consumos abusivos siguen en unos niveles elevados (borracheras y atracón).

	Consumo de bebidas alcohólicas (%)			
	2008		2010	
	España	Castilla y León	España	Castilla y León
Abstemios (nunca han consumido)	18,6	12,6	24,9	15,6*
Consumo alguna vez en la vida	81,2	87,2	75,1	84,4*
Consumo en los últimos 12 meses	72,9	82,8	73,6	76,4*
Consumo en los últimos 30 días	58,5	71,5	63,0	68,5*
Consumo todos los fines de semana	23,0	36,6	18,7	29,4*
Consumo de 5 o más vasos en una misma ocasión en los últimos 30 días ("binge drinking")	41,4	53,4	36,7	47,2
Borracheras alguna vez en la vida	56,2	66,8	58,8	56,7*
Borracheras en el último mes	29,1	39,6	35,6	34,6*

Fuente: Documento Estratégico sobre Alcohol y Menores de Castilla y León. 2013

* Diferencias estadísticamente significativas entre 2008 y 2010.

Hay que destacar que los consumos alguna vez en la vida y en el último año son superiores en las chicas que en los chicos y que el porcentaje de chicas que no han consumido nunca alcohol es inferior al de los chicos, existiendo diferencias significativas en ambos casos. Por el contrario, los consumos más frecuentes e

intensivos (todos los fines de semana, consumo 5 o más vasos en una misma ocasión) son estadísticamente superiores en los chicos.

Mientras que en Castilla y León disminuyen los consumos en todos los parámetros analizados, en España sólo descienden los consumos alguna vez en la vida, todos los fines de semana y "atrachón". No obstante, en relación con los datos nacionales disponibles, las prevalencias de consumo en 2010 siguen siendo superiores en Castilla y León, salvo en el caso de las borracheras donde las cifras son similares a los promedios nacionales.

Aplicación de programas acreditados de prevención escolar y familiar.

Las medidas desarrolladas en este apartado son las mismas que las impulsadas para prevenir el consumo de tabaco ya que los programas de prevención trabajan de forma conjunta todas las drogas.

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.

El **Servicio de Atención al Joven en Atención Primaria**, está dirigido a personas de 15 a 19 años de edad, de forma que en su historia clínica debe de quedar registrado al menos una vez cada dos años, el consumo de alcohol mediante cuestionario (Test de CRAFFT) y recibir consejo/ información sobre consumo de alcohol.

Cartera de servicios de Atención Primaria Actividades preventivas en joven (15-19 años)					
Indicador de cobertura					
	2008	2009	2010	2011	2012
Nº pacientes	33.636	33.716	34.719	38.551	39.298
Cobertura (%)	30,82	30,91	33,4	38,2	39,8
Hombres	28,81	28,83	31,1	35,6	37,2
Mujeres	32,93	33,1	35,9	40,9	42,5

Fuente: Cartera de servicios de AP. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad

Programas preventivos impulsados por el Plan Regional sobre Drogas.

Además de los programas de prevención extraescolar y de ocio, desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades se han impulsado las siguientes actuaciones para evitar o reducir el consumo de alcohol en menores:

1. **Intervenciones con menores de riesgo:** Este tipo de intervenciones se dirigen a niños, adolescentes y jóvenes que presentan importantes factores de riesgo, entre los que se encuentra la exclusión social. Todas estas intervenciones trabajan con un importante grado de estructuración y mantienen un alto nivel de coordinación con otros recursos de la Comunidad (servicios

sociales, empleo, educación, asociaciones de vecinos y entidades privadas sin ánimo de lucro) con el fin de atender las necesidades detectadas y derivar los casos a otros servicios o programas cuando sea necesario. Asimismo, hay que subrayar el aumento de población inmigrante atendida y la coordinación establecida con asociaciones de inmigrantes.

2. **Intervenciones en el ámbito comunitario:** Desde la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León se ha planteado la necesidad de realizar una intervención sostenida frente al fenómeno del "botellón", diseñando e impulsando para ello actuaciones específicas con diferentes colectivos que están implicados tanto en la prevención como en el control y cumplimiento de la legislación vigente. Destacan diferentes tipos de actuaciones: ***Intervenciones comunitarias para la reducción del consumo de alcohol en menores***, como el ***Taller OH.com*** dirigido a adolescentes y jóvenes de 16 a 22 años de edad que han experimentado problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol sobre la importancia de modificar su consumo y sobre posibilidades de diversión alternativas al uso y abuso de bebidas alcohólicas; la ***Formación de mediadores juveniles*** como agentes preventivos mediante la educación por pares, pieza clave para modificar el modelo actual de ocio en el que la asociación de alcohol y diversión está tan arraigada o la ***Formación de mediadores para la prevención en el ámbito comunitario***, que cuenta con la participación de policías municipales y cuerpos y fuerzas de la seguridad del estado, profesionales sociosanitarios, profesores de autoescuela y profesionales de hostelería.

	Programas impulsados desde el Plan Regional de Drogas			
	2009	2010	2011	2012
PROGRAMAS DE OCIO ALTERNATIVO				
Ocio alternativo diurno/ nocturno (nº adolescentes/jóvenes)	42.135	48.690	47.115	44.284
INTERVENCIONES CON MENORES DE RIESGO				
Educación en la calle (nº adolescentes/jóvenes)	3.887	2.125	2.695	1.943
Otras Intervenciones comunitarias (nº niños/adolescentes)	486	560	419	842
INTERVENCIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO				
Taller OH.com (nº jóvenes)	147	386	158	240
Formación de mediadores para la prevención a nivel comunitario (nº profesionales)	1.055	1.407	496	1.008
Mediadores juveniles (nº jóvenes)	402	840	425	415

Fuente: Memorias del Plan Regional de Drogas 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Inspecciones de los lugares de venta de alcohol.

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo, y las Ordenanzas Municipales de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, constituyen el marco legislativo y normativo básico para el control de la promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas en la Comunidad Autónoma.

	Inspecciones en materia de alcohol			
	2009	2010	2011	2012
Nº de inspecciones	7.008	6.912	6.458	3.739
Expedientes sancionadores	2.427	2.303	3.934	2.132
Nº de sanciones	1.353	708	1.626	1.219
Sanciones por consumo de alcohol en la vía pública	92,3%	88,7%	92,7%	82,8%
Sanciones por venta de alcohol a menores	2,6%	2,9%	2,5%	2,4%

Fuente: Memorias del Plan Regional de Drogas 2009-2012. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Evaluación: El porcentaje de estudiantes que reconoce haberse emborrachado alguna vez en la vida desciende por primera vez desde 1998, detectándose una equiparación entre ambos sexos. Parece que el consumo de alcohol en menores de edad está en proceso de moderación, aunque los consumos abusivos siguen en unos niveles elevados (borracheras y atracón). El objetivo presenta una evolución favorable y puede considerarse **conseguido** aunque habrá que esperar que esta tendencia se confirme en los próximos años.

OE-194: Reducir el consumo abusivo de alcohol en jóvenes				
	2008	2010	DIF	EVALUACIÓN
Consumo todos los fines de semana (%)	36,6	29,4	-7,2	Conseguido
Consumo de 5 o más vasos en una misma ocasión en los últimos 30 días "binge drinking" (%)	53,4	47,2	-6,2	Conseguido
Borracheras en el último mes (%)	39,6	34,6	-5,0	Conseguido

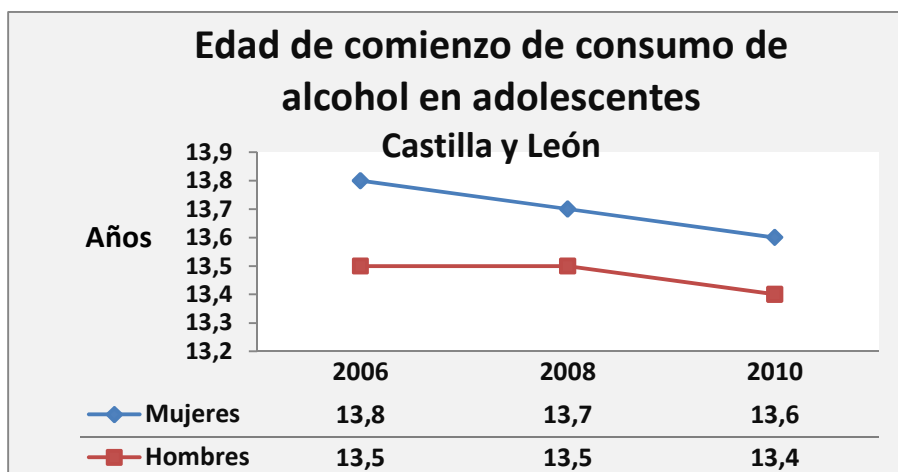
OE-195: Retrasar la edad de comienzo en el consumo de alcohol.

INDICADOR: Edad de comienzo de consumo de alcohol en adolescentes.

Según la Encuesta Escolar sobre Drogas en Castilla y León, analizada por el Observatorio sobre Abuso de Drogas de Castilla y León (ESTUDES 2010), la edad de

inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se encuentra estabilizada en los 13 años (hombres 13,4 años; mujeres 13,6 años) para los primeros contactos con el alcohol y sobre los 15 años para el inicio en el consumo semanal.

El periodo crítico para la generalización del consumo de bebidas alcohólicas se sitúa entre los 15 y 16 años: los 15 años para experimentar con el alcohol, los 15-16 años para consumirlo habitualmente y para tener las primeras borracheras y los 16 años para emborracharse habitualmente.



Fuente: Comisionado Regional para la Droga. Encuesta Escolar sobre Drogas.

El consumo aumenta de un modo muy importante con la edad, de forma que el 63,5% de los estudiantes de 14 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, porcentaje que alcanza el 96,1% a los 18 años. Un 17,4% de los estudiantes de 14 años que ha consumido en los últimos 30 días, consume todos los fines de semana, cifra que alcanza el 52,1% a los 18 años. Este porcentaje de bebedores de fin de semana ha aumentando en el último bienio en dos puntos a los 14 años y descendido en ocho puntos a los 18 años.

Evaluación: El objetivo se puede considerar **parcialmente conseguido** ya que aunque no se ha retrasado la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes al menos no se ha adelantado.

OE-195: Retrasar la edad de comienzo en el consumo de alcohol				
	2008	2010	DIF	EVALUACIÓN
Edad de inicio	13,6	13,5	-0,1	Parcialmente conseguido

ALIMENTACIÓN

El modelo de alimentación que se sigue a diario influye en la salud. Hay numerosas enfermedades (obesidad, diabetes, patología cardiovascular,...) que guardan relación con el tipo de alimentos que se consume. La dieta mediterránea, equilibrada y variada, rica en verduras, frutas y pescados, que utiliza el aceite de oliva, constituye la forma de alimentación saludable que se recomienda en nuestro medio. En los últimos años se insiste mucho en la necesidad de reducir el consumo de grasas, por su efecto sobre la arterioesclerosis, y evitar añadir sal a los alimentos, por su efecto sobre las cifras de tensión arterial.

Los objetivos establecidos para este problema están dirigidos por tanto a incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas para conseguir una alimentación saludable y equilibrada y reducir el consumo hipercalórico, las grasas y la sal.

ALIMENTACIÓN		
OE-196	Incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-197	Mejorar en la población general la identificación y la práctica de una alimentación diaria equilibrada y saludable.	PARCIALMENTE CONSEGUIDO
OE-198	Reducir el consumo habitual de alimentos hipercalóricos, grasos y salados	NO CONSEGUIDO

Resumen ejecutivo

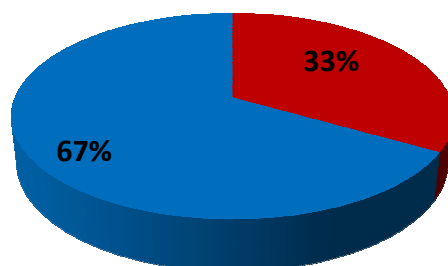
Existe una tendencia creciente hacia el consumo de alimentos hipercalóricos y una disminución del consumo de alimentos como pescado y fruta, lo que conlleva un desequilibrio en la dieta mediterránea.

Tanto la alimentación como la actividad física se consideran dos determinantes primarios de la salud de los que dependen muchas enfermedades, por tanto, su desequilibrio va a generar peor calidad de vida en la población. La promoción de estos dos determinantes depende no sólo de la política sanitaria, también, de forma transversal, de otras Administraciones. La tendencia en la población no es buena, ni en actividad física ni en alimentación, ya que tiende hacia el desequilibrio, lo que nos hace pensar en la conveniencia de incidir en la promoción de la salud a través de otras políticas y especialmente sobre grupos de edad, como la infancia y adolescencia.

En la alimentación se han conseguido parcialmente el 67% de los objetivos y no se ha conseguido el 33%.

ALIMENTACIÓN

Objetivos Específicos



■ No conseguido
 ■ Parcialmente conseguido

OE-196: Incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas.

INDICADOR: % Personas consumen a diario fruta, verdura y hortalizas

M345: Campañas intersectoriales de información y difusión sobre alimentación saludable dirigidas a toda la población.

El aumento rápido y manifiesto de la prevalencia de sobrepeso y obesidad experimentado en las dos o tres últimas décadas no puede ser atribuido a causas genéticas. Los factores ambientales o del entorno juegan un papel primordial creando el llamado "ambiente obesogénico", caracterizado por la abundancia de alimentos y el sedentarismo.

Una alimentación y nutrición adecuadas son importantes en todas las etapas de la vida, pero particularmente durante la infancia. La dieta de los niños y adolescentes españoles se caracteriza por un exceso de carnes, embutidos, lácteos y alimentos con alta densidad energética, como productos de bollería y bebidas carbonatadas (ricos en grasas y azúcares refinados, respectivamente) y por un déficit en la ingesta de frutas, verduras y cereales.

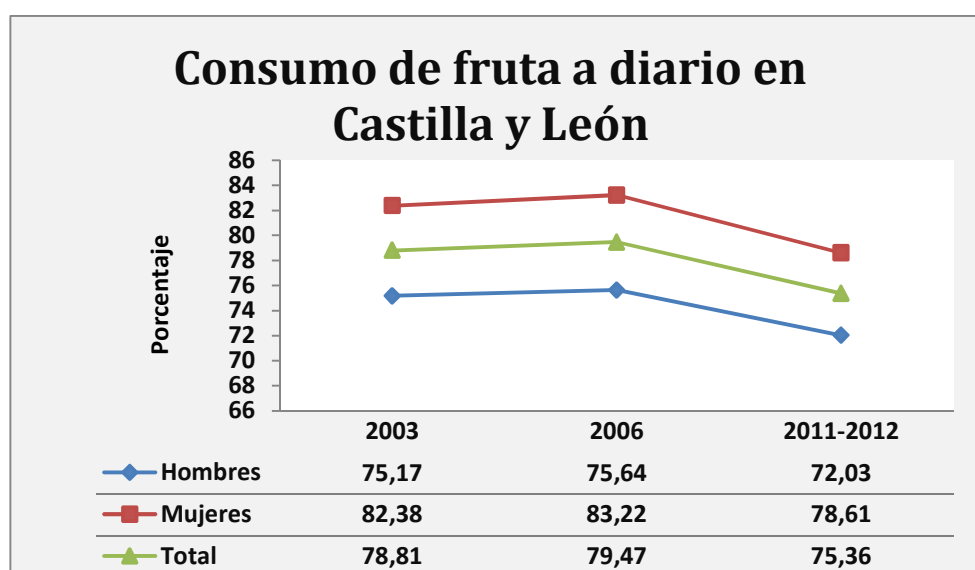
Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información, las ENSE de los años 2003, 2006 y 2011-2012, que nos aportan información sobre el consumo de diversos alimentos en la población general.

Consumo diario en España				
		2003	2006	2011-2012
Fruta	Hombres	64,83	62,73	57,92
	Mujeres	72,97	70,78	64,83
	Total	68,96	66,81	61,43
Verdura-	Hombres	35,83	35,46	41,19

hortaliza	Mujeres	45,02	45,67	50,24
	Total	40,5	40,64	45,78

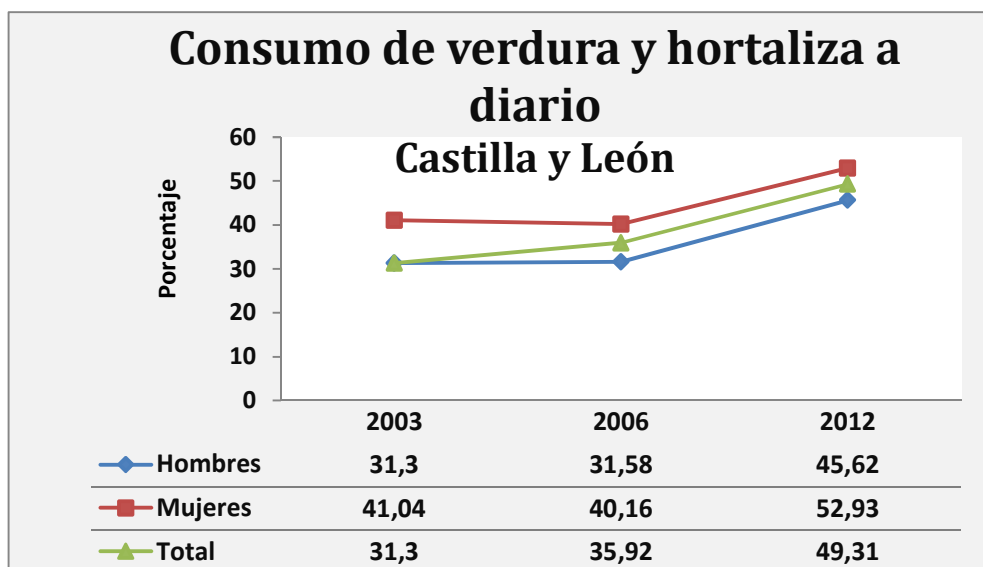
Fuente INE. Población de 1 y más años. ENS 2003, 2006 y 2011-2012.

Según las ENS de los años 2003, 2006 y 2011-2012, en Castilla y León el consumo diario de **fruta disminuye** tanto en hombres como en mujeres (2003: 78,81% y en 2012: 75,36%). Hay más mujeres que hombres que consumen fruta a diario. En relación con el conjunto nacional, en Castilla y León el consumo de fruta es mayor que en España, 2012 (75,36% frente a 61,43%) y por sexo, el comportamiento es similar al de Castilla y León.



Fuente: INE. ERS 2003 y ENS 2006, 2011-2012

El consumo de **verdura aumenta** en Castilla y León tanto en hombres como en mujeres (2003: 31,3% y en 2012: 49,31%). Se observa que, en general, se come más fruta que verdura y/o hortaliza. Las mujeres consumen frutas, verduras y hortalizas en mayor porcentaje que los hombres. En Castilla y León, el consumo de verdura es superior al de España en el año 2012 (Castilla y León: 49,31%; España: 45,78%) invirtiéndose la situación de los años 2003 y 2006.



Fuente: INE. ERS 2003 y ENS 2006, 2011-2012

Campañas intersectoriales de información y difusión sobre alimentación saludable dirigidas a toda la población

La Consejería de Sanidad, desde 2005 hasta 2009, ha venido efectuando convocatorias de ayudas para la realización de **proyectos de promoción de la salud** a realizar en colegios e institutos de Castilla y León, en los que se imparten enseñanzas escolares de régimen general, acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en tres ámbitos:

- Promoción de la alimentación saludable y actividad física regular.
- Salud Sexual. Prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- Prevención de accidentes.

El presupuesto total destinado a estos proyectos ha sido de 941.000 € y ha permitido subvencionar 619 proyectos desde que se iniciara en el curso escolar 2004-05. Durante los tres cursos escolares que coinciden con el periodo de vigencia del III Plan de Salud, se han dado subvenciones por más de 294.000 euros para realizar 197 proyectos sobre Promoción de alimentación saludable y actividad física.

Proyectos educativos en centros escolares						
	Curso 2007-08		Curso 2008-09		Curso 2009-10	
	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto	Nº proyectos	Presupuesto
Alimentación A. Física	42	67.375,66	73	108.507,4	82	118.289,4
S. Sexual	41	52.613,40	54	77.146,98	73	93.809,38
P. Accidentes	29	49.076,00	12	30.445,40	9	12.901,18
Total	112	169.065,06	139	216.099,82	164	225.000

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013

El **Plan de consumo de fruta en las escuelas** se desarrolló entre los años 2009 al 2012 con la ayuda financiera de la Unión Europea. El reparto de frutas se integró en los centros docentes que realizaron proyectos relacionados con alimentación. Consistió en una actividad intersectorial de las Consejerías de Sanidad, Agricultura y Ganadería y Educación. Todas las actividades han estado sometidas a los criterios de la Comisión Regional para la promoción de la salud en los Centros Escolares, conjuntamente con los propios de la Consejería de Agricultura y Ganadería

Plan de consumo de fruta y verdura en las escuelas			
Curso	Centros	Alumnos	Gasto (€)
2009/2010	73	12.686	347.616,00
2010/2011	474	72.286	395.959,57
2011/2012	463	96.916	742.272,89

Fuente: Consejería de Agricultura y Ganadería

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido**, pues mientras el consumo diario de verdura y hortalizas ha aumentado, no ha ocurrido lo mismo con el consumo diario de fruta. No obstante, los consumos de ambos productos son más elevados en Castilla y León que a nivel nacional.

OE-196: Incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas

	2006	2012	DIF	EVALUACIÓN
Consumo diario de fruta (%)	79,47	75,36	-4,11	No conseguido
Consumo diario de verdura y hortalizas (%)	35,92	49,31	+13,39	Conseguido

OE-197: Mejorar en la población general la identificación y la práctica de una alimentación diaria equilibrada y saludable.

INDICADOR: % Personas que declaran dieta equilibrada y saludable

M347: Organizar programas de alimentación saludable que incluyan la preparación de comidas saludables en los colegios, con la participación de padres y madres.

M348: Oferta de cursos de preparación fácil de comida saludable en las web y portales institucionales.

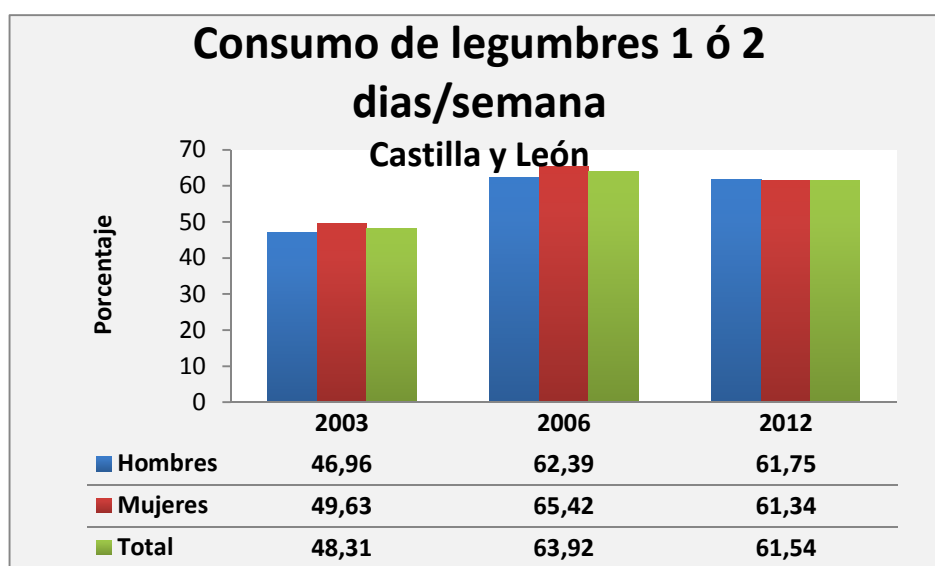
M349: Fomentar actividades físicas junto a los programas de alimentación saludable.

Para analizar el indicador se utiliza como fuente de información los datos de las Encuestas Nacionales de Salud. El estudio se hace con los resultados de las encuestas de los años 2003, 2006 y 2011-2012. Los datos están calculados en la población de 1 y más años.

Con el objetivo de conocer cómo es el consumo de alimentos y lo que se acerca o aleja de una dieta equilibrada, se toma como referencia el patrón de consumo de los principales alimentos necesarios en la dieta como son: frutas, verduras y hortalizas, legumbres, pasta, arroz, patatas, carne, pescado.

Como ya se ha visto anteriormente, el consumo diario de **fruta disminuye** tanto en hombres como en mujeres y es mayor que en el resto de España y en cuanto al consumo de **verduras y hortalizas**, el consumo en Castilla y León **aumenta** tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres consumen frutas, verduras y hortalizas en mayor porcentaje que los hombres. En el 2012, el consumo de verduras y hortalizas en Castilla y León es superior al de España.

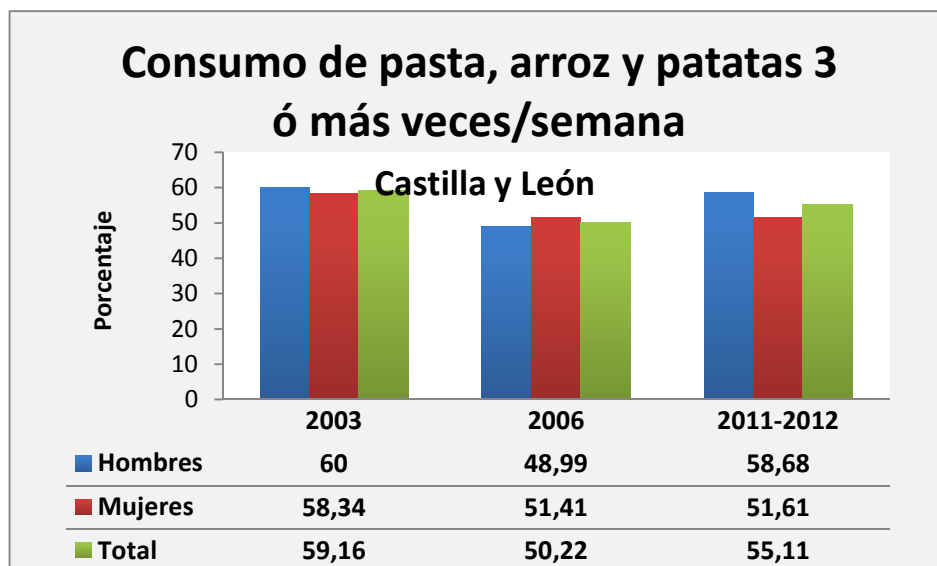
En Castilla y León, el consumo de **legumbres 1 ó 2 días/semana ha aumentado** (2003: 48,31%; 2012: 61,54%). En 2012, el consumo se iguala en hombres y mujeres (61%). Con respecto a España, es ligeramente más elevado, en 2012 un 61,54% en Castilla y León y en España, un 60,17%. La tendencia de consumo aumenta entre 2003 y 2012 en ambos territorios.



Fuente: INE. ENS 2003, 2006 y 2011-2012

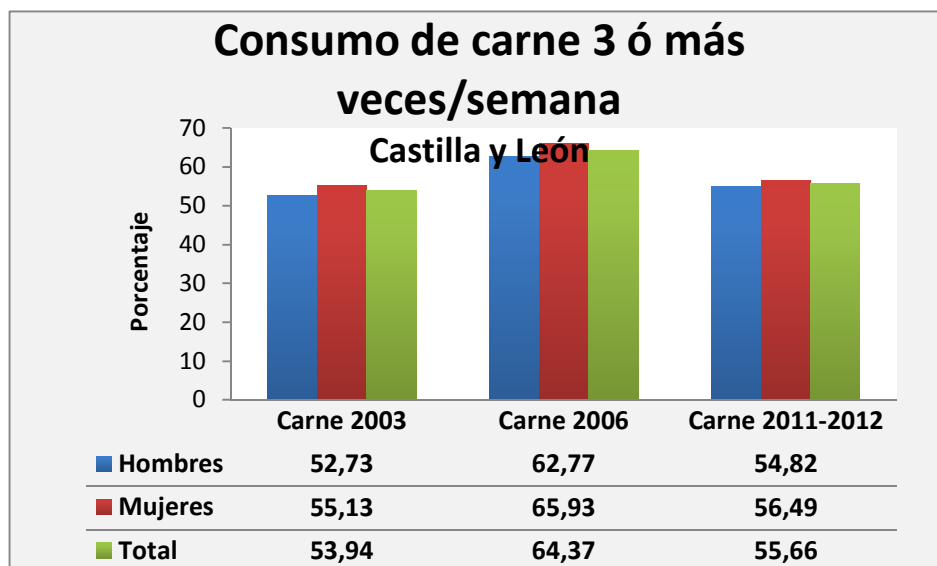
El consumo de 3 ó más veces/semana de **pasta, arroz y patatas** tiene una tendencia **descendente** en Castilla y León (2003: 59,16% y 2012: 55,11%); entre hombres y

mujeres el comportamiento de consumo es similar. En relación al conjunto nacional, el consumo es un poco más elevado en Castilla y León (55,11%) que en España (51,77%).

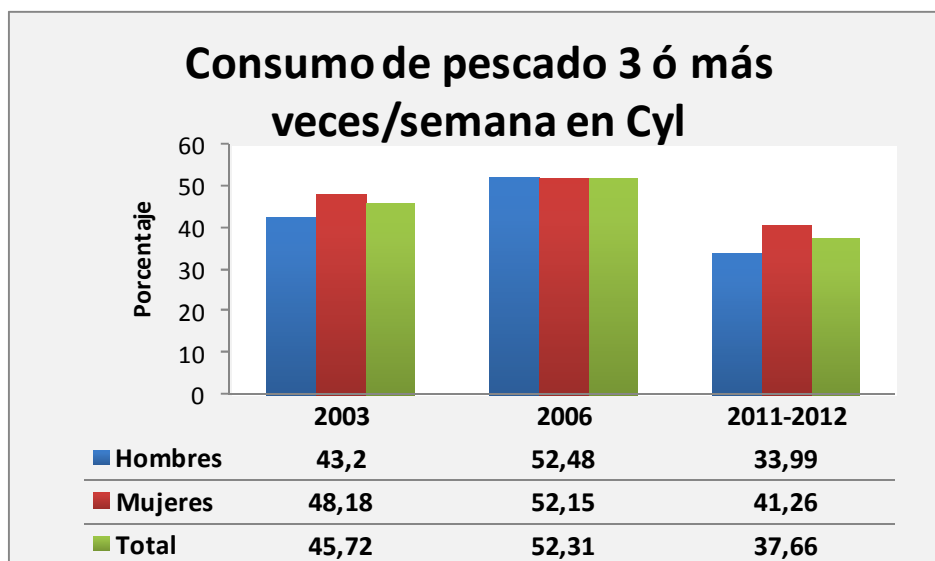


Fuente: INE. ENS 2003, 2006 y 2011-2012

El consumo 3 o más veces/semana de **carne** tiene una tendencia **creciente** tanto en España como en Castilla y León (2003: 53,94% y 2012: 55,66%) y es ligeramente superior en las mujeres.



El consumo de **pescado** 3 veces ó más/semana es inferior al de carne y la tendencia de consumo **disminuye** entre 2003 (45,72%) y 2012 (37,66%). Las mujeres consumen más pescado que los hombres en Castilla y León (41,26% en mujeres; 33,99% en hombres). En relación a España, el consumo se ha igualado en 2012 (37%).



Fuente: INE. ENS 2003, 2006 y 2011-2012

	Consumo de carne y pescado 3 o más veces/semana. Población de 1 año y más.					
	2003		2006		2011-12	
	Carne	Pescado	Carne	Pescado	Carne	Pescado
Castilla y León	53,94	45,72	64,37	52,31	55,66	37,66
España	54,14	40,68	54,76	38,84	57,54	37,44

Fuente: ENS 2003, 2006 y 2011-2012. INE

El **Estudio de Alimentación y Nutrición en Castilla y León** fue realizado en el 2008, por la Consejería de Sanidad con el objetivo general de identificar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población adulta de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El estudio se realizó en población con Tarjeta Sanitaria Individual, con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/estudio-alimentacion-nutricion-castilla-leon.ficheros/302037-Estudio%20de%20alimentacion%20y%20nutricion.pdf>

Uno de los aspectos analizados en el estudio es la adhesión a la dieta mediterránea, con la que se valoran las características de este tipo de régimen alimenticio, basada en el consumo de vegetales, frutas, frutos secos, legumbres, cereales, pescado y grasas monoinsaturadas y una cantidad relativamente baja de carne, incluyendo lácteos diariamente y un consumo moderado de alcohol.

Según el estudio, en Castilla y León, un 17,46% de los hombres y un 25,03% de las mujeres obtienen una puntuación entre 0 y 3 (baja adhesión), un 44,61% de los hombres y un 39,68% de las mujeres obtienen una puntuación entre 4 y 5 (adhesión

media) y un 37,93% de los hombres y un 35,29% de las mujeres obtienen una puntuación de 6 a 9 (alta adhesión). Las puntuaciones más elevadas se objetivan en el medio urbano y se observan diferencias significativas según grupos de edad, sobre todo entre las mujeres (el 41,18% de las encuestadas entre 15 y 24 años presentan baja adhesión). También se observa que la cifra de adhesión va aumentando conforme aumenta la edad de los sujetos.

Diversos estudios relacionan la adherencia a la dieta mediterránea con menores tasas de mortalidad total, así como en la incidencia de enfermedades coronarias y ciertos tipos de cáncer.

Actividades relacionadas con la alimentación

La Junta de Castilla y León, las Diputaciones y varios de los Ayuntamientos más poblados de la región mantienen una cooperación para la promoción de la salud a través la actividad física. La Consejería de Sanidad y varios de los municipios castellanos y leoneses de más de 20.000 habitantes realizan mediante estos convenios diferentes actividades y programas que ofertan a sus vecinos: actividades físicas, rutas urbanas a pie o caminatas. Estos convenios se han realizado hasta el año 2011.

El objetivo es promover una actividad física beneficiosa para la salud que contribuya además a la relación personal, con una periodicidad semanal o a lo largo de un período temporal que garantice que sea su útil para los participantes.

Convenios entre Consejería de Sanidad y <u>Ayuntamientos</u> para la realización de programas sobre Actividad física y Alimentación saludable								
Proyectos y aportación económica								
	2008		2009		2010		2011	
	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD	AYTO	SANIDAD
ARANDA DE DUERO	sd	7.500	1.000	7.500	1.000	7.500	1.000	7.500
ÁVILA	sd	7.500	4.210	7.500	4.210	7.500	4.210	7.500
BENAVENTE	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
BURGOS	sd	7.500	11.800	7.500	20.500	7.500	13.000	7.500
LEÓN	sd	7.500	4.000	7.500	4.000	7.500	1.000	7.500
MEDINA DEL CAMPO	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
LAGUNA DE DUERO	sd	7.500	400	7.500	--	--	400	7.500
MIRANDA DE EBRO	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
PONFERRADA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
SALAMANCA	sd	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
SEGOVIA	sd	7.500	5.625	7.500	610	5.490	500	7.500
SORIA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
VALLADOLID	--	--	--	--	--	--	400	6.000
ZAMORA	sd	7.500	500	7.500	500	7.500	500	7.500
Financiación (€)	sd	97.500	36.635	90.000	39.920	80.490	30.110	96.000
Total (€)		97.500		126.635		120.410		126.110

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013.
sd = sin datos

Convenios entre Consejería de Sanidad y <u>Diputaciones</u> para la realización de programas sobre Actividad física y alimentación saludable								
Proyectos y aportación económica								
	2008		2009		2010		2011	
	DIP	SAN	DIP	SAN	DIP	SAN	DIP	SAN
ÁVILA	sd	7.500	400	7.500	400	7.500	400	7.500
LEÓN	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
SEGOVIA	sd	7.500	8.500	7.500	7.500	7.500	400	7.500
SORIA	sd	7.500	--	--	--	--	--	--
ZAMORA	--	--	500	7.500	500	7.500	500	7.500
Financiación (€)	sd	30.000	9.400	22.500	8.400	22.500	1.300	22.500
Total (€)		30.000		31.900		30.900		23.800

Fuente: DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2013.
sd = sin datos

Evaluación: El objetivo se considera **parcialmente conseguido** ya que a pesar de que una buena proporción de la población realiza una dieta equilibrada, el descenso en el consumo de fruta, el aumento en el consumo de carne y la disminución del consumo de pescado refleja cierta tendencia a desequilibrar las proporciones de la dieta mediterránea.

OE-197: Mejorar en la población general la identificación y la práctica de una alimentación diaria equilibrada y saludable

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
Consumo diario de fruta (%)	79,47	75,36	-4,11	No conseguido
Consumo diario de verduras y hortalizas (%)	35,92	49,31	+13,39	Conseguído
Consumo de legumbres 1 ó 2 días/sem (%)	48,31	61,54	+13,23	Conseguído
Consumo de pasta, arroz y patatas 3 ó más veces/sem (%)	59,16	55,11	-4,05	Conseguído
Consumo de carne 3 ó más veces/sem (%)	53,94	55,66	+1,72	No conseguido
Consumo de pescado 3 ó más veces/sem (%)	45,72	37,66	-8,06	No conseguido

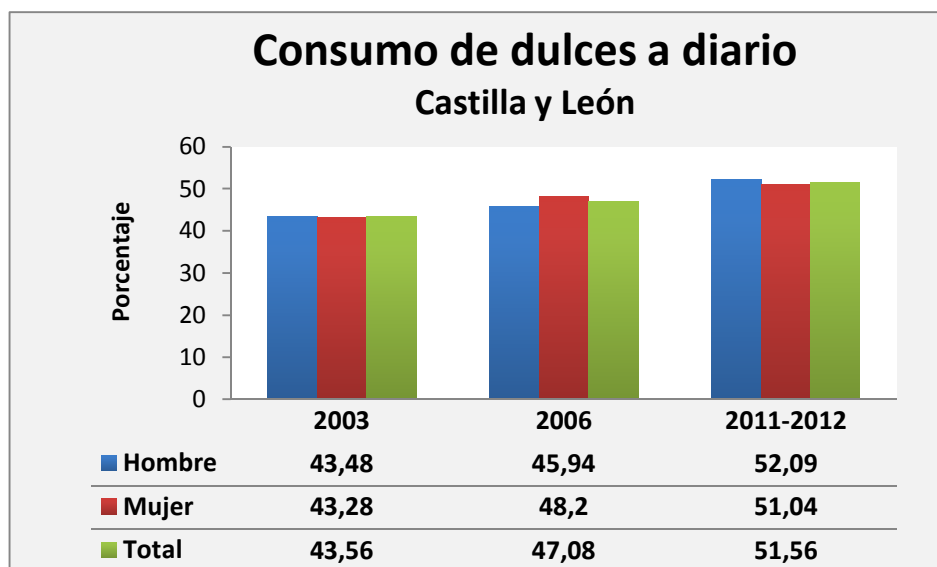
OE-198: Reducir el consumo habitual de alimentos hipercalóricos, grasos y salados.

INDICADOR: Prevalencia personas consumen habitualmente alimentos hipercalóricos y salados.

M346: Medidas de apoyo institucional a los establecimientos de restauración que apliquen medidas efectivas de alimentación saludable.

M350: Limitar la oferta de productos hipercalóricos en los centros de enseñanza.

Según las ENSE, el consumo diario de **dulces** (galletas, mermeladas, bollería, caramelos, cereales con azúcar,...), **ha aumentado** en Castilla y León (2003: 43,56 % y 2012: 51,56%). No hay diferencias significativas entre sexos. En España, su consumo ha descendido (2003: 34,07; 2012:31,43%).

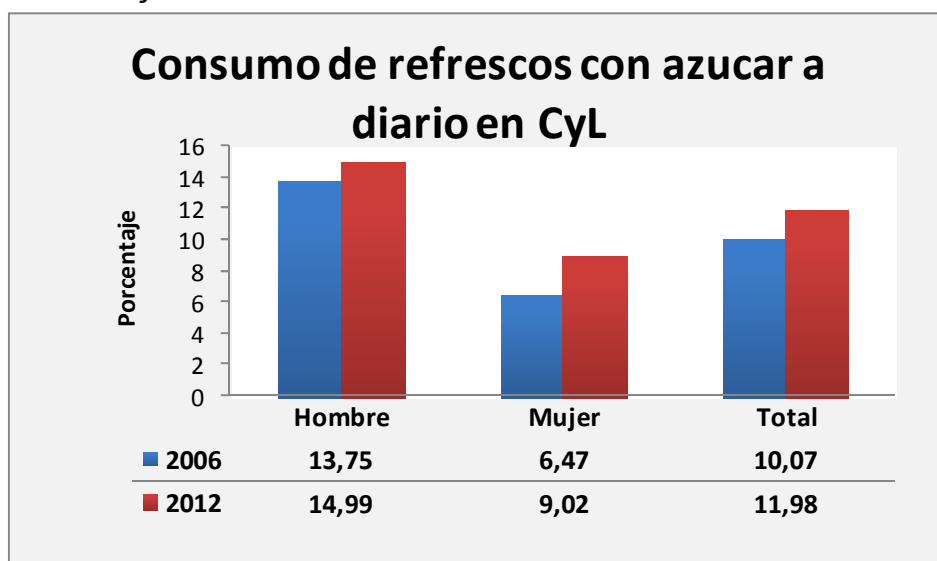


Fuente: INE. ENS 2006 y 2011-2012

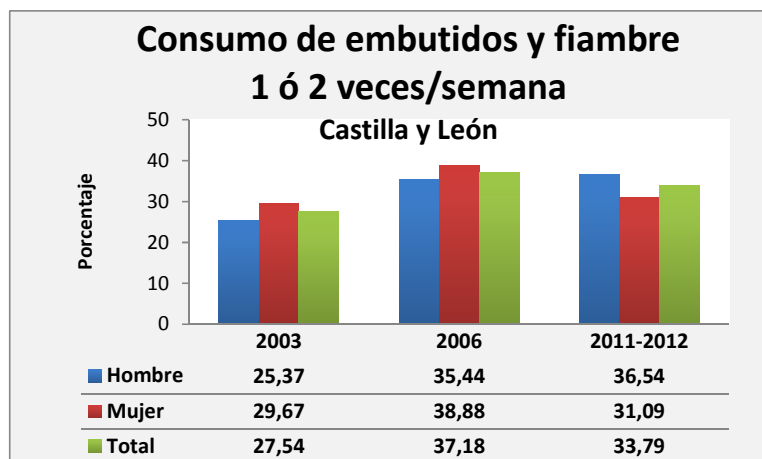
Consumo de dulces a diario en España y Castilla y León. Población de 1 año y más			
	2003	2006	2011-2012
Castilla y León	43,56	47,08	51,56
España	34,07	36,45	31,43

Fuente: INE. ENS 2003, 2006 y 2011-2012

En el caso de los **refrescos con azúcar**, su consumo **ha aumentado** ligeramente (2006: 10,07%; 2012: 11,98%). Los hombres (14,99% en 2012) consumen más que las mujeres (9,02% en 2012), aunque se ha producido un aumento mayor en la proporción de mujeres.



El consumo de **embutidos y fiambre** en Castilla y León tiene una **tendencia decreciente**, con respecto a 2006, por la disminución del consumo en mujeres, (2006: 37,18%: 2012: 33,79%) y es más elevado que en España (2012: 27,89%) donde su consumo se mantiene en proporciones similares a 2003 (27,10%).

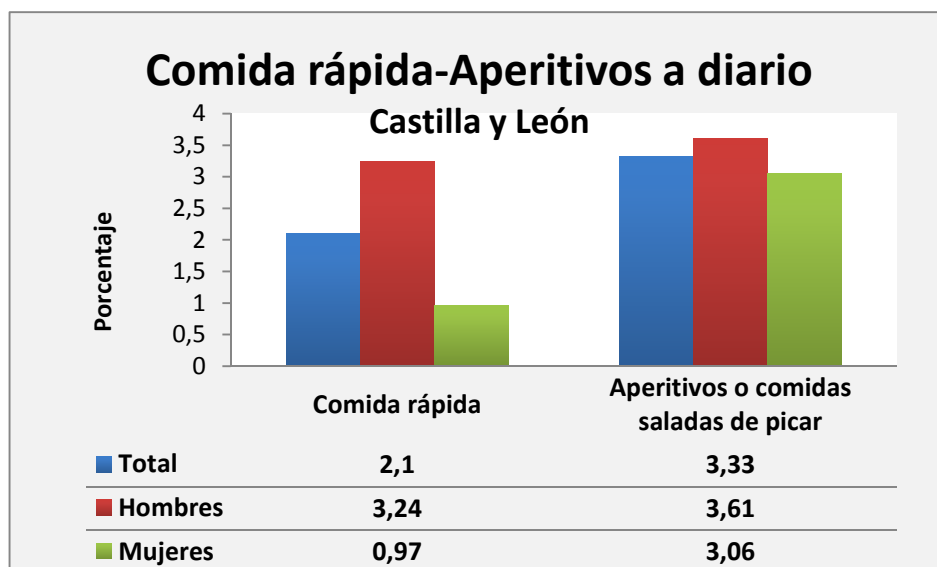


Fuente: INE. ENS 2003, 2006 y 2011-2012

	Consumo de embutidos y fiambres 1 ó 2 veces/semana en España		
	2003	2006	2011-2012
Hombre	25,38	26,02	27,42
Mujer	28,78	28,53	28,36
Total	27,10	27,29	27,89

Fuente: INE. ENS 2003, 2006 y 2011-2012

Según la ENSE 2011-12 el consumo diario de **comida rápida** en Castilla y León es similar al de España (Castilla y León: 2,10%; España: 2,07%) y es más elevado en los hombres. Según la misma encuesta, **el consumo de aperitivos** a diario es **más elevado** en Castilla y León (3,33%) que en España (1,83%) y también es más elevado en los hombres.



Fuente: INE. ENS 2011-2012

Evaluación: El consumo de productos hipercalóricos (dulces, refrescos con azúcar, embutidos y fiambres, comida rápida y aperitivos), tiene una tendencia ascendente, por tanto, el objetivo se considera **no conseguido**.

OE-198: Reducir el consumo habitual de alimentos hipercalóricos, grasos y salados

	2006	2011-2012	DIF	EVALUACIÓN
Consumo de dulces (%)	43,56	51,56	+8,00	No conseguido
Consumo de refrescos con azúcar (%)	10,07	11,98	+1,91	No conseguido
Consumo de embutido y fiambre 1 ó 2 veces/sem (%)	27,54	33,79	+6,25	No conseguido

RESUMEN GLOBAL

El III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012, que se aprobó por Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre, incluye 16 áreas de actuación, 52 objetivos generales, 198 objetivos específicos y 350 medidas o intervenciones. El Plan ha marcado las líneas a seguir en la política sanitaria para mejorar los resultados y las tendencias de salud de la ciudadanía, modificando el curso negativo para algunos problemas de salud y manteniendo los niveles satisfactorios alcanzados en otros.

El proceso de evaluación ha sido realizado siguiendo las pautas marcadas en el propio Plan a través de la medición y análisis de los indicadores fijados para cada objetivo a partir de las fuentes de información establecidas.

Un hecho a tener en cuenta en la evaluación final del III Plan de Salud, es que la implantación de algunas medidas y objetivos se han visto afectados por la situación de crisis económica que, temporalmente, ha coincidido prácticamente con todo el periodo de vigencia del Plan de salud, y muy especialmente a partir del año 2010. Sin duda, este contexto socioeconómico ha marcado, y mucho, las actuaciones a llevar a cabo, con evidentes limitaciones presupuestarias para abordar nuevas acciones y con el consiguiente esfuerzo para minimizar sus efectos en los resultados finales en salud.

Objetivos Generales

En la fase final se han evaluado los objetivos generales ya que estos no se someten a evaluaciones parciales, pues por su propia definición, apenas serían apreciables los cambios ocurridos en periodos intermedios.

Los objetivos generales están diseñados para medir resultados en salud fijando las tendencias esperadas al final del periodo de vigencia, midiéndose en términos de mortalidad, incidencia o prevalencia.

De los 52 objetivos generales recogidos en el Plan se han evaluado el 96%. De ellos se ha conseguido el 56%, parcialmente conseguidos el 30% y no conseguidos, el 14%.

**El 86 % de los OBJETIVOS GENERALES
EVALUADOS
CONSEGUIDOS o PARCIALMENTE CONSEGUIDOS**

OBJETIVOS GENERALES		
	Objetivos	%
TOTAL	52	100
EVALUADOS	50	96
NO EVALUABLES	2	4
EVALUADOS	50	100
CONSEGUIDOS	28	56
PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	15	30
NO CONSEGUIDOS	7	14
CONSEGUIDOS + PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	43	86



Objetivos Específicos

La evaluación de los objetivos específicos ha sido más dinámica, con una evaluación intermedia que ha permitido el seguimiento del Plan. Son 198 los objetivos específicos identificados, que en conjunto llevan asociados 350 intervenciones concretas en la prestación de los procesos o servicios sanitarios, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y las acciones intersectoriales.

De los 198 objetivos específicos se han evaluado 190 (el 96%). De los evaluados, se ha conseguido el 54% de los objetivos, un 35% están parcialmente conseguidos y un 11% no se ha conseguido.

**El 89 % de los OBJETIVOS ESPECÍFICOS
EVALUADOS
CONSEGUIDOS O PARCIALMENTE CONSEGUIDOS**

OBJETIVOS ESPECIFICOS		
	Objetivos	%
TOTAL	198	100
EVALUADOS	190	96
NO EVALUABLES	8	4
EVALUADOS	190	100
CONSEGUIDOS	103	54
PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	67	35
NO CONSEGUIDOS	20	11
CONSEGUIDOS + PARCIALMENTE CONSEGUIDO	170	89



Problemas de salud y factores de riesgo

El III Plan de salud identificó y priorizó 16 problemas de salud, con el nivel suficiente de definición para que su abordaje pudiera ser completo y específico.

	PROBLEMAS DE SALUD					
	OBJETIVOS GENERALES			OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	TOTAL	C+PC	%	TOTAL	C+ PC	%
INSUFICIENCIA CARDIACA	3	2	66	6	3	50
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA-SÍNDROME CORONARIO AGUDO	4	4	100	13	12	92
ICTUS	4	3	75	7	7	100
CÁNCER DE MAMA	3	3	100	12	11	92
TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS	4	2	50	9	8	89
CÁNCER DE COLON	3	2	66	10	8	80
DIABETES MELLITUS	3	3	100	8	7	87
EPOC	4	4	100	11	12	80
DEPRESIÓN	3	2	67	10	9	90
SÉPSIS, INFECCIÓN GRAVE E INFECCIÓN NOSOCOMIAL	4	3	75	13	11	85
DOLOR: PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR	3	3	100	10	9	90
ACCIDENTES DE TRÁFICO	3	3	100	12	10	84
SALUD EN EL ENTORNO LABORAL	5	4	80	15	15	100
SEGURIDAD ALIMENTARIA	1	1	100	4	4	100
SALUD AMBIENTAL	1	1	100	5	5	100
DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD	4	4	100	21	20	95

Junto con los problemas de salud se han analizado también sus factores de riesgo (hipertensión, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, hipercolesterolemia), de forma separada de cada problema de salud.

	FACTORES DE RIESGO		
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	TOTAL	C+PC	%
TABACO	5	5	100
ACTIVIDAD FÍSICA	10	7	70
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3	3	100
HIPERLIPEMIA	5	5	100
OBESIDAD	2	2	100
ALCOHOL Y DROGAS	4	3	75
ALIMENTACIÓN	3	2	67

DEFINICIÓN DEL GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS

Objetivo conseguido: cuando los cambios se han logrado en un porcentaje igual o **superior al 90%** de lo esperado.

Objetivo parcialmente conseguido: cuando se han producido cambios en la tendencia esperada que **alcanzan, al menos, un nivel del 50%** de lo que se pretendía.

Objetivo no conseguido: cuando no se ha alcanzado el logro previsto o está **por debajo del 50%** de lo que se pretendía.

Objetivo no evaluable: cuando la información disponible sobre el objetivo no es suficiente o no es válida para evaluar ese objetivo.

Objetivo sin datos: cuando no hay información que permita evaluar el estado del objetivo.