Evaluación del III Plan de Salud

Castilla y León

2008-2012

RESUMEN

Junta de Castilla y León

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 coincido 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

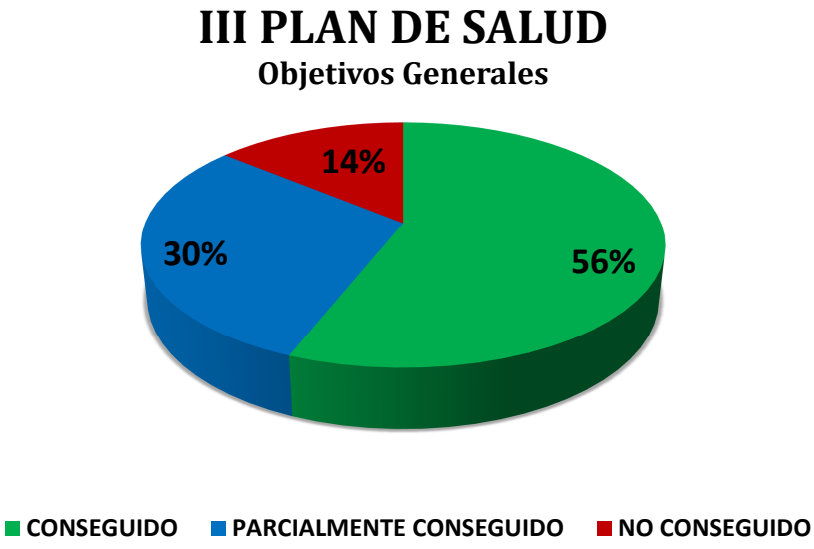
En la fase final se han evaluado los objetivos generales ya que estos no se someten a evaluaciones parciales, pues por su propia definición, apenas serían apreciables los cambios ocurridos en periodos intermedios.

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 50, el 96%. De ellos, se han conseguido el 56%, parcialmente conseguidos el 30% y no conseguidos, el 14%.

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**

El 86 % de los OBJETIVOS GENERALES EVALUADOS CONSEGUIDOS o PARCIALMENTE CONSEGUIDOS



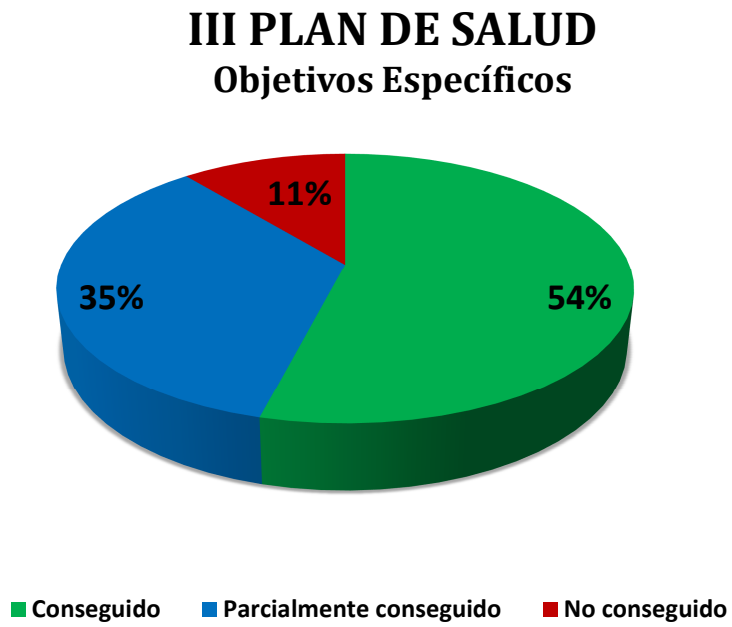
Objetivos Específicos

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.

Se ha evaluado el 96% de los objetivos específicos. De los evaluados, se ha conseguido el 54% de los objetivos, un 35% están parcialmente conseguidos y un 11% no se han conseguido.

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 CONSEGUIDOS	**170**	**89**

El 89 % de los OBJETIVOS ESPECÍFICOS EVALUADOS CONSEGUIDOS O PARCIALMENTE CONSEGUIDOS



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
CARDIPATÍA 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.

PROBLEMAS DE SALUD

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 cardiaca. 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.

1. INSUFICIENCIA CARDIACA

La Insuficiencia Cardiaca (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 Cardiaca pretenden asegurar el adecuado seguimiento de estos pacientes, evitando descompensaciones de la enfermedad e ingresos innecesarios. Se han establecido Unidades/Consultas especializadas en Insuficiencia Cardiaca 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 cardiaca garantizando el acceso en todas las áreas.

INSUFICIENCIA CARDIACA

Objetivos Generales

Objetivos Específicos

2. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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.

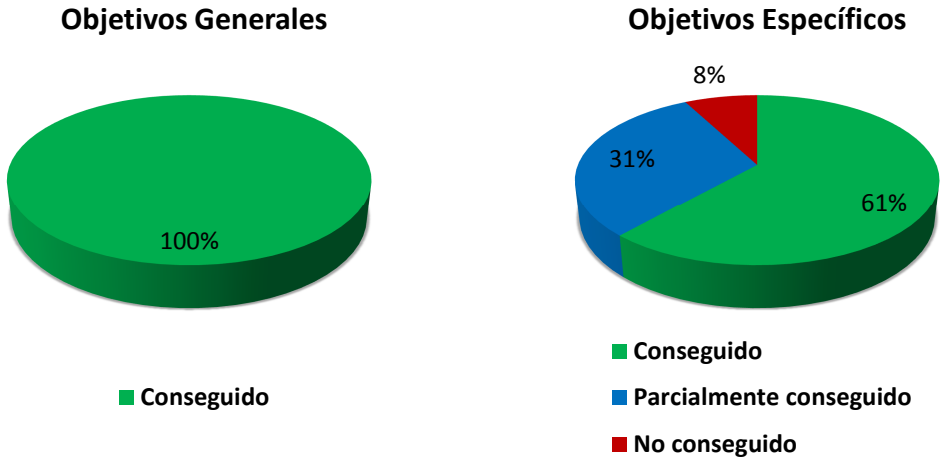
En cuanto a los tratamientos intrahospitalarios, se ha mantenida la actividad tanto en hemodinámica diagnóstica como terapéutica, ha disminuido la mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria y ha disminuido el porcentaje de reingresos.

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 61% conseguidos, 31% parcialmente conseguidos y 8% no conseguidos.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA-SÍNDROME CORONARIO AGUDO



3. ICTUS

La tasa de hospitalización por ECV 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.

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".

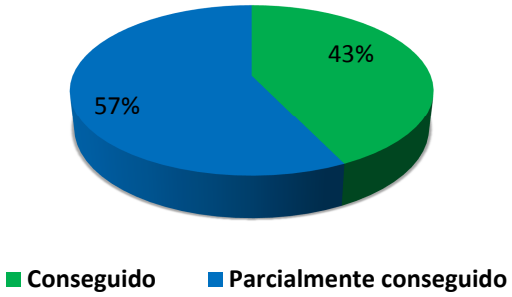
Así mismo, se ha realizado y pilotado el proceso "Atención al Accidente cerebrovascular agudo", se ha establecido el plan de cuidados al alta en todos los centros hospitalarios y se ha firmado un Convenio de colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales que permite prestar cuidados sanitarios de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

ICTUS

Objetivos Generales

Objetivos Específicos



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.

4. CÁNCER DE MAMA

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

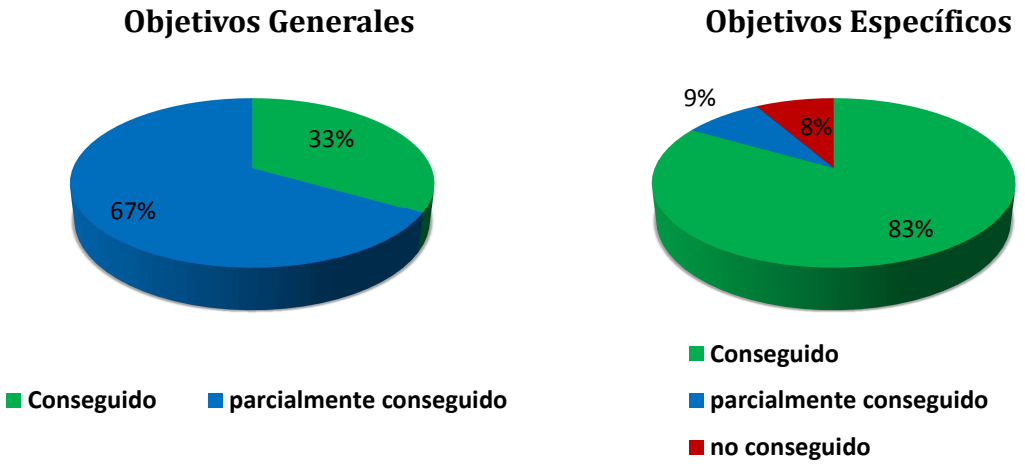
diagnóstico-terapéutico, que no alcanza el estándar fijado por el Plan, según la fuente analizada.

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 incremento 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



5. TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS

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.

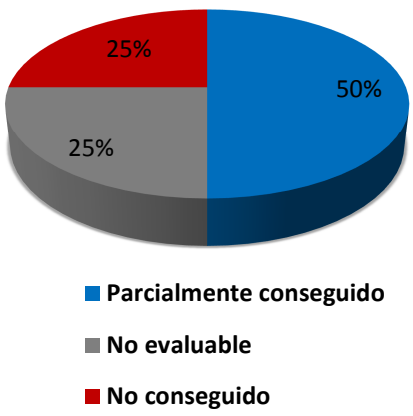
Los recursos en el ámbito de cuidados paliativos también se han visto reforzados en los últimos años, con 78 camas en la UHCP, equipos de soporte domiciliario o la hospitalización a domicilio. Entre los retos futuros está la elaboración del proceso asistencial integrado de cuidados paliativos y la creación 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.

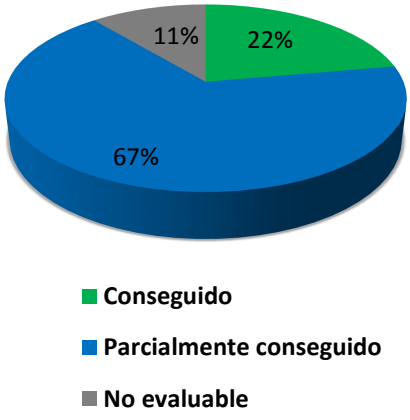
El grado de consecución de los objetivos generales es del 50% parcialmente conseguido, 25% no evaluables y 25% no conseguidos. En cuanto a los objetivos específicos un 22% de conseguidos, el 67% de parcialmente conseguidos y un 11% no evaluables.

TUMOR MALIGNO DE PULMÓN, TRÁQUEA Y BRONQUIOS

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



6. CÁNCER COLORRECTAL

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.

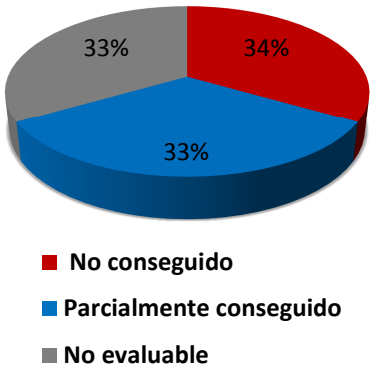
En Castilla y León, se ha establecido normativamente un plazo de demora máxima para cirugía oncológica junto con un sistema de garantías que asegure su cumplimiento.

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.

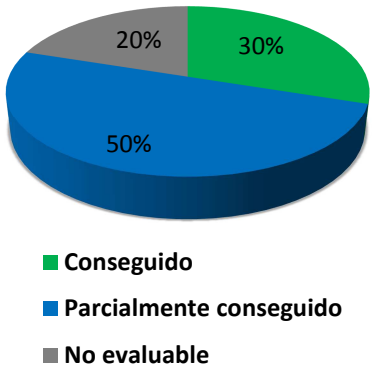
El grado de consecución de los objetivos generales es el 33% parcialmente conseguidos, 33% no evaluables y 34% no conseguidos. Los objetivos específicos conseguidos en un 30%, parcialmente conseguidos el 50% y no evaluables un 20%.

CÁNCER COLORRECTAL

Objetivos Generales



Objetivos Específicos



7. DIABETES MELLITUS

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.

La disminución de la tasa de incidencia de Diabetes Mellitus ha sido mayor de la estimada en el momento de la elaboración del Plan.

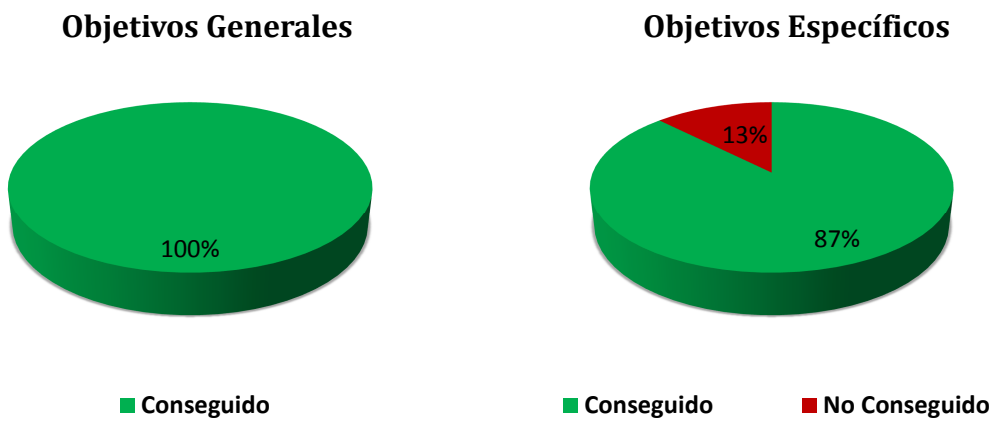
La tasa de mortalidad prematura, por debajo del objetivo marcado, indica buen manejo del tratamiento de la diabetes y por tanto un mejor control de los pacientes diagnosticados. Esto se refleja en que se reducen los ingresos hospitalarios, buen control de las complicaciones y los factores de riesgo en el nivel primario de asistencia. Se crea la Guía de actuaciones para la adaptación a Castilla y León de la Estrategia de Diabetes del SNS.

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. Mejora el control de las complicaciones como la retinopatía diabética, de las complicaciones cardiovasculares o del pie diabético.

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 de un 100% de los objetivos generales y el 87% de los específicos.

DIABETES MELLITUS



8. EPOC

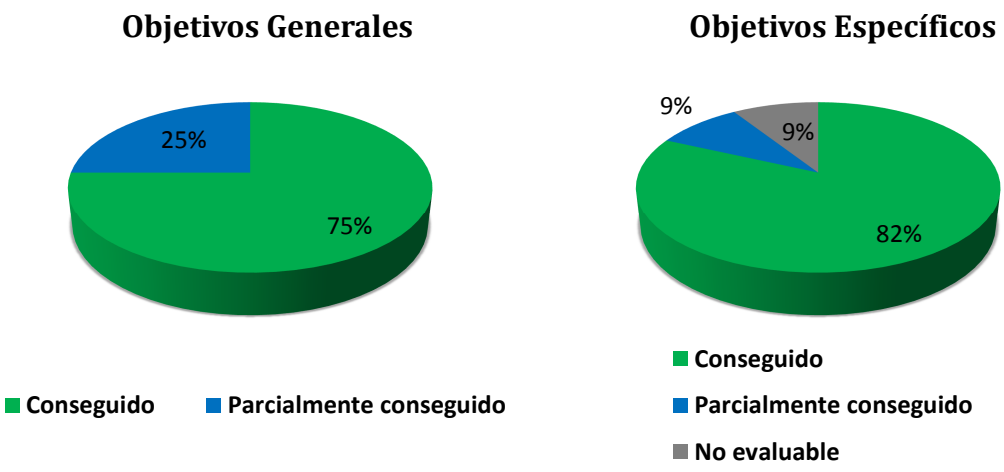
Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte en nuestra comunidad. Entre ellas es la **EPOC** la causa más importante, relacionada directamente con el consumo de tabaco y el envejecimiento de la población. El descenso del consumo diario de tabaco y un mejor control de la enfermedad 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, aunque en hombres la morbilidad sigue siendo cinco veces superior.

Mejoran los resultados de la prevención precoz 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



9. DEPRESIÓN

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 está disminución es más visible en los hombres mientras que en las mujeres se mantienen estables.

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.

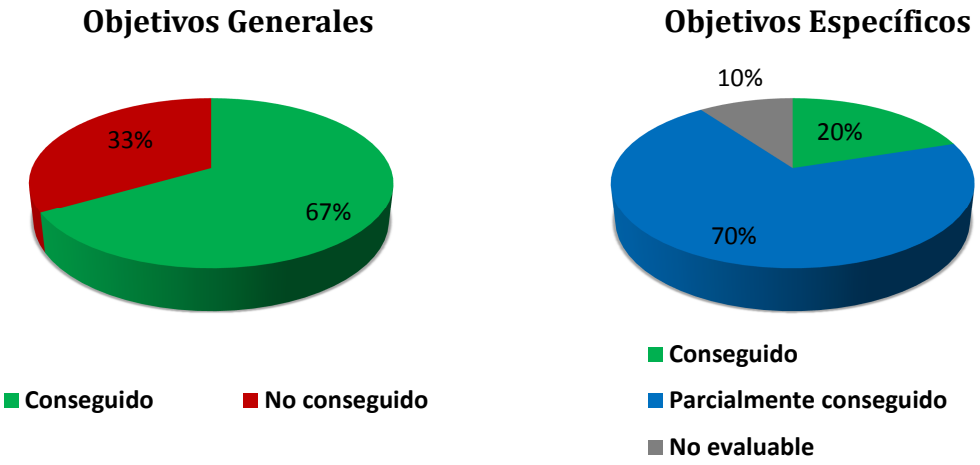
En cuanto al diagnóstico precoz de la depresión cabe destacar que en el ámbito de Atención Primaria, son varios los servicios de cartera que incluyen una valoración específica del estado afectivo enfocado a la detección precoz de problemas en determinados grupos de riesgo. En el caso de las mujeres se 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 específicos 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 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



10. SEPSIS

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, aunque el número de fallecimientos sigue siendo importante.

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.

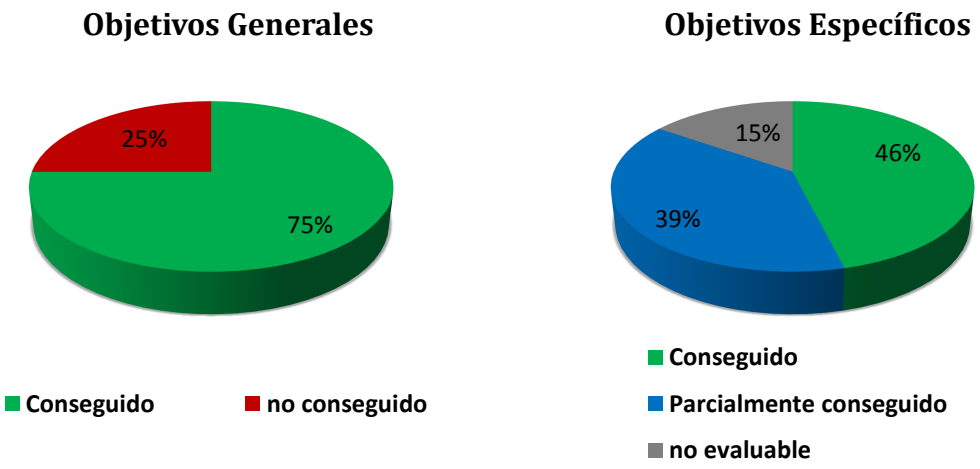
Aún quedan cosas por hacer como la implantación del Código Sepsis en todos los hospitales o la Estrategia Regional de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial.

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, MedoraCyL.

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



12. DOLOR

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 patología 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.

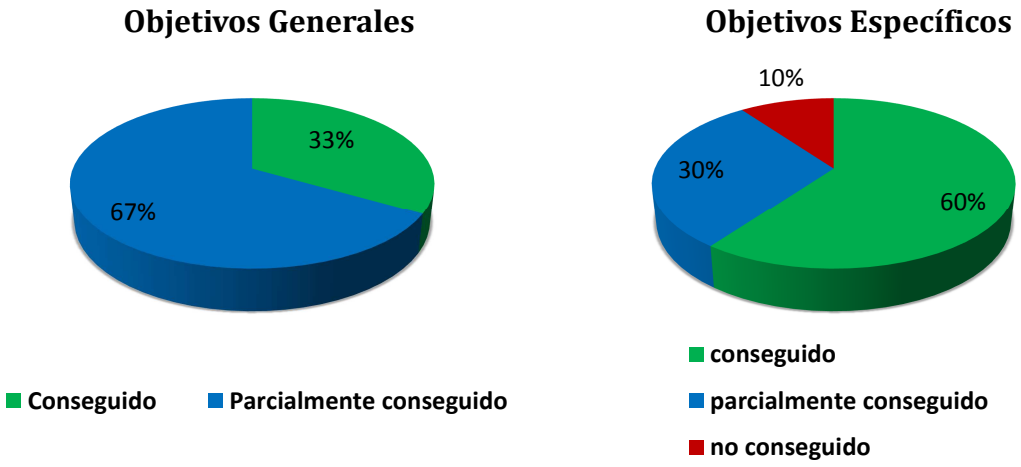
Para la prevención de patologías osteoarticulares, desde la Junta de Castilla y León se han financiado actividades dirigidas a la promoción de la práctica del ejercicio físico en todas las edades, bien mediante la convocatoria de ayudas económicas para proyectos en centros escolares bien mediante convenios 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

llevadas 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 resolutiva 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



13. ACCIDENTES DE TRÁFICO

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. En cuanto a la valoración por APVP, se confirma 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.

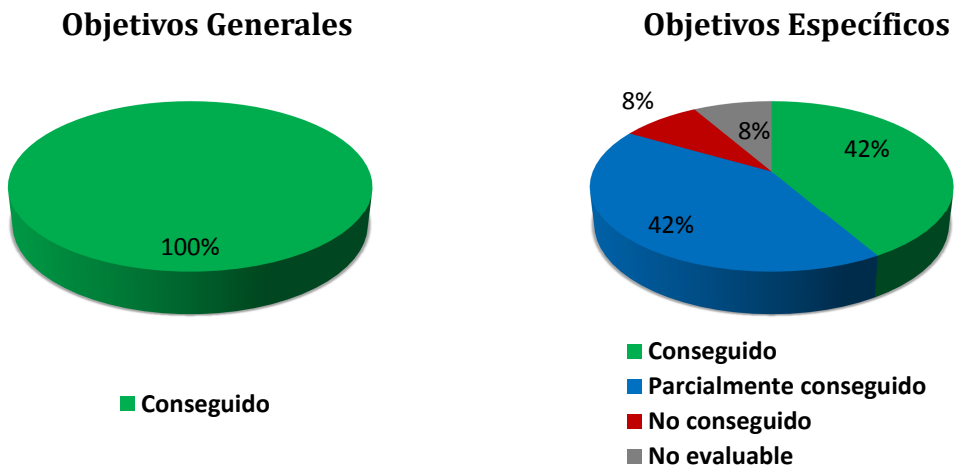
El tiempo medio de respuesta en atención urgente, está por encima de los 15 min., tiempo que se marcó para conseguir una buena asistencia y que por tanto habrá que mejorar en el futuro.

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. 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



14. SALUD EN EL ENTORNO LABORAL

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 no son, o al menos no tienen por qué ser, factores coyunturales y por tanto, 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 si 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, cambios en la tipología de los trabajos o una mayor sensibilidad en los sistemas de registro.

Se observa un elevado grado de consecución de los objetivos relacionados con otros planes dependientes de la Consejería de Economía y Empleo y que están relacionados con la política de Prevención de Riesgos Laborales.

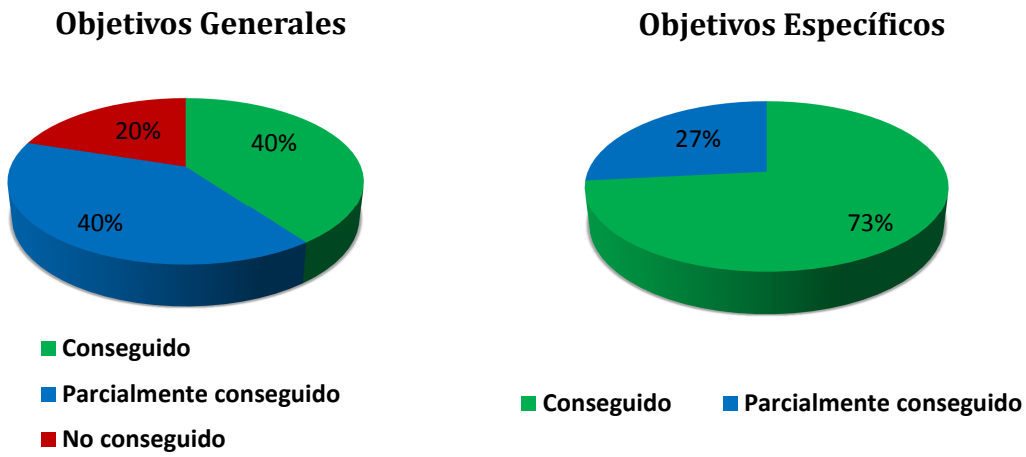
Así mismo también se ha conseguido, en buena medida, los objetivos que se diseñaron en la línea de trabajo de la vigilancia de salud de los trabajadores como es, mejora de la cobertura de vigilancia y la creación de una Guía de buenas prácticas en esta materia.

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 han desarrollado los sistemas de información en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y esto 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 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 del 73% conseguidos en su totalidad y otro 27% parcialmente conseguido.

SALUD EN EL ENTORNO LABORAL



15. SEGURIDAD ALIMENTARIA y SANIDAD AMBIENTAL

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:

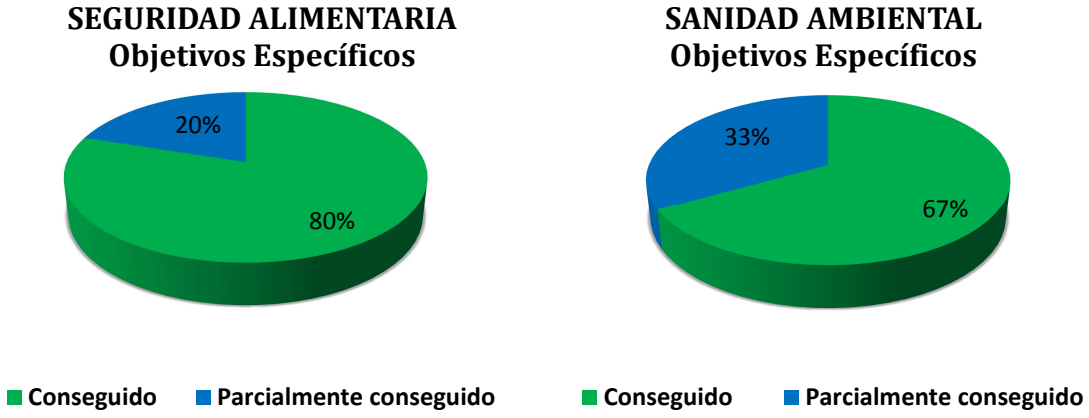
- La mejora del control oficial mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).
- Realización de auditorías como sistemas de evaluación de las actuaciones de control que permiten conocer la situación real, los puntos débiles y fuertes del sistema.
- La mejora de la seguridad 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 80% de los objetivos está cumplido y el otro 20%, parcialmente conseguido.

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 Castila 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 67% de los objetivos está conseguido y el 33% parcialmente conseguido.



16. DEPENDENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD

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).

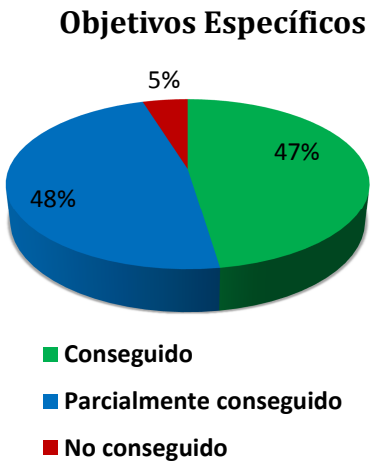
No se ha elaborado la Estrategia de Atención Sanitaria Geriátrica por razones presupuestarias.

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 y tienen un alto grado de consecución.

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



FACTORES DE RIESGO

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.

1. TABACO

Relacionado con los problemas de salud recogidos en el Plan están los factores de riesgo como 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, retasar la edad de comienzo, evitar la exposición al aire contaminado por el huno 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 tanto en hombres como en mujeres. 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.

2. ALCOHOL Y DROGAS

El consumo abusivo de alcohol y de drogas ilegales constituye uno de los problemas de repercusión directa en la salud tanto física como mental, además de constituir el gran riesgo que tienen estas conductas en la conducción de vehículos e incluso en el ámbito de la salud laboral.

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. Los episodios de urgencia relacionados con el alcohol aumentan y es más frecuente en personas menores de 18 años. La edad de comienzo de consumo se mantiene estable en torno a los 13,5 años.

El porcentaje de consecución de los objetivos es del 50% conseguido, 25% parcialmente conseguido y 25% no conseguido.

3. ACTIVIDAD FÍSICA y ALIMENTACIÓN

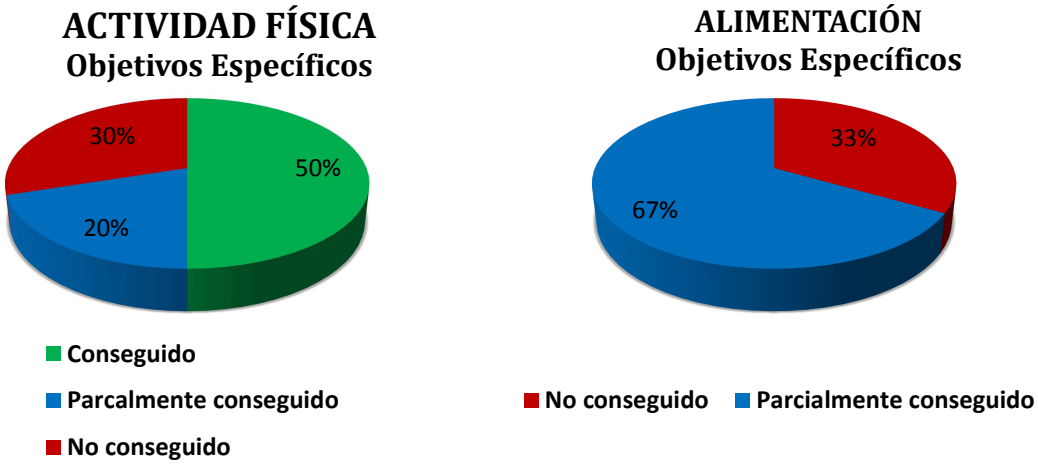
Del análisis se desprende que los objetivos que hacen referencia a la actividad física que realiza la población relacionados no se han conseguido tanto en los adultos como en la población infantil, sin embargo los objetivos que hacen referencia a las actividades de promoción de la salud y que están promovidas por las Administraciones si tienen buen resultado en cuanto al grado de consecución.

Por otra parte existe una tendencia creciente hacia el consumo de alimentos hipercalóricos y por tanto un desequilibrio en la dieta mediterránea.

Tanto la alimentación como la actividad física se consideran dos determinantes primarios de la salud y 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 dependen no sólo de la política sanitaria sino que están también implicadas, de forma trasversal, otras Administraciones. La tendencia en la población no es buena, tanto en la actividad física como en la 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 sobre grupos de edad de riesgo, como la infancia y adolescencia.

El porcentaje de consecución de los objetivos para la actividad física es de 50% conseguido, 20% parcialmente y 30% no conseguido. En la alimentación conseguidos un 33% y parcialmente el 67% de los objetivos.



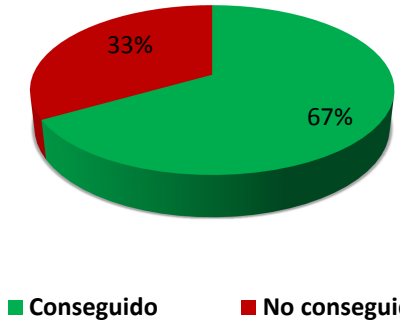
4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL- HIPERLIPEMIA- OBESIDAD

Hipertensión arterial: En cuanto a la evaluación de este problema de salud 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. Se ha mejorado el control de las personas diagnosticadas y por tanto aumentan las que mantienen las cifras en valores normales. El porcentaje de consecución de los objetivos es de 67% conseguido y 33% parcialmente conseguidos.

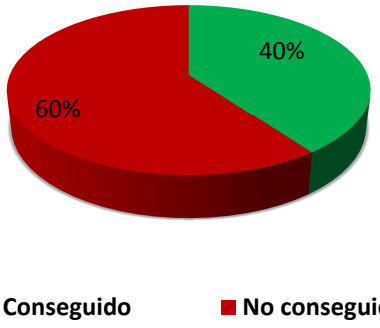
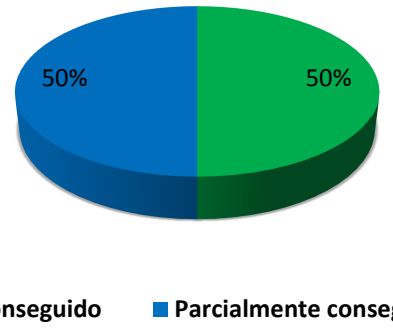
Hiperlipemia: Se ha conseguido mejorar la prevención de hiperlipemia tras la puesta en marcha del Programa de Detección Precoz de la Hipercolesterolemia Familiar así como se ha observado un aumento progresivo en los tres años estudiados, del porcentaje de personas con factores de RCV, a los que se les hace una determinación de colesterol, según el Servicio de Actividades preventivas en el Adulto. Sin embargo la prevalencia de la hiperlipemia ha aumentado. El porcentaje de consecución de los objetivos es de 60% no conseguido y 40% conseguidos.

Obesidad: En cuanto a la población de adultos, 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. El porcentaje de consecución de los objetivos es del 50% conseguidos en su totalidad y 50% parcialmente conseguidos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Objetivos Específicos



HIPERLIPEMIA
Objetivos Específicos



OBESIDAD
Objetivos Específicos