



# IV PLAN DE SALUD CASTILLA Y LEÓN

PERSPECTIVA 2020





**Edita:** Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. 2016

**Coordina:** Dirección General de Investigación, Innovación e Infraestructura. Dirección General de Asistencia Sanitaria

**Diseño y maquetación:** Ernesto Mitre

# IV Plan de Salud de Castilla y León

Perspectiva 2020





## Presentación

El derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española implica un requerimiento a la sociedad en general para que se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas en su doble vertiente individual y colectiva, intentando alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población, tarea esta que han de asegurar y mejorar los poderes públicos.

En nuestra Comunidad Autónoma la asunción de las competencias en la gestión sanitaria ha supuesto un punto de inflexión en la formulación de unas políticas de salud que garanticen la calidad técnica y ética de los servicios y la equidad y la participación social de las instituciones sanitarias, en un intento de reducir las desigualdades en salud.

Sobre estas premisas se diseña el IV Plan de Salud de Castilla y León como instrumento estratégico superior para la planificación y dirección del Sistema de Salud de Castilla y León, el cual no solo consolida nuestro sistema público de salud, basado en la universalidad, la equidad, la financiación pública y la concepción integral de la salud, sino que además profundiza en los principios en los que basamos nuestra actuación política, la transparencia, la eficiencia, la calidad, la sostenibilidad y la participación.

La mejora en los determinantes que afectan a la salud, la promoción de la misma, la prevención de enfermedades, la implicación de las personas en el mantenimiento de su propia salud, todo ello, sin olvidar aspectos más asistenciales relacionados con problemas concretos de salud vinculados al diagnóstico, la curación, la rehabilitación o los cuidados paliativos, son aspectos en los que pone énfasis el IV Plan.

Se contempla, además, en su desarrollo, dar visibilidad a aquellas situaciones que con mayor probabilidad pueden producir inequidad, como las discapacidades o la exclusión social. Igualmente el enfoque sistemático de género es una constante en todo el plan, desde el análisis de salud inicial a las intervenciones que se derivan de éste.

Este ambicioso Plan de Salud en definitiva, pretende garantizar una atención sanitaria de calidad y equitativa que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de toda la población.

**Antonio María Sáez Aguado**

Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León







# Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	11	5. Resultados en salud.....	57
II. LA MISIÓN Y LOS PRINCIPIOS.....	13	5.1 Percepción del estado de salud.....	57
III. MARCO LEGAL Y REFERENCIAS.....	15	5.2. Esperanza de vida.....	57
IV. METODOLOGÍA.....	17	5.3. Estilos de vida.....	58
V. EVALUACIÓN DEL III PLAN DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.....	19	5.4. Programas de prevención.....	62
VI. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN.....	23	5.5. Morbilidad.....	66
1. La población.....	23	5.6. Mortalidad.....	71
1.1. Natalidad y fecundidad.....	24	5.7. Análisis de problemas de salud específicos.....	76
1.2. Mortalidad.....	25	5.8. Satisfacción de las personas usuarias.....	83
1.3. Evolución de la población de Castilla y León. Saldo vegetativo y migratorio. Proyecciones de población.....	28	Índice de figuras y tablas.....	84
2. Situación económica y social.....	29	VII. ÁREAS DE INTERVENCIÓN.....	89
2.1. Situación económica.....	29	Área 1. Equidad y salud en todas las políticas.....	93
2.2. Situación laboral.....	31	Área 2. Proteger la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario.....	101
2.3. Condiciones de vida.....	35	Área 3. Promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones.....	111
2.4. Educación.....	40	Área 4. Disminuir la carga de enfermedad.....	121
2.5. El sistema de acción social.....	42	Área 5. Reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida.....	147
3. Seguridad alimentaria y Sanidad ambiental.....	49	VIII. EVALUACIÓN DEL IV PLAN DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.....	157
3.1. Seguridad alimentaria.....	49	IX. FINANCIACIÓN.....	175
3.2. Sanidad ambiental.....	50	Anexo 1: SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS.....	177
4. El sistema público de salud.....	53	Anexo 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	179
4.1. Recursos humanos.....	53	Anexo 3: PARTICIPACIÓN.....	186
4.2. Recursos materiales.....	54		
4.3. Actividad asistencial.....	55		
4.4. Donación y trasplantes. Hemodonación.....	56		





# Introducción

Los planes de salud son instrumentos de la política sanitaria de las comunidades autónomas que establecen, de esta manera, sus líneas prioritarias en el ámbito de la salud. Hay CCAA que no aprueban ni actualizan su plan de salud. Sin embargo, este tipo de herramientas parece de especial interés pues obliga a considerar cuáles son las prioridades sanitarias reales de una comunidad, las aprueba y las difunde entre la población.

Es difícil comprobar los resultados de un plan de salud en el corto plazo, con todo, estos documentos marcan la ruta a seguir y a medio y largo plazo sí contribuyen a conseguir avances y mejoras importantes en la salud de la población. Según la opinión de los expertos, los incrementos de super-

vivencia por cáncer o por cardiopatía isquémica se deben, en buena medida, a una planificación integral adecuada.

En la elaboración del IV Plan de Salud de Castilla y León ha habido connotaciones diferentes a las de etapas anteriores. Para encauzar adecuadamente las líneas prioritarias del nuevo plan se han tenido en cuenta el marco socioeconómico actual así como la necesidad de optimizar el trabajo y la utilización de los recursos disponibles con el fin de mejorar la productividad del sector público y conseguir los mejores resultados en la salud de la población con los presupuestos asignados.

Este plan, además, se alinea con las estrategias definidas por la OMS, especialmente las definidas en *Salud para todos en el siglo XXI*, así como con las directrices que establece, en materia de salud, la UE y las establecidas en las diferentes estrategias aprobadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Se ha tenido en cuenta especialmente el punto de vista de los determinantes sociales de la salud, el cual debe de estar presente en la política sanitaria de cualquier gobierno. El Tratado de la Unión Europea obliga a que todas las políticas europeas adopten el enfoque de la iniciativa «Salud en todas las políticas», estrategia de política transversal que introduce la mejora de la salud y la equidad en salud como objetivo compartido de todos los sectores y niveles de gobierno en la ejecución de acciones y programas no estrictamente sanitarios y que, sin embargo, tienen un impacto probado en la mejora de la salud individual y colectiva (Anexo 1).

El lema elegido para el IV Plan de Salud es el de «aumentar las oportunidades para que las personas de Casti-

lla y León alcancen su mayor potencial de salud». Y en este sentido, el Plan de Salud pone el énfasis en los determinantes sociales, en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades así como en implicar a las personas en el mantenimiento de su propia salud. Sin olvidar aspectos más asistenciales relacionados con problemas concretos de salud vinculados al diagnóstico, la curación, la rehabilitación o los cuidados paliativos.

Contempla, además, en su desarrollo dar visibilidad a aquellas situaciones que con mayor probabilidad pueden producir inequidad, como las discapacidades, la exclusión social, la situación geográfica o el origen. Igualmente el enfoque sistemático de género es una constante en todo el plan, desde el análisis de salud inicial a las intervenciones que se derivan de éste.

Una de las innovaciones de este plan con respecto a los anteriores ha sido la participación global y la transparencia tanto en el proceso de elaboración como en la fase de seguimiento, aprovechando las posibilidades que las nuevas tecnologías nos ofrecen. Con esto se pretende conseguir una interacción casi inmediata con las personas que quieran realizar aportaciones, posibilidad que hasta ahora no se había ofrecido en la comunidad para este tipo de planificación.

Por último, con este plan, se da cumplimiento a lo establecido en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, que en su Título VI, establece las disposiciones generales, contenido, elaboración y vigencia del Plan de Salud.



# 2

## La misión y los principios

### La misión del IV Plan de Salud de Castilla y León

El IV Plan de Salud es el documento que recoge las principales líneas que regirán la política sanitaria de la Junta de Castilla y León durante los próximos años y que tiene como principal objetivo «aumentar las oportunidades para que las personas de Castilla y León alcancen su mayor potencial de salud». La misión de este Plan de Salud es, por tanto, hacer efectivo el derecho a la protección integral de la salud de la ciudadanía.

El IV Plan de Salud constituye la herramienta de planificación que sirve como referencia dentro y fuera de la organización, tanto por el contenido como por su carácter dinámico e innovador, coherente con las prioridades ya establecidas por la Consejería de Sanidad, partiendo de la realidad y dentro del marco de salud europeo y de la OMS.

Es un instrumento basado en la evidencia, que pone a disposición de los profesionales las mejores opciones para incrementar la eficiencia y mejorar el servicio a la ciudadanía con los recursos disponibles. Prioriza la visión integral de la salud de las personas incluyendo la perspectiva de los determinantes sociales, y, por tanto, contempla el abordaje de la salud en todas las políticas de la Junta de Castilla y León.

### Los principios en los que se basa

En consonancia con nuestra Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, los principios en los que se basa este plan de salud son los siguientes:

1. La **UNIVERSALIDAD** de la atención sanitaria y de la salud pública prestada por el Sistema Público de Salud, que garantice la **IGUALDAD EFECTIVA** en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y la **EQUIDAD** en la asignación de los recursos a toda la población de Castilla y León.
2. La **CONCEPCIÓN INTEGRAL** de la salud teniendo en cuenta todos los factores determinantes de la misma, lo que incluye actuaciones en los campos de la promoción y la protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia y la rehabilitación.
3. La **SOLIDARIDAD** mediante la superación de las desigualdades socioeconómicas y la eliminación de los desequilibrios territoriales.
4. La **SOSTENIBILIDAD** del sistema desarrollando una financiación basada en resultados y una mayor coordinación entre sectores que busque el buen gobierno, las alianzas entre todos los actores y la responsabilidad y participación de los ciudadanos.
5. La búsqueda de la **EFICIENCIA**, utilizando las opciones más eficaces de la forma más adecuada y al menor coste posible, optimizando el rendimiento del sistema con los recursos disponibles.
6. La mejora de la **TRANSPARENCIA** en todos los procesos, con participación de la población desde el momento en que se inicia la elaboración de este plan, así como en su seguimiento y evaluación y en otros planes o proyectos que puedan derivarse de éste.
7. La **PARTICIPACIÓN** de los profesionales a través de sociedades científicas, asociaciones profesionales y colegios profesionales, para utilizar el conocimiento de los expertos, así como la de asociaciones representativas de usuarios, pacientes y familiares.
8. La **CALIDAD** de la atención que se presta, centrada en las necesidades de usuarios y pacientes, apoyando al conjunto de las profesiones sanitarias en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.





## Marco legal y referencias

### Marco Legal

1. **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.**  
En el artículo 70 establece que las comunidades autónomas aprobarán un Plan de Salud en el ámbito de sus competencias.  
En el artículo 74 dispone que el «Plan Integrado de Salud» recoja en un documento único los planes estatales, los planes de las comunidades autónomas y los planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de Coordinación General Sanitaria.
2. **Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, Planes Integrados de Salud.**  
En su Capítulo II establece el procedimiento de elaboración y seguimiento del Plan Integrado de Salud, así como el esquema general de sus contenidos.
3. **Ley 16/2003, de 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**  
Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el sistema nacional de salud, con la evolución de los planes autonómicos de salud y la formulación de los planes conjuntos y del Plan Integral de Salud.
4. **Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.**  
Establece en el Título VI las disposiciones generales, contenido, elaboración y vigencia de Plan de Salud.

### Referencias

#### Estrategias internacionales y europeas

1. **Salud para todos en el siglo XXI.** Región europea de la OMS. Es el marco político de salud para todos los países de la Región Europea de la OMS a lo largo del siglo XXI. Fue aprobada por la comunidad mundial en 1998. Establece para las dos primeras décadas del siglo XXI, las prioridades globales y diez objetivos que crearán las condiciones para que todo el mundo alcance y mantenga el mayor nivel de salud a lo largo de su vida.
2. **Reglamento por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento 2014-2020. Parlamento europeo y Consejo.** Los objetivos generales del Programa de Salud para el Crecimiento son trabajar con los estados miembros para fomentar la innovación en la asistencia sanitaria y aumentar la sostenibilidad de los sistemas de salud, mejorar la salud de la ciudadanía de la UE y protegerlos de las amenazas transfronterizas para la salud.
3. **Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015. La propuesta consiste en las recomendaciones que elaboró la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, durante la presidencia española de la Unión Europea en el año 2010.

4. **Diario Oficial de la Unión Europea.** Recomendación del Consejo, de 8 de julio de 2014, relativa al Programa Nacional de Reformas de 2014 de España por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de España para 2014

## Estrategias en salud del SNS

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado varias estrategias relacionadas con la salud y que, en su momento, fueron aprobadas en el seno del CISNS. Algunas de estas estrategias han sido revisadas y se ha actualizado su contenido. Todas ellas disponen de un comité técnico y un comité institucional en el que están representadas las CC. AA. Castilla y León tiene representantes en todas ellas. Buena parte de estas estrategias estaban contempladas, en parte, en el III Plan de Salud y sirvieron de referencia a la hora de fijar los objetivos.

- Estrategia en Ictus 2008.
- Estrategia de Atención al Parto Normal 2008.
- Estrategia en Cáncer del SNS. Actualización 2009.
- Estrategia en Salud Mental. Actualización 2009-2013.
- Estrategia en Enfermedades Raras. Actualización 2014.
- Estrategia en Diabetes. Actualización 2012.
- Estrategia en EPOC. Actualización 2014.
- Estrategia en Cuidados Paliativos. Actualización 2010-2014.
- Estrategia en Cardiopatía Isquémica 2011.
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva 2010.
- Estrategia de Abordaje a la Cronicidad 2012.
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS 2013.
- Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor 2014.
- Plan Estratégico y de Acción para Reducir el Riesgo de Selección y Diseminación de la Resistencia a los Antibióticos 2014.
- Plan de Calidad para el SNS 2010.
- Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.
- Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS, 2015

## Planes y estrategias autonómicas

- Estrategia de Salud Pública 2013-2015.
- Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2015-2019.
- Guía de Actuaciones para la Adaptación de la Estrategia en Diabetes del SNS en Castilla y León.
- Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.
- Líneas Estratégicas y Objetivos en Formación 2013-2015.
- Estrategias de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015.
- Plan Estratégico de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud de Castilla y León 2011-2013.





## Metodología

Para llevar a cabo las funciones de coordinación y elaboración del IV Plan de Salud, se designa en primer lugar la Secretaría Técnica que, según el Decreto 40/2011, de 7 de julio, por el que se modifica el Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, correspondía inicialmente a la Dirección General de Planificación e Innovación y, en concreto, al Servicio de Planificación Sanitaria de dicha dirección general. Más recientemente, el Decreto 47/2015, de 23 de julio, por el que se modifica el Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, atribuye a la Dirección General de Asistencia Sanitaria la elaboración del anteproyecto del Plan de Salud de Castilla y León y la evaluación de su cumplimiento, en coordinación con el centro directivo competente en materia de salud pública.

Se constituye asimismo, el Órgano de Dirección del IV Plan de Salud, que corresponde al Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad, presidido por el Consejero de Sa-

nidad y del que forman parte el Secretario General de la Consejería, el Director General de Salud Pública así como el Gerente Regional de Salud y los directores generales de cada una de las direcciones generales de la Gerencia Regional de Salud: Administración e Infraestructuras, Asistencia Sanitaria, Planificación e Innovación y Recursos Humanos. Posteriormente, el citado Decreto 47/2015, de 23 de julio, mantiene el mismo número de centros directivos pero introduce algunas modificaciones no sólo en las funciones sino también en la denominación, pasando a llamarse Dirección General de Asistencia Sanitaria; de Investigación, Innovación e Infraestructuras; de Gestión Económica y de Profesionales.

Se atribuye a la Comisión de Secretarios Generales las funciones de coordinación interconsejerías que la Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León dispone en su artículo 50.2, esto es, la de impulsar los objetivos y programas institucionales de las administraciones públicas relacionados con la salud y el desarrollo de la coordinación y cooperación intersectorial para la consecución de la salud desde una concepción integral.

En la elaboración del IV Plan de Salud se han ido desarrollando las siguientes fases:

- Evaluación del III Plan de Salud, cuyo documento está disponible en el Portal de salud (<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon/evaluacion-iii-plan-salud>).

- Diseño del proyecto general del IV Plan de Salud.
- Elaboración del análisis del estado de salud de la población de Castilla y León.
- Constitución de los grupos de trabajo. Se establecieron dos grupos de trabajo, el Equipo Técnico Coordinador, con participación de cada una de las Direcciones Generales en las que está estructurada la Consejería de Sanidad y el Grupo de Trabajo Intersectorial, designado por la Comisión de Secretarios Generales, y donde están representadas todas las Consejerías de la Administración de Castilla y León. Las funciones más relevantes de ambos grupos han sido la de validar la información necesaria para realizar el análisis del estado de salud de la población de Castilla y León y proponer las líneas de actuación y priorización de las mismas.
- Preparación del documento del borrador de anteproyecto del IV Plan de Salud de Castilla y León.

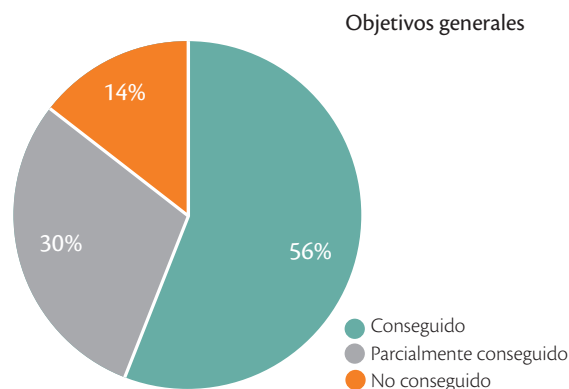
Además, se ha dado participación a los profesionales de la organización, las asociaciones científicas así como a los representantes de otros sectores de la sociedad, instituciones y asociaciones de pacientes. También ha sido abierto el documento al conjunto de la ciudadanía a través del Gobierno Abierto de la Administración Autonómica, poniéndolo a disposición de toda la sociedad para que realizasen sus sugerencias. Así mismo, está previsto dar conocimiento a la ciudadanía de su desarrollo y evaluación a través del Portal de Salud.



# 5

## Evaluación del III Plan de Salud de Castilla y León

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



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 ha visto afectada 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.

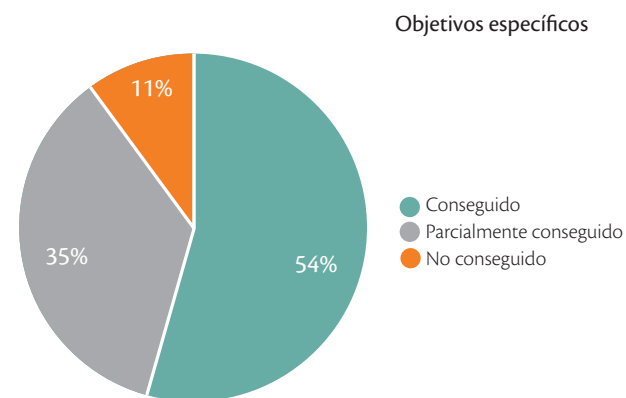
De los 52 objetivos generales recogidos en el plan se han evaluado 50, el 96%. De ellos, se han conseguido el 56%, parcialmente conseguidos el 30% y no conseguidos, el 14%.

OBJETIVOS GENERALES		
	OBJETIVOS	PORCENTAJE
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.

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.



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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	OBJETIVOS	PORCENTAJE
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%

PROBLEMAS DE SALUD	OBJETIVOS GENERALES			OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	TOTAL	C+PC <sup>1</sup>	PORCENTAJE	TOTAL	C+PC <sup>1</sup>	PORCENTAJE
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%
SEPSIS, 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%

C+PC: Conseguidos más 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.

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.

### Definición del grado de consecución de los objetivos

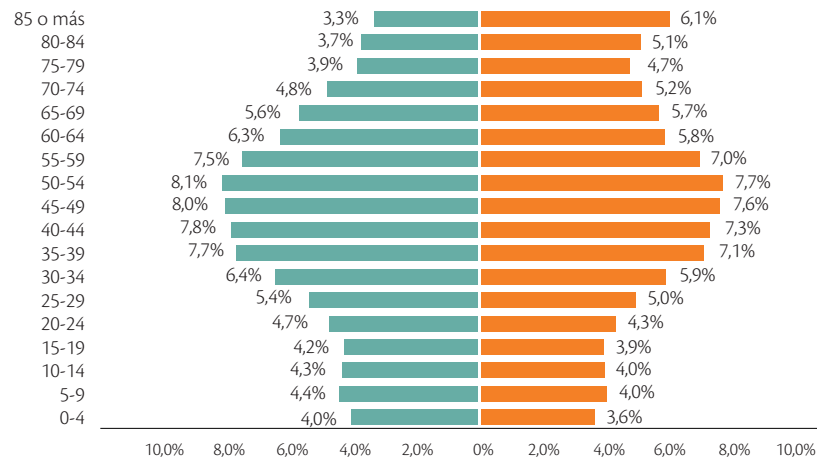
- **OBJETIVO CONSEGUIDO:** cuando los cambios se han logrado en un porcentaje igual o superior al 90% de lo esperado.
- **OBJETIVO PARCIALMENTE CONSEGUIDO:** cuando se han producido cambios en la tendencia esperada que alcanzan, al menos, un nivel del 50% de lo que se pretendía.
- **OBJETIVO NO CONSEGUIDO:** 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.

FACTORES DE RIESGO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	TOTAL	CONSEGUIDOS + PARCIALMENTE CONSEGUIDOS	PORCENTAJE
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%





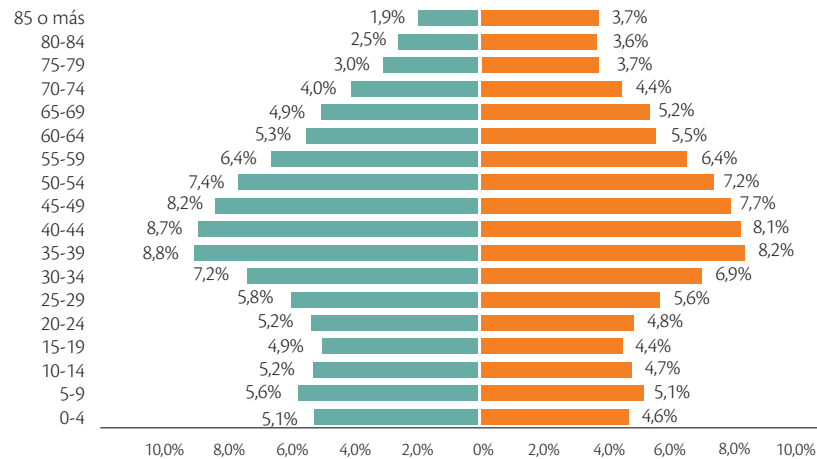
# Situación de la población de Castilla y León



**Figura 1. Pirámides de población de Castilla y León y España. Año 2015**

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Cifras oficiales de población a 1 de enero)

Castilla y León  
● Hombres  
● Mujeres



España  
● Hombres  
● Mujeres

## 1. Población

Castilla y León tenía, a fecha de 1 de enero de 2015, una población de 2.472.052 habitantes, siendo la provincia con mayor población Valladolid y la que menos, Soria. En todas ha disminuido el número de habitantes con respecto al año anterior. En conjunto descendió en 22.738 habitantes, un 0,91%, continuando el descenso iniciado en 2010, aunque se observa una moderación en el ritmo de descenso.

La pirámide de población de Castilla y León muestra un patrón correspondiente a una población madura, con claras diferencias con respecto a la pirámide de población de España (Figura 1).

Por sexo, las mujeres superan a los hombres, 1.219.616 hombres y 1.252.436 mujeres en nuestra comunidad. Este predominio se produce sobre todo en los grupos de edad más avanzada, de forma que más del 56% de la población mayor de 64 años es femenina, porcentaje que supera el 65% en el grupo de 85 años y más.

En conjunto, más del 24% de las personas de Castilla y León tiene 65 y más años frente al 18,5% a nivel nacional, porcentaje que refleja el mayor envejecimiento de su población. La consecuencia es un aumento de la dependencia global, marcada por el aumento de la dependencia senil y del índice de recambio de población activa (Tabla 1).

La dispersión es otra de las características de Castilla y León, de forma que la comunidad mantiene una densidad de población más baja que a nivel nacional, 26,5 hab/Km<sup>2</sup>

frente a 92,5 hab/Km<sup>2</sup>. Existe una gran variabilidad a nivel provincial, oscilando entre los 8,9 habitantes/Km<sup>2</sup> de Soria y los 65,2 de Valladolid. Esta baja densidad de población no es un distintivo único de Castilla y León sino una característica común al interior peninsular, afectando a otras comunidades como Aragón, Castilla-La Mancha y Extremadura.

La tercera característica de nuestra comunidad es su carácter predominantemente rural. En Castilla y León hay 2.248 municipios, el 27,7% de todos los municipios de España. El 94,3% de los mismos cuenta con menos de 2.000 habitantes (2.119 municipios) y en ellos vive el 25,7% de la población.

El número de extranjeros en Castilla y León en 2015 era de 135.136 (68.191 hombres y 66.945 mujeres). Representa el 5,5% de la población total de la comunidad. En 2015 ha descendido de nuevo el número de extranjeros en 11.682 personas, un 8% menos con respecto a 2014.

El número de personas castellanas y leonesas residentes en el extranjero de forma habitual, alcanza la cifra de 166.167 personas, lo que supone el 7,2 % de la cifra registrada en España (2.305.030 personas), según los datos del Padrón de población española residente en el extranjero (PERE) a 1 de enero de 2016. Con respecto al 1 de enero de 2015 se produce un aumento de 6.368 personas (4,0%), menor al que se ha producido a nivel nacional (5,6%). El 52% son mujeres y por edad, el 11% tiene menos de 16 años, el 60% tiene entre 16 a 64 años y el 28%, 65 años y más. El continente que más población castellana y leonesa recibe es América, donde se localiza el 63,4% de ellos, seguido de Europa donde reside el 34,7%.

**1.1. Natalidad y fecundidad**

Durante el año 2014 nacieron en Castilla y León 17.886 niños/as y en 2013, 17.828, lo que supone un descenso del 0,3%, inferior al descenso de 2013 con respecto a 2012 que fue del 6,4%, y muy similar a lo ocurrido en España, con un descenso del 0,4%.

La tasa bruta de natalidad (TBN) en 2014 fue de 7,2 nacimientos por cada mil habitantes, ligeramente superior a la

Tabla 1. Indicadores demográficos. Castilla y León y España. Años 2013 a 2015

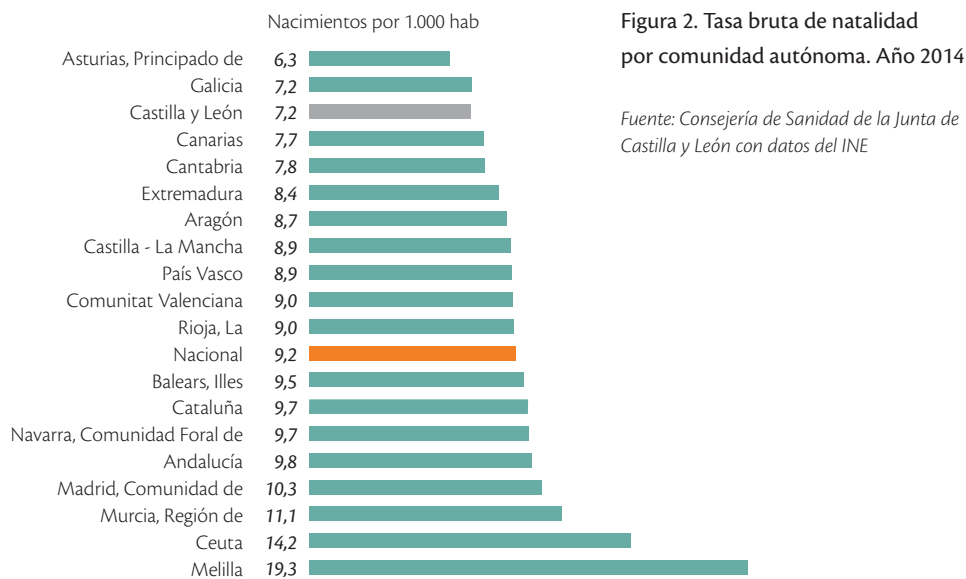
	2013		2014		2015	
	Castilla y León	España	Castilla y León	España	Castilla y León	España
Índice Infancia	12,17%	15,17%	12,17%	15,19%	12,17%	15,18%
Índice Juventud	14,52%	16,07%	14,10%	15,62%	13,75%	15,31%
Índice Vejez	23,26%	17,68%	23,68%	18,15%	24,02%	18,50%
Índice Envejecimiento	177,98%	109,53%	182,64%	112,62%	185,07%	114,72%
Índice Sobreenvejecimiento. 74	61,21%	55,53%	59,96%	54,17%	59,93%	54,54%
Índice Sobreenvejecimiento. 84	21,58%	17,12%	22,09%	17,54%	22,81%	18,10%
Índice Reemplazo <sup>1</sup>	55,83%	91,02%	54,75%	88,79%	54,03%	87,17%
Índice Recambio de población activa	72,96%	59,88%	74,88%	60,95%	77,51%	62,19%
Índice Dependencia global	56,84%	51,00%	57,84%	52,11%	58,73%	52,95%
Índice Dependencia juvenil	20,45%	24,34%	20,46%	24,51%	20,60%	24,66%
Índice Dependencia senil	35,95%	26,06%	36,39%	26,66%	37,37%	27,60%

Nota: El cálculo de los indicadores tiene distinta definición según la fuente (escrita entre paréntesis)

Índice Infancia:  $P_{0-14} / P \times 100$  (DGPE)  
 Índice Juventud:  $P_{15-29} / P \times 100$  (DGPE)  
 Índice Vejez:  $P_{65 \text{ y más}} / P \times 100$  (DGPE)  
 Índice Envejecimiento:  $P_{65 \text{ y más}} / P_{0-15} \times 100$  (INE)  
 Índice Sobreenvejecimiento 74:  $P_{74 \text{ y más}} / P_{65 \text{ y más}} \times 100$   
 Índice Sobreenvejecimiento 84:  $P_{84 \text{ y más}} / P_{65 \text{ y más}} \times 100$  (DGPE)  
 Índice Reemplazo\*:  $P_{0-15} / P_{65 \text{ y más}} \times 100$  (DGPE)  
 Índice Recambio de población activa:  $P_{60-64} / P_{16-24} \times 100$  (DGPE)  
 Índice Dependencia global:  $(P_{0-15} + P_{65 \text{ y más}}) / P_{16-64} \times 100$  (INE)  
 Índice Dependencia juvenil:  $P_{0-15} / P_{16-64} \times 100$  (INE)  
 Índice Dependencia senil:  $P_{65 \text{ y más}} / P_{16-64} \times 100$  (INE)

<sup>1</sup>Es el número de habitantes que hay en la unidad territorial menores de 15 años por cada 100 habitantes mayores de 64 años  
 Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Cifras oficiales de población a 1 de enero)



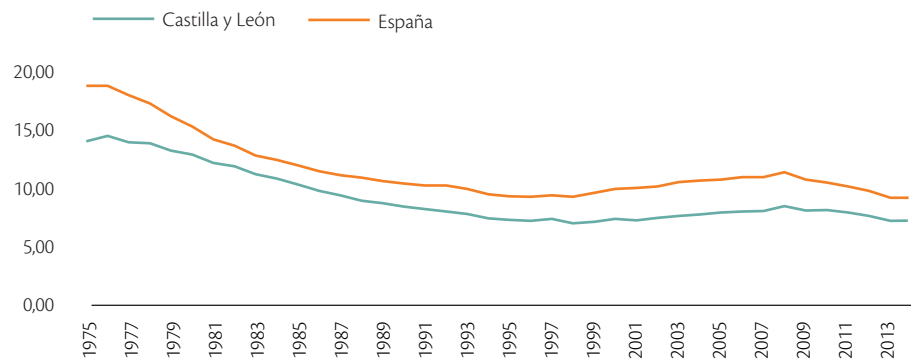


registrada en 2013, que fue de 7,1. Con respecto a la media nacional, 9,2 nacidos por cada 1.000 habitantes, Castilla y León se sitúa dos puntos por debajo (Figura 2).

Al analizar la evolución de la TBN con mayor perspectiva temporal, se comprueba que a partir del año 2008 se invierte la tendencia ascendente que se mantenía desde finales de los años 90, con un patrón muy similar al experimentado en el conjunto nacional. En 2014, la tendencia parece que se estabiliza. Los datos provisionales del primer semestre de 2015, corroboran este dato. El número de nacimientos, aunque descendiende, lo hace en la misma proporción que en 2014, un 0,3%, con una variación inferior a la que se observa a nivel nacional (Figura 3).

La tasa de fecundidad (TF) ha aumentado en 2014 con respecto a 2013, pasando de 33,3 a 34,3 el número de nacidos por cada 1.000 mujeres en edad de procrear. Esta tasa es mayor en mujeres extranjeras (44,7) que en españolas (33,2) pero el aumento con respecto al año anterior se ha producido en ambos grupos. En España también aumentó la TF, pasando de 38,3 a 39,1. El número de hijos por mujer (Indicador coyuntural de fecundidad) en 2014, fue de 1,13 en Castilla y León (españolas: 1,10; extranjeras: 1,37) y 1,17 en España (españolas: 1,14; extranjeras: 1,42).

Figura 3. Evolución de la tasa bruta de natalidad. Castilla y León y España. Años 1975 a 2014



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Indicadores demográficos básicos)

## 1.2. Mortalidad

Los datos del año 2014 facilitados por el INE reflejan que el número de defunciones en la comunidad de Castilla y León fue de 27.787 personas. Fallecieron 280 personas más (1,02%) que en 2013 (Figura 4). Representan el 7% de todos los fallecidos en España. Por sexo, fallecieron 14.211 hombres y 13.576 mujeres, siendo la razón de masculinidad a la defunción de 104,7 hombres fallecidos por cada 100 mujeres. En España fallecieron 395.830 personas, 201.571 hombres y 194.259 mujeres, con una razón de masculinidad de 103,4.

La tasa bruta de mortalidad (TBM) en el año 2014 se situó en 11,2 defunciones por cada 1.000 habitantes (11,6 hombres; 10,8 mujeres), cifra ligeramente superior a 2013 (TBM: 11,0; 11,4

hombres y 10,6 mujeres). La TBM es superior a la media nacional tanto globalmente como por sexo (España: 8,5 defunciones por 1.000 habitantes: 8,7 hombres y 8,0 mujeres).

Con respecto al año 2013, la TBM ha aumentado tanto en Castilla y León como en España para ambos sexos. En los últimos años, se observa una mayor amplitud de la diferencia de las tasas brutas de mortalidad entre ambos territorios (Figura 5).

Con respecto a su entorno, Castilla y León como consecuencia del envejecimiento de su población presenta una de las TBM más altas de España, solo por detrás del Principado de Asturias (12,2 defunciones por cada mil habitantes). Sin embargo, cuando se analiza la tasa estandarizada, que representa la mortalidad de la comunidad autónoma si todas tuvieran la misma composición por edad, Castilla y León presenta una de las tasa más bajas, 5,9 defunciones por mil habitantes, solo superada por la Comunidad de Madrid, 5,5 (Figura 6).

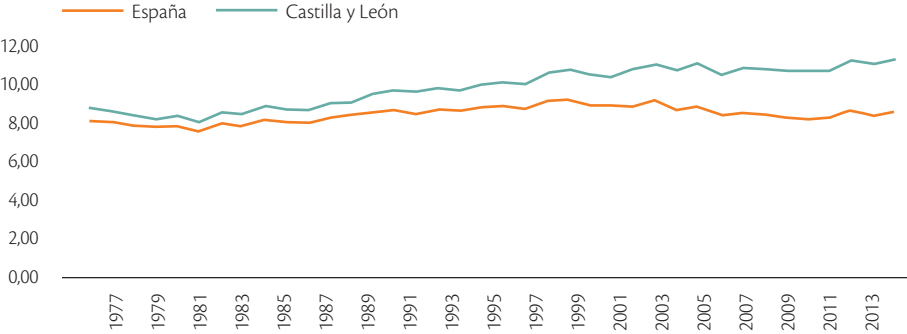
La tasa de mortalidad infantil (TMI) se situó en 2014 en 2,46 defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos, inferior al año 2013, que fue 3,14 en nuestra comunidad. Representan el 0,16% de las defunciones totales. Con respecto a España, Castilla y León se encuentra de nuevo por debajo de la media nacional, 2,82, media que aumentó con respecto al año 2013 (2,71). La tasa más baja de los últimos 10 años en la comunidad se produjo en el año 2009, con 2,35 muertes de < 1 año (Figura 7). Por sexo, mueren más niñas que niños en este periodo vital (TMI: 2,24 en niños; 2,71 en niñas). No sólo ha descendido la tasa de mortalidad infantil, también la perinatal, la neonatal y la postneonatal (Figura 8).

Figura 4. Variación anual del número de defunciones. Castilla y León Años 2003 a 2014



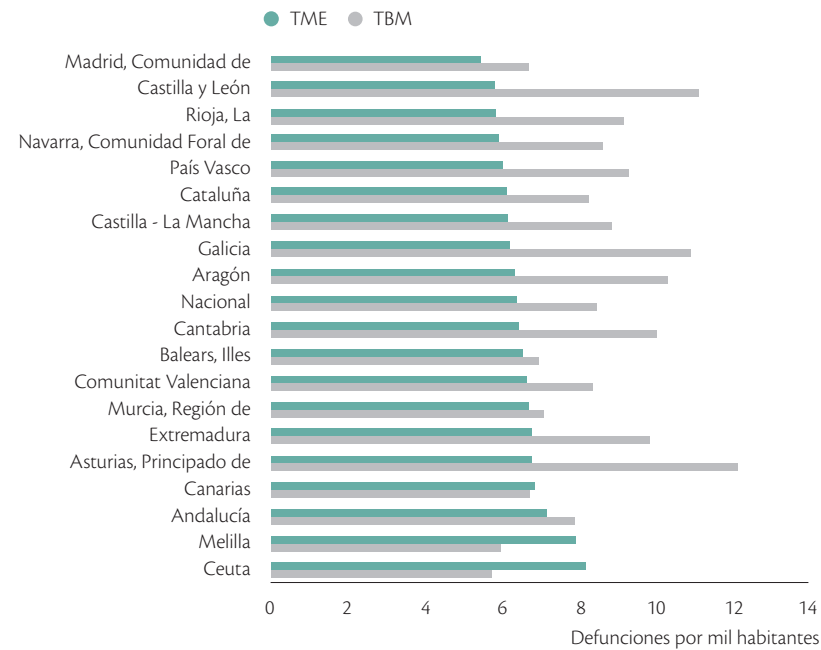
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

Figura 5. Evolución de la tasa bruta de mortalidad. Castilla y León y España. Años 1977 a 2014



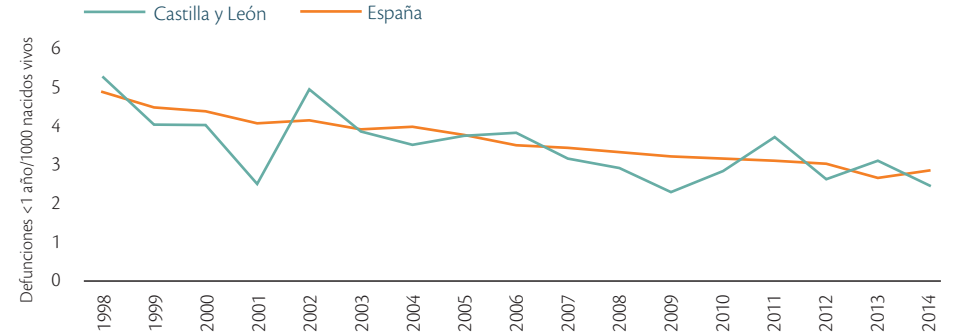
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

Figura 6. Tasa bruta y estandarizada de mortalidad por comunidad autónoma. Año 2014



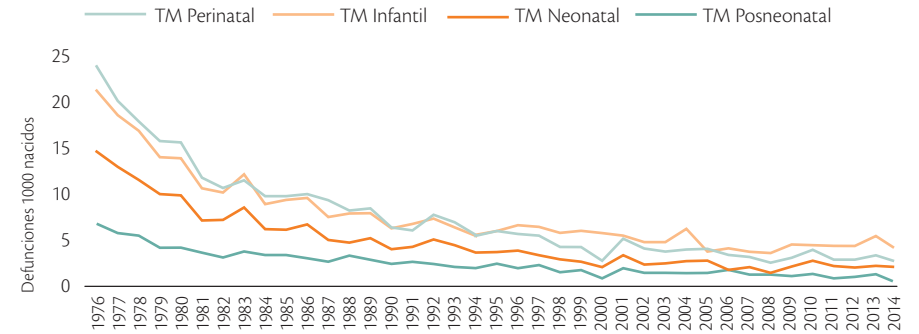
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

Figura 7. Evolución de la TMI en Castilla y León y España. Años 1998 a 2014



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

Figura 8. Evolución de la mortalidad infantil. Castilla y León. Años 1976 a 2014



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

### 1.3. Evolución de la población de Castilla y León. Saldo vegetativo y saldo migratorio. Proyecciones de población

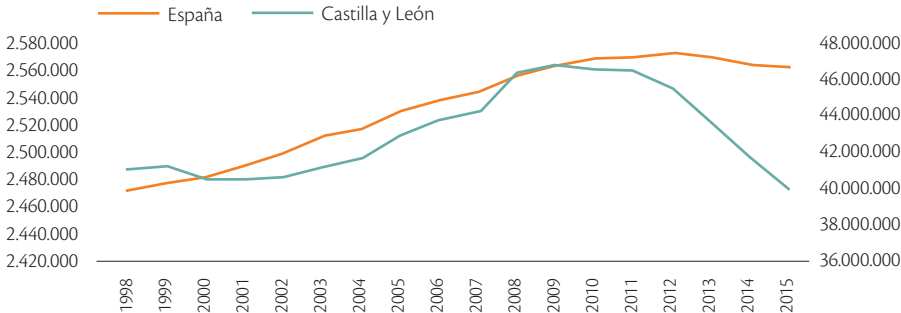
La población de Castilla y León creció en la década anterior, de forma que entre el 1 de enero del año 2000 y el 1 de enero del año 2009 aumentó en 84.417 habitantes. La llegada de inmigrantes extranjeros es el fenómeno que más ha influido en la evolución reciente de la población, no solamente por la llegada de inmigrantes sino también por la contribución a la natalidad de las madres extranjeras.

Es a partir del año 2010, cuando la tendencia cambia y se registra una disminución en el número de habitantes (Figura 9). Esta tendencia se ha generalizado en nuestro país y afecta prácticamente a todas las CCAA. Además, no es un problema específico de nuestra comunidad o de nuestro país, sino algo que atañe a la mayoría de las regiones europeas.

El descenso de la población está motivado por el cambio de los flujos migratorios. Tradicionalmente, el saldo era negativo en el caso de las migraciones hacia otras comunidades autónomas pero desde el año 2012 también es negativo en las migraciones hacia otros países. Por otro lado, el crecimiento o saldo vegetativo (diferencia entre nacimientos y defunciones) en Castilla y León continúa su tendencia negativa (Figura 10).

Las proyecciones de población a corto plazo que realiza el INE con la participación de las comunidades autónomas, estima un porcentaje medio de disminución para el periodo 2014-2029, en caso de mantenerse las tendencias y los comportamientos demográficos actualmente observados, del 8,98%. La población total de la comunidad podría disminuir en todas las provincias aunque en diferente proporción. Por grupos etarios, se producirá un crecimiento de población de los mayores de 64 años mientras que se prevé un decrecimiento tanto en el grupo de edad de menores de 16 años como en el grupo de 16 a 64 años. Si la evolución prevista de la estructura por edades se confirma, la tasa de dependencia continuará su tendencia ascendente.

Figura 9. Evolución de la población de Castilla y León y España. Años 1998 a 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

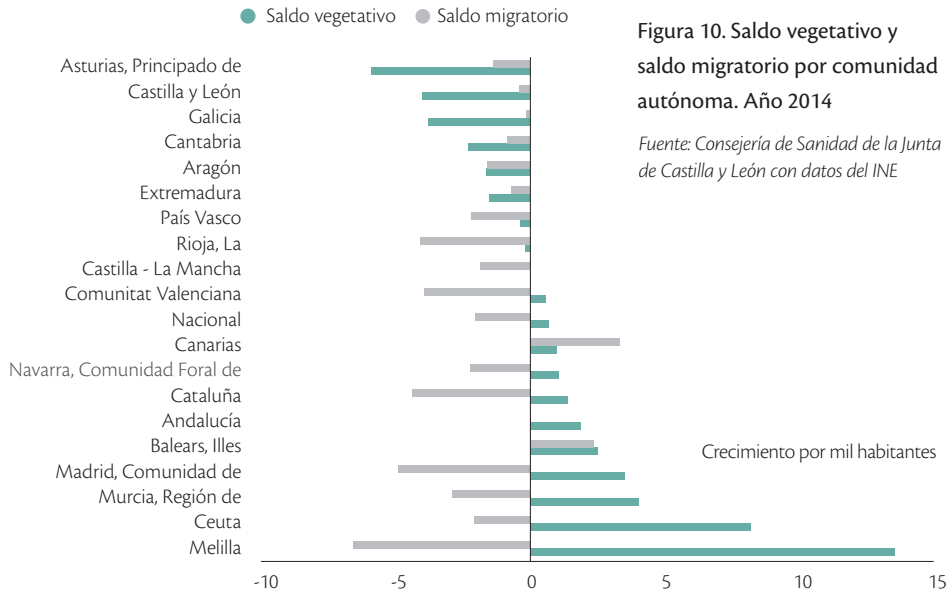
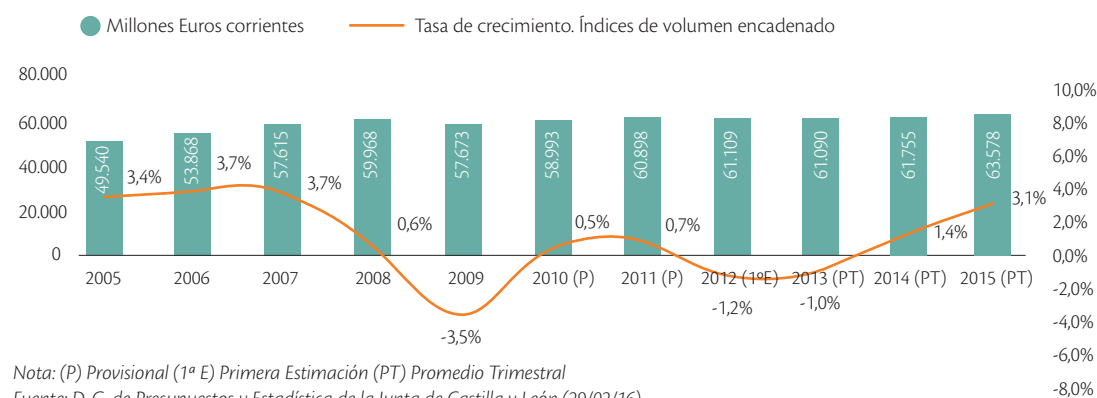


Figura 10. Saldo vegetativo y saldo migratorio por comunidad autónoma. Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE

Figura 11. Producto interior bruto. Castilla y León. Años 2005 a 2015



Nota: (P) Provisional (1ª E) Primera Estimación (PT) Promedio Trimestral  
 Fuente: D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León (29/02/16)

## 2. Situación económica y social

### 2.1. Situación económica

#### 2.1.1. Producto interior bruto. Convergencia con la Unión Europea

El valor del producto interior bruto (PIB) de Castilla y León en 2015 fue de 63.578 millones de euros, registrando una tasa de variación anual real del 3,1%. La evolución trimestral a lo largo de 2015 fue de progresiva aceleración del crecimiento económico.

Esta evolución de la actividad económica regional en 2015 ha sido una décima inferior a la del conjunto de España (3,2%, según los datos del INE) y es más favorable que la registrada en la zona euro y en la Unión Europea (1,5% y 1,8%, respectivamente, según Eurostat).

Si analizamos la evolución de la producción económica observamos cómo el PIB de Castilla y León ha experimentado un importante crecimiento entre 2000 y 2015, con un incremento del 25,91% en términos reales.

En el conjunto de España, según el INE, la tasa de variación acumulada es del 23,51%, más de dos puntos por debajo de la de Castilla y León. Como consecuencia, la tasa media anual acumulativa de variación del PIB se sitúa en el 1,57% en el caso de Castilla y León y en el 1,45% en el de España.

Además, estos crecimientos son superiores a los experimentados por nuestros socios comunitarios, ya que Eurostat considera que el PIB ha crecido en este periodo a una tasa media anual acumulativa del 1,25% en la Unión Europea de 28 miembros, mientras que para la Zona Euro-19 rebaja dicho registro hasta el 0,99%.

Sin embargo, hay que señalar que la crisis económica empezó a tener sus repercusiones, en términos de PIB, en el año 2008 y hasta 2013, por lo que las tasas de variación han sido más bajas, e incluso negativas, en ese periodo. Esto ha sucedido tanto a nivel regional, como nacional y europeo. No obstante, los dos últimos datos anuales conocidos de variación positiva del PIB apuntan un cambio de ciclo (Figura 11).

En el año 2000, el PIB per cápita de Castilla y León era de 14.445 € y en 2015 alcanzó los 21.922 €. Se ha producido, pues, un aumento de 7.477 € por persona, que porcentualmente supone un incremento del 51,8% en el conjunto del periodo.

A nivel nacional el aumento ha sido menor, tanto en términos absolutos, 7.355 €, como relativos, 46,2%.

Como consecuencia de lo anterior, se ha producido una importante convergencia con la media nacional en términos de PIB per cápita, ya que si en el año 2000 el registro de Castilla y León suponía el 90,6% de la media de España, en 2015 el valor del PIB regional representaba el 94,1%, es decir, se ha producido una mejora de 3,5 puntos porcentuales (Figura 12).

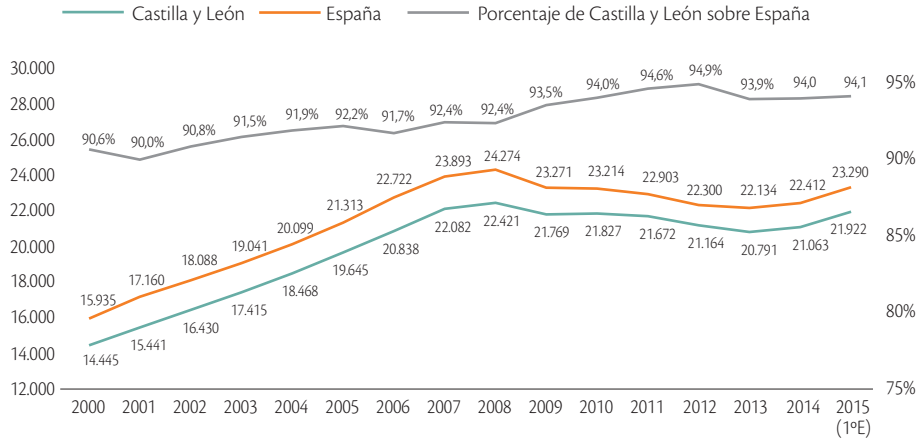
De acuerdo con los datos proporcionados por Eurostat, en el año 2000 el PIB per cápita en paridades de poder de compra (PPS) de Castilla y León representaba el 87% de la media de la Unión Europea, mientras que en 2014, último ejercicio para el que el organismo europeo ha suministrado datos, el índice se situó en el 86%, colocándose como la cuarta comunidad autónoma española, junto con Aragón y Asturias, en el ranking de convergencia.

De 2000 a 2009 Castilla y León convergió con la UE, pasando del 87% al 95%. A partir de entonces, el porcentaje de convergencia se reduce hasta 2013 y vuelve a converger en 2014, hasta situarse en la cifra actual (Figura 13).

Como consecuencia, el índice de Castilla y León ha reducido significativamente su diferencia con respecto al del conjunto de España, puesto que en el año 2000 el índice nacional superaba al regional por nueve puntos, mientras que catorce años después la diferencia se ha reducido hasta ser de cinco puntos.

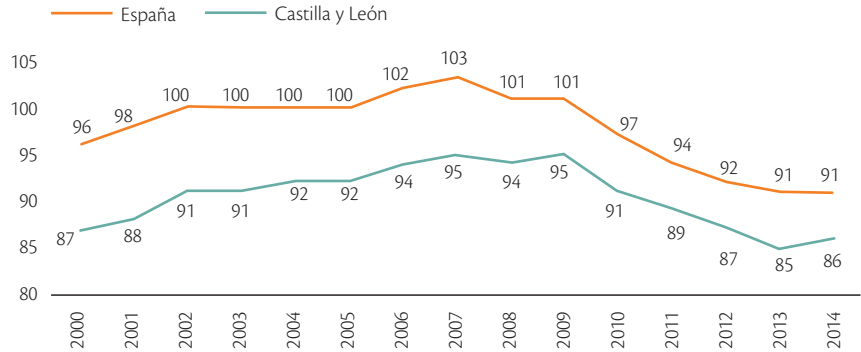
En el año 2014, el índice de convergencia de Castilla y León era el octavo más elevado de todas las regiones de España, por lo que se ha avanzado tres puestos en la clasificación, en 2000 era el undécimo. La evolución en esos catorce años pone de relieve que sólo tres comunidades autónomas, Galicia, Extremadura y País Vasco, han experimentado un aumento de la convergencia más intenso que el de Castilla y León.

Figura 12. PIB per cápita. Castilla y León y España. Años 2000 a 2015



\*Hasta 2007 datos con la CRE base 2000, desde 2008 datos con base 2008  
 Nota: (1ª E) Primera Estimación, (P) Estimación provisional, (A) Estimación avance  
 Fuente: DG de Presupuestos y Estadística de la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Castilla y León con datos INE

Figura 13. Convergencia con la Unión Europea (27). PIB per cápita en PPS. Castilla y León y España Años 2000 a 2014



Fuente: DG de Presupuestos y Estadística de la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Castilla y León con datos de Eurostat

**Tabla 2. Principales variables del mercado laboral. Castilla y León y España**  
Años 2007, 2012 y 2015 (medias anuales)

	Castilla y León			España		
	2007	2012	2015	2007	2012	2015
Población en edad de trabajar <sup>1</sup> (En miles de personas)	2.168,6	2.148,8	2.096,0	37.833,1	38.815,0	38.497,6
Activos (En miles de personas)	1.165,2	1.191,3	1.148,7	22.426,1	23.443,7	22.922,0
Ocupados (En miles de personas)	1.082,1	955,4	938,9	20.579,9	17.632,7	17.866,0
Parados (En miles de personas)	83,1	235,8	209,8	1.846,1	5.811,0	5.056,0
Tasa de actividad <sup>2</sup>	53,7 %	55,4 %	54,8 %	59,3 %	60,4 %	59,5 %
Tasa de paro <sup>3</sup>	7,1 %	19,8 %	18,3 %	8,2 %	24,8 %	22,1 %
Tasa de empleo <sup>4</sup>	49,9 %	44,5 %	44,8 %	54,4 %	45,4 %	46,4 %

<sup>1</sup> Número de personas en edad de trabajar = persona de 16 años y más

<sup>2</sup> Tasa de actividad = Cociente entre el total de activos y la población de 16 y más años\*100

<sup>3</sup> Tasa de paro = Cociente entre el número de personas en paro y el de activas\*100

<sup>4</sup> Tasa de empleo = Cociente entre el número de personas ocupadas y el de activas \*100

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de población activa)

## 2.1.2. Renta disponible bruta per cápita

Por otro lado, con los datos ofrecidos por el INE, el último dato publicado corresponde al año 2013, Castilla y León tenía una renta disponible bruta (RDB) de 14.007 € por persona, lo que representa el 99,6% de la media nacional, que era de 14.059 € per cápita.

Esto supone que el índice de la RDB per cápita de la comunidad sobre la media nacional fue 5,7 puntos porcentuales superior al PIB per cápita sobre la media nacional, ya que en dicho año el PIB per cápita de Castilla y León representó el 93,9% de la media nacional.

Hay que señalar, además, que en 2013 la RDB per cápita decreció un 1,2% anual en nuestra comunidad. En el conjunto nacional se registra un descenso del 0,5%.

## 2.2. Situación laboral

### 2.2.1. Mercado laboral

Según la encuesta de población activa (EPA), la población en edad de trabajar de Castilla y León ascendió a 2.096.000 personas en el año 2015, tomando la media de los cuatro trimestres del ejercicio. De esta cifra, 1.148.667 personas componían la población activa, 938.908 estaban ocupadas y 209.760 en paro (Tabla 2).

La tasa de actividad se situó, en el ejercicio 2015, en el 54,8% de la población en edad de trabajar, 4,7 puntos porcentuales por debajo de la del conjunto de España. La mayoría de la población con más de 65 años permanece fuera del mercado de trabajo, por lo que el mayor envejecimiento de nuestra población, en relación a la media nacional, hace que nuestra tasa de actividad sea más baja. Asimismo, el mayor índice de escolarización y la menor tasa de abandono escolar en nuestra comunidad significa que una mayor proporción de jóvenes continúa estudiando en vez de buscar una ocupación.

En cuanto a la tasa de paro fue 18,3% de la población activa en Castilla y León, 3,8 puntos porcentuales inferior a la del conjunto de España, que alcanzó el 22,1%. La tasa de empleo fue de 44,8% en Castilla y León y 46,4% en España (Figura 14).

Por sexo, la tasa de paro es menor en hombres (15,97%) que en mujeres (21,07%) al contrario de lo que ocurre con las tasas de actividad (61,2% en hombres; 48,6% en mujeres) y de empleo (51,4% en hombres; 38,4% en mujeres), ambas mayores en hombres (Figura 15).

Por grupos de edad, la tasa de paro más alta se observa en personas menores de 25 años (48,0%: 44,2% hombres; 52,6% mujeres). En las personas mayores de 55 años, la tasa de paro fue del 13,2% (12,6% hombres; 14,0% mujeres).

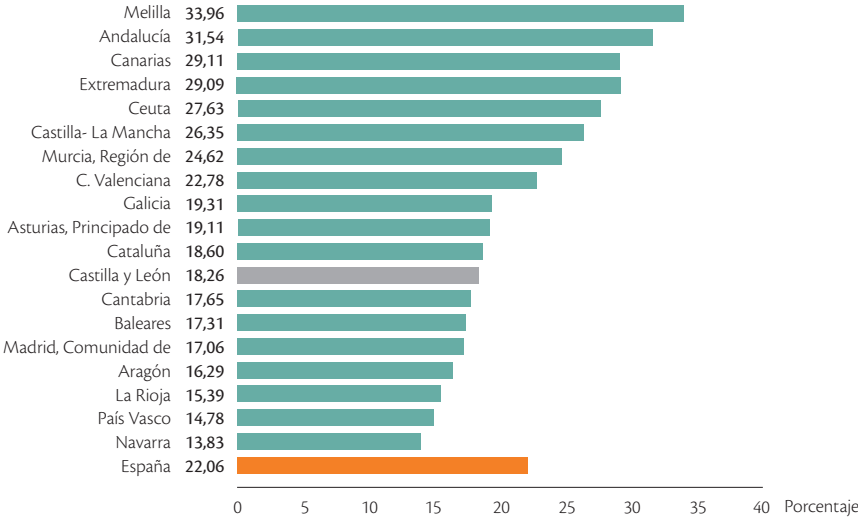
La evolución de la tasa de paro a lo largo del periodo 2002-2015 muestra un comportamiento a la baja hasta 2007, cuando se registró el valor más moderado, del 7,1% en la comunidad y del 8,2% en el conjunto nacional. Desde dicho ejercicio la evolución ha sido ascendente, hasta alcanzar su valor máximo en la media de 2013, del 21,8% en Castilla y León y del 26,1% en España (Figura 16).

Cabe destacar que la tasa de paro de Castilla y León siempre ha sido inferior a la del conjunto nacional a lo largo del periodo analizado. En 2002, la tasa de paro de nuestra comunidad era muy similar a la del conjunto del país, pues se situaba sólo un punto porcentual por debajo de la nacional. Este diferencial llegó a reducirse hasta los 0,3 puntos porcentuales en el año 2004. Sin embargo, con el inicio de la crisis económica el diferencial es favorable a nuestra comunidad. En el ejercicio 2015 se situó en los 3,8 puntos porcentuales.

La evolución del mercado laboral en el periodo analizado muestra diferencias entre lo acontecido durante los años de expansión económica, 2002-2007, en los que hubo una mejora generalizada en los principales indicadores del mercado de trabajo, con lo sucedido desde el inicio de la crisis, años en los que se produjo un evidente deterioro, aunque menos acusado en nuestra comunidad que en el conjunto de España.

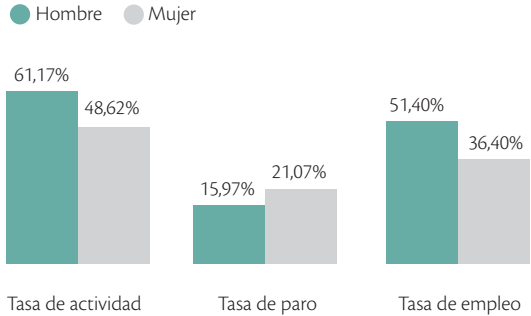
No obstante, aunque la cifra de personas en paro continúa siendo elevada, las últimas cifras muestran una tendencia esperanzadora en el mercado laboral de nuestra comunidad. Esta disminución del paro se está produciendo, además, con un aumento de la ocupación, ya que en los úl-

Figura 14. Tasa de paro por CCAA. Año 2015 (media anual)



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de población activa)

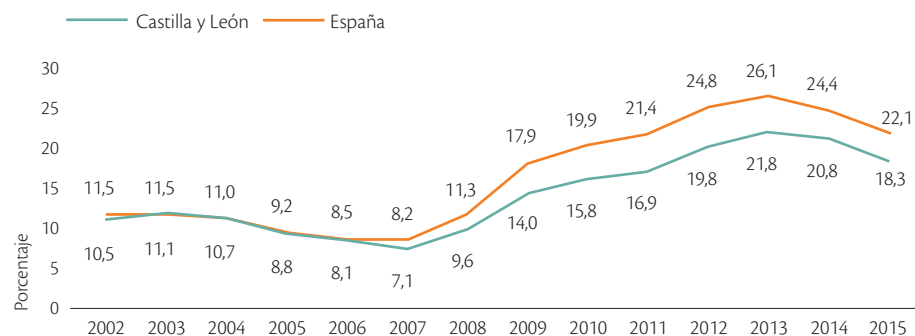
Figura 15. Tasa de actividad, de paro y de empleo en Castilla y León por sexo. Año 2015 (media anual)



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de población activa).

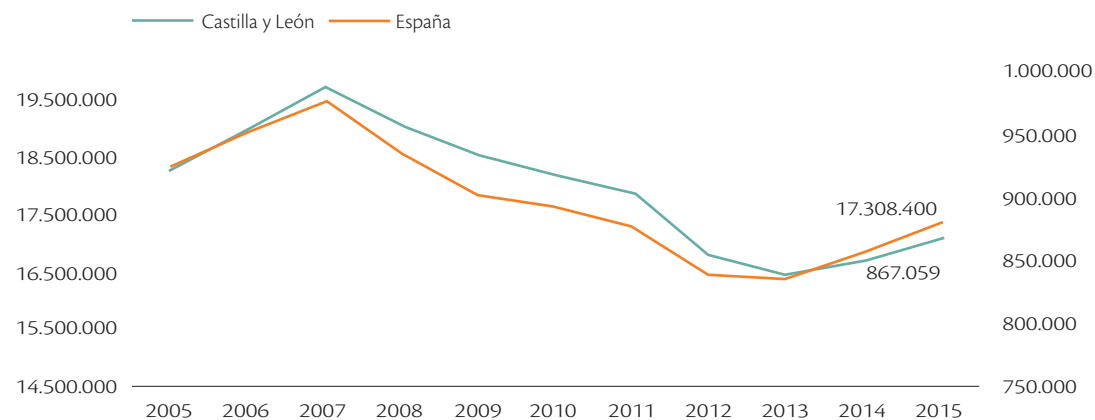


Figura 16. Evolución de la tasa de paro. Castilla y León y España. Años 2002 a 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de población activa)

Figura 17. Evolución anual del número medio de afiliaciones a la Seguridad Social. Castilla y León y España Años 2005 a 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la D.G. de Presupuestos y Estadística

timos dos años se ha producido un crecimiento de la afiliación en Castilla y León a la Seguridad Social, en concreto 867.059 afiliados en diciembre de 2015 (Figura 17).

El estudio del Observatorio Regional de Empleo sobre la situación de las mujeres trabajadoras en Castilla y León (*Estudio sobre igualdad de oportunidades en el mercado laboral de Castilla y León: diferencia salarial por razón de sexo, 2013*) confirma la desigualdad salarial entre hombres y mujeres: los salarios de estas son más bajos y están muy por debajo de las cifras que cobran los hombres, aunque las diferencias salariales han disminuido en los años del estudio.

En todos los tramos de edad los hombres ganan más que las mujeres de media, pero las mayores diferencias salariales se encuentran en las personas trabajadoras de 45 a 54 años. Por otro lado, hombres y mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferentes. En Castilla y León, la mayoría de las mujeres que trabaja lo hace en el sector servicios, sector en el que menos se les paga pero donde la diferencia salarial entre hombres y mujeres es menor. Por último, en todos los niveles de formación sin exclusión, los hombres perciben salarios medios anuales muy superiores a los de las mujeres.

Se produce además, la llamada segregación vertical por la cual los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados por hombres. En Castilla y León, un 5,3% de hombres ocupaban puestos de dirección y gerencia frente a un 2,6% de mujeres, según datos de la EPA.

Las personas con discapacidad presentan mayor dificultad de acceso al mercado laboral y, en consecuencia, muestran una mayor tasa de paro y menores tasas de actividad y de empleo.

### 2.2.2. Salud laboral: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Según el *Avance provisional de Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Año 2015 de la Consejería de Empleo de la Junta de Castilla y León*, se produjeron en Castilla y León 23.948 accidentes de trabajo con baja, de los cuales 21.523 ocurrieron durante la jornada la-

boral y 2.425 fueron accidentes in itinere. En comparación con los datos del año anterior, se producen subidas del 8,7% en los accidentes en jornada y del 10,3% en los in itinere. Se han producido además 44.273 accidentes sin baja, un ascenso del 3,8% en comparación con los datos de 2014 (Tabla 3).

Por sexo, de los 21.523 accidentes de trabajo con baja en jornada laboral, 15.230 de los accidentados fueron hombres (70,8%) y 6.293 mujeres (29,2%). En ambos sexos aumenta la siniestralidad con respecto al año anterior, el 11,3% en hombres y el 2,9% en mujeres.

Según la gravedad, la mayoría de los accidentes en jornada laboral con baja son de carácter leve. Con respecto al año anterior, se incrementan los accidentes leves y mortales y disminuyen los graves.

El sector de actividad que registra más accidentes con baja en jornada de trabajo es el sector servicios. Con respecto a 2014, han aumentado en todos los sectores pero es en el sector de la construcción donde mayor incremento se ha registrado, un 15,0%. Los accidentes graves se redujeron en construcción y servicios y se incrementaron en agrario e industria.

De los 2.425 accidentes in itinere con baja registrados, 913 afectaron a hombres y 1.512 a mujeres. En su mayoría son de carácter leve. De los 5 accidentes mortales, 4 corresponden a accidentes de tráfico y 1 a una lesión no traumática. Se declararon 227 accidentes más que en 2014, lo que supone un incremento del 10,3%.

El índice de incidencia de accidentes en jornada de trabajo con baja se situó en 2015 en 3.109,1 accidentes por cada cien mil trabajadores expuestos al riesgo, superior al registrado en 2014. Este índice mantuvo una tendencia descendente hasta el año 2013 pero en los dos años posteriores ha aumentado de nuevo. Desde el año 2010 al 2015, el índice se ha mantenido por debajo de la media nacional (Figura 18).

Con respecto a las enfermedades profesionales, en el año 2015 se registraron en Castilla y León un total de 367 enfer-

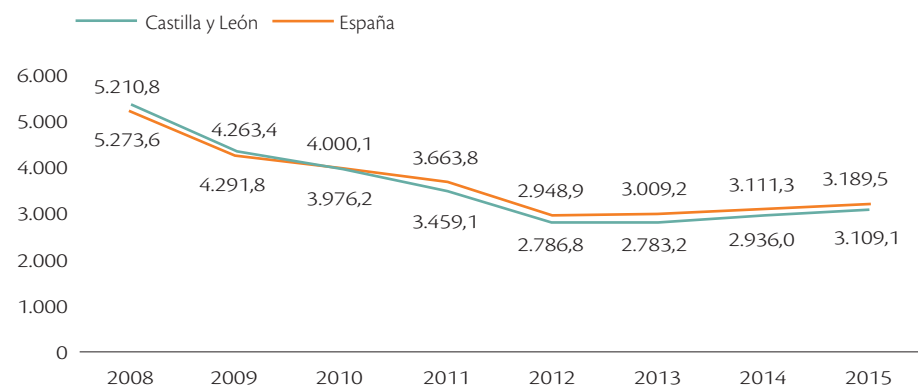
Tabla 3. Accidentes laborales. Castilla y León. Años 2014-2015

	2014 (número)	2015 (número)	Variación 2015-2014
<b>ACCIDENTES LABORALES<sup>1</sup></b>	<b>64.703</b>	<b>68.221</b>	<b>5,4 %</b>
1. Sin baja	42.632	44.273	3,8 %
2. Con baja	22.071	23.948	8,5 %
<b>2.1. En jornada laboral</b>	<b>19.873</b>	<b>21.523</b>	<b>8,3 %</b>
Según gravedad			
Leves	19.665	21.317	8,4 %
Graves	178	175	-1,7 %
Mortales	30	31	3,3 %
Según sector de actividad			
Agrario	1.604	1.624	1,2 %
Industria	5.508	6.008	9,1 %
Construcción	2.111	2.428	15,0 %
Servicios	10.650	11.463	7,6 %
<b>2.2. In itinere</b>	<b>2.198</b>	<b>2.425</b>	<b>10,3 %</b>
Leves	2.172	2.384	9,8 %
Graves	23	36	56,5 %
Mortales	3	5	66,7 %

1. Accidentes laborales por cada 100.000 trabajadores

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Empleo y del Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Figura 18. Evolución del índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral Castilla y León y España. Años 2008-2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social

medades profesionales con baja. Se han declarado 56 más que en 2014 (18,0%).

Por sexo, se han declarado 161 en hombres (43,9%) y 206 en mujeres (56,1%). De las 206 mujeres afectadas por enfermedades profesionales, 153 trabajan en el sector servicios.

La distribución por sectores de actividad muestra que en el sector agrario se han registrado 12 enfermedades profesionales con baja, en Industria 132 enfermedades, en construcción 17 y en el sector servicios 206 enfermedades profesionales con baja. Con respecto a 2014, disminuye en construcción (-1) y aumenta en industria (9), servicios (46) y agrario (2).

El índice de incidencia de enfermedades profesionales en 2014 fue de 92,1, inferior a 2013, año en el que se registró una incidencia de 102,9 casos por cada 100.000 trabajadores y por debajo de la incidencia media nacional, 111,2 casos por cada 100.000 trabajadores.

## 2.3. Condiciones de vida

### 2.3.1. Estructura y características de los hogares

Según la *Encuesta Continua de Hogares 2015* del INE, en Castilla y León existían 1.028.000 hogares, un 0,3% menos que en 2014, con un tamaño medio de 2,3 personas por hogar. El tamaño medio del hogar a nivel nacional es de 2,51 personas por hogar. Castilla y León junto con el Principado de Asturias (2,26 personas por hogar), País Vasco y La Rioja (2,39 ambos), son las CCAA con valores más bajos.

El 3,8% de los hogares de Castilla y León tenían cinco o más miembros y el 28,5% eran hogares unipersonales (Tabla 4).

Al igual que en el resto de las CCAA, en Castilla y León el régimen de tenencia de la vivienda principal es en propiedad en la mayoría de los hogares, el 81,9% frente al 77,3% a nivel nacional. De las personas con vivienda en propiedad, un 25,8% tiene hipoteca pendiente (28,3% a nivel nacional). Del resto, el 56,0% está totalmente pagada, el 13,6% está pagando un alquiler y en el 4,6% restante, la vivienda principal es una cesión gratuita u otra situación (*Encuesta Continua Hogares 2015. INE*).

Con respecto a las condiciones de la vivienda, el 83,3% de los hogares de Castilla y León declara que no sufre ninguna deficiencia ni en el mismo ni en su entorno, porcentaje ligeramente superior al del año anterior (83,0%) y mayor que a nivel nacional (71,2%). El 1,2% de los hogares refiere que presentan escasez de luz natural, el 9,3% se queja de ruidos en el exterior o producidos por los vecinos, un 3,1% de contaminación o problemas ambientales y el 7,4% de delincuencia o vandalismo (*Encuesta de Condiciones de Vida 2014. INE*).

### 2.3.2. Situación económica de los hogares

Los resultados de la *Encuesta de Condiciones de Vida* (ECV) realizada en 2015 reflejan que el ingreso medio por hogar en Castilla y León se situó en 24.838 euros y el ingreso medio por persona, en 10.570 euros. En España, se situó en 26.092 y 10.419 euros, respectivamente (Figura 19).

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) también proporciona información sobre el indicador AROPE, uno de los indicadores de la estrategia Europa 2020 de la Unión Europea. Es un indicador agregado que combina tres conceptos: el riesgo de pobreza, la carencia material y la baja intensidad en el empleo. Se define la población en riesgo de pobreza o exclusión social como aquella que está al menos en alguna de esas tres situaciones.

En la ECV 2015, el indicador AROPE se situó en el 23,3% de la población residente en Castilla y León, frente al 26,1% registrado el año anterior. En España, la tasa media se situó en el 28,6%. Andalucía (43,2%), la Ciudad Autónoma de Ceuta (41,7%) y la Región de Murcia (38,8%) presentan los porcentajes más altos. Las mejores tasas se observan en la Comunidad Foral de Navarra (13,0%), País Vasco (17,6%) y Aragón (17,7%).

El porcentaje para cada uno de sus componentes en Castilla y León es como sigue:

1. Tasa de riesgo de pobreza: El porcentaje de personas cuyos ingresos estaban por debajo del umbral de la pobreza en 2015 fue del 18,3% en Castilla y León y del 22,1% en España (Figura 20).

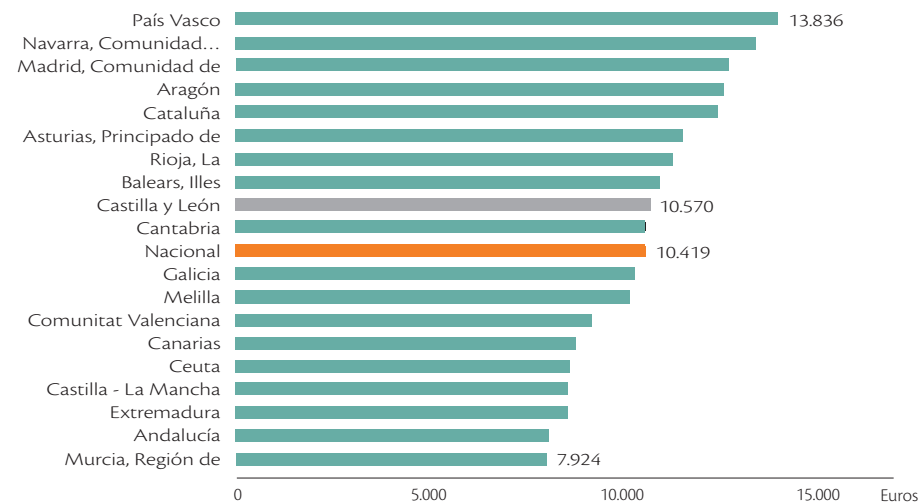
Tabla 4. Tipos de hogar. Castilla y León. Años 2014 y 2015

	2015		2014		Variación relativa 2014-2015
<b>Total</b>	<b>1.028,0</b>		<b>1.030,7</b>		<b>-0,3 %</b>
Hogar unipersonal	292,9	28,5 %	289,7	28,1 %	1,1 %
Hogar monoparental (un adulto con hijos)	91,9	8,9 %	86,7	8,4 %	6,0 %
Pareja sin hijos que convivan en el hogar	243,8	23,7 %	248,3	24,1 %	-1,8 %
Pareja con hijos que convivan en el hogar: Total	320,5	31,2 %	326,9	31,7 %	-2,0 %
Con 1 hijo	161,9	15,7 %	166,9	16,2 %	-3,0 %
Con 2 hijos	135,8	13,2 %	136,3	13,2 %	-0,4 %
Con 3 o más hijos	22,8	2,2 %	23,6	2,3 %	-3,4 %
Núcleo familiar con otras personas que no forman núcleo familiar	33,7	3,3 %	35,2	3,4 %	-4,3 %
Personas que no forman ningún núcleo familiar entre sí	33,4	3,2 %	30,5	3,0 %	9,5 %
Dos o más núcleos familiares	11,9	1,2 %	13,4	1,3 %	-11,2 %

Nota: Miles de hogares

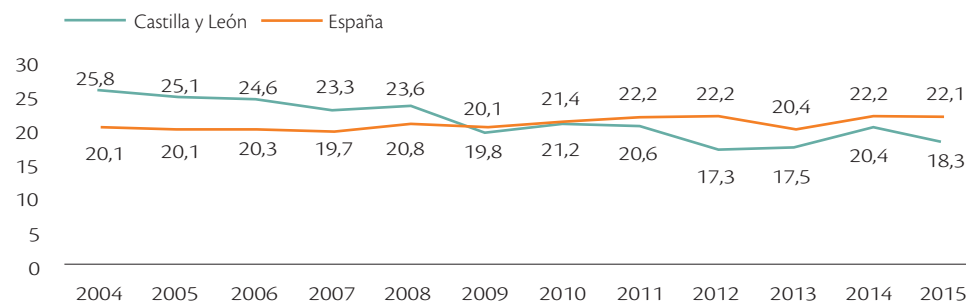
Fuente: Consejería de Sanidad con datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE

Figura 19. Renta media por persona por CCAA. Año 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Condiciones de Vida)

Figura 20. Tasa de riesgo de pobreza. Castilla y León y España. Años 2004 a 2015



Nota: La tasa de riesgo de pobreza es el primer indicador utilizado para el cálculo del indicador AROPE. Se define como el porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza y se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Condiciones de Vida)

2. Situación de carencia material severa: El 2,3% de los castellanos y leoneses están en una situación de carencia material severa (con carencia en al menos 4 conceptos de una lista de 9). Esta cifra es muy inferior a la media nacional, situada en el 6,4%. Los tipos de carencia más frecuentes en la comunidad son los siguientes: el 39,5% de las personas no se puede permitir ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año, el 26,5% no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos, el 6,0% no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada y, por último, el 5,1% de las personas ha tenido retrasos en los pagos a la hora de abonar gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, electricidad, comunidad,...) en los 12 meses anteriores.

3. Personas viviendo en hogares con baja intensidad de empleo: En Castilla y León, afecta al 16,5% de la población entre 0 a 59 años y en España, al 15,4%.

### 2.3.3. El presupuesto familiar

El gasto medio por hogar, en términos corrientes, en el año 2014 en Castilla y León fue de 24.986 €, 160 más que en 2013, lo que supuso una subida interanual del 0,6%. El gasto medio por persona, en términos corrientes, fue de 10.787 €, un 1,6% más que el año anterior pero algo menor que la media nacional, 10.759 € (Figura 21). Por su parte, el gasto total del conjunto de los hogares residentes en Castilla y León, medido en términos corrientes, aumentó un 0,6%.

La evolución del gasto medio por hogar y por persona refleja una tendencia más estable que al inicio de la crisis. En 2014 ha aumentado el gasto medio por hogar y el gasto medio por persona en Castilla y León y lo ha hecho en mayor proporción que a nivel nacional. En España el gasto total aumentó un 0,3%, el gasto medio por hogar descendió un 0,2% y el gasto medio por persona aumentó un 0,6%.

Por lo que respecta a la distribución del gasto (Tabla 5), la mayor parte del gasto medio de los hogares durante el año 2014 se distribuyó en tres grandes grupos:

- Vivienda, agua, electricidad y combustibles, con un gasto medio de 8.125 €, lo que supuso el 32,5% del presupuesto total del hogar.
- Alimentos y bebidas no alcohólicas, al que dedicaron 4.068 €, el 16,3% del presupuesto. Carne (4,5%), pan y cereales (2,3%), pescado (2,1%) y leche, queso y huevos (2,0%) fueron los consumos más relevantes en este apartado.
- Transportes, con un gasto medio de 2.858 €, el 11,4% del total. Destacó la importancia de los gastos en carburantes y lubricantes (5,0%), automóviles (2,4%) y mantenimiento y reparaciones de vehículos (2,4%).

Por grupos, el gasto medio por hogar aumentó en ocho de los 12 grupos analizados, a diferencia de lo sucedido desde el año 2008, en que la mayoría de grupos venían registrando tasas negativas. Los grupos en los que el gasto medio por hogar disminuyó de forma más significativa fueron:

- Bebidas alcohólicas y tabaco, el gasto disminuyó un 8,0% respecto a 2013, debido a que los hogares redujeron su gasto en tabaco, de media, en 51 € (-14,8%).
- Salud, con un descenso del 7,1%, en su mayor parte debido a una disminución del 20,1% del gasto en servicios médicos y paramédicos extrahospitalarios, una media de 103 € menos por hogar. Aumentó un 10,0% el gasto en medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico (una media de 32 € por hogar).
- Comunicaciones, con una variación del -3,4%, motivada por la disminución del gasto en los servicios telefónicos en un 6,0% (43 € anuales menos), compensada, en parte, por el aumento del gasto en equipos telefónicos.
- Vivienda, agua, electricidad y combustibles, cuyo gasto medio disminuyó un 2,5%, debido especialmente a la disminución de los gastos corrientes de mantenimiento y reparación de la vivienda en un 22,5% (52 € anuales).

Por su parte, los grupos con un aumento del gasto medio por hogar más relevante fueron:



**Figura 21. Gasto medio por persona por CC.AA. Año 2014**

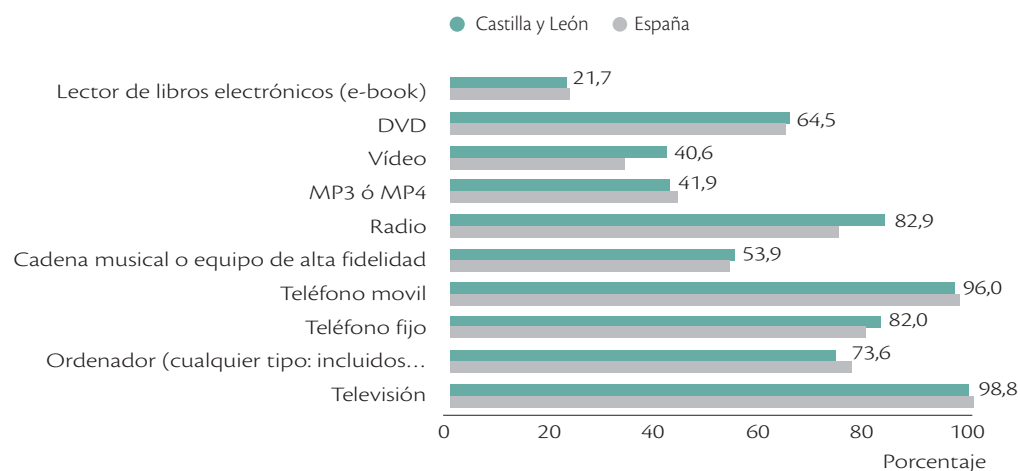
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Condiciones de Vida)

**Tabla 5. Gasto medio por hogar, distribución porcentual y variación anual. Castilla y León. Año 2014**

	Gasto medio por hogar (€)	Distribución porcentual	Tasa de variación con respecto a 2013
1. Alimentos y bebidas no alcohólicas	4.068	16,28 %	1,4 %
2. Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	441	1,76 %	-8,0 %
3. Artículos de vestir y calzado	1.219	4,88 %	1,8 %
4. Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles	8.125	32,52 %	-2,5 %
5. Mobiliario, equipamiento del hogar y gastos corrientes de conservación de la vivienda	883	3,53 %	1,8 %
6. Salud	794	3,18 %	-7,1 %
7. Transportes	2.858	11,44 %	6,5 %
8. Comunicaciones	731	2,93 %	-3,4 %
9. Ocio, espectáculos y cultura	1.633	6,53 %	4,0 %
10. Enseñanza	289	1,16 %	23,9 %
11. Hoteles, cafés y restaurantes	2.052	8,21 %	1,4 %
12. Otros bienes y servicios	1.893	7,58 %	4,1 %
<b>Total</b>	<b>24.986</b>	<b>100</b>	<b>0,6 %</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Presupuestos Familiares)

Figura 22. Equipamiento de las viviendas en productos de tecnologías de la información y comunicación Castilla y León y España. Año 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares (TIC-H))

- Enseñanza, con un aumento medio por hogar del 23,9%. Aumentó el gasto en educación infantil (7,6 € de media por hogar al año), en e. secundaria (9,4 €) y en e. superior (30 €).
- Transportes, con un incremento del 6,5%, determinado por un aumento del 41,5% del gasto en la compra de vehículos. Esto supuso un gasto medio anual de 190 € más.
- Otros bienes y servicios, con un incremento del 4,1%, debido al mayor gasto en cuidado personal (7%), de forma que los hogares gastaron 40 € anuales más en este concepto. Porcentualmente destaca el aumento del gasto en el dinero de bolsillo a menores (23%) lo que supone pasar de un gasto medio de 7,7 a 9,5 € por hogar.

### 2.3.4. Equipamiento y uso de las nuevas tecnologías en los hogares

En Castilla y León, el 73,6% de los hogares con al menos un miembro de 16 a 74 años dispone de ordenador; el 73,9% tienen acceso a internet y en su mayoría lo hacen a través de banda ancha, el 73,5%. El 96,0% de los hogares dispone de teléfono móvil y el 82,0% de un teléfono fijo. El 21,7% de los hogares dispone de un lector de libros electrónicos (Figura 22). (Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares. Año 2015. INE).

Con respecto al uso de las nuevas tecnologías en los hogares, destacar que el 74,2% de las personas de 16 a 74 años ha utilizado el ordenador en los últimos 3 meses (74,9% hombres; 73,4% mujeres) y el 77,6% ha utilizado internet en el mismo periodo (79,9% hombres; 75,2% mujeres). El porcentaje de las personas usuarias de Internet en los últimos tres meses supera a las que utilizan el ordenador en ese periodo lo que refleja el uso creciente de dispositivos distintos al ordenador, sobre todo teléfonos inteligentes, para realizar la conexión a Internet.

El 72,1% de los y las usuarias de internet lo hace al menos una vez por semana, el 75,5% de los hombres y el 68,6% de las mujeres, y el 31,6% de las personas han comprado por inter-

net en los últimos 3 meses, el 33,0% de los hombres y el 30,2% de las mujeres.

La brecha digital de género (es decir, la diferencia de puntos entre sexos respecto a los indicadores de uso de TIC) se mantiene en los principales indicadores analizados: uso de ordenador en los últimos 3 meses (-1,5 puntos de diferencia), uso de Internet en los tres últimos meses (-4,7 puntos), uso frecuente de Internet (-6,9) y compras por Internet (-0,8). Además, se observan diferencias cuando se analizan los datos por grupos etarios, disminuyendo su uso a mayor edad en los indicadores analizados (Figura 23).

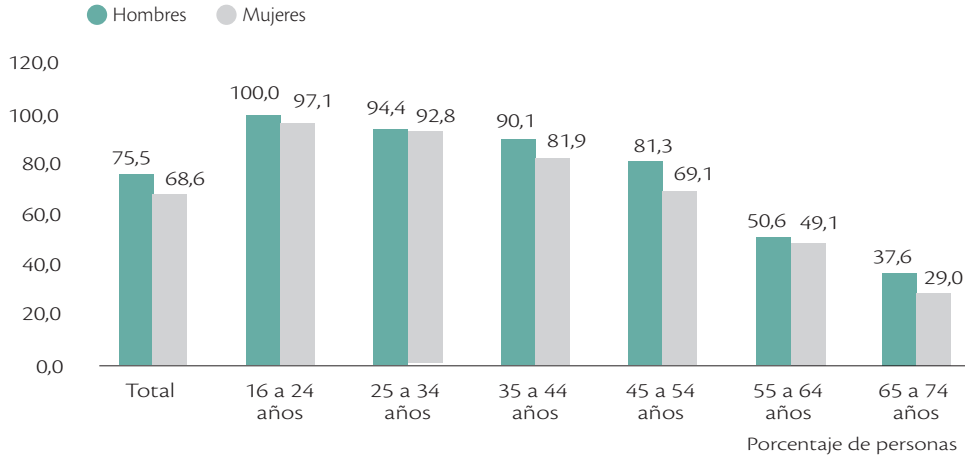
Con respecto a la administración electrónica, los datos reflejan que el 62,5% de las personas castellanas y leonesas que han utilizado Internet en los últimos 12 meses (población de 16 a 74 años), ha contactado o interactuado con las administraciones o servicios públicos a través de Internet por motivos particulares. El 55,8% de las personas declara haber obtenido información de las páginas web de la administración, el 43,8% afirma haber descargado formularios oficiales y el 37,7% ha enviado formularios cumplimentados.

El uso del teléfono móvil es muy alto, el 96,3% de las personas de 16 a 74 años lo ha utilizado en los últimos 3 meses, por sexo, el 96,8% de los hombres y el 95,8% de las mujeres. El uso disminuye con la edad pero aun así es muy alto, oscilando entre el 100% en el grupo 16 a 24 y de 35 a 44 años y el 87,6% en el de 65 a 74 años.

**2.4. Educación**

En Castilla y León había 427.538 personas escolarizadas en el curso 2015-2016. En su mayoría están matriculadas en enseñanzas de régimen general, 356.702 alumnas/os, y el resto en enseñanzas de régimen especial (incluye artes plásticas y diseño, técnico deportivo, danza, enseñanzas musicales, otras enseñanzas artísticas e idiomas), 48.513 personas, y en Enseñanzas de adultos, 22.323 personas. El alumnado extranjero, 25.863 personas, representa el 6,0%, continuando la disminución que se inició en el curso 2012-2013, en su mayoría

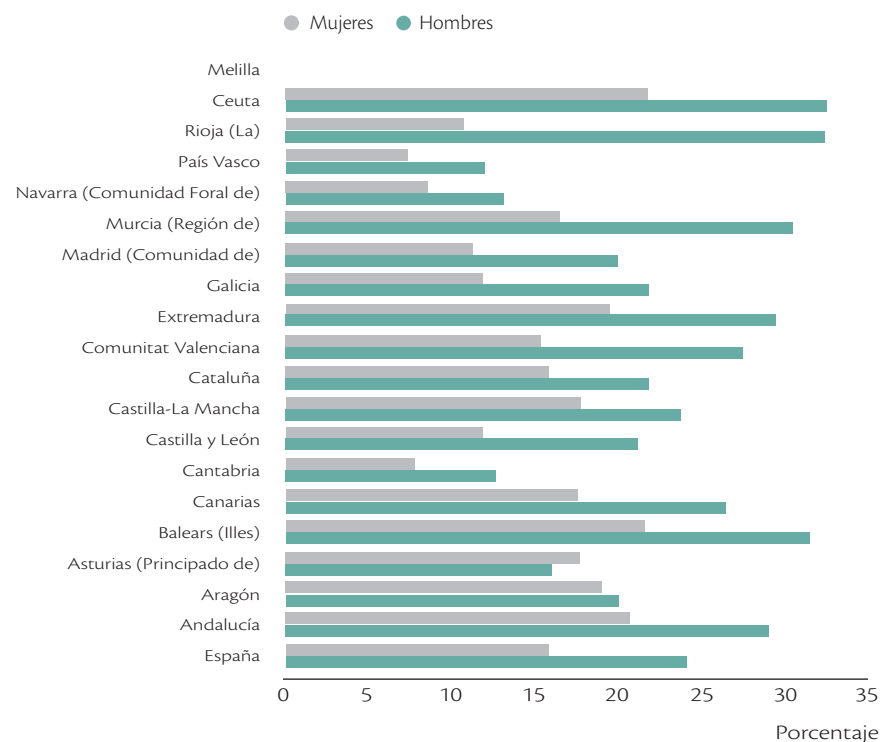
Figura 23. Personas que han usado Internet al menos una vez por semana en los 3 últimos meses Castilla y León. Año 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares)



Figura 24. Tasa de abandono temprano de la educación y la formación por CCAA. Año 2015



Nota: Abandono temprano de la educación y la formación define el porcentaje de la población de 18 a 24 años que no ha completado el nivel de E. Secundaria 2ª etapa y no sigue ningún tipo de educación-formación. Medias anuales de datos trimestrales

Melilla: Datos por sexo no disponibles. Para ambos 24,1%

Fuente: Consejería de Sanidad con datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (Estadística de las enseñanzas no universitarias)

<sup>1</sup> Esperanza de vida escolar: Número medio de años de permanencia en los niveles anteriores a la universidad, de un niño/a que comienza los estudios a los 6 años. Se incluyen las Enseñanzas de Régimen General no universitarias, C.F. de Artes Plásticas y Diseño, EE. Deportivas, las Enseñanzas Artísticas Superiores. Se ha revisado la metodología y se añaden las EE. Profesionales de Música y Danza (16 y más años), E. de Idiomas Nivel Avanzado (16 y más años), EE. Iniciales de Adultos y Secundaria para personas adultas.

matriculados en el régimen general (22.051 alumnos). (Estadística de las Enseñanzas no Universitarias. Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León 2015-2016. Datos provisionales).

La esperanza de vida escolar a los 6 años en enseñanza no universitaria<sup>1</sup> en el curso escolar 2013-14 en Castilla y León fue de 15,0 años (14,9 en hombres y 15,1 en mujeres), cifra superior a la media nacional que fue de 14,4, similar en hombres y mujeres. Castilla y León ocupaba la tercera posición, detrás del País Vasco (15,3 años) y la Ciudad Autónoma de Ceuta (15,1 años)

La tasa de abandono temprano de la educación y la formación en 2015 fue de 16,7% en Castilla y León (21,2% en hombres; 11,9% en mujeres), inferior a la de España, que fue del 20,0% (24,0% hombres; 15,8% mujeres). La evolución del indicador en nuestra comunidad es muy favorable, con un descenso de 6,2 puntos con respecto al año 2002, sin embargo, aún alejado del objetivo propuesto en la Estrategia Europa 2020, que es situar la tasa por debajo del 10%. En España, debido a su elevada tasa, la propuesta es reducirla por debajo del 15%. En 2015, tres CCAA presentan cifras inferiores: País Vasco (9,7%), Cantabria (10,3%) y la Comunidad Foral de Navarra (10,8%) (Figura 24).

Otro de los objetivos de la Estrategia Europa 2020 es elevar hasta el 40% en la Unión Europea y hasta el 44% en el caso de España, el porcentaje de personas de 30 a 34 años de edad con nivel de educación superior. En la comunidad, y con datos del año 2014, este porcentaje era del 42,6%, con 16,7 puntos de diferencia a favor de las mujeres (34,4% de los hombres; 51,1% de las mujeres). El porcentaje de titulación es superior a la media nacional, 42,3% (36,8% de los hombres; 47,8% de las mujeres) y en todas las CCAA el porcentaje de mujeres supera al de los hombres. (Fuente: Encuesta de Población activa. Medias anuales. INE).

Por último, la Unión Europea se plantea también como objetivo incrementar la participación en aprendizaje permanente hasta conseguir que al menos el 15% de personas adultas sigan cursos de formación en 2020. Sin embargo, y según la propia

Comisión Europea, esta participación permanece estancada y será difícil alcanzar el objetivo. En Castilla y León, el porcentaje de población de 25 a 64 años que participa en este tipo de formación fue del 10,6% (9,5% de los hombres; 11,8% de las mujeres) en 2014. El porcentaje medio en España fue del 9,8% (9,2% de los hombres; 10,5% de las mujeres), oscilando entre el 8,0% de Cataluña y Baleares y el 11,8% del País Vasco.

El sistema educativo de Castilla y León ha obtenido resultados excelentes en los tres ámbitos de conocimiento analizados en el Informe PISA 2012, resultados que sitúan a la comunidad a la cabeza de España en calidad educativa. En el área de Matemáticas, la comunidad ha alcanzado 509 puntos (España 484 y OCDE 494), en Lectura 505 (España 488 y OCDE 496) y en Ciencias 519 (España 496 y OCDE 501). En todas las competencias, el porcentaje de estudiantes que alcanzan las competencias básicas está por encima del 85%, lo cual reduce significativamente el riesgo de exclusión social. Castilla y León cuenta con una mayor proporción de alumnado excelente que la Unión Europea, la OCDE y España, al tiempo que la proporción de estudiantes rezagados es notablemente más baja (Fuente: Último Informe PISA publicado en diciembre de 2013).

El porcentaje de repetidores es algo elevado. Si tomamos como referencia la edad de evaluación de 15 años, los estudiantes participantes en PISA 2012 deberían estar en cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria (4º ESO) en el momento de aplicación de la prueba. En Castilla y León, sin embargo, el 24,9% se encontraban cursando 3º ESO y el 10,8% aún estaban en 2º ESO, mientras que el 64,2% de los y las estudiantes participantes en esta edición de PISA no ha repetido curso. En España, este porcentaje es del 66,1% y en el conjunto de la OCDE del 84%. En España, el alumnado que repite un curso se encuentra en el nivel de competencia mínimo para la correcta integración social y laboral. Además el alumnado que repite un curso en Castilla y León obtiene mejores resultados en Matemáticas que el alumnado de España, la OCDE, la Unión Europea y el resto de las comunidades autónomas.

### 2.5. El sistema de acción social

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, dedica su artículo 13 a los derechos sociales, reconociendo en él el derecho de acceso a los servicios sociales y a los derechos que, en este ámbito, corresponden a las personas mayores, a los menores de edad, a las personas en situación de dependencia y a sus familias, a las personas con discapacidad y a las que se encuentran en situación de exclusión social.

El marco legal que ampara el desarrollo de estas competencias es la Ley 16/2010, de Servicios Sociales de Castilla y León, que considera a estos servicios como

«elemento esencial del Estado del Bienestar, dirigidos a alcanzar el pleno desarrollo de los derechos de las personas dentro de la sociedad y a promocionar la cohesión social y la solidaridad».

El modelo de servicios sociales define las prestaciones y recursos como un derecho. Las prestaciones esenciales adquieren el carácter y la naturaleza de derechos subjetivos, públicamente garantizados con independencia de cuáles sean el nivel de necesidades o el índice de demandas existente. Por tanto, a partir de la Ley 16/2010, las prestaciones sociales se clasifican como esenciales y no esenciales y están definidas por el catálogo de servicios sociales que ordena todas las prestaciones del sistema, estableciendo su contenido e intensidad. Son prestaciones esenciales, entre otras, la ayuda a domicilio, la teleasistencia, la atención residencial, la atención en centro de día o de noche, la protección jurídica y la tutela de adultos, la atención temprana, la protección de menores, las de la renta garantizada de ciudadanía, etc.

El SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO tiene como objetivo facilitar el desarrollo y la autonomía de las personas, para lograr que las personas permanezcan en su entorno habitual, siempre que sea posible, en unas adecuadas condiciones mínimas de bienestar. El SERVICIO DE TELEASISTENCIA está indicado para personas que tienen una autonomía limitada y pasan

Tabla 6. Número de usuarios atendidos en los servicios de teleasistencia y de ayuda a domicilio. Castilla y León. Años 2012 a 2014

	2012	2013	2014
Ayuda a domicilio	25.694	25.525	24.795
Teleasistencia	24.802	24.932	22.422

Nota: Son usuarios tanto de servicios sociales como del sistema de dependencia  
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Gerencia de Servicios Sociales

Tabla 7. Número de plazas para la atención residencial de personas mayores y ratio Castilla y León. Año 2014

	Número de plazas privadas con lucro	Número de plazas privadas sin lucro	Número de plazas públicas y concertadas	Número total de plazas	% sobre el total de plazas	Ratio plazas públicas y concertadas/ 100 personas ≥ 65 años	Ratio plazas/ 100 personas ≥ 65 años
Ávila	1.625	745	1.053	3.423	7,5%	2,54	8,26
Burgos	2.482	1.733	2.143	6.358	14,0%	2,66	7,89
León	2.373	2.227	2.669	7.269	16,0%	2,16	5,89
Palencia	1.174	1.853	1.239	4.266	9,4%	3,12	10,75
Salamanca	2.989	1.636	2.153	6.778	14,9%	2,51	7,90
Segovia	1.144	588	1.315	3.047	6,7%	3,79	8,79
Soria	1.088	323	1.120	2.531	5,6%	4,84	10,93
Valladolid	3.864	1.775	1.809	7.448	16,4%	1,66	6,84
Zamora	1.382	988	1.935	4.305	9,5%	3,55	7,89
<b>Castilla y León</b>	<b>18.121</b>	<b>11.868</b>	<b>15.436</b>	<b>45.425</b>	<b>100,0%</b>	<b>2,61</b>	<b>7,67</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

mucho tiempo solas, permitiéndoles continuar residiendo en su domicilio habitual. A través de un dispositivo de aviso, reciben asistencia inmediata en situaciones de emergencia durante las 24 horas del día, todos los días del año.

La atención diurna en centros es un servicio que garantiza la atención integral y continuada a las necesidades de la persona en jornada de día promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades según el rol social de su ciclo evolutivo. Dentro de este servicio se dispone de plazas en centros de día para:

- El apoyo a la infancia y adolescencia en riesgo. En Castilla y León en 2014 el número de plazas en centros de día ascendió a 372, las mismas que en los dos años anteriores.
- La atención a personas con discapacidad, con un total de 9.297 plazas en 2014, un 2,0% más que el año anterior (9.113 plazas).
- La atención a personas mayores en situación de dependencia. En 2014 había un total de 2.264 plazas en centros de día sostenidas con fondos públicos (44,5% del total) frente a las 2.255 del año anterior. Las plazas de carácter privado eran 2.823, mientras que el año anterior fueron 2.599.

La ATENCIÓN INTEGRAL EN CENTROS RESIDENCIALES A PERSONAS EN DIFERENTES SITUACIONES, incluye el alojamiento, la manutención, la atención de sus necesidades básicas y de las necesidades particulares derivadas de su situación personal y social. En el año 2014, la situación era la siguiente:

- El Servicio de Atención Residencial para Menores Desprotegidos se presta en 9 centros residenciales públicos y 49 concertados y el número de plazas era de 879.
- El Servicio de Atención Residencial en Vivienda para Personas con Discapacidad, contaba con 5.220 plazas en residencias y 1.323 en viviendas.
- El Servicio de Atención Residencial de Personas Mayores, dirigido a cubrir las necesidades de aquellas personas con mayor nivel de dependencia o en las que la atención familiar no es posible, contaba con 45.425 plazas residenciales. En la comunidad, existen 2,61 plazas sostenidas por fondos públicos por cada 100 personas de 65 y más años, con un rango que oscila entre las 4,84 plazas por cada 100 personas de 65 y más años en Soria y las 1,66 plazas de Valladolid (Tabla 7).

### 2.5.1. Atención temprana

Es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y al medio, que tiene por objetivo dar respuesta lo más rápidamente posible a las

necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, previniendo futuras alteraciones y potenciando al máximo sus capacidades de desarrollo, posibilitando su autonomía personal y su inclusión en el medio familiar, escolar y social. En 2014, un total de 2.817 niños y niñas fueron atendidos en este programa, 176 más que en el año anterior (Tabla 8).

**2.5.2. Atención a la dependencia**

La dependencia es un estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, junto con la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o de ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria; o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, necesitan de otros apoyos para su autonomía personal (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

Esta Ley 39/2006 estableció la creación en España del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), hecho relevante en materia de protección social. Posteriormente, el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, estableció el catálogo de servicios y prestaciones establecidas en la Ley 39/2006, para la atención a las personas a las que se les haya reconocido una situación de dependencia y tengan derecho a su atención así como la regulación de los requisitos para acceder a las mismas.

En el año 2015, se registraron en Castilla y León 111.890 solicitudes de reconocimiento, el 6,9% de las presentadas a nivel nacional. El 4,5% de la población de Castilla y León ha presentado una solicitud, siendo una de las regiones que más solicitudes presentan. De las solicitudes presentadas, 105.835 han sido valoradas (dictámenes), resultando con derecho a prestación 73.546 beneficiarios. El grado II es el grupo con

**Tabla 8. Atención temprana. Número de intervenciones en niños de 0 a 6 años por tipo de intervención. Castilla y León. Año 2012 y 2014**

	2012	2013	2014
Número de niños atendidos	2.707	2.641	2.817
Número de intervenciones	3.675	3.515	3.491
Atención directa	2.453	2.395	2.420
Fisioterapia	704	672	650
Estimulación/psicomotricidad	1.054	1.010	1.029
Logopedia	695	713	741
Seguimiento externo	1.137	1.047	1.071
Apoyo a la familia	85	73	-

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

**Tabla 9. Ley de Dependencia. Número de beneficiarios con prestaciones. Distribución por grado y sexo. Castilla y León. Datos a 31 de diciembre de 2015**

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	
Grado III	9.411	34,0%	18.276	66,0%	27.687
Grado II	10.177	35,0%	18.902	65,0%	29.079
Grado I	5.900	35,2%	10.880	64,8%	16.780
<b>TOTAL</b>	<b>25.488</b>	<b>34,7%</b>	<b>48.058</b>	<b>65,3%</b>	<b>73.546</b>

Nota: El artículo 26 de la Ley 39/2006, tras su modificación por el Real Decreto Ley 20/2012 de 13 junio, describe la clasificación de los grados de dependencia en tres:

- Grado I. Dependencia moderada: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. Dependencia severa: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Tabla 10. Ley de Dependencia. Número de beneficiarios con prestaciones. Distribución por grado y tipo de hábitat. Castilla y León. Datos a 31 de diciembre de 2015

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	
Grado III	12.030	43,4%	15.657	56,6%	27.687
Grado II	12.419	42,7%	16.660	57,3%	29.079
Grado I	6.990	41,7%	9.790	58,3%	16.780
<b>TOTAL</b>	<b>31.439</b>	<b>42,7%</b>	<b>42.107</b>	<b>57,3%</b>	<b>73.546</b>

Nota: El artículo 26 de la Ley 39/2006, tras su modificación por el Real Decreto Ley 20/2012 de 13 junio, describe la clasificación de los grados de dependencia en tres:

- Grado I. Dependencia moderada: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. Dependencia severa: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

mayor número de beneficiarios con prestaciones. Por sexo, hay más mujeres que hombres (Tabla 9) y por hábitat, más en el medio rural que en el urbano (Tabla 10).

Los 73.546 beneficiarios con prestaciones concedidas han recibido 93.834 prestaciones (Tabla 11). La prestación económica vinculada al servicio y la económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales representan prácticamente la mitad del total de prestaciones ofrecidas por el SAAD (45,6%).

Tabla 11. Ley de Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Castilla y León. Datos a 31 de diciembre de 2015

	Número	Porcentaje
<b>Solicitudes presentadas</b>	<b>111.890</b>	
Dictámenes	105.835	94,6 %
Personas con derecho a prestación	81.610	77,1 %
Beneficiarias con prestaciones concedidas	73.546	90,1 %
<b>Prestaciones reconocidas</b>		
Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal	11.565	12,3 %
Teleasistencia	5.657	6,0 %
Ayuda a domicilio	18.382	19,6 %
Centros día/noche	8.017	8,5 %
Atención residencial	7.177	7,6 %
Prestación económica vinculada al servicio	21.762	23,2 %
Prestación económica de asistencia personal	231	0,2 %
Prestación económica de cuidados familiares	21.043	22,4 %
<b>TOTAL</b>	<b>93.834</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. (Datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD))

### 2.5.3. Atención a la discapacidad

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad establece que tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.

Según los datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, en el año 2014

había 166.828 personas con reconocimiento de discapacidad, el 6,7% de la población total de la comunidad (Tabla 12).

El tipo de discapacidad más frecuente es la física, sobre todo la derivada de problemas osteoarticulares o ligada a enfermedades crónicas. Le siguen en frecuencia la discapacidad mental e intelectual y, por último, la visual y auditiva (Tabla 13).

Las actuaciones de la Gerencia de Servicios Sociales dirigidas a las personas con discapacidad se desarrollan bajo los principios de mejora de la calidad de vida, promoción de la igualdad de oportunidades y accesibilidad. Estas actuaciones atienden a las necesidades de las personas con discapacidad a lo largo de todo el ciclo vital (prevención, educación, empleo, integración social, etc.). Por un lado, garantizan su atención en los servicios generales destinados a todos los ciudadanos, proporcionando e impulsando las adaptaciones y apoyos necesarios para conseguirlo. Y por otra parte, se crean y consolidan servicios específicos para personas con discapacidad.

**2.5.4. Situación y actuaciones en materia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y contra la violencia de género**

La comunidad de Castilla y León tiene competencia exclusiva en materia de promoción de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. En el marco de esta competencia se aprobaron la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León y la Ley 13/2010, de 9 de diciembre, Contra la Violencia de Género en Castilla y León. Estas leyes exigen una planificación de actuaciones dirigidas a incentivar la igualdad efectiva entre mujeres y hombres y a erradicar la violencia de género.

En mayo de 2013, la Junta de Castilla y León aprobó un nuevo Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género de Castilla y León para el periodo 2013-2018, con dos grandes objetivos de carácter general que son, conseguir que la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres

sea una realidad y prevenir y erradicar la violencia de género en todos los ámbitos de la sociedad y de la vida.

Con el propósito de mejorar las actuaciones para la erradicación de la violencia de género, así como la atención integral a las víctimas, la Junta de Castilla y León está trabajando en un modelo denominado «Objetivo Violencia Cero». Las claves del modelo son:

- Atención integral, mediante un plan personalizado de seguridad y de autonomía para cada víctima que cubra la

Tabla 12. Distribución de la población con discapacidad según edad y sexo. Castilla y León. Año 2014

	Mujer	Hombre	Total
De 0 a 24 años	2.962	4.814	7.776
De 25 a 64 años	26.032	36.114	62.146
De 65 y más años	51.553	45.353	96.906
<b>TOTAL</b>	<b>80.547</b>	<b>86.281</b>	<b>166.828</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Tabla 13. Distribución de la población con discapacidad por tipo de discapacidad. Castilla y León. Años 2012 a 2014

	2012	2013	2014
Discapacidad física	93.620	94.554	95.580
Discapacidad intelectual	18.980	19.201	19.346
Enfermedad mental	24.568	25.219	26.152
Discapacidad visual	13.987	13.895	13.836
Discapacidad auditiva	11.586	11.720	11.914
<b>TOTAL</b>	<b>162.741</b>	<b>164.589</b>	<b>166.828</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Oportunidades

prevención, el apoyo, la seguridad, la asistencia con recursos especializados y la integración social, y contando con un profesional de referencia que la acompañe durante todo el proceso.

- Enfoque proactivo, incidiendo en la detección de las situaciones de maltrato desde los servicios sanitarios, educativos

o sociales, para iniciar el proceso de ayuda desde la fase más temprana posible y adaptarla a las circunstancias de la mujer.

- Implicación de toda la sociedad: administraciones (central, autonómica y local), instituciones, entidades y agentes de la sociedad, en un verdadero sistema integrado de apoyo a las víctimas que trabaje en red, para ofrecer a la mujer una respuesta única y coordinada.

**Tabla 14. Evolución del número de mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja<sup>1</sup>. Castilla y León y España. Años 2007 a 2014**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Castilla y León	3	6	1	4	2	2	4	3
España	71	76	56	73	61	52	54	54

<sup>1</sup> Se incluyen aquellos casos en los que el agresor es el cónyuge, excónyuge, compañero sentimental, excompañero sentimental, novio o exnovio

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

**Tabla 15. Actos de violencia de género. Castilla y León. Años 2009 a 2014**

	Delito de malos tratos	Delito de malos tratos habituales	Tipos agravados de lesiones
2009	2.987	416	157
2010	2.643	534	275
2011	3.047	368	355
2012	2.721	484	166
2013	3.090	390	64
2014	3.604	571	66

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (Datos provenientes de la Estadística Judicial del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial)

Según los datos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, el número de denuncias por violencia de género sobre la mujer en Castilla y León en 2014 fue de 5.132, el 4% del total de las denuncias en España (126.742). Murieron 3 mujeres en Castilla y León y en España 54 mujeres y 8 menores (Tabla 14).

Se incoaron 1.354 órdenes de protección a instancia y se resolvieron positivamente el 63%. Los tipos de delitos instruidos en mayor proporción son los delitos de malos tratos (art. 153 del Código Penal (CP)), seguido del delito de malos tratos habituales (art. 173 CP) y los tipos agravados de lesiones (art. 148 y siguientes del CP) (Tabla 15).

Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género, recibió en el año 2015 un total de 3.819 llamadas procedentes de Castilla y León, un 24,9% más que en 2014. Por su parte, el servicio telefónico de atención y protección para víctimas de violencia de género, ATENPRO atendió en 2015 a 355 mujeres de nuestra comunidad.

En el ámbito de la asistencia sanitaria, la cartera de servicios de atención primaria de la Gerencia Regional de Salud incluye desde el año 2008 dos programas en relación con la violencia de género: el Programa de Cribado de Violencia de Género, cuyo objetivo es detectar de forma precoz a mujeres víctimas de violencia de género, y el Programa de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia. Un aspecto necesario e imprescindible para seguir avanzando en este ámbito es la continuidad de los procesos formativos de los profesionales del sistema sanitario, tanto en sensibilización como en for-

mación básica. En Castilla y León, se forman en materia de violencia de género profesionales de atención primaria, que concentran las actividades de sensibilización, y de atención hospitalaria que realizan formación básica. También se realizan actividades dirigidas a la formación de internos residentes.

### 2.5.5. Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas son un conjunto de medidas que posee el sistema de protección social, gestionadas por la Seguridad Social o por el Sistema de Servicios Sociales. Su principal objetivo es prevenir, reparar o superar determinadas situaciones de infortunio o estados de necesidad concretos que suelen originar una pérdida de ingresos o un exceso de gastos en las personas que los sufren. Las prestaciones económicas de la Seguridad Social son de dos tipos, contributivas y no contributivas.

A fecha 1 de enero de 2016, el número de pensiones contributivas en vigor en Castilla y León era de 604.287, representando el 6,5% del total nacional. Por tipo de pensión, el 62,5% son pensiones de jubilación, el 26,1% de viudedad, un 7,4% de incapacidad permanente y un 3,9% corresponden a pensiones de orfandad y a favor de otros familiares, una distribución muy similar al conjunto nacional. El importe medio de las pensiones contributivas en Castilla y León, a 1 de enero de 2016, fue de 879 € al mes, 17 € menos que a nivel nacional (Tabla 16).

La mayor parte de los beneficiarios de prestaciones no contributivas son mujeres, sobre todo en el caso de las pensiones de jubilación. Dos hechos explican esta situación, por un lado, el que las mujeres que están hoy por encima de los 65 años han tenido menor presencia en el ámbito laboral y por lo tanto, menor acceso a las prestaciones contributivas y por otro, a la mayor esperanza de vida de las mujeres (Tabla 17).

Tabla 16. Pensiones contributivas: número de pensiones y cuantía media Castilla y León. A 1 de enero de 2016

Incapacidad permanente	Número pensiones	44.778
	Pensión media	925,9 €
Jubilación	Número pensiones	378.492
	Pensión media	1.008,3 €
Viudedad	Número pensiones	157.606
	Pensión media	623,9 €
Orfandad	Número pensiones	19.755
	Pensión media	403,6 €
Favor familiar	Número pensiones	3.656
	Pensión media	534,4 €
<b>Todas las pensiones</b>	<b>Número pensiones</b>	<b>604.287</b>
	<b>Pensión media</b>	<b>879,3 €</b>

*Nota: Las pensiones contributivas son prestaciones económicas, normalmente de duración indefinida, cuya concesión está generalmente supeditada a una previa relación jurídica con la Seguridad Social (cotización previa) y al cumplimiento de determinados requisitos*

*Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Estadísticas del INSS. Base de datos de eSTADISS). Ministerio de Empleo y Seguridad Social*

Tabla 17. Pensiones no contributivas: número de pensiones, presupuesto y cuantía media (en €). Castilla y León. A 1 de enero de 2016

	Nº de beneficiarios	Importe bruto	Promedio mensual
Jubilación	12.362	4.481.427,5 €	362,5 €
Invalidez	9.761	3.911.123,5 €	400,7 €
<b>TOTAL</b>	<b>22.123</b>	<b>8.392.551,0 €</b>	<b>379,4 €</b>

*Nota: Las pensiones no contributivas son prestaciones a las que pueden acceder personas con residencia legal en España que no hayan cotizado a la Seguridad Social o, en caso de que lo hayan hecho, haya sido durante un tiempo inferior al mínimo establecido para tener derecho a una pensión contributiva y siempre que carezcan de recursos económicos para su subsistencia*

*Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del IMSERSO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)*



### 3. Seguridad alimentaria y sanidad ambiental

#### 3.1. Seguridad alimentaria

##### 3.1.1. Control en la producción primaria de alimentos

La seguridad alimentaria abarca una cadena muy amplia. Uno de ellos el control de los alimentos en la etapa de producción primaria es una cuestión clave exigida por la normativa comunitaria en el llamado «Paquete de Higiene», compendio de normativa comunitaria que conforma el marco legislativo para la producción de alimentos y la seguridad alimentaria en la Unión Europea.

Los controles que se realizan desde la Consejería de Agricultura y Ganadería se enmarcan dentro del Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria (PNCOCA), en la Sección II del mismo, denominada Programas de Control Oficial en Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación e incluyen el control en la producción primaria de alimentos de origen animal y vegetal (Tabla 18).

##### 3.1.2. Vigilancia y control en industrias y establecimientos alimentarios

En el año 2015 estaban inscritas en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos (RGSEAA) de Castilla y León un total 8.762 industrias (7.550 en 2014). Por su parte, en el Registro de Actividades Alimentarias (ámbito local) (RAAL) había 39.825 establecimientos inscritos (31.031 en 2014). El incremento registrado en 2015 corresponde a la actualización de la base de datos.

El Programa de Control Oficial en industrias y establecimientos alimentarios es el marco que establece las actuaciones realizadas por la Consejería de Sanidad para verificar el cumplimiento de la normativa sobre seguridad e higiene alimentaria por parte de los operadores económicos de las empresas que desempeñan su actividad en la producción, transformación y distribución de alimentos en fases posteriores a la producción primaria. Las actividades de control oficial se dividen en visitas o inspecciones de control, ejecución de unidades de control y el muestreo de alimentos.

En el año 2015 se han realizado 121.863 inspecciones de control, la mayor proporción corresponde a establecimientos de prestación de servicios y establecimientos minoristas (Tabla 19).

La Red de Alerta Alimentaria está destinada a notificar los riesgos, directos o indirectos, para la salud colectiva que se deriven de alimentos, gestionándose como alertas aquellas notificaciones que conlleven riesgo grave e inmediato y que involucren a productos alimenticios originarios de Castilla y León o de los que se tiene constancia de su comercialización en Castilla y León. Durante el año 2015 se registraron 194 notificaciones, gestionándose el 20,6%,

Tabla 18. Programa de Control Oficial en Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación Castilla y León. Año 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Control de influenza aviar	281	1.672	1.308
Control de salmonelosis	224	203	192
Control de tularemia	3.044	5.103	3.811
West Nile: muestreos en caballos	126	140	151
Control de Higiene y Sanidad: Producción primaria	1.014	1.260	1.039
Plan Nacional de Investigación de Residuos (PNIR)	2.159	1.937	1.780
Programa Control de Medicamentos veterinarios	466	496	468
Control de identificación de équidos	243	175	250
Control de identificación de bovino	755	983	985
Control de identificación de ovino/caprino	389	499	492
Plan de control de calidad de la leche oveja/cabra en explotaciones	388	389	279
Plan de control de calidad de la leche de vaca en explotaciones	636	603	948
Control de productos fitosanitarios	105	235	576
<b>TOTAL</b>	<b>9.830</b>	<b>13.695</b>	<b>12.279</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Consejería de Agricultura y Ganadería

mientras que en el año anterior se registraron 212, gestionándose el 24,05%.

### 3.1.3. Control oficial en mataderos

El control oficial en mataderos tiene como objetivo general verificar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de seguridad e higiene alimentaria y bienestar animal, eliminando de la cadena alimentaria la carne y vísceras comestibles de animales con enfermedades transmisibles a las personas.

Uno de sus objetivos específicos es dictaminar la aptitud para el consumo de las canales y vísceras obtenidas en el proceso de sacrificio, lo que genera una importante actividad. Así, el número de sacrificios vigilados en Castilla y León en 2015 fue de 79.732.397, correspondiendo la mayor proporción de actividad al sector avícola (Tabla 20).

Igualmente, se efectúan controles oficiales con el fin de eliminar de la cadena alimentaria la carne procedente de animales con enfermedades transmisibles al hombre y a los animales. En concreto, el Programa de Vigilancia de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles tiene por objeto la detección de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) y la tembladera en reses sacrificadas en Castilla y León, realizándose en 2015, 143 test prionic en vacuno, 2.299 en ovino > 18 meses y 330 en caprino > 18 meses.

## 3.2. Sanidad ambiental

### 3.2.1. Vigilancia sanitaria del agua de consumo humano

El control de calidad de las aguas de consumo humano se realiza a través del Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC). El número total de zonas de abastecimiento de agua de consumo humano registradas en el SINAC en Castilla y León en 2015 fue de 2.235 (Tabla 21). Se realizan visitas a las zonas de abastecimiento y controles analíticos para verificar la calidad del agua. El control en grifo y los análisis de control, constituyen las determinaciones analíticas más frecuentes.

Tabla 19. Control Sanitario Oficial de Alimentos. Inspecciones por tipo de establecimiento. Castilla y León  
Años 2013 a 2015

	2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%
Industrias de la carne	11.136	9,6 %	10.804	9,0 %	14.019	11,5 %
Industrias de la pesca	399	0,3 %	373	0,3 %	380	0,3 %
Industrias lácteas	2.458	2,1 %	2.324	1,9 %	2.688	2,2 %
Otras industrias	11.751	10,1 %	11.340	9,5 %	8.903	7,3 %
Almacenes mayoristas	5.312	4,6 %	4.908	4,1 %	5.502	4,5 %
Establecimientos minoristas	33.784	29,0 %	36.508	30,4 %	33.324	27,3 %
Prestación de servicios <sup>1</sup>	51.680	44,3 %	53.633	44,7 %	57.047	46,8 %
<b>TOTAL</b>	<b>116.520</b>	<b>100</b>	<b>119.890</b>	<b>100</b>	<b>121.863</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Hace referencia a restaurantes, bares y cafeterías, así como a cocinas y comedores colectivos de residencias de ancianos, colegios, hospitales, etc.  
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Tabla 20. Número de animales sacrificados en mataderos. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%
Bovino	419.005	0,5 %	403.082	0,5 %	426.028	0,5 %
Ovino	3.573.274	4,7 %	3.272.798	4,2 %	3.216.394	4,0 %
Caprino	95.747	0,1 %	82.355	0,1 %	90.524	0,1 %
Porcino	5.338.650	7,1 %	5.970.284	7,7 %	6.458.924	8,1 %
Equino	8.066	0,01 %	6.093	0,01 %	5.703	0,01 %
Aves	59.995.499	79,4 %	61.212.055	79,5 %	63.359.618	79,5 %
Conejos	6.114.819	8,1 %	6.054.747	7,7 %	6.175.206	7,7 %
<b>TOTAL</b>	<b>75.545.060</b>	<b>100</b>	<b>77.001.414</b>	<b>100</b>	<b>79.732.397</b>	<b>100</b>

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

Tabla 21. Zonas de abastecimiento de agua de consumo humano en SINAC. Castilla y León. Años 2014 y 2015

	2014			2015		
	Nº ZA <sup>1</sup>	Nº visitas a ZA <sup>1</sup>	Nº controles analíticos	Nº ZA <sup>1</sup> en	Nº visitas a ZA <sup>1</sup>	Nº de controles analíticos
Ávila	289	1.482	1.199	240	1.891	1.063
Burgos	548	1.945	1.529	397	2.899	1.523
León	596	2.310	1.954	359	3.146	1.949
Palencia	224	1.045	945	185	1.345	889
Salamanca	258	1.725	1.306	242	2.149	1.316
Segovia	256	1.312	1.200	230	1.508	1.105
Soria	178	1.708	1.122	165	1.334	886
Valladolid	174	1.143	924	176	1.339	819
Zamora	287	1.568	1.294	241	1.769	1.397
<b>TOTAL</b>	<b>2.810</b>	<b>14.238</b>	<b>11.473</b>	<b>2.235</b>	<b>17.380</b>	<b>10.947</b>

<sup>1</sup> ZA: Zona de abastecimiento

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

Tabla 22. Vigilancia sanitaria de las aguas de recreo. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Nº de zonas de baño sometidas a vigilancia	28	30	30
Nº de muestras tomadas	303	348	332
Nº de piscinas públicas sometidas a vigilancia	939	956	980
Nº de inspecciones realizadas	4.878	4.323	4.113

Nota: El control de la calidad de aguas de recreo se lleva a cabo a través de un sistema de información sanitario nacional que recoge datos sobre las características de las playas y la calidad del agua de baño (NAYADE) y se desarrolla en colaboración con los Ayuntamientos de la Comunidad, en cuyo término municipal se encuentren ubicadas las aguas de recreo, ya sean piscinas o zonas de baño  
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

### 3.2.2. Vigilancia sanitaria de las aguas de recreo

La Consejería de Sanidad lleva a cabo una serie de actuaciones de vigilancia y control oficial tanto en piscinas de uso público como en las zonas de aguas de baño de la comunidad de Castilla y León. En 2015 se realizaron 4.113 actuaciones (Tabla 22).

### 3.2.3. Plan de prevención de la legionelosis

Con el propósito de evitar la proliferación y dispersión de la *Legionella*, durante 2015 se llevaron a cabo 2.775 inspecciones en empresas que disponen de torres de refrigeración o condensadores evaporativos y se tomaron 579 muestras (Tabla 23). La legionelosis es una enfermedad sometida a vigilancia epidemiológica. El plan de prevención ha permitido que en los últimos años se haya reducido notablemente su incidencia.

Tabla 23. Plan de prevención de la legionelosis. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Nº establecimientos con torres de refrigeración y/o condensadores evaporativos	464	446	436
Nº de torres de refrigeración y/o condensadores evaporativos	1.186	1.164	1.151
Nº de inspecciones realizadas a establecimientos con torres y/o condensadores	630	607	607
Nº de inspecciones realizadas a otros establecimientos con instalaciones de riesgo	2.552	2.709	2.775
Nº de muestras tomadas	570	554	579

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

### 3.2.4. Vigilancia sanitaria de los niveles de polen en la atmósfera

En Castilla y León se recogen datos aerobiológicos en relación con las alergias polínicas desde el año 2006. La información sobre los niveles de polen y sus previsiones se difunde a los ciudadanos a través del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León ([www.salud.jcyl.es/polen](http://www.salud.jcyl.es/polen)) y del Servicio de Información Polínica de Castilla y León a través de SMS (Tabla 24).

### 3.2.5. Vigilancia sanitaria de sustancias y preparados químicos comerciales

Todas las sustancias químicas comercializadas por sí mismas, en forma de mezclas o contenidas en artículos deben ser evaluadas con el fin de conocer los peligros derivados de su naturaleza y adoptar una serie de medidas para minimizar el riesgo para la salud y el medio ambiente (Tabla 25).

Tabla 24. Vigilancia sanitaria de los niveles de polen en la atmósfera. Castilla y León Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Resultados sobre niveles de polen y previsión obtenidos y publicados en el Portal de salud	27.927	26.708	34.353
Nº de visitas al contenido "Niveles de polen" del Portal de salud	104.898	78.645	102.505
Nº de SMS enviados con aplicación INPO	195.457	207.763	225.420

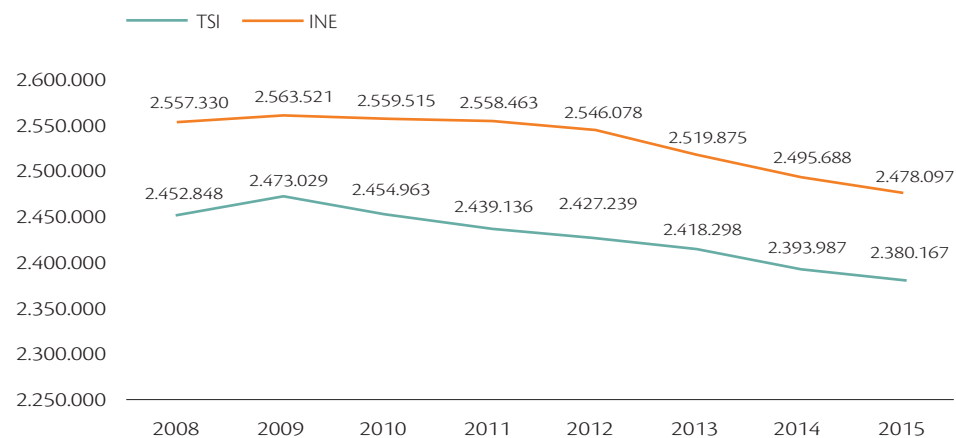
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Tabla 25. Vigilancia sanitaria de sustancias y preparados químicos comerciales Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Nº de alertas químicas	12	17	14
Nº de inspecciones	28	20	23

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

Figura 25. Evolución de la población INE y TSI. Castilla y León. Años 2008 a 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de población del INE (1 de enero de cada año) y de población de tarjeta sanitaria (TSI) de Castilla y León (1 de diciembre de cada año)

Tabla 26. Recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud. Número de personas Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Atención Primaria	8.463	8.818	8.276
Atención Hospitalaria	24.711	25.922	24.002
Gerencia de Emergencias	314	314	324
Médico interno residente (MIR)	1.569	1.519	1.470
Enfermero interno residente (EIR)	129	127	143
Gerencias de Salud de Área	617	617	495
Servicios centrales	506	506	378
<b>TOTAL</b>	<b>36.309</b>	<b>36.177</b>	<b>35.088</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (Datos a 31 de diciembre de cada año)

## 4. El sistema público de salud

Para llevar a cabo las funciones que tiene encomendadas, la Consejería de Sanidad dispone de un presupuesto inicial para el año 2016 de 3.300.164.055 €, de los cuales 3.210.372.472 € corresponden a la Gerencia Regional de Salud y 89.791.583 € a la Consejería de Sanidad, que en su mayor parte constituye el presupuesto de la Dirección General de Salud Pública. Supone un incremento del 1% con respecto a 2015, que contó con un presupuesto de 3.267.410.935 €, aumento que se produce por segundo año consecutivo, después de cuatro de descenso.

La cobertura del servicio de salud de Castilla y León, en número de tarjetas sanitarias (TSI), era de 2.380.167, a 1 de diciembre de 2015, lo que supone con respecto a las cifras oficiales de población una cobertura del 96,0% (Figura 25). El 50,6% de las personas con TSI son mujeres. El 11,9% son menores de 14 años, el 64,1% tiene entre 14 y 64 años y el 24,0%, 65 años o más. El 5,5% de las TSI corresponden a población extranjera, un total de 132.360 tarjetas sanitarias.

### 4.1. Recursos humanos

El número de profesionales que trabajaban en la Gerencia Regional de Salud en el año 2015 era de 35.088 personas, distribuidas en distintas categorías profesionales y niveles de atención (Tabla 26).

Castilla y León presenta las ratios más altas de profesionales médicos (médicos de familia y pediatras) y de enfermería de atención primaria por cada 1.000 personas asignadas. En atención hospitalaria ambos indicadores se sitúan también por encima de la media nacional (Tabla 27).

## 4.2. Recursos materiales

El sistema público de salud de Castilla y León se organiza en 11 Áreas de Salud y 249 Zonas Básicas de Salud.

En el nivel de Atención Primaria existen 247 centros de salud y 3.652 consultorios locales, lo que representa un tercio de los más de 10.000 consultorios locales de España, debido a la dispersión de su población. La atención continuada se presta en 199 puntos. En ellos desarrollan su trabajo 247 Equipos de Atención Primaria y los profesionales de las unidades de área (Tabla 28).

La atención hospitalaria se presta en 14 hospitales y complejos hospitalarios (Tabla 29).

Los recursos de los que dispone la Gerencia de Emergencias Sanitarias para realizar sus funciones son: 23 vehículos de soporte vital avanzado, 117 soportes vitales básicos, 17 vehículos de soporte vital interhospitalario, 3 helicópteros y 3 vehículos APOLO.

Tabla 27. Recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud. Indicadores. Castilla y León. Año 2014

	A. Primaria	A. Hospitalaria	Total
Personal sanitario <sup>1</sup> / 1.000 TSI	2,78	7,42	10,32
Personal sanitario licenciado <sup>2</sup> / 1.000 TSI	1,40	1,79	3,26
Personal sanitario diplomado <sup>3</sup> / 1.000 TSI	1,22	3,08	4,37
Personal de gestión y servicios <sup>4</sup> / 1.000 TSI	0,68	2,69	3,38
Personal sanitario <sup>1</sup> / cama instalada	--	2,44	--
Personal sanitario licenciado <sup>2</sup> / cama instalada	--	0,59	--
Personal sanitario diplomado <sup>3</sup> / cama instalada	--	1,02	--
Camas instaladas / 1.000 TSI	--	3,04	--
Número de profesionales/ 1.000 TSI	3,47	10,16	13,77

<sup>1</sup> Personal sanitario: Diplomados con título de especialista en Ciencias de la Salud o diplomados sanitarios, técnicos superiores del área sanitaria de formación profesional y técnicos del área sanitaria de formación profesional

<sup>2</sup> Personal sanitario licenciado: Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud o licenciados sanitarios

<sup>3</sup> Personal sanitario diplomado: Diplomados con título de especialista en Ciencias de la Salud o diplomados sanitarios

<sup>4</sup> Personal de gestión y servicios: Función administrativa, licenciado universitario o titulación equivalente, diplomado universitario o titulación equivalente, técnico superior de formación profesional o titulación equivalente, personal de oficios, personal de hostelería y celadores

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Plan Estadístico de Castilla y León 2010-2013: Recursos sanitarios públicos 2014

Tabla 28. Recursos en atención primaria. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
<b>Instalaciones</b>			
Zonas básicas de salud	249	249	249
Centros de salud	246	247	247
Equipos de Atención Primaria	247	247	247
Consultorios locales	3.652	3.652	3.652
Puntos de Atención Continuada (PAC)	198	199	199
<b>Unidades de Área</b>			
Nº de pediatras de área	68	67	67
Unidades de Fisioterapia	103	103	104
Nº de fisioterapeutas	141	141	142
Nº de matronas	166	165	165
Unidades de salud bucodental	98	98	96
Nº de odontostomatólogos	77	76	76

NOTA: Datos a 31 de diciembre de cada año

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

Tabla 29. Recursos en atención hospitalaria. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
<b>Instalaciones</b>			
Camas instaladas	7.295	7.271	7.260
Quirófanos	173	175	176
Consultas externas	1.383	1.411	1.444
Puestos en Hospital de Día	502	502	538
Puestos de hemodiálisis	220	220	204
Paritorios	46	45	45
<b>Alta tecnología</b>			
Acelerador lineal	11	11	11
Resonancia magnética	16	17	17
TAC	24	27	28

NOTA: Datos a 31 de diciembre de cada año

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

Tabla 30. Actividad asistencial en atención primaria. Número de consultas Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
<b>Atención ordinaria</b>			
Medicina de familia	18.113.896	17.315.979	17.270.916
Enfermería	9.872.260	9.425.896	9.638.445
Pediatría de equipo	1.513.126	1.406.316	1.432.650
<b>Atención urgente</b>			
Urgencias	1.973.337	2.031.226	1.978.342
<b>Unidades de Área</b>			
Matronas y trabajadores sociales	448.352	455.120	486.271

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

Tabla 32. Actividad en pruebas diagnósticas. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
R.M.N. (nº de pacientes)	103.137	104.393	111.902
R.M.N./ 1.000 TSI	42,48	43,15	46,74
Mamografías (nº de pacientes)	64.611	70.347	63.218
Mamografías/ 1.000 TSI	26,61	29,08	26,41
T.A.C. (nº de pacientes)	201.131	210.993	218.120
T.A.C. / 1.000 TSI	82,83	87,21	91,11
Ecografías (nº de pacientes)	277.206	280.172	281.511
Ecografías/ 1.000 TSI	114,16	115,81	117,59

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

Tabla 31. Actividad asistencial en atención hospitalaria. Datos e indicadores. Castilla y León. Años 2013 a 2015

	2013	2014	2015
Nº total de ingresos	244.425	246.993	245.770
* programados	73.273	73.591	72.261
* urgentes	171.152	173.402	173.509
Nº total de estancias	1.752.018	1.717.086	1.710.546
Nº de altas	243.798	247.196	245.831
Estancia media global (en días)	7,17	6,95	6,96
Índice de ocupación global de camas (%) <sup>1</sup>	75,34	75,14	73,92
Índice de rotación de camas (pacientes/año) <sup>2</sup>	38,36	39,45	38,77
Actividad quirúrgica total (nº de intervenciones)	265.071	269.630	252.705
Nº de consultas externas	4.284.065	4.377.883	4.393.364
Consultas externas/ 1.000 TSI	1.764	1.810	1.835
Primeras consultas / 1.000 TSI	551	564	571
Nº de urgencias atendidas	945.601	967.584	991.380
Urgencias /1.000 TSI	389	400	414
Presión de urgencias (%) <sup>3</sup>	70,02	70,21	70,60
Cesáreas (%)	25,10	24,56	23,31
Tratamientos en Hospital de día	200.928	209.058	221.649
Hospitalización a domicilio (nº de ingresos)	3.571	3.499	3.618

<sup>1</sup> Índice de ocupación global: Proporción entre las estancias reales generadas en un periodo de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo periodo. <sup>2</sup> Índice de rotación: Nº de pacientes que rotan por una cama en un intervalo de tiempo. <sup>3</sup> Presión de urgencias: Proporción entre los ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias y los ingresos totales del hospital

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

### 4.3. Actividad asistencial

El número total de consultas atendidas por los profesionales de Atención Primaria (médicos/as de familia, enfermería y pediatras de equipo) en 2015 dentro de la actividad ordinaria fue de 28.342.011 consultas y en atención urgente, 1.978.342 (Tabla 30).

En cuanto a la atención hospitalaria se han producido 245.770 ingresos en los centros de la Gerencia Regional de

Salud, dando lugar a 1.710.546 estancias (Tabla 31). Se especifica también la actividad e indicadores de las principales pruebas diagnósticas (Tabla 32).

El número de llamadas de demanda asistencial recibidas en el Centro Coordinador de Emergencias de Sacyl durante el año 2015 fue de 250.866, lo que supone una media de 687 llamadas al día. El 85% de las llamadas se resolvieron con recursos móviles, movilizándose un total de 254.801 recursos (Tabla 33).

**4.4. Donación y trasplantes. Hemodonación**

En el año 2015 la tasa de donación fue de 42,5 donantes por millón de habitantes (PMP), sobrepasando los 40 donantes PMP, objetivo fijado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), y superior a la de España, 39,7 donantes PMP.

A lo largo de estos años se han mantenido y consolidado los programas de trasplante renal, cardíaco y hepático (Tabla 34). En el año 2009, se inició el programa de trasplante de páncreas y páncreas-riñón así como la extracción de unidades de sangre de cordón umbilical. El trasplante renal de donante vivo fue autorizado en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca en el año 2011. En 2014, se inicia del programa de donación en asistolia controlada en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Además de los trasplantes de órganos, se realiza trasplante de córneas en siete centros autorizados. El número de córneas implantadas en Castilla y León, en el año 2015, fue de 109, con un incremento del 51,4% respecto al año 2014. El Hospital Clínico Universitario de Valladolid realizó un 45,9% de estos implantes y el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca el 21,1%.

En Castilla y León existen tres centros autorizados para la realización de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH): el CAU de Salamanca (TPH autólogo y alogénico emparentado y no emparentado), el HU Río Hortega de Valladolid (TPH autólogo y alogénico emparentado) y el CAU de León (TPH autólogo). Durante el año 2015 se han realizado 195 trasplantes de progenitores hematopoyéticos, un 18,2% más que en 2014. Más de la mitad de éstos trasplantes son trasplantes autólogos.

El Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León (CHEMCYL) está ubicado en Valladolid y entre sus funciones destaca la promoción de la donación, la planificación de colectas, la extracción y procesamiento de las donaciones de sangre y la distribución de componentes sanguíneos para cubrir las necesidades hemoterápicas de nuestra comunidad. Los

centros con servicios de transfusión son los 14 hospitales públicos dependientes de la Gerencia Regional de Salud y 16 hospitales privados. En el área de promoción de la donación y apoyo a colectas colaboran, además, las hermandades de donantes de sangre de Ávila, El Bierzo, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

En el año 2015 se han producido 106.023 donaciones de sangre, lo que representa una tasa 42,89 donaciones por cada 1.000 habitantes. Con respecto a 2014 supone un aumento del 1,5%, con 104.510 donaciones y una tasa de 41,89 por cada 1.000 habitantes.

**Tabla 33. Actividad en Emergencias Sanitarias Castilla y León. Años 2013 a 2015**

*Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León*

	2013	2014	2015
<b>Número de llamadas de demanda asistencial</b>	<b>205.897</b>	<b>228.744</b>	<b>250.866</b>
Nº de llamadas resueltas con recursos móviles	183.745	195.714	213.298
Nº de llamadas resueltas sin recursos móviles	22.152	33.030	37.568
<b>Nº de recursos movilizados</b>	<b>212.520</b>	<b>226.193</b>	<b>254.801</b>
Unidades Medicalizadas de Emergencias	32.292	33.309	34.093
Unidades de Soporte Vital Básico	155.128	165.929	182.681
Unidades de traslado interhospitalario	--	--	6.159
Atención Primaria	24.072	25.777	30.415
Helicóptero	1.028	1.178	1.453

**Tabla 34. Trasplantes realizados por centro y tipo de órgano Castilla y León Años 2013 a 2015**

*Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Memoria de Trasplantes Castilla y León*

	2013	2014	2015
<b>Trasplante renal</b>			
C.A.U. de Salamanca	48	58	62
H.C.U. de Valladolid	60	59	49
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>117</b>	<b>111</b>
<b>Trasplante renal de donante vivo</b>			
C.A.U. de Salamanca	3	7	6
<b>Trasplante hepático</b>			
H.U. Río Hortega de Valladolid	49	44	45
<b>Trasplante cardíaco</b>			
H. C. U. de Valladolid	4	10	10
<b>Trasplante páncreas-riñón</b>			
C.A.U. de Salamanca	8	8	7



## 5. Resultados en salud

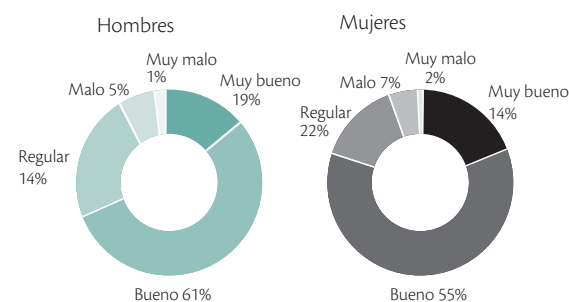
### 5.1. Percepción del estado de salud

El estado de salud percibido es una medida subjetiva que valora la percepción que tiene la persona de su estado de salud, mostrando ser un buen predictor de la esperanza de vida, de la morbimortalidad y de la utilización de servicios sanitarios.

En la última Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 74,6% de la población de Castilla y León percibe su salud como buena o muy buena. Este porcentaje es muy similar al obtenido en el año 2006 (74,0%), mientras que en España (75,3%) es el más alto desde que se elabora la encuesta, en concreto, 5,3 puntos mayor que en 2006

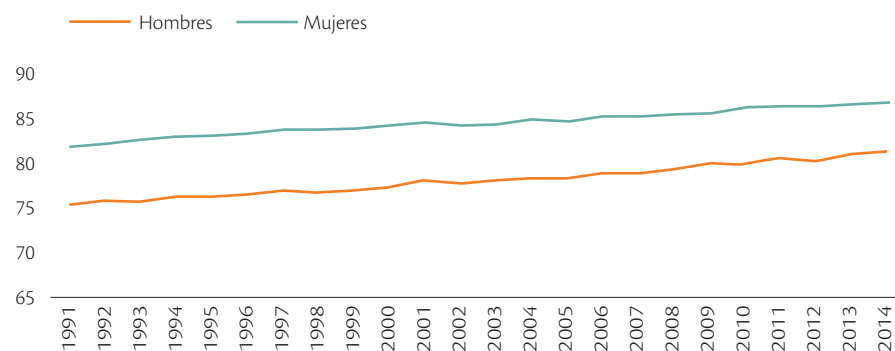
La diferencia por sexo es importante, la valoración de los hombres es más positiva que la de las mujeres, de forma que el 80,1% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno frente al 69,3% de las mujeres (Figura 26). Con respecto a la ENSE 2006, este porcentaje mejora en los hombres (3,0 puntos) y desciende en las mujeres (-1,8

**Figura 26. Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses. Población de 15 años y más. Castilla y León Año 2011-2012**



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 del MSSSI e INE

**Figura 27. Evolución de la esperanza de vida al nacer. Castilla y León. Años 1991 a 2014**



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Indicadores demográficos básicos)

puntos). La autopercepción positiva del estado de salud también disminuye con la edad. Sin embargo, los datos de la Encuesta Europea de Salud 2014 reflejan que la percepción del estado de salud de la población de Castilla y León como buena o muy buena ha disminuido hasta el 66,1% (74,3% de hombres; 58,1% de mujeres).

En Castilla y León, un 37,8% de los hombres y un 44,8% de las mujeres de 15 y más años tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico, porcentajes que se incrementan con la edad. Entre las patologías diagnosticadas por un/a médico/a que más declaran los encuestados y encuestadas están la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el dolor crónico como lumbalgias o cervicalgias, los problemas articulares o los problemas mentales como la ansiedad o la depresión.

La ENSE 2011-2012, 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 y/o malestar y ansiedad y/o depresión. En Castilla y León, la dimensión que más afecta a la calidad de vida de las personas es la presencia de dolor y/o malestar, que afecta al 21,1% de la población de 15 y más años (13,9% de hombres y 28,1% de mujeres) seguido de los problemas de movilidad que afectan al 13,9% (9,4% de hombres; 18,2% de mujeres), la presencia de ansiedad y/o depresión, afecta al 10,0% (5,9% de hombres; 13,9% de mujeres); el 7,5% tiene problemas para realizar las actividades cotidianas (5,4% de hombres; 9,5% de mujeres) y el 4,7% declara tener problemas para lavarse o vestirse (2,5% de hombres; 6,8% de mujeres). En todas las dimensiones, es mayor la prevalencia en mujeres.

### 5.2. Esperanza de vida

En Castilla y León, la esperanza de vida al nacer en 2014 era de 83,6 años (80,8 en hombres; 86,4 en mujeres). Es la tercera CCAA con mejor esperanza de vida por detrás de la Comunidad de Madrid (84,2 años) y La Rioja (83,8 años). Desde 1991 la esperanza de vida ha aumentado tanto en hombres como en mujeres, siempre con diferencia a favor a las muje-

res (Figura 27). Esta diferencia se mantiene a cualquier edad como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. Pero esta diferencia (brecha de género) se ha ido reduciendo ligeramente en las dos últimas décadas, 6,7 años de diferencia a favor de las mujeres en el año 1991 y 5,6 años en el año 2014 (Fuente: *Indicadores Demográficos Básicos del INE*).

Otra de las características de las últimas décadas ha sido la mejora de la expectativa de vida en las personas de edad madura y avanzada (Figura 28). En 2014, la esperanza de vida a los 65 años era de 21,7 años (19,5 en hombres; 23,8 en mujeres), cifra que a nivel nacional sólo es superada por la Comunidad de Madrid (22,1 años: 19,9 en hombres; 23,8 en mujeres). En el periodo 1991-2014, el horizonte de años de vida a los 65 años de los hombres ha aumentado en 2,7 años y el de las mujeres, en 3,5.

Sin embargo, este aumento medio de años de vida no siempre se asocia a una buena calidad de la misma. La esperanza de vida en buena salud (EVBS) se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud, es decir, en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. En Castilla y León, los años de vida en buena salud respecto al horizonte total de años de vida es superior en las mujeres, tanto al nacer como a los 65 años, situación que ha cambiado con respecto a años anteriores. La EVBS al nacer era en 2013, último año disponible, de 70,0 años (69,7 años en hombres; 70,3 años en mujeres) y a los 65 años, de 15,6 años (15,3 en hombres; 16,0 en mujeres) (Figura 29). En ambos casos, la EVBS es superior a la media nacional, la EVBS al nacer era de 66,8 años (67,5 en hombres; 66,2 en mujeres) y la EVBS a los 65 era de 12,4 años (12,7 en hombres; 12,1 en mujeres). (Fuente: *Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*).

### 5.3. Estilos de vida

#### 5.3.1. Consumo de tabaco

Según la Encuesta Europea de Salud 2014, en Castilla y León el 21,6% de la población de 15 y más años afirma fumar a diario, el 2,4% es fumador ocasional, el 26,7% se declara exfumador y el 49,2% nunca ha fumado. Por sexo, siguen fumando más los hombres (25,8%) que las mujeres (17,5%).

La prevalencia de consumo de tabaco con respecto a los datos nacionales son mejores en todas las categorías, excepto en los que no han fumado nunca: el 23,0% de la población de 15 y más años afirma fumar a diario, el 2,4% es fumador ocasional, el 25,7% se declara exfumador y el 49,0% nunca ha fumado. Lo mismo ocurre con respecto al sexo, situándose el porcentaje de fumadores diarios en el 27,6% de los hombres y en el 18,6% de las mujeres. Castilla y León, es la quinta CCAA con menor porcentaje de fumadores diarios, detrás de la Ciudad Autónoma de Melilla (15,3%), el Principado de Asturias (19,1%), Galicia (19,1%) y Cantabria (21,4%).

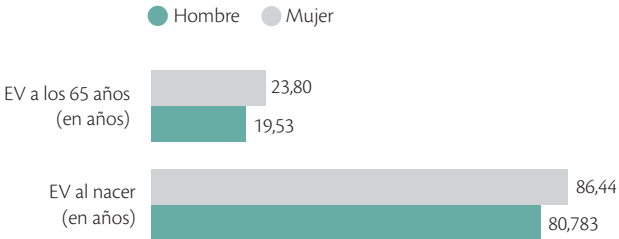


Figura 28. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años. Castilla y León. Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (*Indicadores demográficos básicos*)

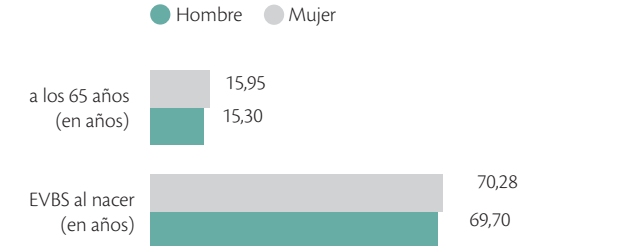


Figura 29. Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años. Castilla y León. Año 2013

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (*Indicadores demográficos básicos*)

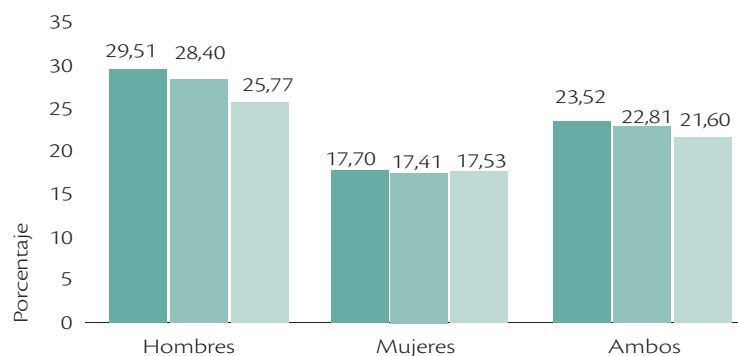
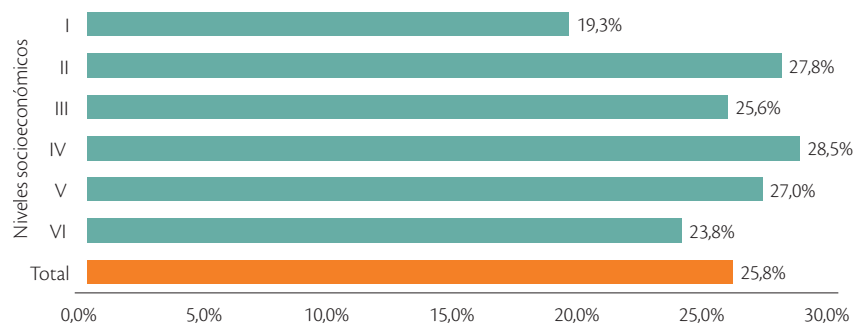


Figura 30. Prevalencia de consumo de tabaco. Porcentaje de fumadores diarios. Castilla y León

Nota: Los datos anteriores a 2011 corresponden a población de 16 años y más. Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el INE (Encuesta Nacional de Salud, ENSE, 2006 y 2011-2012 y Encuesta Europea de Salud, EES, 2014)

Figura 31. Prevalencia del consumo de tabaco según nivel socioeconómico. Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2011-2012



NOTA: Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as. VI. Trabajadores/as no cualificados/as Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el INE (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012)

Con respecto a la Encuesta Europea de Salud 2009 y a la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENSE), los datos reflejan una tendencia descendente en el consumo de tabaco en casi todas las categorías, excepto entre los que no han fumado nunca. El descenso del porcentaje de fumadores diarios es más pronunciado en hombres que en mujeres, donde la tendencia se mantiene más estable (Figura 30).

La prevalencia de exfumadores ha aumentado entre las últimas encuestas, pasando del 22,9% en la ENSE 2011-2012 al 26,7% en la Encuesta Europea de Salud 2014. Es más alta en hombres (34,9%) que en mujeres (18,8%).

El porcentaje de grandes fumadores (20 o más cigarrillos al día) experimentó un descenso importante entre las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011-2012 en hombres, del 52,9% a 41,7%. Sin embargo, se observó un pequeño incremento en mujeres, del 24,4% al 25,8%. En la Encuesta Europea de Salud 2014, el descenso se produce en ambos sexos, de forma que se declaran grandes fumadores el 30,1% de los hombres y el 21,4% de las mujeres.

Diversos estudios ponen de manifiesto la existencia de desigualdades sociales no sólo por género o por territorio sino también por clase social. El análisis por clase social, basada en la ocupación de la persona de referencia, en la comunidad de Castilla y León y con los datos de la Encuesta Nacional de salud 2011-2012 (Figura 31), refleja que la mayor prevalencia de consumo de tabaco se produce en el grupo IV (Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas) mientras que la menor prevalencia se produce en el grupo I (Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias).

### 5.3.2. Consumo de alcohol

Según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas 2013 (EDADES), en Castilla y León la proporción de personas de 15 a 64 años que han consumido alcohol en los últimos 12 meses es del 78,7%, cifra muy similar a la nacional, 78,3%.

Por sexo, la proporción de consumidores es mayor en hombres (84,4%) que en mujeres (72,7%). Por edad, el con-

sumo de alcohol está más extendido en el grupo de 15 a 34 años (84,5%) y en el de 35 a 64 años (75,8%).

Las tendencias de consumos de bebidas alcohólicas, en general, no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas. Se aprecia un descenso en los consumos en el último mes y diariamente (Tabla 35).

La prevalencia de intoxicaciones etílicas o borracheras (14,7%) desciende ligeramente en ambos sexos, aunque sigue manteniéndose en niveles muy elevados. La prevalencia en los hombres (18,3%) casi duplica a la de las mujeres (10,8%). Por edad, se concentran en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años (37,9% en los hombres; 29,4% en mujeres).

La prevalencia de *binge drinking* en los últimos 30 días en la población de 15 a 64 años es de 13,3%. Por edad, es de nuevo en el grupo de los jóvenes de 15 a 34 años donde se concentra tanto el botellón (35,6% de los hombres; 26,9% de las mujeres) como el *binge drinking* (27,1% de los hombres; 20,3% de las mujeres).

**5.3.3. Sobrepeso y obesidad**

La prevalencia de obesidad en la población adulta en Castilla y León (18 años y más), según el último dato conocido a través de la Encuesta Europea de Salud 2014, fue de 15,4% frente al 16,9% en la población española. Por sexo, afecta al 16,4% de los hombres y al 14,5% de las mujeres. Estos porcentajes son superiores a los observados en la última Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. La situación de la comunidad con respecto a la media nacional muestra que los datos son inferiores tanto globalmente como por sexo (Tabla 36).

La prevalencia de sobrepeso, según la misma fuente, fue del 37,1%, algo superior a la media nacional (35,7%). Por sexo, es mayor en hombres (45,9%) que en mujeres (28,4%). Con respecto a los datos de 2011-2012 disminuye en mujeres mientras que aumenta ligeramente en hombres. En ambos sexos, las cifras se sitúan por encima de la media nacional.

Si tenemos en cuenta ambas situaciones, el 52,6% de la población de 18 y más años de Castilla y León padece obesidad o sobrepeso.

**Tabla 35. Consumo de alcohol en la población general de 15-64 años. Castilla y León Años 2009 a 2013**

	2009	2011	2013
Consumo últimos 30 días	66 %	64,5 %	62,9 %
Consumo diario en los últimos 30 días	13,2 %	12,2 %	10,5 %
Consumo de riesgo*	4,2 %	5,9 %	2,6 %
Consumo <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días**	17,5 %	15,4 %	13,3 %
Borracheras en el último año	19,9 %	15,3 %	14,7%

\*>4 UBE/días hombres y >2UBE/días mujeres  
 \*\* *Binge drinking* o *atración*: término que se utiliza para definir un consumo muy elevado de alcohol en un periodo corto de tiempo o beber compulsivamente. Equivale a 5 o más vasos/copas en menos 2 horas  
 Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Comisionado Regional para la Droga (Encuesta del PNSD EDADES 2009, 2011 y 2013)

**Tabla 36. Índice de masa corporal (IMC) en población de 18 años y más. Castilla y León y España**

	Castilla y León			España		
	ENSE 2006	ENSE 2011-12	EES 2014	ENSE 2006	ENSE 2011-12	EES 2014
<b>OBESIDAD (IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>)</b>						
AMBOS	13,94 %	13,84 %	15,47 %	15,56 %	17,03 %	16,91 %
Hombres	13,74 %	15,98 %	16,43 %	15,60 %	18,01 %	17,13 %
Mujeres	14,14 %	11,63 %	14,53 %	15,44 %	16,04 %	16,68 %
<b>SOBREPESO (25 Kg/m<sup>2</sup> ≤ IMC &lt; 30 Kg/m<sup>2</sup>)</b>						
AMBOS	40,91 %	38,43 %	37,10 %	37,80 %	36,65 %	35,74
Hombres	49,29 %	45,42 %	45,90 %	45,06 %	45,14 %	43,60
Mujeres	32,30 %	31,24 %	28,42 %	30,35 %	28,14 %	28,05

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el INE (Encuesta Nacional de Salud, ENSE, 2006 y 2011-2012 y Encuesta Europea de Salud, EES, 2014)

Tabla 37. Índice de masa corporal (IMC) en población infantil de 2-17 años. Castilla y León y España

	Castilla y León		España	
	ENSE 2006	ENSE 2011-2012	ENSE 2006	ENSE 2011-2012
<b>OBESIDAD (IMC <math>\geq</math> 30 Kg/m<sup>2</sup>)</b>				
AMBOS	7,62	6,14	8,94	9,56
Niños	9,16	8,26	9,13	9,57
Niñas	5,97	3,62	8,74	9,56
<b>SOBREPESO (25 Kg/m<sup>2</sup> <math>\leq</math> IMC &lt; 30 Kg/m<sup>2</sup>)</b>				
AMBOS	15,55	20,29	18,67	18,26
Niños	15,29	20,90	20,19	19,46
Niñas	15,82	19,57	17,09	16,94

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos de la Encuesta Nacional de Salud del MSSSI e INE

Tabla 38. Población adulta que se declara sedentaria según sexo Castilla y León y España

	ENSE 2006	ENSE 2011-2012	EES 2014
<b>Castilla y León</b>			
Hombres	33,3 %	37,6 %	32,39 %
Mujeres	39,4 %	44,4 %	43,23 %
Ambos	36,4 %	41,1 %	37,78 %
<b>España</b>			
Hombres	36,4 %	35,9 %	31,08 %
Mujeres	42,1 %	46,6 %	42,01 %
Ambos	39,4 %	41,3 %	36,68 %

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el INE (Encuesta Nacional de Salud, ENSE, 2006 y 2011-2012 y Encuesta Europea de Salud, EES, 2014)

En la población de 2 a 17 años, los últimos datos disponibles corresponden a la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Según esta encuesta, la obesidad afecta al 6,1% de este grupo de población (8,3% de los niños; 3,6% de las niñas). La obesidad creció hasta el año 2006 pero en la última encuesta se observa un cambio de tendencia, con descensos en ambos sexos. Sin embargo, a nivel nacional la presencia de obesidad sigue con su tendencia creciente (Tabla 37).

Por su parte, el sobrepeso afecta al 20,3% de la población de 2 a 17 años (20,9% de los niños; 19,6% de las niñas). Desde la Encuesta Nacional de Salud 2006, el sobrepeso sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en niños (aumenta 5,6 puntos) que en niñas (aumenta 3,7 puntos).

En conjunto, un 26,4% de la población de 2 a 17 años, padece obesidad o sobrepeso en nuestra comunidad.

#### 5.3.4. Sedentarismo

Según los datos de la Encuesta Europea 2014, los porcentajes de población sedentaria han disminuido tanto en Castilla y León como en España y este descenso se observa en ambos sexos (Tabla 38).

En la última Encuesta Nacional de Salud, en la población adulta de Castilla y León, cuatro de cada 10 personas (41,1%) se declaraba 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%). La situación era similar a la de España, donde el 41,3% de la población se declaraba sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los hombres (35,9%).

El 22,1% de la población < 15 años de Castilla y León se declaraba sedentaria, el 26,4% de las niñas y el 18,1% de los niños, según los datos disponibles en la última Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Los datos reflejan el aumento de las cifras con respecto a la ENSE 2006 (el 12,93% se declaró sedentario, el 14,7% de los niños y el 11,0% de las niñas).

## 5.4. Programas de prevención

### 5.4.1. Vacunación

La vacunación sistemática de la población infantil en los países de la UE ha contribuido en gran medida, a la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación.

El programa de vacunación infantil en Castilla y León alcanzó coberturas aceptables en todas las etapas. Las mayores coberturas se observan en la serie básica con porcentajes superiores al 95% hasta 2013. En este año se observa un descenso de la misma debido a un cambio en el sistema de registro (Tabla 39).

En marzo de 2016 se actualiza el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia (<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/vacunaciones/vacunacion-infantil/calendario-vacunacion-infantil-castilla-leon-2016>). Las últimas modificaciones se han concretado en:

- Nueva pauta de vacunación frente al meningococo C con un esquema 1 o 2+1+1: una dosis a los 2 y 4 meses o solo a los 4 meses (según preparado vacunal), otra a los 12 meses y una tercera, en la adolescencia, a los 12 años de edad.
- Se añade al calendario sistemático la vacuna contra el neumococo (vacuna antineumocócica 13-valente) para niños y niñas nacidos a partir del 1 de enero de 2015 a los 2, 4 y 12 meses de edad.
- Desde el curso 2014-2015, se modifica la pauta de vacunación frente al virus del papiloma humano en adolescentes menores de 13 o 14 años, según la vacuna, pudiendo aplicarse solo 2 dosis.
- La vacuna frente al meningococo B y la de la varicela son vacunas recomendadas (no financiadas) en 2015. En 2016 la vacuna de la varicela pasa a ser vacuna financiada dentro del calendario de vacunación. La pauta recomendada incluye 2 dosis, la primera a los 15 meses y la segunda a los 3 años.

Tabla 39. Calendario de vacunación infantil. Coberturas, en porcentaje, sobre población diana Castilla y León. Años 2009 a 2014

	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>1</sup>	2014
<b>Primovacunación: Serie Básica</b>						
Hepatitis B (3d)	94,16 %	97,70 %	96,32 %	97,68 %	91,29 %	93,52 %
DTPa- Hib- polio inactivada (3d)	94,16 %	96,10 %	96,32 %	97,68 %	91,29 %	93,52 %
Meningitis C (2d) <sup>2</sup>	97,82 %	97,70 %	96,57 %	97,19 %	92,40 %	96,45 %
<b>Vacunación de refuerzo: Niños vacunados de 1 a 2 años</b>						
DTPa- Hib- polio inactivada	94,92 %	95,24 %	95,12 %	94,46 %	83,97 %	90,20 %
Meningitis C (1d)	94,83 %	95,80 %	94,80 %	93,26 %	83,12 %	95,21 %
Triple vírica (1ª d)	94,40 %	96,68 %	96,08 %	94,63 %	91,54 %	94,82 %
<b>Vacunación de refuerzo: 6 años</b>						
Triple vírica (2ª dosis)	93,17 %	94,83 %	94,78 %	93,64 %	89,56 %	92,87 %
DTPa	93,86 %	94,69 %	94,48 %	93,43 %	88,51 %	92,64 %
<b>Vacunación de refuerzo: 12 años</b>						
Meningitis C <sup>2</sup>	--	--	--	--	--	81,34 %
<b>Vacunación de Refuerzo: 14 años</b>						
Td	69,33 %	80,37 %	84,09 %	83,68 %	80,33 %	87,84 %
VPH	84,42 %	84,76 %	86,92 %	90,00 %	92,67 %	93,17 %

<sup>1</sup> En 2013 ha cambiado la fuente de datos siendo en todas las provincias el Registro nominal de vacunación de Castilla y León (REVA)

<sup>2</sup> En 2014, 1 dosis solo (cambio pauta). 2ª dosis a los 12 años

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

**Tabla 40. Campañas de vacunación antigripal. Cobertura en porcentaje. Castilla y León  
Años 2009 a 2014**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personas institucionalizadas	93,50 %	93,35 %	93,35 %	91,64 %	93,22 %	93,13 %
Población de entre 60 y 64	39,16 %	32,79 %	33,45 %	28,10 %	29,04 %	28,39 %
Población mayor de 65 años	72,19 %	70,46 %	70,78 %	63,76 %	66,3 %	66,10 %

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

Fuera del calendario infantil, se recomendaba la vacunación frente a la tosferina (Tdpa) a la embarazada, a partir de la 27 semana de gestación.

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 (Tabla 40).

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. Los datos de cobertura de vacunación frente a neumococo se obtienen a partir de las coberturas de cartera de servicios de Atención Primaria, que incluye la vacunación a personas  $\geq 60$  años y la vacunación en personas  $< 60$  años con indicación de vacunación por presentar patología de riesgo. Tras la campaña de vacunación de 2014, el 50,1% de la población  $\geq 60$  años se ha vacunado frente al neumococo.

#### 5.4.2. Programas de detección precoz

##### Programa de detección precoz del cáncer de mama

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 (Tabla 41).

## Programa de prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero

La prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero se realiza en mujeres de 25 a 64 años con relaciones sexuales, utiliza como prueba de cribado la citología cervical con un intervalo de 3 años y, a partir de los 35 años, se incluye también la determinación del Virus del Papiloma Humano (VPH) cada 5 años, si ambas pruebas son normales. La determinación del Virus del Papiloma Humano (VPH) se realiza mediante técnicas analíticas de biología molecular que detectan VPH de alto riesgo oncogénico, y dentro de esta categoría, los tipos 16 y 18 (Tabla 42).

## Programa de prevención y detección precoz de cáncer colo-rectal

El Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer Colo-Rectal tiene como objetivo reducir la incidencia y la mortalidad por este tipo de cáncer, mediante la detección de lesiones precancerosas (pólipos) y cánceres colo-rectales cuando aún no presentan síntomas. La población diana son hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años. La prueba de cribado utilizada es el test de sangre oculta en heces, que debe realizarse cada 2 años, y la colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica.

Tras la realización del estudio piloto en la zona de influencia del Hospital Medina del Campo, a mediados de 2011 se amplió la cobertura del programa al área de salud de Soria y el 1 de noviembre de 2013 a todas las áreas de salud de Castilla y León (Tabla 43).

## Programa de consejo genético en cáncer

En el año 2003 se inicia en Castilla y León el programa de consejo genético en cáncer de mama y ovario hereditario y en el año 2005 se incluye el consejo genético en cáncer colo-rectal hereditario. La comunidad dispone de tres Unidades de Consejo Genético en Cáncer (UCGC), ubicadas en las Áreas de Burgos, Salamanca y Valladolid. En ellas se proporciona información a pacientes y familiares sobre la naturaleza, herencia e

Tabla 41. Programa de detección precoz del cáncer de mama. Resultados. Castilla y León. Años 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Número de participantes	121.544	119.967	125.054	112.308	126.051	117.899
% participación <sup>1</sup>	75,6%	76,5%	84,6%	81,1%	85,5%	80,3%
Cribado positivo <sup>2</sup> (n)	3,9% (4.778)	4,5% (5.348)	4,5% (5.646)	5,1% (5.768)	4,5% (5.743)	5,8% (6.849)
Resultado final positivo (n) <sup>3</sup>	309	372	343	281	352	363
Tasa de detección <sup>4</sup>	2,54 por mil	3,10 por mil	2,76 por mil	2,50 por mil	2,79 por mil	3,08 por mil

\* Datos provisionales

<sup>1</sup> Porcentaje de participación sobre las mujeres invitadas al programa

<sup>2</sup> Porcentaje de mujeres con resultado de cribado positivo en el programa (mamografía de cribado positiva) → derivadas a Atención Hospitalaria (AH) para estudio

<sup>3</sup> Número de mujeres derivadas a Atención Hospitalaria con resultado final positivo (tumor detectado y salen del programa)

<sup>4</sup> Tasa de detección: Número de lesiones demostradas como malignas (tanto in situ como invasivas) detectadas en un ciclo de cribado por cada 1000 mujeres cribadas

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

Tabla 42. Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero. Resultados. Castilla y León. Años 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Nº de citologías realizadas	74.265	76.054	63.458	55.621	62.845	68.317
Cribado positivo <sup>1</sup> % (n)	2,4 % (2.031)	3,4 % (2.954)	3,1 % (2.232)	2,0 % (1.097)	2,0 % (1.251)	2,4 % (1.663)
Nº de muestras para determinación de VPH	58.578	56.338	42.633	35.938	42.587	50.207
Porcentaje de muestras VPH positivas (%)	7,7 %	7,4 %	9,9 %	7,9 %	7,2 %	6,8 %

<sup>1</sup> Porcentaje de mujeres con resultado de cribado positivo en el programa → derivadas a Atención Hospitalaria (AH) para estudio

En noviembre de 2012, se cambia la clasificación de los resultados del cribado (en la actualidad: negativo, positivo y no determinante)

No se trata de un cribado con invitación, por lo que no existe porcentaje de participación

\* Datos provisionales

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



Tabla 43. Programa de prevención y detección precoz del cáncer colo-rectal  
Resultados. Castilla y León. Años 2011 a 2014

	2011	2012	2013	2014
Invitaciones enviadas	963	7.196	15.251	126.783
Test realizados	268	2.572	4.989	39.639
Participación	27,8%	35,7%	32,71%	31,6 %
Colonoscopias realizadas	3	121	302	3.866
Adenocarcinoma	0	2	10	63
Adenoma de Alto Riesgo	0	4	21	202
Adenoma de Bajo Riesgo	1	49	106	393

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

Tabla 44. Programa de consejo genético en cáncer. Número de primeras consultas a pacientes y familiares. Castilla y León. Año 2014 y acumulado hasta 2014

	Primeras consultas			
	Año 2014		Acumulado hasta 2014	
	Pacientes	Familiares	Pacientes	Familiares
<b>Cáncer de mama y ovario</b>				
UCG Burgos	97	49	1.083	665
UCG Salamanca	328	72	1.419	276
UCG Valladolid	222	57	661	168
Total	647	178	3.163	1.109
<b>Cáncer colorrectal</b>				
UCG Burgos	11	15	195	168
UCG Salamanca	111	8	763	80
UCG Valladolid	95	27	322	99
Total	217	50	1.280	347

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

implicaciones de los desórdenes genéticos, así como de las medidas de seguimiento y profilaxis disponibles, en función del posible riesgo a padecer el cáncer en estudio (Tabla 44).

### Otros programas de detección precoz

El Programa de Detección Precoz y Atención Integral de la Hipoacusia Neonatal tiene como objetivo detectar la sordera congénita mediante la realización de una prueba específica en los 15 primeros días del recién nacido. El programa se inició en 2004 en las nueve provincias de Castilla y León.

El número de niños cribados durante 2014 para la detección precoz de la hipoacusia infantil ha sido de 17.073, lo que supone un porcentaje con respecto al total de nacidos en ese mismo año del 97,9%. El número de niños con prueba de cribado positiva ha sido 54 (0,3% del total de niños con prueba de cribado realizada). De ellos, 4 niños han sido diagnosticados con hipoacusia mayor de 35db.

El Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas es un programa de cribado poblacional cuya finalidad es descubrir alteraciones metabólicas (hipotiroidismo y fenilcetonuria) y genéticas (fibrosis quística e hiperplasia suprarrenal congénita) determinando en sangre procedente del talón del recién nacido diversos parámetros. Este programa comenzó en el año 1990 (hipotiroidismo y fenilcetonuria), en 1999 se añadió la detección de fibrosis quística y en 2009 la de hiperplasia suprarrenal congénita.

A lo largo de 2014 se han estudiado un total de 17.410 niños nacidos en los hospitales de Castilla y León (cobertura de participación del 99,9%). De ellos, se han detectado precozmente 7 casos con hipotiroidismo congénito, 1 con fenilcetonuria, 7 portadores de fibrosis quística y 2 con hiperplasia suprarrenal congénita.

5.5.1. Morbilidad hospitalaria

Según los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE, en el año 2014 se produjeron en Castilla y León 269.748 altas hospitalarias, un 0,6% más que en 2013. Es el segundo año consecutivo que aumenta después de cinco de bajada anual del número de altas. El 88,7% de las altas se produjeron en hospitales públicos (239.243 altas en públicos y 30.505 en privados). En estos centros las altas aumentaron un 1,5% y en los privados disminuyeron un 6,3%.

Por sexo, 134.989 altas corresponden a hombres y 134.759 a mujeres. Las altas de hombres subieron un 0,8% y las de mujeres un 0,3%. Aunque más de la mitad de las altas corresponden a mujeres (50,0%), hay que tener en cuenta que si se excluyen las producidas por embarazo, parto y puerperio, esta proporción se situaría en el 45,9%

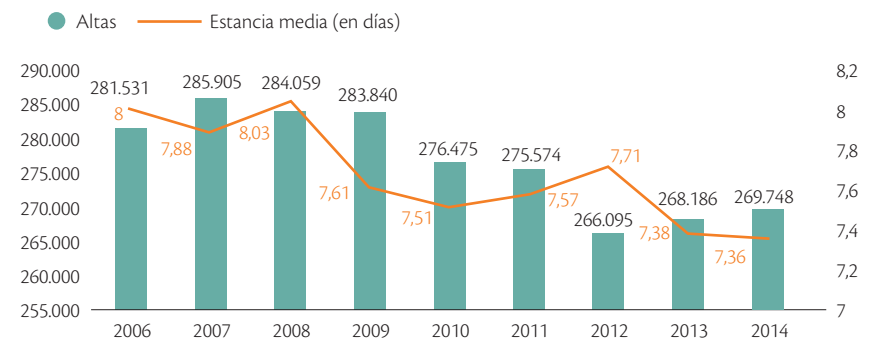
La estancia media se situó en 7,4 días, menor que la registrada en 2013 (7,4) y en 2012 (7,7) y algo superior a la media nacional, 6,6 días en 2014 (Figura 32).

La edad media de las personas dadas de alta fue de 59,8 años frente a los 59,4 del año anterior. En los hombres se situó en 60,7 años y en las mujeres en 58,8. La edad media a nivel nacional es inferior, de 55,2 años (56,7 en hombres; 53,8 en mujeres). En ambos casos, la tendencia es a aumentar año tras año (Figura 33).

Por grupos de edad, el 51,5% de las altas corresponden a personas mayores de 65 años. En hombres, el 41,5% de las altas son de personas entre 65 y 84 años y en las mujeres, el 45,2% de las altas se dan en el grupo de 15 a 64 años.

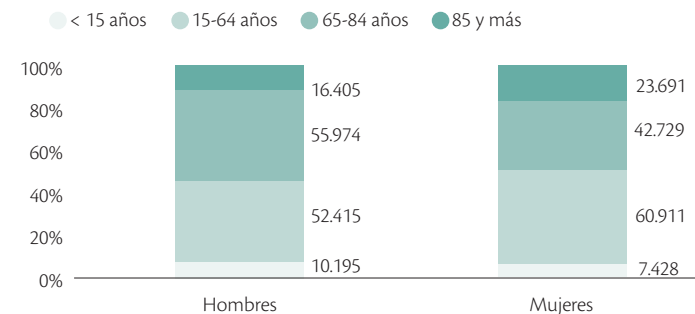
La tasa de morbilidad en Castilla y León fue de 10.854 altas por cada 100.000 habitantes, lo que supone un ascenso sobre el año 2013, en el que hubo 10.700 altas por 100.000 habitantes, tras varios años de descenso. A nivel nacional se produjeron 10.160 altas por cada 100.000 personas, también superior a la tasa de 2013 (9.953 altas por cada 100.000 personas). Por CCAA osciló entre las 11.782 altas de La Rioja y las 8.002 altas por 100.000 habitantes de la Ciudad Autónoma de Ceuta (Tabla 34).

Figura 32. Evolución de altas hospitalarias y estancia media. Castilla y León. Años 2006 a 2014



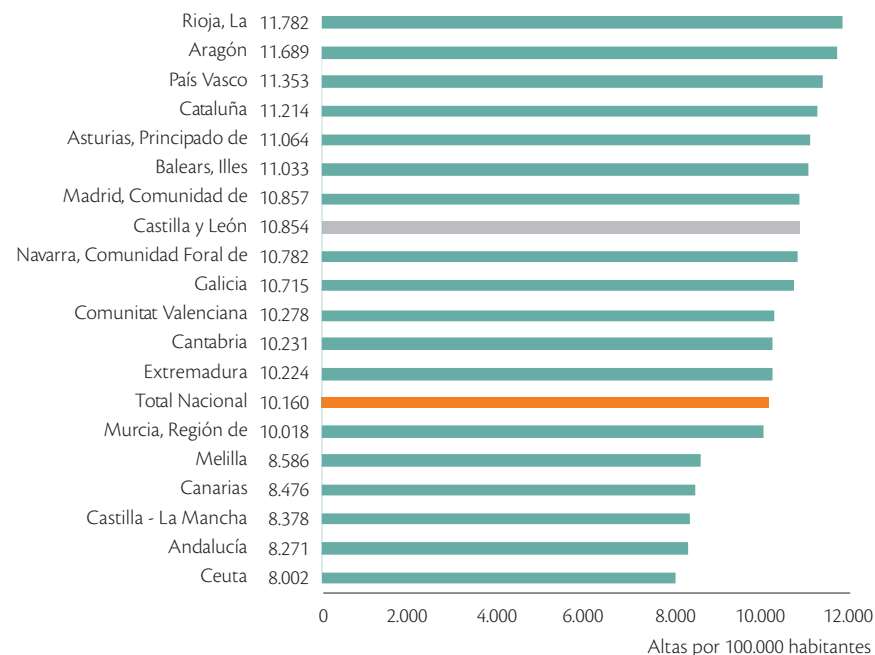
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)

Figura 33. Distribución de altas por grupos de edad según sexo. Castilla y León. Año 2014



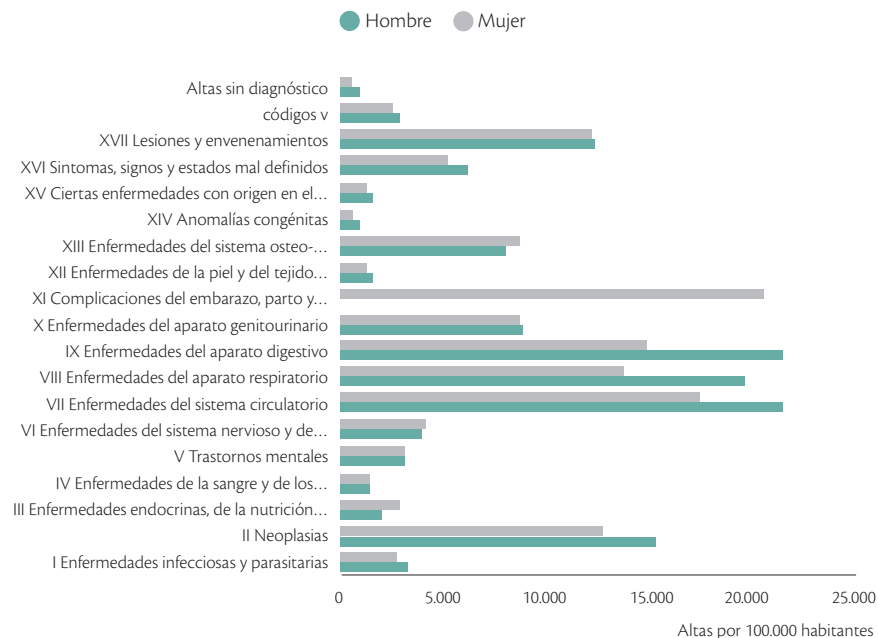
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)

Figura 34. Tasa de morbilidad hospitalaria por CCAA de hospitalización. Año 2014



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)

Figura 35. Altas por grupos de diagnóstico y por sexo. Castilla y León. Año 2014



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)

La principal causa de hospitalización de las altas producidas fueron las enfermedades circulatorias (14,4% de las altas), seguido del grupo de enfermedades del aparato digestivo (13,4%) y las enfermedades del aparato respiratorio (12,3%). Las neoplasias ocuparon el cuarto lugar, con un 10,4% y las lesiones y envenenamientos, el quinto, con un 9,1%.

En el caso de las mujeres, el motivo más frecuente fueron los episodios de embarazo, parto y puerperio (15,2%). Le si-

guieron las enfermedades del aparato circulatorio (12,9%), las enfermedades del aparato digestivo (11,0%), las enfermedades del aparato respiratorio (10,2%), las neoplasias (9,5%) y las lesiones y envenenamientos (9,0%).

En los hombres, las enfermedades que dieron lugar a un mayor número de hospitalizaciones fueron las del aparato circulatorio, con el 15,9% del total. Por detrás se situaron las enfermedades del aparato digestivo (15,9%) y las enferme-

dades del aparato respiratorio (14,5%). Las neoplasias ocuparon el cuarto lugar, con un 11,3% y las lesiones y envenenamientos, el quinto, con un 9,1% (Figura 35).

El grupo diagnóstico que registró mayor aumento de altas respecto a 2009 fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (31,6%). También aumentaron un 2,8% las lesiones y envenenamientos y un 0,4% las enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (Tabla 45).

Las altas descendieron en todos los demás grupos de enfermedades en el periodo de tiempo analizado. Los mayores descensos se produjeron en los episodios de embarazo, parto y puerperio (-22,5%), los signos y síntomas y estados mal definidos (-19,4%), las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (-12,7%) y las anomalías congénitas (-11,2%).

En conjunto, las altas registradas dieron lugar a 1.984.736 estancias (1.045.449 en hombres y 939.287 en mujeres). Por grupo de edad, el 26,2% de las estancias corresponden a personas de 75 a 84 años, siendo el más frecuente en ambos sexos (Figura 36).

Según el intervalo de estancia, el 80,3% de las estancias oscila entre 1 y 30 días, el 13,6% entre 31 días y 5 meses, un 1,2% entre 6 meses a 1 año y un 4,9% con una estancia superior a un año (corresponde en su totalidad a trastornos mentales).

Las enfermedades del aparato circulatorio (15,4%), las neoplasias (12,1%) y las enfermedades del aparato respiratorio (12,5%) causaron el mayor número de estancias hospitalarias. Cabe destacar el elevado número de estancias motivadas por enfermedades mentales (11,2% del total) frente al escaso número de altas con dicho diagnóstico (2,4%) (Tabla 46).

Las estancias medias más prolongadas (sin considerar las enfermedades mentales, 34,8 días) correspondieron a las enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (10,2 días), las enfermedades infecciosas y parasitarias (9,4 días) y las neoplasias (8,6 días).

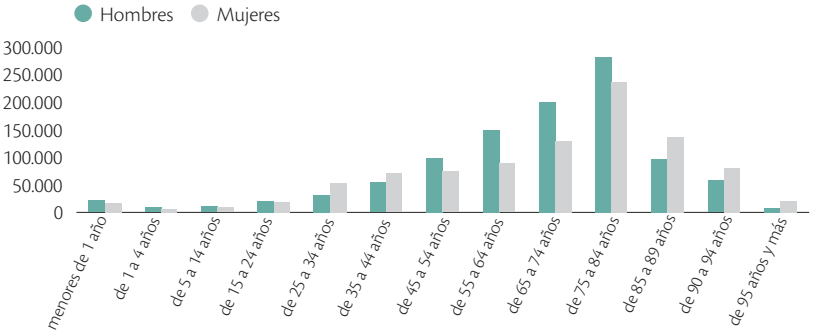
Tabla 45. Evolución de las altas por grupos de diagnóstico. Castilla y León. Años 2009 a 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I. E. infecciosas y parasitarias	4.470	4.627	4.738	5.490	5.478	5.884
II. Neoplasias	28.695	28.552	28.844	28.200	28.311	28.102
III. E. endocrinas, de la nutrición y metabólicas	5.196	5.347	5.382	4.987	5.325	4.954
IV. E. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2.896	2.832	2.928	2.785	2.820	2.809
V. Trastornos mentales	6.613	6.239	6.416	6.119	6.080	6.392
VI. S. nervioso	9.286	8.895	8.534	7.949	8.287	8.102
VII. S. circulatorio	40.885	40.334	38.758	37.888	39.115	38.861
VIII. A. respiratorio	33.402	31.902	33.299	32.971	32.080	33.320
IX. A. digestivo	37.482	36.946	37.293	34.831	36.618	36.280
X. A. genitourinario	18.211	17.890	17.795	16.663	17.302	17.536
XI. Embarazo, parto y puerperio	26.350	25.456	23.727	22.305	20.578	20.426
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2.814	2.845	2.846	2.649	2.761	2.825
XIII. S. osteo-mioarticular	17.221	16.454	17.213	16.029	17.026	16.807
XIV. Anomalías congénitas	1.688	1.753	1.803	1.667	1.657	1.499
XV. Enfermedades origen en el periodo perinatal	2.968	3.333	3.040	2.805	2.732	2.891
XVI. Síntomas, signos y estados mal definidos	14.094	11.877	11.853	11.176	11.182	11.361
XVII. Lesiones y envenenamientos	23.874	23.892	23.557	23.406	24.291	24.545
<b>TODAS LAS CAUSAS</b>	<b>283.840</b>	<b>276.475</b>	<b>275.574</b>	<b>266.095</b>	<b>268.186</b>	<b>269.748</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)

Figura 36. Estancias hospitalarias por sexo y grupo de edad Castilla y León Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)



### 5.5.2. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Enfermedades notificadas por sistemas especiales y SIDA

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria es un sistema básico de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León que está orientado a la detección y control en tiempo oportuno de los casos de aquellas enfermedades transmisibles que, por su potencial epidémico, representen un riesgo para la salud de la población (Tabla 47).

Con relación a las enfermedades notificadas por sistemas

especiales, en Castilla y León no se han registrado casos de rubéola congénita, ni tétanos neonatal en los últimos años. No así de sífilis congénita, pues en 2014 se han notificado 2 casos. Tanto en Castilla y León como en España se ha observado un incremento del número de casos de sífilis congénita en los últimos años 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 estos casos.

Tabla 46. Estancias hospitalarias según diagnóstico principal. Castilla y León. Año 2014

	Estancias totales (días)	%	Estancia media (días)
I. E. infecciosas y parasitarias	55.361	2,79 %	9,41
II. Neoplasias	240.587	12,12 %	8,56
III. E. endocrinas, de la nutrición y metabólicas	35.493	1,79 %	7,16
IV. E. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	20.180	1,02 %	7,18
V. Trastornos mentales	222.288	11,20 %	34,78
VI. S. nervioso	45.167	2,28 %	5,57
VII. S. circulatorio	306.010	15,42 %	7,87
VIII. A. respiratorio	247.708	12,48 %	7,43
IX. A. digestivo	204.438	10,30 %	5,64
X. A. genitourinario	100.203	5,05 %	5,71
XI. Embarazo, parto y puerperio	61.412	3,09 %	3,01
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	28.895	1,46 %	10,23
XIII. S. osteo-mioarticular	87.447	4,41 %	5,2
XIV. Anomalías congénitas	5.940	0,30 %	3,96
XV. Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	24.374	1,23 %	8,43
XVI. Síntomas, signos y estados mal definidos	58.670	2,96 %	5,16
XVII. Lesiones y envenenamientos	194.183	9,78 %	7,91
Códigos V	32.791	1,65 %	5,93
Altas sin diagnóstico	13.589	0,68 %	8,39
<b>TODAS LAS CAUSAS</b>	<b>1.984.736</b>	<b>100 %</b>	<b>7,36</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria)

	2012		2013		2014	
	Casos	Tasa por 100.000 hab	Casos	Tasa por 100.000 hab	Casos	Tasa por 100.000 hab
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>						
Botulismo	0	0,00	7	0,28	2	0,08
Campilobacteriosis	482	18,93	656	26,05	901	35,77
Disentería bacilar (Shigelosis)	10	0,39	7	0,28	17	0,67
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	0,08	0	0,00	2	0,08
Hepatitis A	11	0,43	17	0,67	23	0,91
Salmonelosis	611	24,00	694	27,56	731	29,02
Triquinosis	2	0,08	0	0,00	0	0
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>						
Gripe	34.289	1.346	28.677	1.138	35.073	1.392,00
Legionelosis	20	0,79	29	1,15	30	1,19
Lepra	0	0,00	1	0,04	2	0,08
Tuberculosis respiratoria	254	9,98	217	8,61	206	8,25
<b>Otras enfermedades que producen meningitis</b>						
Enfermedad meningocócica	11	0,43	14	0,56	8	0,32
Meningitis víricas	93	3,65	87	3,45	35	1,39
Meningitis tuberculosa	2	0,08	1	0,04	0	0
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>						
Infección gonocócica	52	2,04	58	2,3	63	2,50
Sífilis	69	2,71	73	2,9	95	3,77
<b>Enfermedades prevenibles por inmunización</b>						
E. invasora por Hib	4	0,16	7	0,28	10	0,40
E. invasora por S. pneumoniae	139	5,46	100	3,97	107	4,25
Enfermedad meningocócica	11	0,43	14	0,56	8	0,32
Parotiditis	1.148	45,09	2.739	108,75	313	12,43
Sarampión	5	0,20	0	0,00	0	0
Tétanos	0	0,00	1	0,04	1	0,04
Rubeola	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	24	0,94	30	1,19	71	0,82
Varicela	5.840	229,37	3.743	148,62	4.995	178,48
<b>Hepatitis víricas de transmisión parenteral</b>						
Hepatitis B	37	1,45	54	2,14	49	1,99
Hepatitis C	72	2,83	76	3,02	94	3,73
Otras hepatitis víricas	5	0,02	5	0,02	9	0,36
<b>Zoonosis</b>						
Brucelosis	3	0,12	1	0,04	12	0,48
Tularemia	2	0,08	2	0,08	112	4,45
<b>Enfermedades importadas</b>						
Paludismo	8	0,31	17	0,67	11	0,44
E. por virus Chikungunya	--	--	--	--	13	0,52

Tabla 47. Enfermedades de declaración obligatoria  
Castilla y León. Años 2012 a 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León

Tabla 48. Casos de nuevas infecciones por VIH por categoría de transmisión. Castilla y León  
Años 2012 a 2014

	2012	2013	2014
Transmisión homosexual	54	50	44
Transmisión heterosexual	52	55	52
Usuario/a de drogas intravenosas	5	7	6
Hija/o de madre a riesgo	0	1	0
Receptor de hemoderivados o transfusiones	0	0	0
Desconocido/ NC/Otro	14	13	9
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>126</b>	<b>111</b>
Tasa de incidencia por millón de hab.	49,10	50,00	44,48

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Sistema de Información de nuevas infecciones por VIH de Castilla y León

Tabla 49. Defunciones por capítulos de la CIE-10. Ambos sexos. Castilla y León. Año 2014

	Defunciones (n)	%	Tasa estandarizada (TME)
I. Infecciosas y parasitarias	444	1,60 %	0,1
II. Tumores	7.911	28,47 %	2,0
III. Sangre e inmunidad	133	0,48 %	0,03
IV. Endocrinas, nutrición y metabólicas	1.180	4,25 %	0,24
V. Trastornos mentales y comportamiento	1.128	4,06 %	0,18
VI, VII, VIII. Sistema nervioso, ojo y oído	1.516	5,46 %	0,3
IX. Sistema circulatorio	8.268	29,75 %	1,55
X. Sistema respiratorio	3.165	11,39 %	0,59
XI. Sistema digestivo	1.386	4,99 %	0,3
XII. Piel y tejido subcutáneo	105	0,38 %	0,02
XIII. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	384	1,38 %	0,07
XIV. Sistema genitourinario	734	2,64 %	0,13
XV. Embarazo, parto y puerperio	0	0,00 %	--
XVI. Afecciones originadas en periodo perinatal	28	0,10 %	0,01
XVII. Malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas	53	0,19 %	0,02
XVIII. Mal definidas	373	1,34 %	0,07
XX. Causas externas	979	3,52 %	0,27
<b>TODOS LOS CAPÍTULO</b>	<b>27.787</b>	<b>100 %</b>	<b>5,87</b>

NOTA: Tasa estandarizada de mortalidad por 1.000 habitantes

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según causa de muerte)

En el año 2014 se han notificado 111 nuevas infecciones por VIH en Castilla y León, lo que supone una tasa de 44,5 casos por millón de habitantes, inferior al año 2013. También se sitúa por debajo de la tasa en España que en 2014 fue de 72,5 casos por millón. Por sexos, se declaran más casos en hombres, con una diferencia estadísticamente significativa, y por edad, las mayores tasas se producen entre los grupos de edad de 30 a 34 y de 35 a 39 años. Por categoría de transmisión, destacan la transmisión heterosexual y homosexual (Tabla 48).

En cuanto a casos nuevos de SIDA, en Castilla y León se han declarado 30 en 2012, 27 en 2013 y 21 en 2014, que corresponden a una tasa de 11,8, 9,9 y 8,4 casos nuevos por cada millón de habitantes, respectivamente. En España se declararon 444 casos nuevos de SIDA en 2014, registrándose una tasa de 13,0 casos por millón de habitantes.

## 5.6. Mortalidad

### 5.6.1. Mortalidad por capítulos

En el año 2014 se produjeron en Castilla y León 27.787 defunciones, 280 más que en el año anterior (un 1,0% más en términos relativos). Por sexo, fallecieron 14.211 hombres (un 0,7% más que en 2013) y 13.576 mujeres (un 1,3% más). Las enfermedades que afectan al sistema circulatorio se mantienen como la causa más frecuente de defunciones, le siguen los tumores y las enfermedades respiratorias (Tabla 49).

Respecto al año anterior, en términos relativos han aumentado las muertes por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (23,3%), por enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (22,7%) y por enfermedades endocrinas, nutrición, metabólicas (11,3%). Descendieron las muertes por afecciones originadas en el periodo perinatal (-20,0%), las mal definidas (-18,4%) y las debidas a enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (-10,3%). No hubo ningún fallecimiento por complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Figura 37).

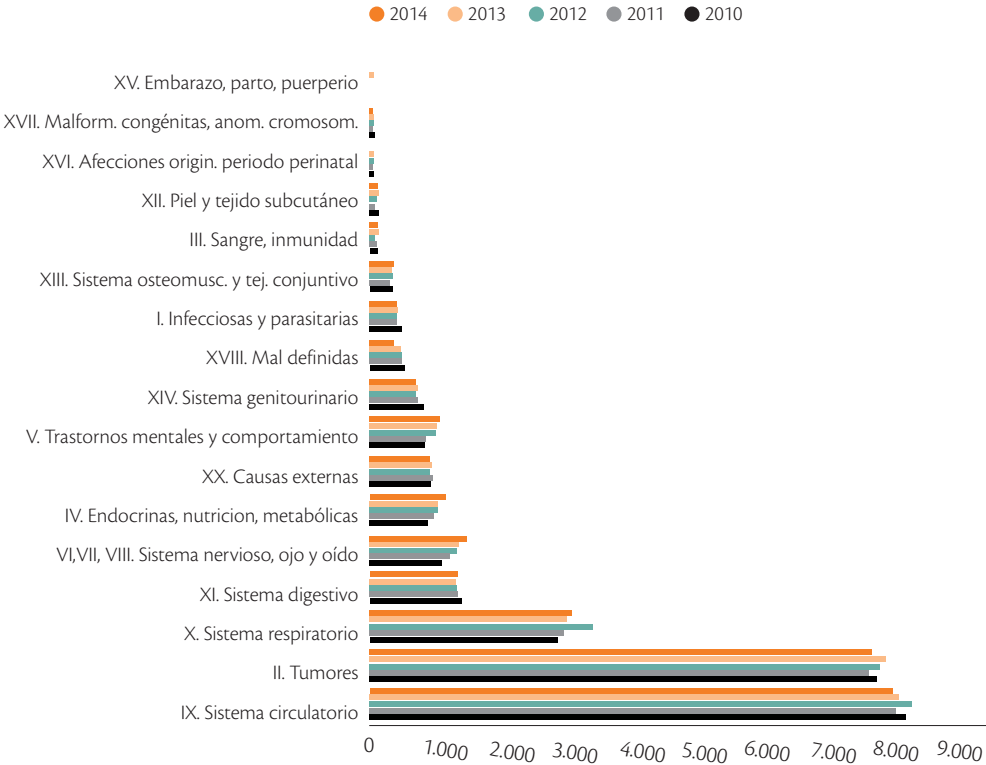
La tasa bruta de mortalidad (TBM) en el año 2014 se situó en 11,2 defunciones por cada 1.000 habitantes (11,6 hombres; 10,8 mujeres), cifra ligeramente superior a 2013 (TBM: 11,0; 11,4 en hombres y 10,6 en mujeres). LA TBM es superior en Castilla y León a la media nacional (8,5). Sin embargo, la tasa de mortalidad estandarizada (TME) fue de 5,9 muertes por 1.000 habitantes (6,2 en hombres; 5,3 en mujeres). La TME es menor que la media nacional, que se situó en 6,4 defunciones por 1.000 habitantes (6,7 en hombres; 5,9 en mujeres) (Figura 38).

Por sexo, las causas de mortalidad más frecuentes en hombres fueron los tumores, seguido de las enfermedades circulatorias. En mujeres, la principal causa de muerte fueron las enfermedades circulatorias seguida de los tumores. Para ambos sexos, la tercera causa de muerte más frecuente son las enfermedades respiratorias (Figura 39).

Existe una sobremortalidad masculina que se mantiene tanto al analizar la tasa bruta de mortalidad (TBM) como al estandarizar (TME). En el caso de la tasa estandarizada (fallecidos por 1.000 habitantes), la sobremortalidad masculina se observa en el caso de los tumores (2,4 vs 1,5), las enfermedades del aparato respiratorio (0,7 vs 0,5), las causas externas (0,3 vs 0,2) y las enfermedades del aparato digestivo (0,3 vs 0,3). En el caso de las mujeres, la mortalidad es mayor en el capítulo de las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (0,3 vs 0,2), las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (0,2 vs 0,2) y las enfermedades osteomusculares y de la piel (0,1 vs 0,05).

Por edad, entre los menores de un año la principal causa de fallecimiento fueron las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas. En el grupo de edad de 15 a 39 años son las causas externas el principal motivo de muerte. En los grupos de edad de 1 a 14 años y de 40 a 84 años, fueron los tumores. Finalmente, a partir de los 85 años, las enfermedades circulatorias son las que causaron mayor mortalidad (Figura 40).

Figura 37. Defunciones por capítulos de la CIE 10. Castilla y León. Años 2010 a 2014



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según causa de muerte)



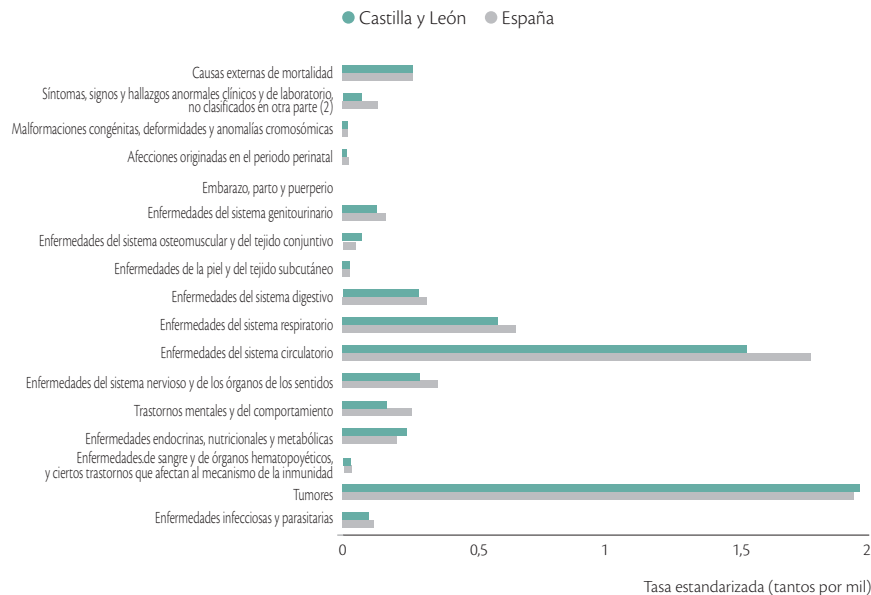


Figura 38. Tasa estandarizada de mortalidad por capítulos de la CIE-10 Castilla y León y España. Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según causa de muerte)

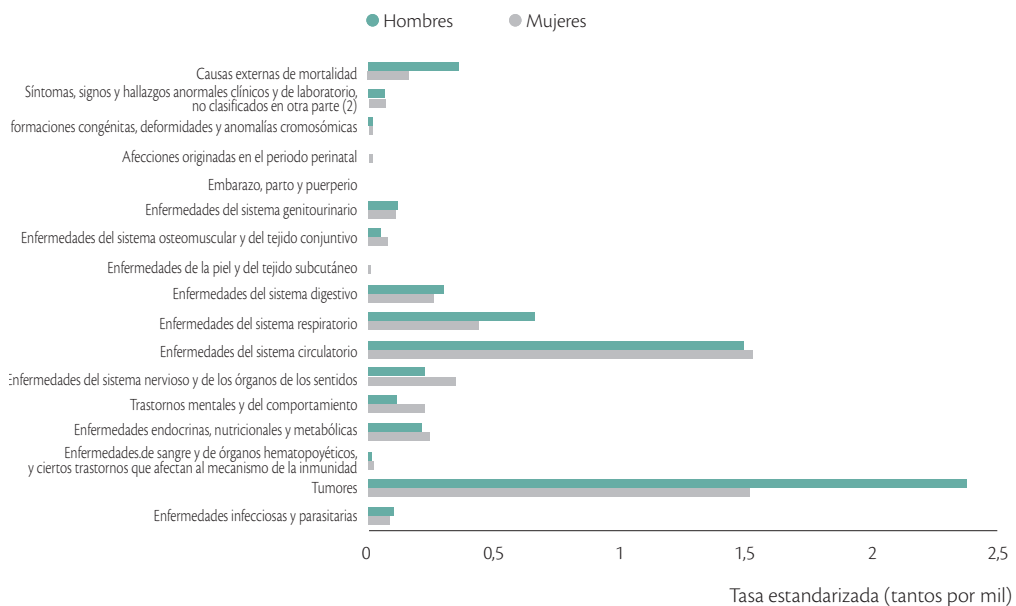


Figura 39. Tasa estandarizada de mortalidad por capítulos de la CIE-10 y por sexo Castilla y León. Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según causa de muerte)

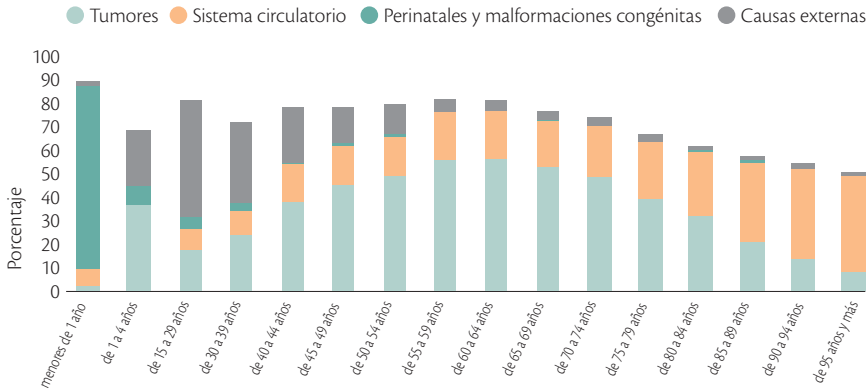


Figura 40. Mortalidad por principales capítulos de la CIE-10 y por grupos de edad. Porcentaje sobre el total de fallecidos. Castilla y León. Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según causa de muerte)

Tabla 50. Defunciones según causa de muerte más frecuente. Ambos sexos. Castilla y León. Años 2004, 2013 y 2014

### 5.6.2. Mortalidad por las causas más frecuentes de muerte

Las enfermedades cerebrovasculares volvieron a ocupar el primer lugar en el cómputo global, siendo la primera causa en las mujeres y la tercera en los hombres en el año 2014. Dentro de las causas más frecuentes aparecen también la insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio. En la última década, el número de fallecidos por estas causas presenta una tendencia descendente tanto en hombres como en mujeres. No así la enfermedad hipertensiva, con un incremento importante como causa de muerte en los últimos 10 años (Tablas 50, 51 y 52).

Entre las causas más frecuentes de defunción aparecen varios tipos de tumores. Globalmente, los responsables de mayor mortalidad fueron el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, el cáncer de colon y el de estómago. Los dos primeros mantienen una tendencia ascendente mientras que la mortalidad por tumor de estómago sigue descendiendo. En hombres, el primer y segundo tumor en frecuencia coinciden con el global, pero el tercer lugar lo ocupa el cáncer de próstata. En las mujeres, el tumor más frecuente es el de mama, seguido por el de colon y el maligno de tráquea, bronquios y pulmón.

	Número de defunciones 2004	Número de defunciones 2013	Número de defunciones 2014	Variación 2014-2004 (%)
059 Enfermedades cerebrovasculares	2.269	1.930	1.892	-19,9 %
058 Otras enfermedades del corazón	1.312	1.469	1.503	12,7 %
067 Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.090	1.379	1.389	21,5 %
018 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.223	1.362	1.299	5,8 %
055 Infarto agudo de miocardio	1.554	1.138	1.149	-35,2 %
056 Otras enfermedades isquémicas del corazón	1.006	1.124	1.115	9,8 %
046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	653	1.013	1.072	39,1 %
057 Insuficiencia cardíaca	1.290	1.024	1.048	-23,1 %
064 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	999	929	1.014	1,5 %
054 Enfermedades hipertensivas	434	1.108	1.005	56,8 %
012 Tumor maligno del colon	766	905	905	15,4 %
044 Diabetes mellitus	687	838	903	23,9 %
072 Otras enfermedades del sistema digestivo	740	836	883	16,2 %
051 Enfermedad de Alzheimer	541	829	879	38,4 %
052 Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	465	547	630	26,2 %
063 Neumonía	519	556	558	7,0 %
011 Tumor maligno del estómago	605	555	538	-12,4 %
028 Tumor maligno de la próstata	500	496	493	-1,4 %
<b>Subtotal</b>	<b>16.653</b>	<b>18.038</b>	<b>18.275</b>	
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>26.341</b>	<b>27.507</b>	<b>27.787</b>	<b>5,2</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según la causa de muerte)

	Número de defunciones 2004	Número de defunciones 2013	Número de defunciones 2014	Variación 2014-2004 (%)
018 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.078	1.132	1.049	-2,8 %
064 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	760	744	794	4,3 %
059 Enfermedades cerebrovasculares	948	787	787	-20,5 %
055 Infarto agudo de miocardio	909	696	696	-30,6 %
056 Otras enfermedades isquémicas del corazón	549	646	677	18,9 %
067 Otras enfermedades del sistema respiratorio	572	636	668	14,4 %
058 Otras enfermedades del corazón	583	636	636	8,3 %
012 Tumor maligno del colon	436	535	541	19,4 %
028 Tumor maligno de la próstata	500	496	493	-1,4 %
044 Diabetes mellitus	233	365	391	40,4 %
072 Otras enfermedades del sistema digestivo	352	389	385	8,6 %
057 Insuficiencia cardíaca	408	368	373	-9,4 %
046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	193	326	342	43,6%
011 Tumor maligno del estómago	385	327	336	-14,6%
052 Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	245	296	325	24,6 %
031 Tumor maligno de la vejiga	259	294	290	10,7 %
054 Enfermedades hipertensivas	109	347	288	62,1 %
063 Neumonía	267	296	285	6,3 %
<b>Subtotal</b>	<b>8.786</b>	<b>9.316</b>	<b>9.356</b>	
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>13.860</b>	<b>14.108</b>	<b>14.211</b>	<b>2,5 %</b>

Tabla 51. Defunciones según causa de muerte más frecuentes. Hombres. Castilla y León  
Años 2004, 2013 y 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según la causa de muerte)

### 5.6.3. Mortalidad prematura o Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Según los datos del INE, en el año 2014 en Castilla y León se perdieron 118.842 años potenciales de vida (APVP), lo que corresponde a una tasa estandarizada de 44,5 APVP por cada 1.000 habitantes (57,8 en hombres; 29,9 en mujeres) y un número medio de APVP de 13,2 años (13,2 en hombres; 13,1 en mujeres). La tasa estandarizada es inferior a la de España, que fue de 46,4

APVP por 1.000 habitantes (61,7 en hombres; 30,9 en mujeres).

Los tumores constituyen la primera causa, con una tasa de 24,3 APVP por cada 1.000 hombres y de 14,8 APVP por cada 1.000 mujeres. En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 10,6 APVP por cada 1.000 hombres y 14,4 por cada 1.000 mujeres y en tercer lugar, las causas externas, con una tasa de 9,1 APVP por cada 1.000 hombres y 3,0 por cada 1.000 mujeres (Figura 41).

Tabla 52. Defunciones según causa de muerte más frecuentes. Mujeres. Castilla y León  
Años 2004, 2013 y 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según la causa de muerte)

	Número de defunciones 2004	Número de defunciones 2013	Número de defunciones 2014	Variación 2014-2004 (%)
059 Enfermedades cerebrovasculares	1.321	1.143	1.105	-19,5 %
058 Otras enfermedades del corazón	729	833	867	15,9 %
046 Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	460	687	730	37,0 %
067 Otras enfermedades del sistema respiratorio	518	743	721	28,2 %
054 Enfermedades hipertensivas	325	761	717	54,7 %
057 Insuficiencia cardíaca	882	656	675	-30,7 %
051 Enfermedad de Alzheimer	349	588	623	44,0 %
044 Diabetes mellitus	424	473	512	11,3 %
072 Otras enfermedades del sistema digestivo	388	447	498	22,1 %
055 Infarto agudo de miocardio	645	442	453	-42,4 %
056 Otras enfermedades isquémicas del corazón	457	478	438	-4,3 %
023 Tumor maligno de la mama	357	409	417	14,4 %
012 Tumor maligno del colon	330	370	364	9,3 %
052 Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	220	251	305	27,9 %
063 Neumonía	252	260	273	7,7 %
018 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	145	230	250	42,0 %
064 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	239	185	220	-8,6 %
015 Tumor maligno del páncreas	146	225	215	32,1 %
<b>Subtotal</b>	<b>8.217</b>	<b>9.181</b>	<b>9.383</b>	
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>12.481</b>	<b>13.399</b>	<b>13.576</b>	<b>8,8 %</b>

## 5.7. Análisis de problemas de salud específicos

### 5.7.1. Tumores

Los tumores son la segunda causa de muerte y la primera en años potenciales de vida perdidos.

La tasa de mortalidad estandarizada por cáncer en el año 2013 en Castilla y León fue de 150,4 fallecidos por cada 100.000 habitantes (206,7 en hombres; 103,7 en mujeres). Es ligeramente superior a la de España, 147,0 (206,4 en hombres; 100,4 en mujeres) (Figura 42).

La tasa de mortalidad prematura (en <75 años) fue de 103,3 fallecidos por cada 100.000 habitantes (134,5 en hombres; 73,2 en mujeres). En España fue de 100,7 fallecidos (134,7 en hombres; 69,8 en mujeres) (Figura 43).

Los tipos de tumores que más fallecidos causan son el de pulmón y bronquios, seguido por el de colon y el de estómago. En los hombres, el mayor número de muertes se produce por tumor maligno de bronquios y pulmón seguido por el tumor de colon y el de próstata. Le siguen en número de frecuencia el de estómago y el de vejiga (Figura 44). En las

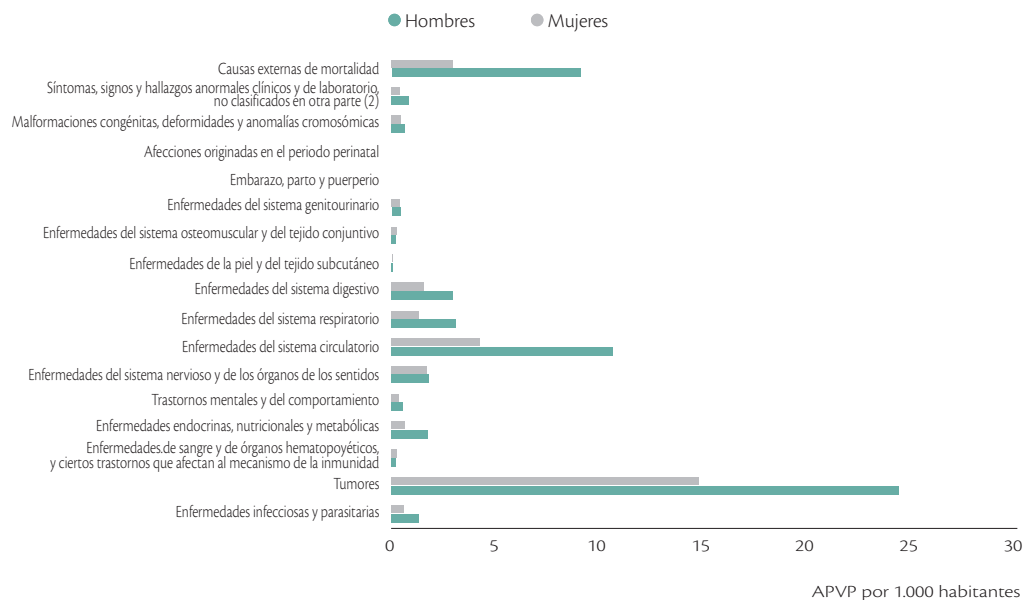


Figura 41. Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por capítulos de la CIE-10ª revisión y por sexo. Castilla y León. Año 2014

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE (Defunciones según causa de muerte)

mujeres, el que más muertes produce es el cáncer de mama seguido por el de colon, el de bronquios y pulmón. Le siguen en frecuencia el de páncreas y estómago (Figura 45).

### 5.7.2. Diabetes mellitus (DM)

Los últimos datos publicados sobre prevalencia de DM han sido los de la Encuesta Europea de Salud (EES), la cual indica que la prevalencia declarada de DM diagnosticada por un médico en Castilla y León en 2014 ha vuelto a aumentar con respecto a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-

2012. Según los datos de la EES un 6,6% de la población de Castilla y León declara padecer DM (7,3% hombres; 5,8% mujeres). Con respecto a España, es superior en hombres e inferior en mujeres, 6,8% (7,2% en hombres; 6,4% en mujeres).

En el año 2013, fueron hospitalizadas por esta causa 5,2 personas por cada 10.000 habitantes (6,3 hombres; 4,2 mujeres); cifras por encima de la media nacional, 4,6 personas hospitalizadas (5,7 hombres; 3,5 mujeres). (Fuente: *Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tasa ajustada de hospitalización por diabetes*).

Figura 42. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer. Ambos sexos. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

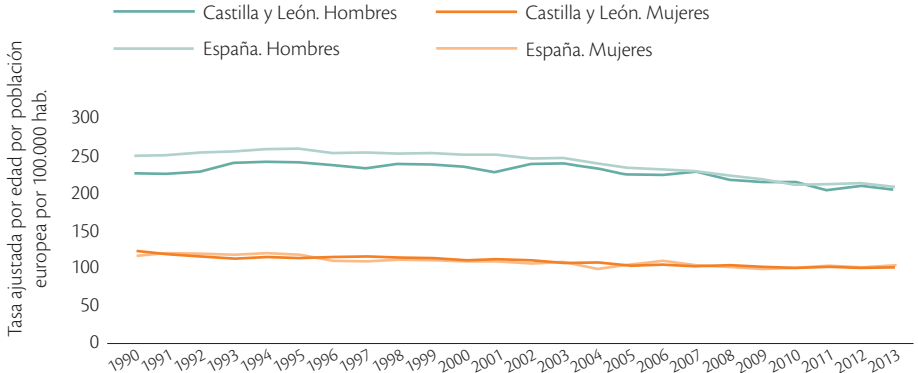
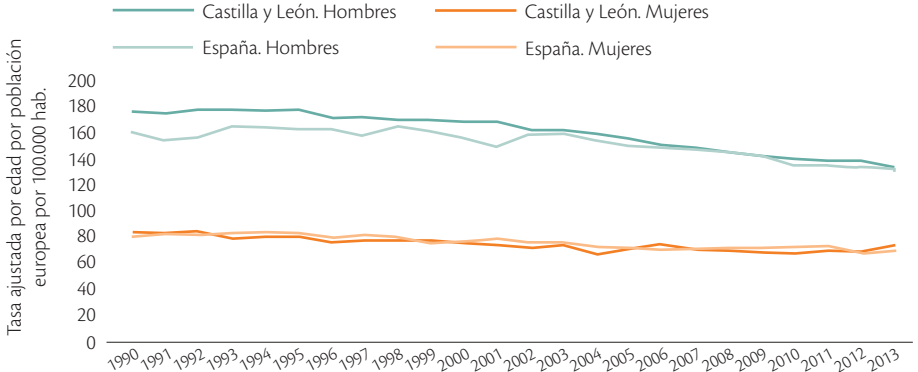


Figura 43. Tasa ajustada de mortalidad prematura por cáncer (< 75 años). Ambos sexos. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)



La mortalidad ha descendido en 2013, situándose en 10,7 personas fallecidas por 100.000 habitantes (12,6 en hombres; 8,9 en mujeres), pero continua por encima de la media nacional, 9,5 (10,9 en hombres; 8,3 en mujeres)(Figura 46). La mortalidad prematura (en < 75 años) en Castilla y León en 2013 fue de 3,4 personas fallecidas por 100.000 habitantes

(4,7 en hombres; 2,2 en mujeres); presenta cifras superiores a las del SNS, 3,0 (4,1 en hombres; 2,0 en mujeres) (Figura 47). (Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del SNS).

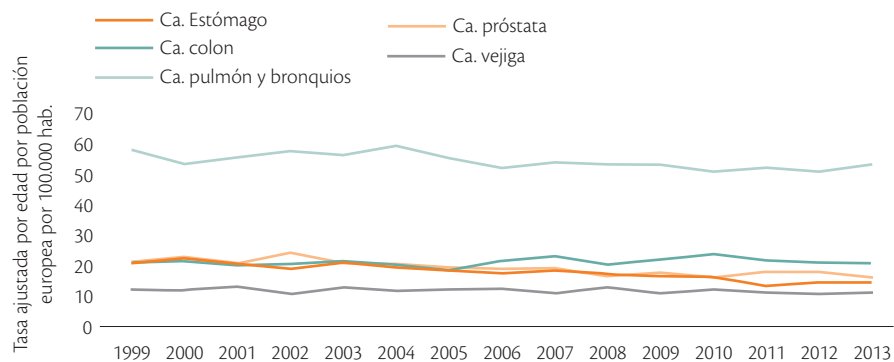


Figura 44. Tasa ajustada de mortalidad según tipo de tumor. Hombres Castilla y León. Años 1999 a 2013

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mortalidad por causa de muerte

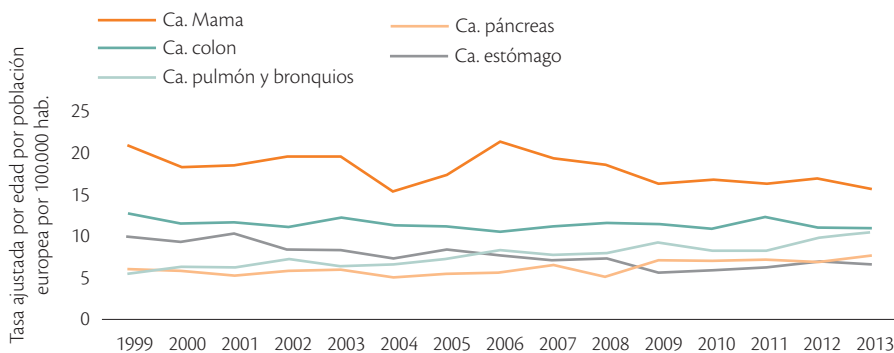


Figura 45. Tasa ajustada de mortalidad según tipo de tumor. Mujeres Castilla y León. Años 1999 a 2013

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mortalidad por causa de muerte

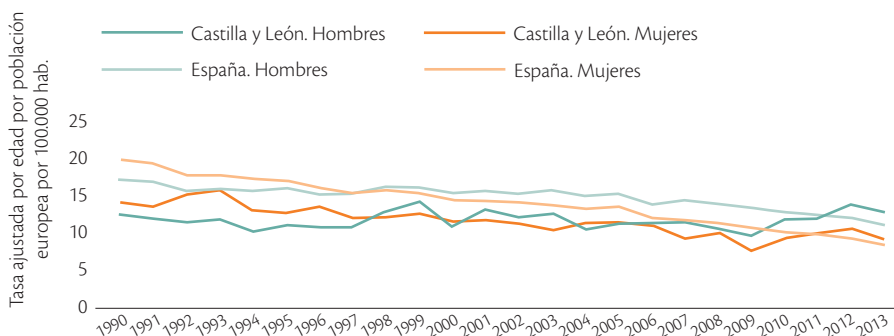


Figura 46. Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus por sexo Castilla y León y España. Años 1990 a 2013

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

**5.7.3. Insuficiencia cardiaca**

La insuficiencia cardiaca afecta a un número elevado de personas y es una causa frecuente de ingresos y reingresos por descompensación de la patología. En Castilla y León, la tasa ajustada de hospitalización por esta causa en 2013 fue de 10,7 altas por 10.000 habitantes (13,4 en hombres; 8,4 en mujeres), por debajo de la media nacional, 12,2 (14,8 en hombres; 10,1 en mujeres). En nuestra comunidad ha descendido con respecto a los datos de 2012.

La mortalidad por esta causa también es alta. En 2014, fallecieron 1.048 personas, de ellas 373 hombres y 675 mujeres. Fallecieron 24 personas más que en 2013. La tasa de mortalidad ajustada por edad en 2013 fue de 11,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes (11,5 en hombres; 10,2 en mujeres), con cifras inferiores a las de España, 15,9 (16,5 en hombres; 14,9 en mujeres). Las tasas han descendido con respecto a 2012 en ambos sexos (Figura 48).

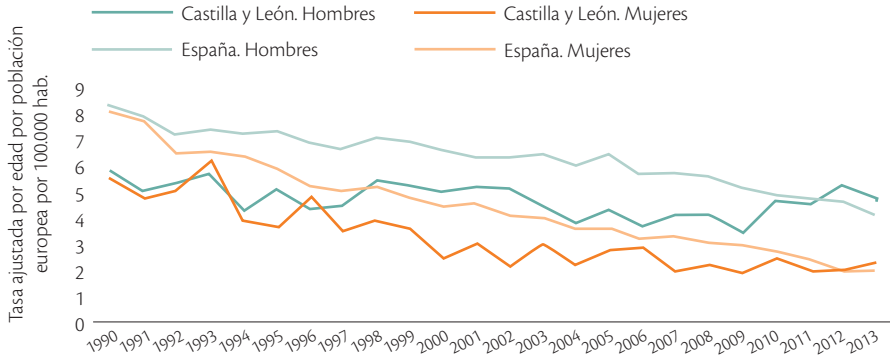
A nivel intrahospitalario se produjeron en 2013, 10,0 muertes por cada 100 altas por Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) (9,6 en hombres; 10,4 en mujeres). Los datos están por encima de la media nacional, 9,4 (9,0 en hombres; 9,7 en mujeres). La tendencia del indicador es descendente en nuestra comunidad. (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del SNS. Mortalidad por causa de muerte).

**5.7.4. Enfermedad isquémica del corazón (infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón)**

En Castilla y León se produjeron en 2013, 8,5 altas por cardiopatía isquémica por 10.000 habitantes. Ingresan más hombres que mujeres (13,9 hombres; 3,3 mujeres); con cifras muy similares a la media nacional, 8,5 altas (13,7 en hombres; 3,8 en mujeres). La tendencia temporal es descendente aunque en 2013 se ha producido un aumento de las altas por esta causa. El porcentaje de reingresos por esta causa en los 30 días posteriores al alta es del 8,2%, dos puntos inferiores al de 2012.

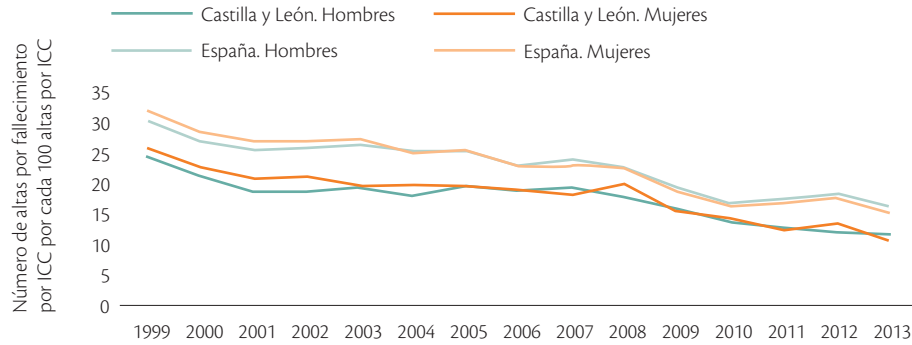
La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte car-

**Figura 47. Tasa ajustada de mortalidad prematura (< 75 años) por diabetes mellitus por sexo Castilla y León y España. Años 1990 a 2013**



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

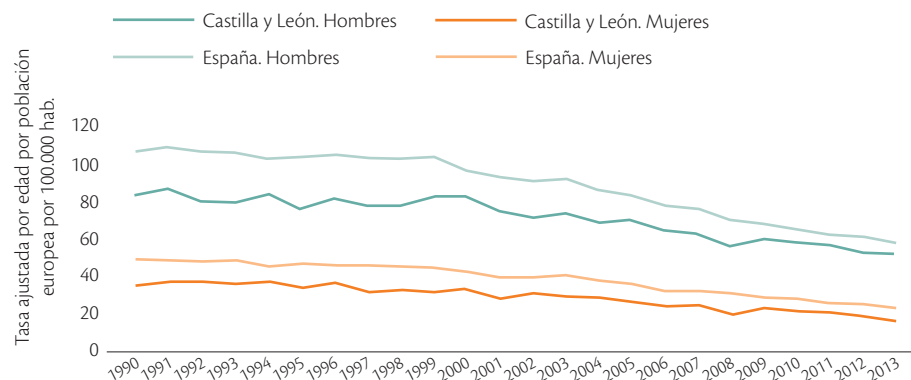
**Figura 48. Tasa ajustada de mortalidad por insuficiencia cardiaca por sexo. Castilla y León y España Años 1999 a 2013**



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mortalidad por causa de muerte)

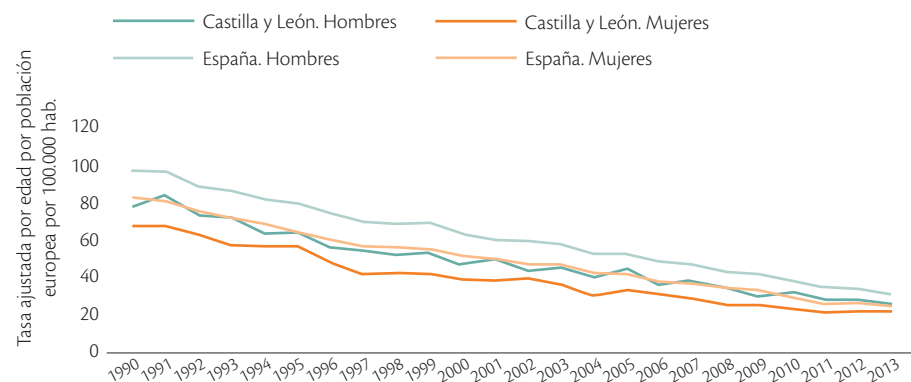


**Figura 49. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón por sexo Castilla y León y España. Años 1990 a 2013**



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

**Figura 50. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por sexo Castilla y León y España. Años 1990 a 2013**



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

diovascular en Castilla y León. En el año 2014, la isquemia cardiaca fue responsable de 2.264 muertes (1.373 hombres; 891 mujeres). La tasa de mortalidad ajustada en Castilla y León en 2013 fue de 33,3 fallecidos por 100.000 habitantes, mayor en hombres (51,2 en hombres; 18,1 en mujeres), con cifras inferiores a las de España, 38,1 (57,2 en hombres; 22,5 en mujeres). La tasa mantiene una tendencia descendente (Figura 49).

De la misma manera, la tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica mantiene una tendencia descendente (aunque en 2013 se ha producido un incremento en la tasa) y son más elevadas en los hombres; en Castilla y León hubo una tasa de 15,9 fallecidos < 75 años (26,5 en hombres; 5,2 en mujeres). Esta tasa es inferior a la de España, 18,0 (30,1 en hombres; 6,7 en mujeres).

La mortalidad intrahospitalaria también aumentó en 2013. En Castilla y León se produjeron 8,9 muertes en el hospital por cardiopatía isquémica por cada 100 altas por dicho proceso. Esta mortalidad en mujeres casi duplica a la de los hombres (6,7 en hombres; 13,0 en mujeres). Está por encima de la media nacional, 7,28 (10,9 en hombres; 5,8 en mujeres).

### 5.7.5. Enfermedad cerebrovascular (ECV)

En 2013, se produjeron en Castilla y León 13,6 altas por ECV por 10.000 habitantes (17,4 en hombres; 10,1 en mujeres). Es superior a la media nacional, 14,9 (18,8 en hombres; 11,5 en mujeres). La tendencia temporal muestra cierta estabilidad en los últimos años en los ingresos por este motivo.

El número de fallecidos por esta causa en 2014 fue algo menor, 1.892 (787 hombres y 1.105 mujeres). En el año 2013, la tasa de mortalidad estandarizada descendió y fue de 24,1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes (26,0 en hombres; 22,3 en mujeres), situándose por debajo de la media nacional, 28,2 (31,6 en hombres y 25,1 en mujeres) (Figura 50).

La mortalidad prematura, en menores de 75 años, fue de 7,3 por 100.000 habitantes, mayor en hombres (8,4) que en mujeres (6,3) e inferior a la del SNS (8,7; 11,3 en hombres y 6,3 en mujeres).

### 5.7.6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Los últimos datos publicados sobre prevalencia de EPOC han sido los de la *Encuesta Europea de Salud* (EES) de 2014, la cual indica que la prevalencia declarada de EPOC diagnosticada por un médico en Castilla y León ha disminuido ligeramente con respecto a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Según los datos de la EES, un 3,8 % de la población de Castilla y León declara padecer EPOC (4,6 % hombres; 3,1 % mujeres). Con respecto a España, las cifras son algo mayores, 3,2 % (3,5 % en hombres; 3,0 % en mujeres).

La EPOC es una causa importante de ingreso hospitalario. En el año 2013, la tasa de hospitalización ajustada fue de 10,1 altas por 10.000 hab. (17,4 en hombres; 4,2 en mujeres), muy similar a la de España, 10,5 altas (18,0 en hombres; 4,7 en mujeres).

El número de fallecidos en 2014 por esta causa fue 1.014 (794 hombres; 220 mujeres). La tasa de mortalidad estandarizada se situó en 12,8 fallecimientos por 100.000 habitantes, siendo muy superior en hombres (24,1 en hombres; 4,9 en mujeres). La tasa es inferior a la de España, 15,9 personas fallecidas (30,1 en hombres; 6,5 en mujeres) (Figura 51).

La mortalidad en menores de 75 años fue muy similar a años anteriores, 4,1 muertes por 100.000 habitantes (6,8 en hombres; 1,5 en mujeres). En ambos casos son inferiores a la media nacional, 5,3 muertes (9,0 en hombres; 2,0 en mujeres).

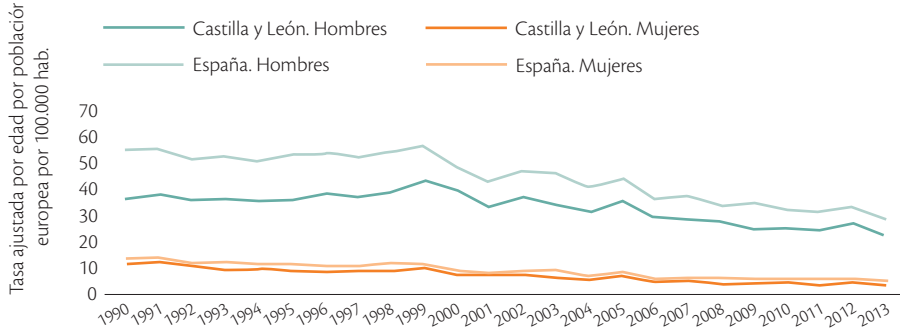
### 5.7.7. Causas externas. Suicidio

Las muertes por causas externas suponen el 3,5% del total de fallecidos en 2014. Fallecieron 979 personas, (620 hombres y 359 mujeres).

El suicidio es la principal causa externa de mortalidad en los hombres. En 2014 fallecieron en Castilla y León, 240 personas por esta causa (187 hombres y 53 mujeres).

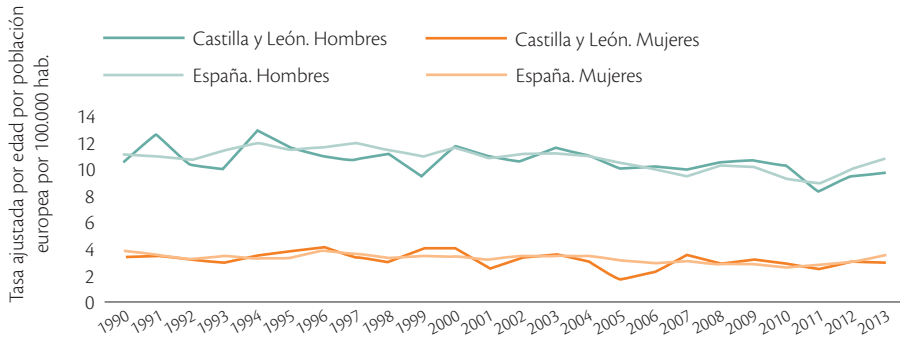
La tasa de mortalidad por suicidio en Castilla y León se situó en 6,3 personas fallecidas por 100.000 habitantes (9,8 en hombres; 2,9 en mujeres), tasa por debajo de la media nacional, 7,0 (10,8 en hombres; 3,4 en mujeres) (Figura 52).

Figura 51. Tasa ajustada de mortalidad por EPOC por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013



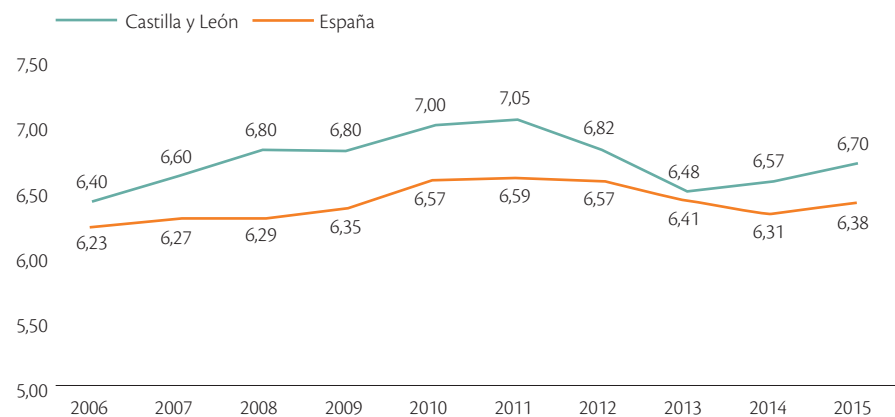
Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

Figura 52. Tasa ajustada de mortalidad por suicidio por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores clave del SNS)

Figura 53. Satisfacción con el sistema sanitario público. Castilla y León y SNS. Años 2006 a 2015



Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

## 5.8. Satisfacción de las personas usuarias

La población castellana y leonesa considera la sanidad como el segundo área más importante, solo por detrás del área de trabajo.

El sistema sanitario público de Castilla y León obtuvo una puntuación de 6,7 sobre 10 en el último Barómetro Sanitario 2015 realizado por el CIS y publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Figura 53). Es la octava mejor puntuación del SNS y la tercera entre las comunidades pluri-provinciales, la mejor puntuación la obtiene la Comunidad Foral de Navarra (7,4), seguida de Aragón (7,2) y País Vasco (7,0).

Esta valoración está por encima del promedio nacional en los ámbitos asistenciales más representativos: consultas en centros sanitarios de Atención Primaria, consultas externas de Atención Hospitalaria, hospitalización así como en atención en Urgencias hospitalarias (Figura 54).

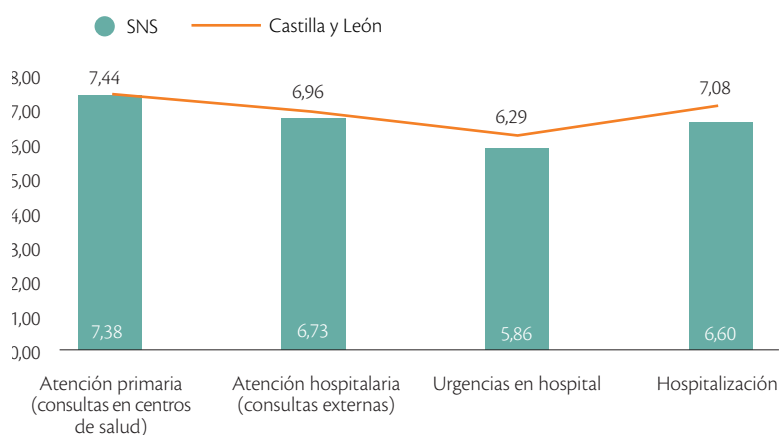


Figura 54. Satisfacción con el sistema sanitario público. Castilla y León y SNS. Año 2015

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Figura 1. Pirámides de población de Castilla y León y España. Año 2015 .....	23
Figura 2. Tasa bruta de natalidad por comunidad autónoma. Año 2014 .....	25
Figura 3. Evolución de la tasa bruta de natalidad. Castilla y León y España. Años 1975 a 2014 .....	25
Figura 4. Variación anual del número de defunciones. Castilla y León. Años 2003 a 2014 .....	26
Figura 5. Evolución de la tasa bruta de mortalidad. Castilla y León y España. Años 1975 a 2014 .....	27
Figura 6. Tasa bruta y estandarizada de mortalidad por comunidad autónoma. Año 2014 .....	27
Figura 7. Evolución de la TMI en Castilla y León y España. Años 1998 a 2014 .....	27
Figura 8. Evolución de la mortalidad infantil. Castilla y León. Años 1976 a 2014 .....	27
Figura 9. Evolución de la población de Castilla y León y España. Años 1998 a 2015 .....	28
Figura 10. Saldo vegetativo y saldo migratorio por comunidad autónoma. Año 2014 .....	28
Figura 11. Producto interior bruto. Castilla y León. Años 2005 a 2015 .....	29
Figura 12. PIB per cápita. Castilla y León y España. Años 2000 a 2015 .....	30
Figura 13. Convergencia con la Unión Europea (27). PIB per cápita en PPS. Castilla y León y España. Años 2000 a 2014 .....	30
Figura 14. Tasa de paro por CCAA. Año 2015 (media anual) .....	32
Figura 15. Tasa de actividad, de paro y de empleo. Castilla y León. Año 2015 (media anual) .....	32
Figura 16. Evolución de la tasa de paro. Castilla y León y España. Años 2002 a 2015 .....	33
Figura 17. Evolución anual del número medio de afiliaciones a la Seguridad Social. Castilla y León y España. Años 2005 a 2015 .....	33
Figura 18. Evolución del índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral. Castilla y León y España. Años 2008 a 2015 .....	35
Figura 19. Ingreso medio neto anual por persona por CCAA. Año 2015 .....	37
Figura 20. Tasa de riesgo de pobreza. Castilla y León y España. Años 2004 a 2015 .....	37
Figura 21. Gasto medio por persona por CC.AA. Año 2014 .....	38
Figura 22. Equipamiento de las viviendas en productos de tecnologías de información y comunicación. Castilla y León y España. Año 2015 .....	39
Figura 23. Personas que han usado Internet al menos una vez por semana en los 3 últimos meses. Castilla y León. Año 2015 .....	40
Figura 24. Tasa de abandono temprano de la educación y la formación por CCAA. Año 2015 .....	41
Figura 25. Evolución de la población INE y TSI. Castilla y León. Años 2008 a 2015 .....	53
Figura 26. Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses. Población de 15 años y más. Castilla y León. Años 2011-2012 .....	57
Figura 27. Evolución de la esperanza de vida al nacer. Castilla y León. Años 1991 a 2014 .....	57
Figura 28. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años. Castilla y León. Año 2014 .....	58
Figura 29. Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años. Castilla y León. Año 2013 .....	58
Figura 30. Prevalencia de consumo de tabaco. Porcentaje de fumadores diarios. Castilla y León .....	59
Figura 31. Prevalencia del consumo de tabaco según nivel socioeconómico. Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2011-2012 .....	59

Figura 32. Evolución de altas hospitalarias y estancia media. Castilla y León. Años 2006 a 2014.....	66
Figura 33. Distribución de altas por grupos de edad según sexo. Castilla y León. Año 2014.....	66
Figura 34. Tasa de morbilidad hospitalaria por CCAA de hospitalización. Año 2014.....	67
Figura 35. Altas por grupos de diagnóstico y por sexo. Castilla y León. Año 2014.....	67
Figura 36. Estancias hospitalarias por sexo y grupo de edad. Castilla y León. Año 2014.....	68
Figura 37. Defunciones por capítulos de la CIE- 10. Castilla y León. Años 2010 a 2014.....	72
Figura 38. Tasa estandarizada de mortalidad por capítulos de la CIE-10. Castilla y León y España. Año 2014.....	73
Figura 39. Tasa estandarizada de mortalidad por capítulos de la CIE-10 y por sexo. Castilla y León. Año 2014.....	73
Figura 40. Mortalidad por principales capítulos de la CIE-10 y por grupos de edad. Porcentaje sobre el total de fallecidos. Castilla y León. Año 2014.....	74
Figura 41. Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por capítulos de la CIE-10 y por sexo. Castilla y León. Año 2014.....	77
Figura 42. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer. Ambos sexos. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	78
Figura 43. Tasa ajustada de mortalidad prematura por cáncer (< 75 años). Ambos sexos. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	78
Figura 44. Tasa ajustada de mortalidad según tipo de tumor. Hombres. Castilla y León. Años 1999 a 2013.....	79
Figura 45. Tasa ajustada de mortalidad según tipo de tumor. Mujeres. Castilla y León. Años 1999 a 2013.....	79
Figura 46. Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	79
Figura 47. Tasa ajustada de mortalidad prematura (< 75 años) por diabetes mellitus por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	80
Figura 48. Tasa ajustada de mortalidad por insuficiencia cardíaca por sexo. Castilla y León y España. Años 1999 a 2013.....	80
Figura 49. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	81
Figura 50. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	81
Figura 51. Tasa ajustada de mortalidad por EPOC por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	82
Figura 52. Tasa ajustada de mortalidad por suicidio por sexo. Castilla y León y España. Años 1990 a 2013.....	82
Figura 53. Satisfacción con el sistema sanitario público. Castilla y León y SNS. Años 2006 a 2015.....	83
Figura 54. Satisfacción con los servicios sanitarios. Castilla y León y SNS. Año 2015.....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores demográficos. Castilla y León y España. Años 2013 a 2015.....	24
Tabla 2. Principales variables del mercado laboral. Castilla y León y España. Años 2007, 2012 y 2015 (medias anuales).....	31
Tabla 3. Accidentes laborales. Castilla y León. Años 2014-2015.....	34

Tabla 4. Tipos de hogar. Castilla y León. Años 2014-2015 .....36

Tabla 5. Gasto medio por hogar, distribución porcentual y variación anual. Castilla y León. Año 2014 .....38

Tabla 6. Número de usuarios atendidos en los servicios de teleasistencia y de ayuda a domicilio.  
Castilla y León. Años 2012 a 2014.....42

Tabla 7. Número de plazas para la atención residencial de personas mayores y ratio. Castilla y León. Año 2014.....43

Tabla 8. Atención temprana. Número de intervenciones en niños de 0 a 6 años por tipo de intervención.  
Castilla y León. Año 2012 y 2013 .....44

Tabla 9. Ley de Dependencia. Número de beneficiarios con prestaciones. Distribución por grado y sexo. Castilla y León.  
Datos a 31 de diciembre de 2015.....44

Tabla 10. Ley de Dependencia. Número de beneficiarios con prestaciones. Distribución por grado y tipo de hábitat.  
Castilla y León. Datos a 31 de diciembre de 2015 .....45

Tabla 11. Ley de Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).  
Castilla y León. Datos a 31 de diciembre de 2015 .....45

Tabla 12. Distribución de la población con discapacidad según edad y sexo. Castilla y León. Año 2014.....46

Tabla 13. Distribución de la población con discapacidad por tipo de discapacidad. Castilla y León. Años 2012 a 2014 .....46

Tabla 14. Evolución del número de mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja.  
Castilla y León y España. Años 2007 a 2014 .....47

Tabla 15. Actos de violencia de género. Castilla y León. Años 2009 a 2014 .....47

Tabla 16. Pensiones contributivas: número de pensiones y cuantía media. Castilla y León. A 1 de enero de 2016 .....48

Tabla 17. Pensiones no contributivas: número de pensiones, presupuesto y cuantía media (en €).  
Castilla y León. A 1 de enero de 2016.....48

Tabla 18. Programa de Control Oficial en Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación.  
Castilla y León. Año 2013 a 2015.....49

Tabla 19. Control Sanitario Oficial de Alimentos. Inspecciones por tipo de establecimiento.  
Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....50

Tabla 20. Número de animales sacrificados en mataderos. Castilla y León. Años 2013 a 2015.....50

Tabla 21. Zonas de abastecimiento de agua de consumo humano en SINAC. Castilla y León. Años 2014-2015 .....51

Tabla 22. Vigilancia sanitaria de las aguas de recreo. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....51

Tabla 23. Plan de prevención de la legionelosis. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....51

Tabla 24. Vigilancia sanitaria de los niveles de polen en la atmósfera. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....52

Tabla 25. Vigilancia sanitaria de sustancias y preparados químicos comerciales. Castilla y León. Años 2013 a 2015.....52

Tabla 26. Recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud. Número de personas.  
Castilla y León. Años 2013 a 2015.....53

Tabla 27. Recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud. Indicadores. Castilla y León. Año 2014 .....54

Tabla 28. Recursos en atención primaria. Castilla y León. Años 2013 a 2015.....54

Tabla 29. Recursos en atención hospitalaria. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....54

Tabla 30. Actividad asistencial en atención primaria. Número de consultas. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....55

Tabla 31. Actividad asistencial en atención hospitalaria. Datos e indicadores.  
Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....55

Tabla 32. Actividad en pruebas diagnósticas. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....	55
Tabla 33. Actividad en Emergencias Sanitarias. Castilla y León. Años 2013 a 2015 .....	56
Tabla 34. Trasplantes realizados por centro y tipo de órgano. Castilla y León. Años 2013 a 2015.....	56
Tabla 35. Consumo de alcohol en la población general de 15-64 años. Castilla y León. Años 2009 a 2013.....	60
Tabla 36. Índice de masa corporal (IMC) en población de 18 años y más. Castilla y León y España .....	60
Tabla 37. Índice de masa corporal (IMC) en población infantil de 2-17 años. Castilla y León y España. ....	61
Tabla 38. Población adulta que se declara sedentaria según sexo. Castilla y León y España.....	61
Tabla 39. Calendario de vacunación infantil. Coberturas, en porcentaje, sobre población diana. Castilla y León. Años 2009 a 2014.....	62
Tabla 40. Campañas de vacunación antigripal. Cobertura en porcentaje. Castilla y León. Años 2009 a 2014.....	63
Tabla 41. Programa de detección precoz del cáncer de mama. Resultados. Castilla y León. Años 2010 a 2015.....	64
Tabla 42. Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero. Resultados. Castilla y León. Años 2010 a 2015.....	64
Tabla 43. Programa de prevención y detección precoz del cáncer colo-rectal. Resultados. Castilla y León. Años 2011 a 2014.....	65
Tabla 44. Programa de consejo genético en cáncer. Número de primeras consultas a pacientes y familiares. Castilla y León. Año 2014 y acumulado hasta 2014.....	65
Tabla 45. Evolución de las altas por grupos de diagnóstico. Castilla y León. Años 2009 a 2014.....	68
Tabla 46. Estancias hospitalarias según diagnóstico principal. Castilla y León. Año 2014.....	69
Tabla 47. Enfermedades de declaración obligatoria. Castilla y León. Años 2012 a 2014.....	70
Tabla 48. Casos de nuevas infecciones por VIH por categoría de transmisión. Castilla y León. Años 2012 a 2014.....	71
Tabla 49. Defunciones por capítulos de la CIE-10. Ambos sexos. Castilla y León. Año 2014.....	71
Tabla 50. Defunciones según causa de muerte más frecuente. Ambos sexos. Castilla y León. Años 2004, 2013 y 2014.....	74
Tabla 51. Defunciones según causa de muerte más frecuentes. Hombres. Castilla y León. Años 2004, 2013 y 2014.....	75
Tabla 52. Defunciones según causa de muerte más frecuentes. Mujeres. Castilla y León. Años 2004, 2013 y 2014.....	76







## Áreas de intervención

Una vez concluida la vigencia del III Plan de Salud de Castilla y León y realizada la evaluación del mismo, abordamos un nuevo plan de salud, el IV, que marcará la política sanitaria de nuestra comunidad hasta el año 2020. La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León dispone en su artículo 50.1 que

« el Plan de Salud de Castilla y León es el instrumento estratégico superior para la planificación y dirección del Sistema de Salud de Castilla y León y determina las líneas fundamentales de la política sanitaria de la Comunidad... ».

Este nuevo plan fija cinco áreas de intervención y en ellas enmarca sus objetivos:

- Área 1. Equidad y salud en todas las políticas.
- Área 2: Proteger la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario.
- Área 3: Promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones.
- Área 4. Disminuir la carga de enfermedad.
- Área 5: Reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida.

### Área 1. Equidad y salud en todas las políticas

En esta área se ha adoptado la iniciativa «Salud en todas las políticas» (HIAP en inglés o STP), una estrategia política transversal que introduce la mejora de la salud y la equidad

en salud como objetivo compartido de todos los sectores y niveles de gobierno, basándose en el hecho de que la salud depende en gran medida de factores económicos y sociales controlados por políticas no sanitarias y que, a su vez, una población sana constituye un recurso esencial para el crecimiento y desarrollo económico de un país.

El plan de salud tiene este carácter transversal planteándose como objetivo la identificación de todas las estrategias o acciones intersectoriales que contribuyan directa o indirectamente a mejorar la salud de los ciudadanos de Castilla y León y el establecimiento de objetivos de acuerdo a los principios de «Salud en Todas las Políticas» desde cada uno de los sectores, sean o no sanitarios.

### Área 2: Proteger la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario

Integra las políticas de medio ambiente y salud, proponiendo acciones que contribuyan a mejorar la calidad ambiental y minimizar los riesgos de origen ambiental y alimentario sobre la salud humana. Con un fuerte protagonismo de la salud pública y un marcado carácter transversal, incluye objetivos que convergen con la Estrategia de Salud Pública de Castilla y León y objetivos alineados con la política medioambiental de la Junta de Castilla y León.

### Área 3: Promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones

Se plantean objetivos en el área de promoción de la salud reflejo

de la adaptación de las estrategias europeas y de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS a nuestra comunidad, siendo cada vez más evidente, en el contexto socioeconómico en el que nos movemos, que aumentar el bienestar de las personas manteniendo la sostenibilidad del sistema sólo es posible con un giro efectivo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Integra, además, objetivos de salud laboral, ámbito abordado en planes anteriores y que debe seguir siendo objeto de iniciativas de carácter intersectorial, pues es considerado un determinante importante del estado general de salud de la población.

#### **Área 4. Disminuir la carga de enfermedad**

Aborda los problemas de salud que son considerados prioritarios en la Comunidad. En primer lugar la atención a las personas con enfermedades crónicas. Nuestra Comunidad, en línea con el SNS y otras CCAA, comenzó al inicio del año 2013 el desarrollo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León, estrategia que surge como respuesta al contexto epidemiológico en el que nos movemos y que marca como objetivo fundamental mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, mediante un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida entre los distintos niveles asistenciales incluyendo a los servicios sociales. Dados ya los primeros pasos de la estrategia, ésta debe centrar sus acciones clave en los pacientes crónicos pluripatológicos complejos (clasificados como G3), pacientes que requieren atención médica y cuidados de forma continuada y un abordaje multidisciplinar e individualizado a lo largo de todo el proceso clínico.

Se incluyen problemas de salud que ya fueron objeto de atención en el anterior plan. Varios han tenido una evolución favorable, como muestran sus indicadores, es el caso del cán-

cer de mama, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus o la EPOC y otros no tanto, como el cáncer de colon o el de pulmón. En la revisión realizada, se han mantenido algunos de los objetivos y se han incluido otros nuevos porque, dada su importancia, hay que seguir haciendo un esfuerzo como organización para conseguir los mejores resultados.

El plan incluye otros problemas de salud a los que deben orientarse nuestras actuaciones como es el caso de las enfermedades poco frecuentes o raras, en línea con la política europea de salud pública y la estrategia del SNS, las enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades mentales y las enfermedades transmisibles.

#### **Área 5: Reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida**

En esta área se afronta la reorientación del sistema sanitario hacia un nuevo enfoque de atención al paciente, enfoque ya iniciado en las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud. Se abordan los problemas de salud crónicos desde el punto de vista de la continuidad de la atención, favoreciendo la participación de todos los actores necesarios, profesionales, pacientes, familiares, con el fin de ser más resolutivos, disminuir los riesgos inherentes a la actividad asistencial, mejorar su calidad y contribuir de forma eficiente a la mejora de los niveles de salud de la población atendida.

En conjunto se han planteado 26 objetivos generales, 85 objetivos específicos y 340 medidas.

Una vez concluido el periodo de vigencia se abordará la evaluación final, herramienta necesaria para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos y medidas del plan. En total se analizarán 247 indicadores, y se publicará un informe de evaluación. Es también un compromiso del propio plan realizar un seguimiento e informe anual de los objetivos logrados.

		OE	Medidas	Indicadores
<b>ÁREA 1</b>	<b>EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>29</b>
OG 1	Mejorar el conocimiento sobre determinantes sociales y equidad en salud en Castilla y León	2	4	2
OG 2	Impulsar desde la administración autonómica políticas públicas con mayor impacto en los determinantes sociales de la salud	4	14	10
OG 3	Incentivar las políticas de competitividad, investigación e innovación mediante el desarrollo de la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una Especialización inteligente (RIS3) 2014-2020	5	20	14
OG 4	Fomentar la transparencia y la participación de los ciudadanos en las políticas públicas de salud	1	4	3

		OE	Medidas	Indicadores
<b>ÁREA 2</b>	<b>PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS FRENTE A RIESGOS DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>29</b>
OG 5	Promover la protección y el uso sostenible de los recursos medioambientales	2	3	3
OG 6	Controlar la calidad del aire para evitar o disminuir sus repercusiones sobre la salud humana y el medio ambiente	1	2	5
OG 7	Mejorar la salubridad y calidad de las aguas de consumo y las aguas de recreo en Castilla y León	3	3	4
OG 8	Potenciar la inocuidad alimentaria para garantizar la protección a los consumidores	5	11	13
OG 9	Ampliar la cartera de servicios ofertada por los Laboratorios de Salud Pública	1	2	2
OG 10	Incrementar el conocimiento sobre riesgos medioambientales a través de la comunicación, la educación y la investigación	2	4	2

		OE	Medidas	Indicadores
<b>ÁREA 3</b>	<b>PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y POTENCIAR LA SEGURIDAD FRENTE A LAS LESIONES</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>56</b>
OG 11	Facilitar a la población general una mayor capacitación y acceso a opciones de vida saludables	3	12	7
OG 12	Promover estilos de vida saludables y conductas seguras en la población infantil y juvenil (0-18 años)	2	16	19
OG 13	Fomentar la vida adulta sana y el envejecimiento activo y saludable mediante intervenciones en el ámbito sanitario y comunitario	3	9	15
OG 14	Proteger la salud de los trabajadores	5	19	15

		OE	Medidas	Indicadores
<b>ÁREA 4</b>	<b>DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD</b>	<b>31</b>	<b>146</b>	<b>92</b>
OG 15	Progresar en el proceso de atención a las personas con enfermedad crónica	2	13	10
OG 16	Reducir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos	4	22	16
OG 17	Avanzar en la atención a las enfermedades cardio y cerebrovasculares disminuyendo la morbilidad y la mortalidad	6	38	20
OG 18	Mejorar el control y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus (DM)	4	20	9
OG 19	Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mejorando la calidad de vida de los pacientes	3	15	10
OG 20	Disminuir la incidencia de las enfermedades transmisibles	7	13	12
OG 21	Incrementar el reconocimiento y la visibilidad de las enfermedades poco frecuentes o raras en Castilla y León	3	17	5
OG 22	Mejorar la atención a personas con otros problemas de salud: enfermedades neurodegenerativas y enfermedad mental	2	8	10

		OE	Medidas	Indicadores
<b>ÁREA 5</b>	<b>REORIENTAR EL SERVICIO DE SALUD HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA</b>	<b>15</b>	<b>71</b>	<b>41</b>
OG 23	Garantizar la calidad, potenciar el buen gobierno y la participación de los profesionales en el cambio del sistema	5	17	12
OG 24	Asegurar la integración asistencial y social en los procesos de atención a los pacientes crónicos	2	13	8
OG 25	Orientación al paciente	1	7	3
OG 26	Avanzar en la seguridad del paciente	7	34	18

		OE	Medidas	Indicadores
	<b>TOTAL ÁREAS</b>	<b>85</b>	<b>340</b>	<b>247</b>

OG Objetivos generales/OE Objetivos específicos



## Área 1

### Equidad y salud en todas las políticas

Una de las estrategias más relevantes de la OMS y de la Unión Europea, es la llamada «Salud en todas las políticas» (STP)<sup>2</sup>, una estrategia política transversal que introduce la mejora de la salud y la equidad en salud como objetivo compartido de todos los sectores y niveles de gobierno, basándose en dos hechos. En primer lugar, la evidencia de que la salud no depende sólo de políticas estrictamente sanitarias, también depende en gran medida de factores económicos y sociales controlados por políticas no sanitarias. Y en segundo lugar en que, a su vez, una población sana constituye un recurso esencial para el crecimiento y desarrollo económico de un país.

Tal y como afirma el marco conceptual establecido por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup>, la posición social de las personas determina su salud a través de factores intermedios. Las características del contexto socioeconómico y político, que incluyen el buen gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y sanitarias, así como los valores y las normas culturales y sociales, actúan como determinantes estructurales de las desigualdades en salud. Estos factores tienen una gran influencia en la posición que las personas adquieren en la jerarquía social, y condicionan diferencias en la distribución de factores intermedios tales como las condiciones materiales de vida, los factores psicosociales y los hábitos de vida, que a su vez producen resultados desiguales en salud y bienestar. Afrontar adecuadamente los determinantes sociales de la salud y conseguir una equidad efectiva en salud es uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI.

La «Salud en Todas las Políticas» pretende fortalecer los vínculos entre salud y otras políticas y, para ello, preconiza el que todos los agentes y órganos de gobierno integren la salud y sus determinantes en el diseño de sus políticas y programas. En la práctica, se traduce en la formulación de políticas transversales con unas metas que no responden necesariamente a las de un sector o sectores particulares, sino a la fi-

nalidad última de proteger y mejorar la salud de los ciudadanos como objetivo estratégico de gobierno.

En este escenario, el papel del sector sanitario no es actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo compartido en el abordaje intersectorial de la salud, abogando y sensibilizando a otros sectores para implantar políticas que tiendan a la equidad y a la salud, actuando conjuntamente en la reducción de las desigualdades en salud.

Las políticas de equidad y salud requieren, además, la participación ciudadana y el debate público. La implicación de la ciudadanía pasa por la articulación de canales efectivos de participación y el impulso de la transparencia.

Para ello, como primer paso, es necesario mejorar la información disponible y avanzar en el desarrollo de sistemas de monitorización que nos permitan cuantificar la ganancia en salud de las políticas públicas. En segundo lugar, es necesario avanzar en la implantación de herramientas como la evaluación del impacto en salud (EIS)<sup>4</sup>, metodología prospectiva que trata de predecir los impactos en la salud de las políticas para maximizar sus impactos positivos y evitar sus efectos negativos inesperados.

Por otro lado, se incluyen en esta área objetivos en línea con la Estrategia Europa 2020<sup>5</sup>. Esta estrategia trata de lograr un crecimiento inteligente, sostenible e integrador, centrándose en las áreas de empleo, innovación, educación, reducción de la pobreza y cambio climático/energía.

Se incluyen así mismo, objetivos relacionados con la innovación y la tecnología. El recorrido de la comunidad en este campo es largo. Actualmente están vigentes la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una especialización inteligente (RIS3) de Castilla y León 2014-2020<sup>6</sup>, que recoge las prioridades, programas y líneas de actuación sobre las que ha pivotado la política de I+D+I pero incorporando el concepto de la especialización inteligente, que apuesta por identificar aquellas áreas tecnológicas y de conocimiento donde la comunidad pueda concurrir con ventaja competitiva frente a otras regiones. Otro de los pilares fundamentales de la estra-

<sup>2</sup> Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas. OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

<sup>3</sup> Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA62.14. 22 de mayo de 2009.

<sup>4</sup> La evaluación del impacto en salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. A. Bacigalupe y otros. Gaceta sanitaria 2009; 23 (1): 62-66.

<sup>5</sup> Estrategia Europa 2020. Recomendaciones para España. [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_es.htm).

<sup>6</sup> Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una especialización inteligente (RIS3) de Castilla y León 2014-2020.

tegia es la sociedad de la información, pues las TIC son, sin duda, una herramienta facilitadora del desarrollo económico, que mejora la competitividad, favorece la igualdad social y territorial y mejora la calidad de vida de los ciudadanos. De las cinco áreas prioritarias de la Estrategia destaca por un lado, la línea prioritaria sobre agroalimentación y recursos naturales, uno de cuyos ámbitos de actuación se centra en la I+D+I en alimentación donde será clave tanto la innovación en nuevos productos y formatos que garanticen la seguridad y trazabili-

dad alimentaria como, la investigación sobre alimentos y dietas saludables, con el desarrollo de la nutrigenómica. Y por otro, destaca el área prioritaria 3, que apuesta por la aplicación del conocimiento y la tecnología en la salud y la atención social, el cambio demográfico y el bienestar, para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. Castilla y León cuenta en este sentido con un potente sistema de investigación en materia sanitaria y ya se están identificando interesantes experiencias innovadoras en materia sanitaria y social.

## OBJETIVO GENERAL 1

### Mejorar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en Castilla y León

#### • Objetivo específico 1. Promover la investigación sobre determinantes sociales y equidad en salud en Castilla y León

- Medida 1. Realizar un estudio piloto sobre determinantes sociales y equidad en salud de Castilla y León.
- Medida 2. Incorporar en los sistemas de información sanitarios variables de estratificación social e instrumentos para la detección del riesgo social, con inclusión de la perspectiva de género, que permitan establecer medidas que aminoren su repercusión en la salud.
- Medida 3. Integrar los sistemas de información de los diferentes órganos directivos de la administración de Castilla y León, en especial de aquellos que permitan aportar información sobre los determinantes sociales y su impacto en salud.

#### INDICADORES

1. Estudio piloto sobre determinantes sociales y equidad en salud. Principales conclusiones para valorar extender el estudio a toda la comunidad.

#### • Objetivo específico 2. Promover la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre el enfoque de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud

- Medida 4. Ofertar, a través de la ECLAP, cursos de formación para integrar el enfoque de los determinantes sociales y la equidad en las estrategias, programas y actividades relacionadas con la salud.

#### INDICADORES

2. Número de cursos realizados. N.º de profesionales formados. Grado de satisfacción de los profesionales.

OBJETIVO  
GENERAL 2

## Impulsar desde la administración autonómica políticas públicas con mayor impacto en los determinantes sociales de la salud

- **Objetivo específico 3. Promover la evaluación del impacto en salud (EIS) de normas, planes, programas o proyectos con impacto significativo en la salud**

- Medida 5. Regular la evaluación de impacto en salud en la comunidad de Castilla y León.
- Medida 6. Elaborar procedimientos simplificados para realizar la evaluación del impacto en salud.
- Medida 7. Iniciar la evaluación del impacto en salud mediante la selección de un número limitado de normas, planes, programas o proyectos con impacto significativo en la salud.

## INDICADORES

- 3. Elaboración y difusión de la norma y el procedimiento de evaluación del impacto en salud en Castilla y León.
- 4. Número de informes de impacto en salud realizados.

- **Objetivo específico 4. Impulsar intervenciones en el ámbito escolar que disminuyan el abandono escolar**

- Medida 8. Programación de medidas de apoyo y refuerzo educativo que contribuyan a la disminución del fracaso escolar.
- Medida 9. Establecimiento de un plan de actuaciones contra el absentismo escolar.
- Medida 10. Medidas de apoyo a la población escolar inmigrante y menores en riesgo de exclusión.

## INDICADORES

- 5. Tasa de abandono escolar temprano.
- 6. Personas de 30 a 34 años que completan estudios de nivel terciario
- 7. Gasto total en educación pública y concertada en relación al PIB/Gasto en educación por alumno.

- **Objetivo específico 5. Impulsar políticas activas de empleo que mejoren los niveles de ocupación de la población, en especial de los jóvenes y de las personas más vulnerables**

- Medida 11. Desarrollo del Plan de Garantía Juvenil.
- Medida 12. Desarrollo de la Estrategia Regional de Empleo, con especial incidencia en las políticas activas dirigidas a las personas más vulnerables.
- Medida 13. Impulsar la puesta en marcha de procesos de acreditación de competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, que junto con otras acciones evitan la pérdida del puesto de trabajo o posibilitan el acceso al empleo.

INDICADORES

- 8. Tasa de empleo
- 9. Porcentaje de personas viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 59 años)

• **Objetivo específico 6. Asegurar una política social que atienda las necesidades específicas de la población, en especial las de los grupos más vulnerables**

- Medida 14. Proporcionar una atención integral a familias y a los menores de edad en situación de riesgo o exclusión social.
- Medida 15. Garantizar un modelo de atención integral a las víctimas de violencia para alcanzar el «Objetivo Violencia Cero».
- Medida 16. Impulsar aquellas medidas establecidas en el Plan Regional sobre Drogas que se han demostrado eficaces.
- Medida 17. Promover una acción integral y coordinada de los sistemas de responsabilidad pública en la atención a las personas con discapacidad, en colaboración con las organizaciones sociales implicadas, así como con otros agentes sociales o económicos, en la atención y promoción de su calidad de vida y autonomía personal.
- Medida 18. Abordar la actuación rehabilitadora de los edificios para que los mismos reúnan las condiciones mínimas de seguridad y accesibilidad, así como de sostenibilidad y eficiencia energética.

INDICADORES

- 10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en Castilla y León, global e infantil
- 11. Plan estratégico de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (aprobación)
- 12. Número de viviendas e importe de las ayudas concedidas para la rehabilitación de edificios

**OBJETIVO GENERAL 3** Incentivar las políticas de competitividad, investigación e innovación mediante el desarrollo de la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una Especialización inteligente (RIS3) 2014-2020

• **Objetivo específico 7. Impulsar la investigación en los ámbitos de actuación de la RIS3 con especial repercusión sobre la salud de los ciudadanos (Prioridad 1. Agroalimentación y recursos naturales y Prioridad 3. Aplicación de conocimiento y tecnología en Salud y en Atención Social, Cambio Demográfico y Bienestar, para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos)**

- Medida 19. Promover la investigación en seguridad, calidad y trazabilidad alimentaria. (Ámbito de ac-



tuación 1.3. I+D+I en Alimentación de la RIS3).

Medida 20. Apoyar la investigación en cáncer y nuevas soluciones diagnósticas y terapéuticas. (Ámbito de actuación 3.1 de la RIS3).

Medida 21. Impulsar la investigación biomédica en problemas prioritarios. (Ámbito de actuación 3.2 de la RIS3).

Medida 22. Mejorar la atención al paciente crónico y/o dependiente mediante el diseño y validación de sistemas de monitorización y desarrollo de la telemedicina y la teleasistencia. (Ámbito de actuación 3.3 de la RIS3).

#### INDICADORES

13. Gasto en I+D en Castilla y León sobre PIB de Castilla y León. Evolución

14. Número de proyectos de investigación financiados en el ámbito de aplicación de la prioridad 1 y 3 de la RIS3.

#### • Objetivo específico 8. Avanzar hacia el liderazgo científico y tecnológico en campos de potencial especialización

Medida 23. Fomentar los nichos de excelencia y liderazgo internacional en áreas en las que tengamos ventaja competitiva y potencial (Objetivo 2.1 del Programa 2 de la RIS3. Ciencia excelente y liderazgo tecnológico).

Medida 24. Apoyar al talento y capital humano mediante la contratación de personal investigador en fases pre-doctoral y post-doctoral (Objetivo 2.3 del Programa 2 de la RIS3. Ciencia excelente y liderazgo tecnológico).

Medida 25. Desarrollar el programa de intensificación de la actividad investigadora en centros propios de la Consejería de Sanidad.

Medida 26. Mejorar la formación de los profesionales del sistema público de salud en metodología de la investigación y en herramientas estadísticas para la investigación biomédica y biopsicosocial.

#### INDICADORES

15. N.º de profesionales asistenciales intensificados.

16. Número de cursos y jornadas de formación en metodología de la investigación. Número de profesionales formados.

#### • Objetivo específico 9. Fomentar la colaboración multidisciplinar entre agentes generadores de conocimiento y la transferencia de conocimiento

Medida 27. Impulsar la colaboración multidisciplinar entre grupos de investigación y creación de plataformas de investigación con masa crítica, a través de acuerdos específicos de colaboración entre entidades públicas para realizar investigación en ámbitos de interés para Castilla y León. (Objetivo 4.2 del Programa 4 de la RIS3. Colaboración).

Medida 28. Mejorar la trasmisión a la sociedad de los logros de la ciencia y la tecnología mediante la realización de acciones de difusión y divulgación. (Objetivo 5.2 del Programa 5 de la RIS3. Sociedad innovadora.

## INDICADORES

17. Número de acuerdos específicos de colaboración firmados relacionados con cáncer y con otros grupos de excelencia.
18. Puesta en funcionamiento del subportal de investigación (n.º de accesos al mismo) y número de boletines I+D+i publicados al año.

• **Objetivo específico 10. Fomentar la innovación en el ámbito sanitario**

- Medida 29. Impulsar la compra pública innovadora (Objetivo 1.1 del Programa 1 de la RIS3. Innovación empresarial y economía más competitiva).
- Medida 30. Desarrollar herramientas informáticas para la gestión de la innovación en el sistema asistencial.
- Medida 31. Identificar las mejores prácticas innovadoras basadas en la evidencia en el sistema sanitario (salud pública, atención sanitaria, gestión, etc.), evaluar su impacto e impulsar la extensión de aquellas que obtengan evaluación positiva.

## INDICADORES

19. Procedimientos de compra pública innovadora desarrollados. Número de compras públicas innovadoras iniciadas.
20. Herramientas informáticas de gestión de la innovación disponibles. Número de prácticas innovadoras introducidas en el sistema sanitario.

• **Objetivo específico 11. Impulso de las TIC en el ámbito de la salud y los servicios sociales dentro del marco de la Agenda Digital de Castilla y León (Objetivo. 6.3 del Programa 6 de la RIS3. Impulsar la e-administración y mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los servicios públicos a través de un uso intensivo en TIC)**

- Medida 32. Desarrollar las infraestructuras que garanticen una mejor conectividad de consultorios, centros de salud y hospitales.
- Medida 33. Implantar en todos los centros e instituciones sanitarias la Historia Clínica Electrónica, que recoja toda la información del paciente, permitiendo la accesibilidad e interoperabilidad entre todos los centros.
- Medida 34. Desarrollar en todo el territorio comunitario la receta electrónica.
- Medida 35. Integrar información sanitaria y social mediante la conectividad de la historia clínica y social del paciente.

- Medida 36. Impulsar los servicios de telemedicina y teleasistencia a través de las TIC y de los servicios on-line, especialmente en el ámbito rural, con la debida adecuación a las condiciones de grupos con necesidades específicas.
- Medida 37. Mejorar los servicios sociosanitarios mediante herramientas basadas en el uso de las TIC y de los servicios on line, con la debida adecuación a las condiciones de grupos con necesidades específicas.
- Medida 38. Impulsar las TIC como instrumento de mejora en la accesibilidad al sistema sanitario, con la debida adecuación a las condiciones de grupos con necesidades específicas.

#### INDICADORES

21. Número de HCE integradas/compartidas entre AP y AH.
22. Porcentaje de médicos de AP y AH, que utilizan el sistema de receta electrónica.
23. Porcentaje de envases retirados/envases dispensados por el sistema de receta electrónica
24. Número de historias clínicas integradas/compartidas entre el servicio sanitario y servicios sociales
25. Número de especialidades de telemedicina.
26. Herramientas basadas en el uso de las TIC (Entre profesionales, profesionales-pacientes, pacientes y usuarios) evaluando como número de personas que acceden a estas herramientas.

#### OBJETIVO GENERAL 4

### Fomentar la transparencia y la participación de los ciudadanos en las políticas públicas de salud

#### • Objetivo específico 12. Promover la transparencia y la participación efectiva de los ciudadanos en las políticas de salud

- Medida 39. Promover el acceso y utilización de datos abiertos en el ámbito de la salud a través del Portal de Salud.
- Medida 40. Abrir iniciativas permanentes en el Portal de Salud que permitan la participación continua de la ciudadanía.
- Medida 41. Fortalecer los mecanismos de participación ciudadana en el ámbito sanitario (consejos de salud de zona, consejos de salud de área, Consejo Castellano y Leonés de Salud).
- Medida 42. Diseñar un espacio específico en el Portal de Salud para que los ciudadanos y las ciudadanas puedan acceder a los documentos relacionados con el IV Plan de Salud de Castilla y León, sus informes de seguimiento y la evaluación final así como realizar sugerencias.

#### INDICADORES

27. Bases de datos abiertos a la ciudadanía en el Portal de Salud / N.º de visitas realizadas.

28. Iniciativas de participación ciudadana desarrolladas en el Portal de Salud.
29. Diseño de espacio específico sobre IV Plan de Salud. Número de visitas realizadas.

## Área 2

### Proteger la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud humana depende en última instancia de la capacidad de la sociedad para manejar la interacción entre las actividades humanas y el medio ambiente físico y biológico. Sin embargo, la relación del hombre con la naturaleza ha sido ambivalente, con resultados muy positivos para su salud y calidad de vida, pero al mismo tiempo con consecuencias negativas tanto para el medio natural como para su propia salud derivadas tanto de sus actuaciones sobre los recursos básicos como el aire, el agua y el suelo, como de la creación de nuevos entornos artificiales que han generado nuevas formas de contaminación y nuevos riesgos para la salud, como las radiaciones, el ruido o el cambio climático, entre otros.

Las consecuencias sobre la salud de las agresiones al medio ambiente no son inmediatamente visibles y normalmente se producen en las personas más sensibles y vulnerables, destacando especialmente los niños. Según la Estrategia Europea de Medio Ambiente y Salud, los factores ambientales suponen el 20% de la incidencia total de enfermedades y preocupan al 89% de los ciudadanos de la Unión Europea por las repercusiones potenciales sobre su salud.

Estos efectos negativos se han interpretado en ocasiones como el precio necesario que hay que pagar por el progreso, cuando en realidad, el progreso no debe estar reñido con una utilización racional de los recursos y con una óptima gestión de los residuos que producimos, es decir, con un desarrollo sostenible. La salud y el desarrollo sostenible están íntimamente unidos. El crecimiento y el desarrollo económico sostenible pueden contribuir a la mejora de la salud y al acceso a infraestructuras sanitarias. Sin embargo, un crecimiento económico desordenado, sin tener en cuenta los principios del respeto por el medio ambiente, puede tener repercusiones negativas sobre la calidad de vida de las personas y sobre el estado de salud.

Otro aspecto fundamental de la salud pública es la seguridad alimentaria. La protección efectiva del derecho a la seguridad alimentaria de mujeres y hombres requiere de un enfoque integral que contemple los riesgos asociados a la alimentación desde «la granja a la mesa». Es verdad, que desde 1940 la mayoría de las enfermedades infecciosas emergentes en humanos se han originado en la fauna salvaje, por lo que estas enfermedades también deben ser abordadas en su origen, en particular en los animales. Pero en muchas ocasiones la sanidad ganadera se ha mostrado como el eslabón más débil de la cadena de la salud mundial. Por tanto, para asegurar la inocuidad de los alimentos, es necesario tomar en consideración todos los aspectos de la cadena de producción alimentaria y entenderla como un continuo desde la producción primaria, pasando por la producción de piensos para animales, hasta la venta o el suministro de alimentos al consumidor. Este concepto, que se conoce como *One Health* («Una sola salud»)<sup>7</sup>, está promovido por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). «Una sola salud» tiene como objetivo el abordaje interdisciplinar de la salud humana y la salud animal, confiriendo a los objetivos de mejora en la producción primaria la importancia precisa en la protección de la salud pública.

Además, la seguridad alimentaria y la protección de los intereses de los consumidores preocupan cada vez más al público en general, siendo necesario asegurar la confianza de los consumidores desarrollando las acciones necesarias de una manera coordinada e integrada entre distintas administraciones o entre los distintos centros directivos de una misma administración. Igualmente es necesario mantener y potenciar los registros necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención en materia de seguridad alimentaria entre ellas las de informar al público cuando existan motivos razonables para sospechar que un alimento puede presentar un riesgo para la salud, de una forma objetiva, transparente y comprensible.

<sup>7</sup> Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) (2013). – *Una sola salud en breve*. Disponible en: [www.oie.int/es/paralos-periodistas/onehealth-es/](http://www.oie.int/es/paralos-periodistas/onehealth-es/)

El trabajo en protección del medio ambiente, protección alimentaria y sanidad animal exige por lo tanto, unir las fortalezas entre los diferentes organismos implicados permitiendo así una mejora en las estrategias de salud pública.

En este sentido, son muchas las estrategias, planes y programas llevadas a cabo por los distintos órganos directivos de la administración autonómica de Castilla y León con implicaciones sobre el nivel de salud de la población.

Atendiendo a la definición de salud pública y las competencias propias de la Consejería de Sanidad, se desarrolló la Estrategia de Salud Pública, determinada en el ámbito legislativo por las normas europeas, estatales y autonómicas que inciden sobre las actividades propias de la prestación de salud pública. A nivel de la Unión Europea se ha venido impulsando el establecimiento de un marco regulador común para la salud pública a través de numerosas disposiciones, entre las que cabe citar el Reglamento 178/2002, que regula aspectos relacionados con la seguridad alimentaria, y en el ámbito estatal hay que hacer referencia, al menos, a dos leyes, la Ley 17/2011, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, y la Ley 33/2011, General de Salud Pública. En el ámbito autonómico, la regulación, se asienta sobre dos normas, la Ley 8/2010 de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y la Ley 10/2010, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León.

En el sector agroalimentario, la Estrategia Autonómica de Apoyo Integral a este sector (Acuerdo 56/2014, de 19 de junio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba Futura Alimenta Castilla y León 2014-2017), entre cuyas recomendaciones se encuentra la de proteger a los consumidores de los riesgos que los alimentos de origen animal o vegetal puedan presentar. Entre las medidas a desarrollar destaca la implantación de un plan estratégico regional de vigilancia, control e inspección oficial de la cadena alimentaria, con procedimientos de coordinación que incluirán mecanismos rápidos de intercambio de información, gestión de crisis y comunicación de riesgos entre las consejerías con competencias en esta materia.

Por último, destacar la Estrategia Regional contra el Cambio Climático en Castilla y León 2009-2012-2020, documento que la Junta de Castilla y León aprobó mediante Acuerdo 128/2009, de 26 de noviembre y que define las políticas regionales de mitigación de las emisiones de gases causantes del efecto invernadero durante este período. El cambio climático se ha convertido en uno de los principales problemas ambientales a nivel mundial. La reducción de las emisiones antropogénicas de gases de efecto invernadero (GEI) necesaria para frenar este proceso constituye un reto para la humanidad, que ha de hacer frente a un problema complejo y con múltiples implicaciones a nivel económico, social y ambiental.

La generación de residuos supone una pérdida de recursos y de energía. La producción, gestión y eliminación de los residuos urbanos es uno de los aspectos más preocupantes en relación con la sostenibilidad del desarrollo y la degradación del medio ambiente. La adecuada gestión de residuos debe tener como punto de partida la prevención de su generación y de su peligrosidad, así como el fomento de su reutilización, y valorización. El VI Programa de Acción de la Comunidad Europea en materia de medio ambiente *Medio ambiente 2010: el futuro está en nuestras manos*, tenía como objetivo lograr «una mayor eficiencia en los recursos y una gestión de los mismos y de los residuos para asegurar modelos de producción y consumo más sostenibles». El VII Programa general de acción de la Unión Europea en materia de medio ambiente hasta 2020, «Vivir bien, respetando los límites de nuestro planeta»<sup>8</sup>, considera que existe un potencial considerable para perfeccionar la prevención y gestión de residuos y aprovechar mejor los recursos, creando nuevos mercados y empleos y reduciendo la dependencia de las importaciones de materias primas, limitando, al mismo tiempo, los impactos sobre el medio ambiente.

En España, a finales de 2013, fue aprobado el Programa Estatal de Prevención de Residuos 2014-2020<sup>9</sup> para lograr su reducción en un 10%, articulado en torno a cuatro líneas estratégicas destinadas a incidir en los elementos clave de la prevención de residuos: disminuir la cantidad de residuos, reutilizar y alargar su vida útil, reducir el contenido de sustancias nocivas en materiales y productos, así como disminuir sus impactos sobre la salud humana y el medio ambiente.

El Plan integral de residuos de Castilla y León<sup>10</sup> es de aplicación a todos los residuos contemplados en la Ley 22/2011, de 28 de julio, que se generan en la Comunidad. En concreto, este plan incluye los residuos domésticos y comerciales, los residuos industriales (no peligrosos y peligrosos), los residuos de construcción y demolición, los residuos sujetos al principio de responsabilidad ampliada del productor, tales como envases y residuos de envases, pilas y acumuladores, residuos de aparatos eléctricos y electrónicos, aceites usados industriales, neumáticos fuera de uso, y otros residuos sujetos a legislación específica como vehículos fuera de uso y residuos sanitarios.

#### • Objetivo específico 13. Promover la protección y el uso sostenible del suelo

Medida 43. Garantizar la gestión segura y eficiente de los suelos.

#### INDICADORES

30. Número de informes preliminares de situación (IPS) presentados.

#### • Objetivo específico 14. Garantizar un alto nivel de protección del medio ambiente y disminuir los impactos ambientales negativos, como aval de futuro saludable

Medida 44. Garantizar la gestión segura y eficiente de los residuos domésticos.

Medida 45. Garantizar la correcta gestión de residuos procedentes del sector agrícola y ganadero, fundamentalmente de los residuos de antimicrobianos y de productos fitosanitarios así como purines y otros contaminantes ambientales agrarios

<sup>8</sup> «Vivir bien, respetando los límites de nuestro planeta». VII PMA: Programa General de Acción de la Unión en materia de Medio Ambiente hasta 2020. Disponible en:

<http://ec.europa.eu/environment/pubs/pdf/factsheets/7eap/es.pdf>

<sup>9</sup> Programa Estatal de Prevención de residuos 2014-2020. MAGRAMA. Disponible en: [http://www.magrama.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/planes-y-estrategias/Programa\\_de\\_prevencion\\_aprobado\\_actu\\_alizado\\_ANFABRA\\_11\\_02\\_2014\\_tcm7-310254.pdf](http://www.magrama.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/planes-y-estrategias/Programa_de_prevencion_aprobado_actu_alizado_ANFABRA_11_02_2014_tcm7-310254.pdf)

<sup>10</sup> Decreto 11/2014, de 20 de marzo, por el que se aprueba el Plan Regional de Ámbito Sectorial denominado «Plan Integral de Residuos de Castilla y León. (BOCyL de 24 de marzo de 2014)

## INDICADORES

31. Evolución de la tasa de vertido del rechazo del tratamiento de los residuos domésticos en Castilla y León.
32. Porcentaje de residuos ganaderos gestionados en gestor autorizado en relación con el número de explotaciones ganaderas existentes.

OBJETIVO  
GENERAL 6**Controlar la calidad del aire para evitar o disminuir sus repercusiones sobre la salud humana y el medio ambiente**

La protección de la atmósfera es un elemento esencial para la consecución de una calidad ambiental adecuada y compatible con el desarrollo sostenible. La contaminación en el aire redundaría en unas deficientes condiciones vitales para los ciudadanos con riesgos para su salud y, al mismo tiempo, puede dar lugar a un deterioro del medio natural.

A medida que los procesos de industrialización y de urbanización de grandes áreas territoriales fueron provocando grandes impactos para la salud de las personas, se hizo preciso realizar una monitorización de la calidad del aire, con objeto de evaluar la misma y comprobar si el aire que respiramos puede suponer un peligro grave a nuestra salud.

• **Objetivo específico 15. Conocer los niveles de exposición a los contaminantes atmosféricos manteniéndolos dentro de los parámetros establecidos**

- Medida 46. Realizar el seguimiento de los indicadores de control de la calidad del aire en el medio urbano.
- Medida 47. Impulsar actuaciones (normativas, educativas, ciudadanas) para la reducción de la contaminación atmosférica.

## INDICADORES

33. N.º de días al año que se supera el valor límite diario establecido para material particulado de diámetro inferior a 10 micras (PM10)
34. Media anual de material particulado de diámetro menor de 10 micras (PM10)
35. Media anual de dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>)
36. N.º de días, como promedio de 3 años, en que se supera el valor objetivo octohorario de protección a la salud humana para el ozono (O<sub>3</sub>)
37. Incremento en los ingresos hospitalarios por afección respiratoria tras los episodios de superación de ozono troposférico respecto de la media en el periodo mayo-septiembre.



El agua es fuente de vida y salud siendo indispensable para la vida. Su calidad está íntimamente relacionada con el nivel sanitario de un país. El agua de consumo puede considerarse de buena calidad cuando no contiene microorganismos patógenos ni contaminantes a niveles capaces de afectar adversamente la salud de los consumidores. En nuestro país, es el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, el que establece los criterios sanitarios de la calidad de las aguas de consumo humano así como los principios y normas que deben cumplir las aguas y las instalaciones de suministro desde la captación hasta el grifo del consumidor con el único fin de proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación.

En nuestra Comunidad, el Programa de Vigilancia Sanitaria de Aguas de Consumo Humano constituye la herramienta fundamental para la aplicación práctica en Castilla y León del Real Decreto. Más recientemente, la Orden SAN/132/2015, de 20 de febrero, ha desarrollado parcialmente el citado Real Decreto. Las medidas incluidas en el IV Plan de Salud profundizan en el control y vigilancia de las aguas de consumo a fin de evitar o reducir al máximo los posibles riesgos derivados de su contaminación, informando adecuada y suficientemente a la población.

El agua también se utiliza con fines recreativos, actividad que se ha incrementado de forma importante en las últimas décadas. Las piscinas y otras instalaciones de aguas de recreo ofrecen la posibilidad de disfrutar y mejorar la salud, pero también pueden entrañar riesgos sanitarios, aunque con la mejora de la gestión y el uso de las modernas tecnologías para el tratamiento y la vigilancia de la calidad del agua estos problemas se han minimizado. Disponer de medidas adecuadas de seguridad y saneamiento del agua es importante pero también lo es su utilización racional en este tipo de actividades, siendo necesaria una gestión avanzada en el contexto de un desarrollo sostenible.

• **Objetivo específico 16. Incrementar la vigilancia sanitaria de las aguas de consumo humano mediante protocolos específicos y potenciar los mecanismos de autocontrol, supervisión y auditoría interna**

Medida 48. Incrementar los niveles de vigilancia a través de protocolos específicos, que permitan reducir situaciones de suministro alternativo vinculadas a episodios de no-aptitud del agua de consumo por contaminación microbiológica.

INDICADORES

38. Porcentaje de determinaciones de desinfectante residual irregular efectuadas por la Inspección de Salud Pública, ponderados según tamaño de red.
39. Número de análisis en red con agua no apta por parámetros del grupo microbiológico, respecto del total, clasificado por tramos de población.

### Objetivo específico 17. Mejorar la información al ciudadano sobre calidad del agua de consumo

Medida 49. Mejorar la calidad y exhaustividad de los datos del Sistema Nacional de Aguas de Consumo (SINAC) en Castilla y León.

#### INDICADORES

40. Número de registros revisados, depurados y corregidos en SINAC.

### • Objetivo específico 18. Reducir los riesgos para la salud asociados al uso de aguas de recreo

Medida 50. Adecuar y modernizar la legislación autonómica en materia de piscinas.

#### INDICADORES

41. Publicación de nueva normativa en materia de piscinas.

OBJETIVO  
GENERAL 8

## Potenciar la inocuidad alimentaria para garantizar la protección a los consumidores

A medida que aumenta la globalización de los suministros de alimentos, resulta cada vez más evidente la necesidad de reforzar los sistemas que velan para minimizar los riesgos para la salud de los consumidores. La seguridad alimentaria es el conjunto de actuaciones dirigidas a garantizar un nivel elevado de protección de la salud de la población en todas las etapas de la producción, transformación y distribución de alimentos. Requiere un enfoque integral que contemple a los diversos eslabones:

- La comunidad científica que desarrolla y aplica nuevo conocimiento científico para evaluar los riesgos y peligros físicos, químicos y biológicos en los alimentos.
- El control oficial, que tiene como labor verificar el cumplimiento de la legislación por parte de las industrias y establecimientos alimentarios.
- Los operadores, empresarios de las industrias y establecimientos alimentarios, responsables de que los alimentos puestos a disposición de los consumidores sean inocuos.
- Los consumidores, que deben realizar prácticas higiénicas en su hogar y tienen derecho a estar informados y protegidos de los riesgos, sin pagar más por esta seguridad alimentaria.

Pero también un enfoque interdisciplinar que tiene como objetivo el abordaje de la salud humana y la salud animal, confirmando a los objetivos de mejora en la producción primaria la importancia precisa en la protección de la salud pública.

• **Objetivo específico 19. Mejorar la eficacia de las actividades de control oficial en industrias y establecimientos alimentarios**

Medida 51. Elaborar nuevos protocolos/procedimientos/documentos técnicos para la ejecución de las actuaciones de control oficial en industrias y establecimientos alimentarios y revisión de los existentes.

Medida 52. Impulsar la programación y ejecución de actuaciones de control oficial, en función del riesgo.

Medida 53. Realizar supervisiones y auditorías al control oficial en todos los niveles.

Medida 54. Velar por una correcta inscripción de los operadores económicos en el Registro de Actividades Alimentarias de Castilla y León (RAAL).

INDICADORES

42. Número de protocolos nuevos o actualizados para la ejecución de las actuaciones de control oficial en industrias y establecimientos alimentarios.

43. Porcentaje de unidades de control de inspección y de auditoría realizadas en industrias y establecimientos alimentarios sobre las unidades de control programadas.

44. Porcentaje de muestras tomadas en establecimientos de productos alimenticios de Castilla y León para la realización de determinaciones analíticas sobre toma de muestras programadas.

45. Número de determinaciones realizadas en los Laboratorios de Salud Pública en el ámbito del control oficial.

46. Número de supervisiones realizadas al control oficial.

47. Número de auditorías realizadas al control oficial.

48. Porcentaje de expedientes del Registro de Actividades Alimentarias de Castilla y León (RAAL) tramitados.

• **Objetivo específico 20. Facilitar la flexibilidad y la eficacia de los sistemas de autocontrol desarrollados por los operadores de las empresas alimentarias con actividad en las fases posteriores a la producción primaria**

Medida 55. Elaboración de nuevos documentos de orientación para la elaboración de procedimientos de autocontrol por el operador o actualización de los existentes.

Medida 56. Facilitar la elaboración de guías de prácticas correctas de higiene para la aplicación de los principios del sistema APPCC o actualización de las existentes.

INDICADORES

49. Número de documentos de orientación, nuevos/actualizados, sobre procedimientos de autocontrol.

50. Número de guías de prácticas correctas de higiene y para la aplicación de los principios del sistema APPCC nuevas/actualizadas/en estudio.

- **Objetivo específico 21. Mejorar en la gestión de los documentos de control oficial y en la eficacia en la obtención de la información que facilite la evaluación de los diferentes sectores alimentarios así como del Programa de Control Oficial de Industrias y Establecimientos Alimentarios**

Medida 57. Desarrollo, implantación y actualización de aplicaciones informáticas para la gestión de documentos y actuaciones de control oficial de Industrias y establecimientos alimentarios.

#### INDICADORES

51. Número de aplicaciones informáticas para la gestión de documentos y actuaciones de control oficial de Industrias y Establecimientos Alimentarios nuevas/actualizadas/en desarrollo.

- **Objetivo específico 22. Potenciar la información a los consumidores sobre los riesgos alimentarios y su prevención**

Medida 58. Introducir o actualizar contenidos sobre seguridad alimentaria dirigidos a los ciudadanos en el Portal de Salud. Utilizar otros canales de comunicación (folletos, carteles, anuncios) cuando sea posible.

#### INDICADORES

52. Número de contenidos sobre seguridad alimentaria nuevos/actualizados en el Portal de salud.

- **Objetivo específico 23. Desarrollar una coordinación eficiente entre los profesionales del sistema público de salud para el intercambio de información con relación a los riesgos alimentarios**

Medida 59. Desarrollo de protocolos de actuación coordinada con el sector primario en aspectos que inciden sobre la salud pública (bienestar animal, zoonosis, residuos, inhibidores, vectores, alimentos saludables, trazabilidad, APPCC,...)

Medida 60. Integrar la información referente a zoonosis y otras enfermedades transmitidas por alimentos obtenida a partir de los controles de producción primaria en los sistemas de información de salud pública.

Medida 61. Elaboración de nuevos protocolos de coordinación o actualización de los existentes entre profesionales del sistema público de salud con relación a los riesgos alimentarios.

#### INDICADORES

53. Número de protocolos nuevos/actualizados/en desarrollo de actuación coordinada con el sector primario.

54. Número de protocolos nuevos/actualizados/en desarrollo de coordinación entre los profesionales asistenciales y de salud pública.

OBJETIVO  
GENERAL 9

Ampliar la cartera de servicios ofertada por los laboratorios de salud pública

- **Objetivo específico 24. Incorporar nuevas determinaciones y técnicas acreditadas en la cartera de servicios de los laboratorios de salud pública**

Medida 62. Incorporar nuevas determinaciones y técnicas acreditadas en materia de aguas de consumo.

Medida 63. Incorporar nuevas determinaciones y técnicas acreditadas en materia de alimentos.

INDICADORES

55. Número de nuevas determinaciones y técnicas acreditadas incorporadas en materia de aguas de consumo.

56. Número de nuevas determinaciones y técnicas acreditadas incorporadas en materia de alimentos.

OBJETIVO  
GENERAL 10

Incrementar el conocimiento sobre riesgos medioambientales a través de la comunicación, la educación y la investigación

- **Objetivo específico 25. Potenciar la educación y la adecuada comunicación sobre riesgos medioambientales a la población general y a grupos específicos**

Medida 64. Diseñar campañas de información y programas de educación utilizando las TIC como herramientas de comunicación que faciliten a la población general y a grupos específicos el reconocimiento de los riesgos asociados a los factores medioambientales.

INDICADORES

57. Número de campañas de información y programas de educación sobre riesgos medioambientales realizados.

- **Objetivo específico 26. Impulsar la formación y la investigación sobre los riesgos de medioambientales**

Medida 65. Fomentar el conocimiento técnico de los profesionales de la salud sobre la relación entre medio ambiente y salud mediante programas de formación específicos.

Medida 66. Incorporar en la práctica asistencial, particularmente en atención primaria, el componente

medioambiental en la valoración de las enfermedades, de tal forma que se puedan utilizar las estructuras asistenciales como un recurso de información e intervención ante problemas de salud de posible origen medioambiental.

Medida 67. Estimular la investigación básica, clínica y epidemiológica en relación con los riesgos medioambientales y sus repercusiones en salud.

#### INDICADORES

58. Número de cursos de formación específicos sobre riesgos medioambientales dirigidos a profesionales sanitarios. Número de profesionales formados. Satisfacción con la formación.

### Área 3

## Promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones

Desde hace ya años se viene planteando la necesidad de reorientar el sistema sanitario hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y/o discapacidad. En las cartas de Ottawa y Tallin ya se declara que los sistemas de salud son mucho más que la asistencia sanitaria e incluyen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actuaciones fundamentales de la atención sanitaria.

Las estrategias internacionales también recogen este pensamiento. Así, la Estrategia «Salud 2020» de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la promoción de la salud y el bienestar<sup>11</sup>, presenta como objetivos estratégicos mejorar la salud de todos y reforzar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud, estableciendo cuatro áreas prioritarias para la acción:

1. Invertir en salud con un abordaje de ciclo vital y de empoderamiento de la población.
2. Abordar las principales cargas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en Europa.
3. Fortalecer los sistemas de salud, centrarlos en las personas y capacitar la salud pública.
4. Crear entornos de apoyo y comunidades resilientes.

Igualmente, la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud del SNS<sup>12</sup>, alineada con las acciones puestas en marcha a nivel internacional, presenta cinco características:

1. Su aplicación a lo largo de todo el ciclo vital.
2. El abordaje a través de los diferentes entornos en los que se mueve el individuo.
3. Con un enfoque poblacional, integral y, especialmente positivo.
4. Potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud.

5. Teniendo en cuenta las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus «activos» en general.

Los objetivos planteados en este área del IV Plan de Salud son reflejo de la adaptación de dicha estrategia a nuestra comunidad, porque es cada vez más evidente, en el contexto socioeconómico en el que nos movemos, que aumentar el bienestar de las personas manteniendo la sostenibilidad del sistema sólo es posible con un giro efectivo hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Las medidas incluidas en el plan se prestan en todas las etapas de la vida de las personas, pero con énfasis especial en dos de ellas, la infancia y la vejez, tal y como establece la Ley General de Salud Pública<sup>13</sup>. A su vez, se pueden prestar en diversos ámbitos: educativo, sanitario, laboral, local y en instituciones cerradas, como hospitales o residencias.

Además, siguiendo ya tendencias iniciadas en otras CC.AA., se aborda la promoción de la salud con un enfoque especialmente positivo, enmarcada en la teoría de la salutogénesis y en el mapeo de activos en salud. La teoría de la salutogénesis, desarrollada por Antonovsky, no se centra en el estudio de los factores de riesgo de la enfermedad sino que evalúa los factores protectores (o activos en salud) que son esenciales para que las personas y las comunidades en su desarrollo alcancen objetivos en salud, bienestar y otros de índole personal. El modelo de activos en salud<sup>15</sup> (MAS), desarrollado por Morgan y Ziglio, establece que cuantas más posibilidades tenga alguien a lo largo de su vida de experimentar y acumular los efectos positivos de una serie de activos, mayores serán también las posibilidades de lograr los objetivos en salud. Es decir, sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones sanas orientadas al bienestar, al crecimiento y al envejecimiento sano.

Este modelo establece un proceso sistemático que se inicia con la identificación de activos en salud en una comunidad (locales, individuales, asociativos, organizacionales, culturales, económicos y del entorno) para posteriormente, realizar y difundir el mapa de activos. Estos recursos, pueden ser utilizados directamente por la población para mejorar su

<sup>11</sup> World Health Organization. Health 2020: the european policy for health and wellbeing. Copenhagen: WHO; 2012

<sup>12</sup> Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud del SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013

<sup>13</sup> Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

<sup>14</sup> Teoría de la salutogénesis. Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

<sup>15</sup> Mapa de activos en salud (MAS): Morgan A, Hernan M, Ziglio E. In Morgan A. Young people and health: social capital for the asset model today. Advanced seminar: Health promotion, health assets and salutogénesis - experiences in Andalusia and Europe; 2011 Jan 27-28; Granada: Escuela Andaluza Salud Pública; 2011.

salud o también por los responsables de diseñar o ejecutar las políticas que contribuyen a mejorar los determinantes de salud de esta población.

En el contexto de cambios económicos profundos que puedan acentuar aún más las desigualdades sociales que re-

percuten en la salud, se hace necesario retomar esta perspectiva de la promoción de la salud desde el punto de vista del bienestar, identificando aquellos recursos que permiten a las personas, las familias y las comunidades aumentar el control sobre su salud y mejorarla.

OBJETIVO  
GENERAL 11

## Facilitar a la población general una mayor capacitación y acceso a opciones de vida saludables

### • Objetivo específico 27. Desarrollar una Red de Promotores de Vida Saludable en Castilla y León

Medida 68. Realizar un análisis inicial de la situación de los agentes implicados en la promoción de estilos de vida saludable y plantear la orientación de la Red de Promotores de Vida Saludable en Castilla y León.

Medida 69. Crear la Red de Promotores de Vida Saludable.

Medida 70. Promover la extensión de las mejores prácticas en promoción de la salud de las entidades incorporadas a la red y su difusión.

#### INDICADORES

59. N.º agentes implicados en la promoción de estilos de vida saludable incorporados a la red.

60. N.º de buenas prácticas incorporadas a la red.

### • Objetivo específico 28. Impulsar la creación de entornos saludables a través del fomento del uso público tanto de los espacios naturales protegidos como de otros entornos del medio natural

Medida 71. Desarrollar programas que fomenten el uso público de los espacios naturales protegidos y entornos del medio natural.

Medida 72. Incluir en los programas de atención al visitante y a la población local una línea específica de actividades que potencien los beneficios para la salud.

Medida 73. Considerar en la estrategia de comunicación del área protegida los beneficios para la salud en todas sus dimensiones: física, mental y espiritual, social y ambiental.

Medida 74. Asegurar la accesibilidad universal al área protegida considerando los colectivos con necesidades especiales.



INDICADORES

- 61. Número de programas desarrollados en el marco de la medida 72.
- 62. Número de actuaciones realizadas en el marco de la medida 73.
- 63. Número de infraestructuras accesibles en espacios naturales protegidos de Castilla y León (incorporadas al programa Castilla y León, Accesible por Naturaleza).

• **Objetivo específico 29. Elaborar y difundir mapas de activos para la salud en la comunidad autónoma de Castilla y León**

- Medida 75. Difundir un modelo de mapa de activos para la salud que permita identificar, coordinar y potenciar los recursos comunitarios que favorecen opciones de vida saludables, teniendo en consideración los grupos con necesidades especiales.
- Medida 76. Desarrollar proyectos piloto de mapas de activos en salud en diversos municipios o zonas básicas de salud.
- Medida 77. Crear un soporte web y aplicación accesible del mapa de activos para la salud.
- Medida 78. Dar a conocer el mapa de activos para la salud a los profesionales implicados y a la población.
- Medida 79. Fomentar la comunicación web y el uso de redes sociales en el ámbito de la promoción y educación para la salud.

INDICADORES

- 64. Cobertura de municipios/zonas básicas de salud que disponen de mapa de activos para promover la salud.
- 65. Número de accesos a la plataforma web de mapas de activos en salud.

OBJETIVO GENERAL 12

**Promover estilos de vida saludables y conductas seguras en la población infantil y juvenil (0-18 años)**

• **Objetivo específico 30. Impulsar actuaciones y programas en el ámbito educativo para el fomento de hábitos de vida saludables**

- Medida 80. Reforzar la formación de los profesionales de la educación en alimentación saludable, práctica regular de actividad física y salud afectivo-sexual para fomentar la educación para la salud, adaptada a los distintos niveles educativos.
- Medida 81. Iniciar a los escolares en el mundo de la cocina y la gastronomía mediante la realización de talleres o actividades extraescolares.

- Medida 82. Desarrollar una Red de Escuelas Promotoras de Salud y promover la incorporación de centros educativos a la misma.
- Medida 83. Promover el desarrollo de cualidades positivas y fortalezas de las niñas y los niños referidos a los valores de respeto y buen trato, especialmente en las relaciones de igualdad y en la prevención de la violencia.
- Medida 84. Fomentar acciones educativas destinadas a mejorar el acceso a Internet (Internet accesible) y a su buen uso. Ofrecer información sobre las actividades que pueden constituir delito como el ciberacoso, el acoso sexual, la piratería u otras.
- Medida 85. Potenciar acciones de promoción de la salud en colaboración con las AMPAs.
- Medida 86. Desarrollo anual del programa de deporte escolar.

## INDICADORES

66. Número de acciones formativas orientadas a profesionales de la educación en hábitos de vida saludables. Número de profesores formados.
67. Número de centros educativos incorporados a la Red de Escuelas Promotoras de Salud / Porcentaje de alumnos en escuelas de la Red de Escuelas Promotoras de Salud.
68. Número de acciones formativas dirigidas al alumnado en ayuda y mediación entre iguales. Número de alumnos formados.
69. Número de acciones educativas en el uso seguro de internet dirigidas a escolares por año.
70. Número de acciones en promoción de la salud realizadas con las AMPAs
71. Resultados del programa de deporte escolar: presupuesto, n.º actividades organizadas, n.º de escolares que han participado.

• **Objetivo específico 31. Promover el consejo integral sobre estilos de vida saludables en el ámbito sanitario**

- Medida 87. Impulsar la formación de los profesionales de los equipos de atención primaria en la realización de entrevista motivacional y estilos de vida saludables.
- Medida 88. Difundir guías y documentos de apoyo específicos a los profesionales de los equipos de atención primaria para la realización de entrevista motivacional.
- Medida 89. Fomentar, a través del Servicio de atención a la mujer embarazada, la valoración y promoción de estilos de vida saludables, que permita conocer sus necesidades concretas y establecer las intervenciones oportunas, incluyendo el cese del consumo de alcohol y tabaco.
- Medida 90. Realizar la revisión de la cartilla de salud de la embarazada para facilitar el seguimiento de las intervenciones propuestas sobre hábitos de vida saludables.
- Medida 91. Favorecer la elección de lactancia materna exclusiva mediante la sensibilización sobre sus beneficios. Promocionar los comités de lactancia materna y potenciar las alianzas con grupos de apoyo a la lactancia. Establecer buenas prácticas de atención a las madres que deciden amamantar para que lo consigan con éxito.

- Medida 92. Impulsar la realización de buenas prácticas al nacimiento y la lactancia en centros sanitarios públicos siguiendo el modelo IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia).
- Medida 93. Realizar valoración y entrevista motivacional en la población infantil (< 15 años) sobre estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, seguridad y bienestar emocional).
- Medida 94. Realizar valoración y entrevista motivacional en la población juvenil (15-19 años) sobre estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, uso de nuevas tecnologías, salud afectivo-sexual y violencia de género).
- Medida 95. Establecer las intervenciones oportunas vinculadas con los recursos comunitarios disponibles para la promoción de los estilos de vida saludables, en la población infantil y juvenil y, en caso de necesidad, la derivación a recursos específicos.

## INDICADORES

72. Número de actividades formativas desarrolladas en entrevista motivacional/N.º de actividades formativas/Satisfacción de los profesionales con la formación recibida/Guía/Acceso a mapa de activos.
73. Porcentaje de mujeres gestantes sobre las que se ha realizado valoración individual de los principales consumos nocivos (tabaco, alcohol) y diseñado plan de acción tras valoración en el servicio de atención a la mujer embarazada.
74. Porcentaje de recién nacidos que a los 40 días de vida (puerperio) continúan con lactancia materna exclusiva.
75. Porcentaje de población menor de 15 años sobre los que se ha realizado valoración individual de los principales factores (alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, seguridad y bienestar emocional) y diseñado plan de acción tras valoración.
76. Porcentaje de población de 15 a 19 años sobre los que se ha realizado valoración individual de los componentes de estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, uso de nuevas tecnologías, salud afectivo-sexual y violencia de género) y diseñado plan de acción tras valoración.
77. Prevalencia de sobrepeso/obesidad infantil.
78. Porcentaje de la población infantojuvenil (0-17 años) con obesidad que ha reducido el IMC tras un año de seguimiento.
79. Prevalencia de sedentarismo en niños y niñas < 15 años.
80. Tiempo diario de utilización de videojuegos, ordenador e internet por sexo en la población de 1-14 años.
81. Prevalencia de consumo diario de tabaco por sexo en estudiantes de 14 a 18 años.
82. Consumo de alcohol todos los fines de semana en estudiantes de 14 a 18 años por sexo.
83. Consumo *binge drinking* (5 unidades o más vasos en una misma ocasión en los últimos 30 días) por sexo en estudiantes de 14 a 18 años.
84. Número de IVES en mujeres menores de 19 años

## Fomentar la vida adulta sana y el envejecimiento activo y saludable para que las personas mayores sean capaces por sí mismas de facilitar su desarrollo, el mantenimiento funcional y la vida independiente

### • Objetivo específico 32. Promover un envejecimiento activo y saludable

- Medida 96. Promover la adquisición y el mantenimiento de estilos de vida saludables a través de la educación, mediante actuaciones específicas para este grupo de edad.
- Medida 97. Promocionar y difundir los beneficios de la práctica de la actividad física y el deporte entre la población de Castilla y León.
- Medida 98. Efectuar intervenciones para promocionar el bienestar psíquico diferenciando las necesidades vitales en cada etapa de la vida.

#### INDICADORES

- 85. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años.
- 86. Prevalencia de sedentarismo en población adulta, por sexo.
- 87. Porcentaje de población de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud.
- 88. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental.

### • Objetivo específico 33. Impulsar la realización del consejo integral sobre estilos de vida saludable en población adulta en atención primaria

- Medida 99. Realizar la valoración y entrevista motivacional, a través del Servicio de actividades preventivas en el adulto, sobre estilos de vida (condición física, alimentación, consumo de tabaco, consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, bienestar emocional y lesiones no intencionales) y establecer las intervenciones oportunas.
- Medida 100. Difundir guías y documentos de apoyo específicos a los profesionales de los equipos de atención primaria para la realización de entrevista motivacional.
- Medida 101. Impulsar el abordaje integral del dolor en línea con los objetivos de la política sanitaria a nivel nacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con dolor.

#### INDICADORES

- 89. Porcentaje de población  $\geq 20$  y  $< 75$  años a los que se ha realizado valoración individual de los principales factores (alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, seguridad y bienestar emocional).
- 90. Porcentaje de población  $\geq 20$  y  $< 75$  años con plan de acción diseñado tras la valoración de los componentes de estilos de vida.

91. Prevalencia de consumo diario de tabaco en población adulta (15 años y más) por sexo.
92. Consumo de riesgo de alcohol en población adulta (más de 4 UBE/día en hombres y más de 2 UBE/día en mujeres).
93. Prevalencia de sobrepeso/obesidad en población adulta, por sexo.
94. Dependencia funcional (cuidado personal, tareas domésticas y movilidad) según sexo. Población de 65 y más años.

• **Objetivo específico 34. Detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la población mayor de 70 años desde atención primaria, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional**

- Medida 102. Establecer en atención primaria de salud el cribado de fragilidad y de riesgo de caídas en la población mayor de 70 años asociado a un plan de intervención y seguimiento individualizado.
- Medida 103. Sensibilizar y capacitar a los profesionales de atención primaria del sistema público de salud sobre el abordaje de la fragilidad mediante formación on line.
- Medida 104. Diseñar actividades físicas específicas para este grupo de edad (> 70 años) y crear grupos de prácticas de actividad física y ejercicio físico habitual en colaboración con las administraciones locales.

INDICADORES

95. Porcentaje de población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración situación funcional/cribado de fragilidad.
96. Tasa de ingresos hospitalarios por fractura de cadera.
97. Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico.
98. Número de actividades físicas específicas diseñadas para este grupo de edad.
99. Número de grupos de prácticas de actividad física creados.

OBJETIVO GENERAL 14

Proteger la salud de los trabajadores

• **Objetivo específico 35. Disminuir la incidencia de accidentes laborales tanto en jornada laboral como in itinere y mantenerla en cifras inferiores a la media nacional**

- Medida 105. Desarrollar, por parte de la administración autonómica y los agentes sociales y económicos implicados, campañas de concienciación y sensibilización para mejorar las condiciones de

seguridad en el trabajo, especialmente en aquellas empresas de Castilla y León que presenten índices de siniestralidad más elevados.

INDICADORES

- 100. Índice de incidencia e índice de frecuencia de accidentes laborales.
- 101. Número y tipo de campañas realizadas.

• **Objetivo específico 36. Reducir la incidencia de enfermedades profesionales y situarla en cifras inferiores a la media nacional**

- Medida 106. Realizar una campaña de investigación de enfermedades profesionales, junto con la autoridad laboral, a partir de las alertas recibidas en el sistema de información CEPROSS (comunicación de enfermedades profesionales a la Seguridad Social), identificando posibles «focos de riesgo» de enfermedades profesionales y facilitar una mayor eficiencia en las acciones de prevención y formación para aplicar en empresas y autónomos.
- Medida 107. Elaborar, por parte del Centro de Seguridad y Salud Laboral, un catálogo de buenas prácticas con el fin de prevenir los riesgos psicosociales en la empresa.
- Medida 108. Realizar un estudio a nivel autonómico, a partir de los partes de declaración, de aquellas enfermedades profesionales causantes de lesiones músculo-esqueléticas, determinando su frecuencia, causas y su prevención.
- Medida 109. Las unidades de seguridad y salud laboral (USSL) continuarán con la campaña para el control sobre el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, en relación con la exposición a agentes químicos cancerígenos o mutágenos, promoviendo la eliminación y sustitución del uso de estos agentes en las empresas.
- Medida 110. Realizar un estudio de aquellos sectores en los que exista una mayor incidencia de enfermedades profesionales.
- Medida 111. Impulsar el asesoramiento, inspección, la vigilancia de la salud y la integración en la planificación preventiva de la empresa en el ámbito de las minas, canteras y túneles que exijan la aplicación de técnica minera y en relación con la silicosis. Se han de elaborar planes específicos para los sectores de la pizarra y el granito.
- Medida 112. Asesorar específicamente a las empresas y autónomos en relación a las enfermedades profesionales con el objetivo de impulsar su investigación y, en su caso, integrar en la planificación preventiva de la empresa.
- Medida 113. Realizar campañas divulgativas sobre aspectos generales relacionados con la prevención de las enfermedades de origen laboral, en especial la vigilancia de la salud, las buenas prácticas y los hábitos saludables que redunden también en la prevención de accidentes laborales no traumáticos.

INDICADORES

- 102. Tasa de incidencia de enfermedades profesionales ajustada a la estructura productiva.
- 103. Número y tipo de campañas realizadas / Número y tipo de estudios realizados.

• **Objetivo específico 37. Promover la formación de los profesionales sanitarios en la detección y comunicación de la enfermedad profesional**

- Medida 114. Realizar cursos de actualización en salud laboral para médicos de atención primaria que faciliten el diagnóstico de patologías con origen laboral en los diversos sectores (agrario, industrial o de servicios) y la comunicación de la sospecha de la enfermedad profesional.
- Medida 115. Colaborar en la formación de los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención para mejorar la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional.
- Medida 116. Promover la coordinación entre los diferentes agentes que intervienen en la comunicación de la sospecha de enfermedad profesional en las actuaciones a realizar.
- Medida 117. Impulsar la comunicación de sospecha de enfermedad profesional mediante el desarrollo de la normativa que establezca el sistema de comunicación en Castilla y León.

INDICADORES

- 104. Número de cursos de actualización en salud laboral para médicos de atención primaria realizados / Número de horas de formación / Número de médicos de atención primaria formados / Grado de satisfacción con la formación.
- 105. Número de profesionales sanitarios de los servicios de prevención formados / Número de cursos realizados.
- 106. Publicación de la normativa que establezca el sistema de comunicación de sospecha de enfermedad profesional en Castilla y León.
- 107. Número de sospechas comunicadas por facultativos de los servicios de prevención / N.º de sospechas comunicadas por facultativos del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

• **Objetivo específico 38. Fomentar la calidad de la vigilancia de la salud de los trabajadores realizada por los servicios de prevención**

- Medida 118. Adaptar la Orden SAN/1283/2006, de 28 de julio, por la que se aprueban los requisitos técnicos y condiciones mínimas exigibles a las unidades de medicina del trabajo de los servicios de prevención de riesgos laborales de la comunidad de Castilla y León a la normativa nacional del RD 843/2011: Control de las instalaciones, recursos materiales y profesionales sanitarios que realizan la vigilancia de la salud (servicios de prevención propios y ajenos).
- Medida 119. Conocer los resultados de los exámenes de salud realizados por los servicios de prevención. Control de calidad de la vigilancia de la salud desarrollada por los servicios de prevención propios y ajenos.

Medida 120. Impulsar actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde los servicios de prevención y en colaboración con el sistema público de salud (intervenciones breves ante el abuso de alcohol y/o el consumo de tabaco; colaboración en campañas de vacunación institucionales).

## INDICADORES

- 108. Número de inspecciones realizadas.
- 109. Porcentaje de servicios de prevención que aportan datos sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- 110. Número total exámenes de salud realizados según memorias de los S.P. % exámenes salud iniciales. % exámenes salud tras asignar nuevas tareas. % exámenes salud cambio de puesto de trabajo. % exámenes salud periódicos. % exámenes salud tras ausencia prolongada por motivos de salud. % exámenes salud por valoración de trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia.
- 111. Porcentaje de servicios de prevención que participan en campañas de promoción de la salud.

• **Objetivo específico 39. Promover la mejora de la vigilancia de la salud por exposición laboral al amianto**

- Medida 121. Reforzar el seguimiento de la vigilancia de la salud realizada por los servicios de prevención y los servicios de neumología.
- Medida 122. Organizar actividades formativas, dirigidas a neumólogos y radiólogos, específicas en el diagnóstico de patología por amianto.
- Medida 123. Impulsar el grupo de trabajo creado en el Consejo Regional de Seguridad y Salud Laboral sobre amianto.

## INDICADORES

- 112. Porcentaje de trabajadores del registro de personas con exposición laboral a amianto de Castilla y León (TEAM) que disponen de al menos una ficha de vigilancia de la salud.
- 113. Número de actividades formativas realizadas específica en la materia. Número de profesionales sanitarios (neumólogos/radiólogos) formados.
- 114. Número de reuniones del grupo de trabajo.



## Área 4

### Disminuir la carga de enfermedad

En nuestra Comunidad tanto los datos demográficos como los estudios de carga de enfermedad ponen de manifiesto un claro predominio epidemiológico de las enfermedades crónicas. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 44,8% de las mujeres y el 37,8% de los hombres mayores de 16 años de Castilla y León presentan al menos un proceso crónico, prevalencia que aumenta con la edad. Las enfermedades crónicas más prevalentes suponen más del 50% de la actividad de hospitalización y un 80% de las consultas de atención primaria se dedican a la atención a procesos crónicos. Y aunque la mortalidad por estas enfermedades desciende progresivamente, la carga de enfermedad que producen va en aumento con el consiguiente incremento en el gasto sanitario y social y el impacto negativo que implica en el mercado de trabajo, en la productividad, la educación y el capital humano de nuestra sociedad.

Una de las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud 2011-2015 ya estableció la necesidad de abordar el cambio del sistema sanitario desde un modelo centrado tradicionalmente en lo agudo hacia un modelo orientado en las enfermedades crónicas. De esta forma, la atención se centra en las personas, protagonistas de toda intervención y corresponsables de las decisiones relacionadas con su salud y su estilo de vida, y el sistema sanitario reorganiza buena parte de la atención a través de procesos asistenciales integrados. La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León, aprobada en 2012, ha establecido el camino a seguir y ya se han dado pasos importantes: se ha realizado la segmentación o estratificación de la población según riesgo y gravedad, se han implantado las unidades de continuidad asistencial, se han establecido plataformas que permiten mejorar las relaciones entre pacientes y otros agentes implicados, como es el caso de las asociaciones de pacientes, y se ha desarrollado, en el ámbito operativo, el Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico

Complejo (PCPPC), entre otros. En la atención a la cronicidad, la atención primaria es el eje de la atención a las personas, que debe seguir avanzando y disponer de mayor capacidad resolutoria, en coordinación con la atención hospitalaria.

En esta área de intervención se abordan de nuevo varios de los problemas de salud que ya fueron objeto de atención en el III Plan de Salud. Algunos de ellos tuvieron una evolución favorable de sus indicadores, como es el caso del cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus o la EPOC y otros no tanto, como el cáncer de colon o el de pulmón. No obstante, se ha considerado conveniente seguir manteniendo alguno de estos problemas y alguno de los objetivos, tanto por su importancia desde el punto de vista de la morbimortalidad como por ser objeto de estrategias a nivel nacional.

Las enfermedades transmisibles también son objeto de atención en este plan. Aunque este tipo de enfermedades parecían ya controladas, se están produciendo una serie de circunstancias que favorecen la reaparición de enfermedades que ya creíamos eliminadas o se producen brotes de enfermedades hasta ahora desconocidas en nuestro ámbito. Resulta preciso consolidar y reforzar las actuaciones de vigilancia epidemiológica y control, impulsar los programas de vacunación y, en general, adoptar medidas conducentes a dar respuesta ante las nuevas amenazas presentes aunque no siempre visibles.

Se han incluido nuevos problemas de salud como es el caso de las enfermedades poco frecuentes o raras, en línea con la política europea de salud pública y la estrategia del SNS. El IV Plan de Salud aborda en este ámbito una serie de medidas que contribuyan a avanzar en el mejor conocimiento, atención, coordinación e investigación en las enfermedades poco frecuentes o raras en Castilla y León.

Se abordan también medidas en salud mental, en consonancia con las políticas europea y nacional en esta materia, teniendo en cuenta algunas de las últimas recomendaciones del Comité de Ministros de la UE a los estados miembros re-

lativos a la discriminación social de los enfermos mentales y la promoción de su salud física y mental. E igualmente se abordan medidas con relación a las enfermedades neurodegenerativas, enfermedades que suponen un desafío tanto

para el sistema sanitario como para el social por su carácter crónico, su plurisintomatología y el aumento progresivo de la discapacidad que sobrevienen a estos pacientes y cómo afecta ello a su entorno.

OBJETIVO  
GENERAL

15

## Progresar en el proceso de atención a las personas con enfermedad crónica

Actualmente, la mayor demanda asistencial procede de los pacientes crónicos, generalmente pluripatológicos, que presentan necesidades frecuentes de atención en diferentes niveles y en los que además confluyen con frecuencia algún grado de discapacidad y/o dependencia. La experiencia nos ha enseñado que en el abordaje de una enfermedad, y en concreto las crónicas, no sólo se debe atender a los aspectos terapéuticos de la enfermedad, sino que también es fundamental tener en cuenta las necesidades del paciente en su entorno familiar y social, necesidades para las que un enfoque exclusivamente sanitario no da una respuesta global al problema.

Estos hechos avalan la necesidad de adaptar los actuales dispositivos asistenciales y sociales a este nuevo contexto, cambios que exigen reconfigurar el modelo de atención garantizando la continuidad entre los diferentes dispositivos que prestan servicios, estableciendo sistemas de información compartidos que permitan la gestión conjunta, dando mayor participación al paciente en el control de su enfermedad, acercando los servicios al entorno del paciente mediante el apoyo domiciliario organizado, y reforzando el papel y reorientando el perfil de algunos profesionales como los de enfermería, trabajo social o de algunas especialidades médicas como familia y medicina interna.

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León surge como respuesta a este nuevo contexto y marca como objetivo fundamental mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas mediante un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida entre los distintos niveles asistenciales incluyendo a los servicios sociales.

Ya se han dado numerosos pasos en el desarrollo e implantación de esta estrategia. Uno de los básicos ha sido el proceso de clasificación o estratificación de la población (CRG) teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos, la utilización de los servicios sanitarios tanto de atención primaria como hospitalaria y el consumo farmacéutico, que ha permitido segmentar a la población en cuatro grupos con niveles de riesgo clínico y con necesidades distintas, tanto sanitarias como sociales, para los que se han diseñado intervenciones específicas según dicha estratificación (G0, G1, G2 y G3).

Aunque la Estrategia de Atención al Paciente Crónico que se propone para Castilla y León va destinada a personas con determinadas patologías crónicas, el elemento fundamental sobre el que se van a centrar las acciones clave de la estrategia son los pacientes crónicos pluripatológicos complejos (PCPPC), clasificados como G3 en el proceso de estratificación. Estos pacientes representan en Castilla y León el 5,4% de la población y a su atención se dedica el 20% de las consultas de Atención Primaria, el 21% de los ingresos hospitalarios, el 59% de las consultas hospitalarias o el 17% de las urgencias. En Atención Primaria cuadruplican el promedio por paciente en cuanto a frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas

complementarias y farmacia y con un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario. De ahí surge la necesidad de prestar una atención que asegure la continuidad asistencial entre primaria y hospitalaria y la integración con los servicios sociales, capaz de ofrecer a estos pacientes una atención médica y de cuidados con un abordaje multidisciplinar e individualizado a lo largo de todo el proceso clínico, así como una actuación proactiva y preventiva sobre los factores de riesgo de descompensación, fomentando la participación y la corresponsabilidad del paciente y de sus familiares en el proceso de la enfermedad.

• **Objetivo específico 40. Proporcionar una atención sanitaria integral a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos (PCPPC)**

- Medida 124. Implantación, desarrollo y seguimiento del proceso integrado de atención al paciente crónico pluripatológico complejo en coordinación con la consejería competente en materia de servicios sociales.
- Medida 125. Impulsar el seguimiento proactivo de los pacientes en el ámbito de atención primaria, mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias favoreciendo la actitud proactiva de los profesionales de enfermería en coordinación con los trabajadores sociales.
- Medida 126. Promover el mantenimiento del paciente en su domicilio habitual garantizando los cuidados en el entorno, disminuyendo la necesidad de atención en los servicios de urgencias y evitando ingresos hospitalarios innecesarios.
- Medida 127. Potenciar las intervenciones en la prevención de complicaciones, reduciendo los factores de riesgo de descompensación y favorecedores de discapacidad.
- Medida 128. Consolidar y evaluar el desarrollo de las unidades de continuidad asistencial (UCA) en los 14 hospitales de la CCAA y sus correspondientes centros de salud de referencia, ajustando la estructura y recursos materiales y humanos a las necesidades de cobertura completa y pleno desarrollo funcional a la finalización del plan.
- Medida 129. Promover la participación activa del paciente y la familia mediante el desarrollo de programas de educación y capacitación en los cuidados.
- Medida 130. Establecer programas de apoyo sanitario y social con el objetivo de reducir el burnout de las personas cuidadoras.
- Medida 131. Impulsar la implantación del proceso integrado de atención al PCPPC en las residencias de personas mayores.
- Medida 132. Promover la adherencia al tratamiento y fomentar la participación de pacientes y cuidadores en el uso seguro de la medicación.

INDICADORES

- 115. Porcentaje de pacientes crónicos pluripatológicos complejos (G3) incluidos en el proceso.
- 116. Número de contactos anuales de enfermería de atención primaria para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones (telefónicas + presenciales)/ n.º de pacientes G3.

- 117. Porcentaje de consultas UCA/consultas totales de pacientes G3 atendidas en el hospital por especialidades médicas (incluye UCA).
- 118. Tasa de ingresos de pacientes G3 en especialidades médicas.
- 119. Frecuentación de urgencias de pacientes G3 (N.º visitas a urgencias/n.º pacientes G3).
- 120. Tasa de reingresos de pacientes G3, en la misma especialidad médica, por causas relacionadas, en los 30 días posteriores al alta.
- 121. Porcentaje de pacientes G3 que tienen más de un 75% de adherencia terapéutica según la escala de valoración de las habilidades y conocimientos del paciente.
- 122. Número de pacientes G3 con riesgo social valorados en atención primaria.
- 123. Satisfacción de los usuarios (accesibilidad, autocuidado, atención en UCAs, información, trato, continuidad,..) mediante cuestionario.

*Nota: Estos indicadores están siendo revisados dentro de la Estrategia de Atención al Paciente crónico, por lo que pueden conllevar modificaciones posteriores.*

• **Objetivo específico 41. Potenciar el desarrollo de las competencias de los profesionales de atención primaria y hospitalaria para la atención a los pacientes crónicos**

- Medida 133. Capacitar a los profesionales de enfermería de atención primaria en el desarrollo de competencias como gestores de casos en la atención sanitaria a los pacientes crónicos más complejos.
- Medida 134. Impulsar el desarrollo en todas las unidades de continuidad asistencial de la enfermera gestora de casos de atención hospitalaria y su adecuada coordinación con la enfermera gestora de casos de atención primaria.
- Medida 135. Sistematizar la figura del médico consultor a nivel hospitalario y los canales de comunicación necesarios para realizar interconsultas.
- Medida 136. Crear la plataforma compartida de formación y de las mejores prácticas.

INDICADORES

- 124. Satisfacción de los profesionales. Cuestionario a determinar.

**OBJETIVO GENERAL 16 Reducir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos**

Los tumores constituyen globalmente la segunda causa de muerte en nuestra comunidad, siendo responsables de casi un 30% de fallecimientos por todas las causas (el 28,5% en 2014). Son la primera causa de mortalidad prematura en la población <

75 años. En los hombres es la primera causa de muerte y el mayor número de muertes se produce por el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón seguido por los tumores de colon, próstata, estómago y vejiga. Destaca la tendencia temporal descendente de todos ellos excepto el de colon, aunque se observa cierta estabilización. En las mujeres, es la segunda causa de muerte, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el tumor más frecuente es el de mama, seguido por el cáncer de colon, el de tráquea, bronquios y pulmón, de páncreas y de estómago. Destaca la tendencia ascendente de los tumores de tráquea, bronquios y pulmón y de páncreas y la tendencia claramente descendente del tumor de estómago.

Suponen además, una importante causa de morbilidad y un alto coste para el sistema sanitario. Sin embargo, a pesar de que el cáncer sigue siendo un importante problema de salud pública, se observa que en algunos tipos de tumores las tendencias de mortalidad e incidencia están modificándose y mejoran, lo que sugiere que tanto las políticas de prevención primaria y secundaria como la mejora en los tratamientos están siendo efectivas.

A pesar de los logros, hay que seguir avanzando en varias líneas, en el abordaje de los factores de riesgo como el tabaco y la obesidad, en la extensión del cribado de cáncer colorrectal, en mejorar la calidad de la atención a través de una asistencia integral y multidisciplinar, en mejorar la calidad de vida de los pacientes atendiendo de forma adecuada las secuelas físicas de los tratamientos, en organizar la atención psicológica de pacientes y familiares, en extender el procedimiento para el seguimiento de los pacientes supervivientes a largo plazo, que afortunadamente son cada vez más, en seguir potenciando la investigación oncológica en sus diferentes ámbitos así como revisar la organización asistencial de los procesos oncológicos en la población infantil y adolescente.

• **Objetivo específico 42. Avanzar en detección mejorando el seguimiento específico de la población con riesgo de padecer cáncer hereditario**

Medida 137. Homogeneizar el funcionamiento de las unidades de consejo genético en la comunidad mediante la constitución de un grupo de trabajo. Difundir los criterios de derivación en atención primaria y hospitalaria con el fin de aumentar el número de pacientes que son derivadas a estas consultas.

Medida 138. Promover la valoración del riesgo individual incluyendo la indicación de realización de estudio y consejo genético en las personas que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos en las unidades de consejo genético.

INDICADORES

125. Número de primeras consultas a pacientes y familiares en unidades de consejo genético por tipo de cáncer.

• **Objetivo específico 43. Consolidar los programas de diagnóstico precoz del cáncer implantados en la comunidad**

Medida 139. Impulsar y consolidar la evaluación del programa de detección precoz de cáncer de mama avanzando en estándares de calidad técnica y de procedimiento, de acuerdo al Documento Marco sobre cribado poblacional y las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado y diagnóstico del cáncer de mama.

- Medida 140. Actualizar y evaluar el programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios de calidad alcanzados en el seno del SNS y las Guías Europeas de Garantía de Calidad en Cribado de Cáncer de Cuello de Útero.
- Medida 141. Extender el programa de detección precoz de cáncer colorrectal a todos los grupos de edad de la población diana en los plazos establecidos y avanzar en estándares de calidad técnica y de procedimiento, de acuerdo al Documento Marco sobre Cribado Poblacional y las Guías Europeas de Garantía de Calidad en Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal.

## INDICADORES

126. Tasa de participación del programa de detección precoz del cáncer de mama.
127. Tasa de detección del programa de detección precoz del cáncer de mama (tumores malignos detectados por cada 1.000 mujeres con cribado realizado)
128. Tasa de cobertura del programa de cáncer de cérvix en la población diana (grupos de edad: 25 - 34 años y 35-64 años).
129. Porcentaje de participación en el programa de cáncer de cérvix (mujeres participantes/mujeres invitadas).
130. Tasa de participación en el programa de detección precoz de cáncer de colon.
131. Tasa de detección de adenomas de alto riesgo y de cáncer invasivo colorrectal.

• **Objetivo específico 44. Proporcionar una atención sanitaria integrada e integral a los pacientes con cáncer**

- Medida 142. Actualizar los procesos asistenciales integrados para las principales localizaciones tumorales (cáncer de mama, colorrectal, pulmón) que garanticen los criterios mínimos basados en la mejor evidencia científica que debe recibir en el proceso diagnóstico y terapéutico un paciente oncológico.
- Medida 143. Constitución de un grupo de trabajo, en colaboración con las sociedades científicas, para la ordenación y modernización de los comités de tumores de los hospitales y complejos asistenciales de Sacyl.
- Medida 144. Incorporar en la cartera de servicios aquellas técnicas que permiten diagnosticar el perfil genético y químico de los/as pacientes con tumores (test genómicos, biomarcadores), con evidencia científica establecida, y optimizar el tratamiento de algunos tipos de tumores.
- Medida 145. Implantar guías y protocolos para promover la extensión de cirugía conservadora en cáncer de mama.
- Medida 146. Mejorar la oferta de cirugía reconstructiva inmediata en cáncer de mama, evaluando la capacidad de los recursos y mejorando la accesibilidad a los mismos en caso necesario.
- Medida 147. Incrementar la calidad del tratamiento quirúrgico en cáncer colorrectal estableciendo medidas que contribuyan a disminuir complicaciones como la infección de herida quirúrgica.
- Medida 148. Aumentar la accesibilidad a los recursos de oncología radioterápica mejorando el equipamiento y la incorporación de nuevas técnicas en hospitales de referencia en la comunidad.

- Medida 149. Promover la rehabilitación de las secuelas físicas y funcionales de la enfermedad y sus tratamientos.
- Medida 150. Mejorar el acceso a las unidades de fisioterapia potenciando la formación de los fisioterapeutas en drenaje linfático.
- Medida 151. Revisar los protocolos de derivación a las unidades de reproducción humana para el asesoramiento en relación a la preservación de la fecundidad en pacientes con cáncer en edad fértil y con deseos de tener descendencia.
- Medida 152. Asegurar la atención biopsicosocial al paciente oncológico y a su familia mediante el desarrollo de las actuaciones necesarias para facilitar este tipo de apoyo cuando se precise.
- Medida 153. Extender el programa de largos supervivientes a todas las áreas de salud de la comunidad de Castilla y León.
- Medida 154. Incrementar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud y motivar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo de pacientes activos formadores, con el asesoramiento y supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano. Iniciar la creación de grupos de trabajo de paciente activo en el ámbito de la oncología.
- Medida 155. Establecer la organización asistencial de los procesos oncológicos en la población infantil y adolescente.

#### INDICADORES

132. Tasa de mortalidad general por cáncer y específica por tipo de tumor.
133. Tasa de mortalidad prematura por cáncer.
134. Número de procesos asistenciales integrados para las principales localizaciones tumorales, revisados y/o actualizados.
135. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama.
136. Porcentaje de infección de herida quirúrgica en cáncer colorrectal.
137. Cobertura del programa de largos supervivientes.

#### • Objetivo específico 45. Mejorar los sistemas de información y potenciar la investigación en los centros hospitalarios

- Medida 156. Mejorar la calidad del registro de tumores mediante la dotación adecuada de recursos personales y materiales, cuando sea preciso.
- Medida 157. Elaborar un mapa sobre la situación del cáncer en Castilla y León.
- Medida 158. Fomentar la participación de los servicios de oncología en el desarrollo de nuevos tratamientos y en avances en la mejora de la efectividad terapéutica liderando ensayos clínicos, con traslación directa a la práctica clínica.

#### INDICADORES

138. Porcentaje de registros hospitalarios de tumores que aportan información al Registro Poblacional de Cáncer (en cantidad, calidad y tiempo).

139. Disponibilidad del informe sobre la situación del cáncer en Castilla y León.

140. Número de ensayos clínicos y/o participación en proyectos multicéntricos sobre cáncer en Castilla y León.

OBJETIVO GENERAL 17

**Avanzar en la atención a las personas con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares disminuyendo la morbilidad y la mortalidad**

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares constituyen en Castilla y León la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, por detrás de los tumores. 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.

Constituyen la primera causa de hospitalización, tanto en hombres como en mujeres, si excluimos en este caso los episodios de embarazo, parto y puerperio, y son las enfermedades que más días de estancia hospitalaria causan.

En la mayoría de los países europeos se dedica más del 2% del presupuesto sanitario total a enfermedades relacionadas con la insuficiencia cardiaca y alrededor del 70% de estos gastos derivan de la hospitalización. Los programas para el manejo de la IC se recomiendan para los pacientes con IC recientemente hospitalizados y para otros pacientes de alto riesgo. Es fundamental la planificación de las altas hospitalarias y el seguimiento tras la hospitalización para evitar reingresos, con acciones orientadas a optimizar tratamientos y fomentar el autocontrol. El papel de Atención Primaria es relevante y debe contar con el apoyo de unidades especializadas en IC.

Tanto la cardiopatía isquémica como el ictus, requieren una atención urgente que permita intervenir lo antes posible y aplicar las técnicas más adecuadas en cada caso. El Código Infarto y el Código Ictus son protocolos de actuación ya implantados en nuestra comunidad pero que aún tienen que desarrollarse por completo en toda la comunidad.

Por último, es necesario garantizar el acceso a programas de rehabilitación que favorezcan la recuperación y la plena autonomía de los pacientes en todas las áreas de salud.

• **Objetivo específico 46. Mejorar la detección y el control de los principales factores de riesgo en enfermedad cardiovascular y cerebrovascular no contemplados en otras áreas: HTA y dislipemia**

Medida 159. Estudiar los factores de riesgo cardiovascular de la población de Castilla y León para elaborar la función de riesgo cardiovascular ajustada a su población.

Medida 160. Mejorar la identificación y el registro en la historia clínica de los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y obesidad) para su mejorar su control a nivel individual.

Medida 161. Calcular el riesgo cardiovascular de las personas con algún factor de riesgo y que aún no hayan desarrollado síntomas de enfermedad, ofreciéndoles las intervenciones preventivas y terapéuticas que precisen en función de su nivel de riesgo.

Medida 162. Impulsar la detección y control de la hipercolesterolemia familiar.



## INDICADORES

- 141. Porcentaje de pacientes hipertensos >14 años con buen control de su TA en el último año (TA <140/90).
- 142. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de dislipemia con adecuado control de sus cifras de colesterol.
- 143. Porcentaje de personas (varones >35 años y mujeres > 45años) con algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes y/o tabaquismo) a las que se les ha realizado cribado de hipercolesterolemia.

• **Objetivo específico 47. Aumentar la efectividad en la atención a la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) garantizando la coordinación asistencial y la continuidad de cuidados**

- Medida 163. Implantación del proceso asistencial integrado en insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en todas las áreas de salud utilizando la correspondiente guía asistencial.
- Medida 164. Proponer oferta de consulta especializada de ICC (Unidades funcionales de ICC) en coordinación con los centros de atención primaria.
- Medida 165. Medir los niveles de adherencia terapéutica en casos de ICC en las ZBS.
- Medida 166. Prescribir a los pacientes con ICC actividad física terapéutica ajustada a su estado y adaptación al esfuerzo.
- Medida 167. Incrementar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud y motivar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo de pacientes activos formadores, con el asesoramiento y supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano.

## INDICADORES

- 144. Tasa de mortalidad por ICC ajustada por edad por 100.000 habitantes.
- 145. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por ICC por cada 100 altas por ICC, ajustada por riesgo.
- 146. Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 > 18 años con Insuficiencia cardíaca congestiva por descompensación de su patología crónica.
- 147. Tasa de reingresos hospitalarios por ICC.

• **Objetivo específico 48. Disminuir la mortalidad causada por el infarto agudo de miocardio en Castilla y León mediante la implantación del Código Infarto como herramienta de gestión asistencial en todos los niveles asistenciales y en todas las áreas de salud**

- Medida 168. Implantación y seguimiento del Código Infarto en todas las áreas de salud con adaptaciones específicas según área y revisión del procedimiento en cada escenario.
- Medida 169. Optimizar el proceso de triaje por Dolor Torácico Agudo (DTA) en las urgencias hospitalarias reduciendo el tiempo medio desde la solicitud de asistencia por parte del paciente hasta

el correcto diagnóstico ECG (10 minutos). Revisión del protocolo de triaje en todos los centros hospitalarios.

- Medida 170. Potenciar en Emergencias Sanitarias el plan operativo por zona básica de salud en toda la comunidad para el Código Infarto, activando el recurso más adecuado.
- Medida 171. Revisar las indicaciones de la fibrinólisis extrahospitalaria con Emergencias Sanitarias.
- Medida 172. Mejorar el tratamiento urgente de los pacientes diagnosticados de IAMCEST (infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST) ajustando los tiempos de referencia a los estándares establecidos en el código infarto.
- Medida 173. Mejorar el tratamiento urgente de los pacientes diagnosticados de IAMCEST incrementando el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento de reperfusión. Conseguir una intervención coronaria percutánea (ICP) precoz en todos los pacientes sometidos a fibrinólisis.
- Medida 174. Mejorar el tratamiento de las complicaciones en el paciente con síndrome coronario agudo (SCA) estableciendo hospitales de referencia para la atención de enfermos graves o que precisen técnicas especiales.
- Medida 175. Implantación del sistema de Registro del Código Infarto que recoja los datos esenciales del diagnóstico, tiempos de asistencia, tratamiento, complicaciones y mortalidad de los pacientes con IAMCEST tratados en la comunidad. Este sistema informático debe permitir desglosar los datos, al menos, por sexo, edad y área. Obligatoriedad de cumplimentación de hoja de registro del IAMCEST.
- Medida 176. Formación de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales. Incluir la formación para la aplicación de fibrinólisis extrahospitalaria e intrahospitalaria en hospitales sin unidad de hemodinámica. Difusión del procedimiento mediante la elaboración de un protocolo escrito.
- Medida 177. Promover la investigación poblacional en cardiopatía isquémica con perspectiva de género.

#### INDICADORES

148. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes.
149. Tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustada por edad por 100.000 habitantes.
150. Tasa ajustada de hospitalización por IAM por 10.000 habitantes.
151. Principales indicadores del Registro del Código Infarto: Tasa de activación de código infarto en Emergencias Sanitarias y Hospitalaria/Tasa de angioplastia coronaria (ACTP) y fibrinólisis en código infarto activado/Tiempos de referencia.
152. Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento.
153. Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto.

• **Objetivo específico 49. Reducir la incidencia y la mortalidad por ictus**

- Medida 178. Desarrollar campañas de información y educación dirigidas tanto a población general como a grupos de riesgo identificados, para aumentar el conocimiento de los síntomas de alarma y las pautas de actuación.
- Medida 179. Revisión, actualización y difusión del proceso asistencial Integrado al ictus agudo utilizando la correspondiente guía asistencial.
- Medida 180. Revisar la Implantación del Código Ictus en todo el territorio de la comunidad autónoma.
- Medida 181. Potenciar en Emergencias Sanitarias el plan operativo por zona básica de salud para el Código Ictus, activando el recurso más adecuado.
- Medida 182. Incrementar la tasa de activaciones de código ictus prehospitalario y hospitalario, revisando los criterios de activación y reduciendo el tiempo de demora en el acceso al recurso sanitario, potenciando así mismo el teleictus.
- Medida 183. Revisar la red de hospitales de referencia en ictus en nuestra comunidad y el funcionamiento del Código Ictus en los mismos, adecuándose a los criterios establecidos en la Estrategia de Ictus del SNS.
- Medida 184. Mejorar el acceso al tratamiento intervencionista neurovascular o neuroquirúrgico altamente especializado en nuestra comunidad estableciendo la cartera de servicios de los hospitales de referencia y protocolos de derivación a los mismos.
- Medida 185. Aumentar el porcentaje de pacientes que reciben fibrinólisis en tiempo adecuado desde el inicio de síntomas.
- Medida 186. Reducir el número de episodios recurrentes de ictus mediante actuaciones de prevención secundaria. Aumentar el porcentaje de pacientes que mantienen la adherencia al tratamiento (a los 5 años de su inicio).
- Medida 187. Implantación, seguimiento y evaluación del sistema de Registro del Código Ictus, que recoja los datos sobre todo el proceso de atención al mismo.
- Medida 188. Elaboración de un plan de formación para los profesionales de todos los niveles asistenciales que garantice la pronta y correcta identificación, traslado y atención de los pacientes con ictus.
- Medida 189. Potenciar las líneas de investigación en ictus abiertas en nuestra comunidad y favorecer la participación de la comunidad en convocatorias de proyectos y líneas de investigación prioritarias en ictus.

INDICADORES

154. Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por enfermedad cerebrovascular (ECV).
155. Tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, por enfermedad cerebrovascular (ECV).
156. Tasa de hospitalización, ajustada por edad, por enfermedad cerebrovascular (ECV).
157. Establecer un protocolo de transporte inmediato específico para Código Ictus y Código Infarto, para todas las áreas básicas de salud de nuestra comunidad.

158. Principales indicadores del Registro del Código Ictus: Tasa de activación de código ictus en Emergencias Sanitarias y Hospitalaria/ Tasa de fibrinólisis en código ictus activado/ Tiempos de Referencia.

• **Objetivo específico 50. Potenciar la rehabilitación en procesos cardio y cerebrovasculares en todas las áreas**

Medida 190. Disponer de un mapa de recursos de rehabilitación cardio y cerebrovascular.

Medida 191. Garantizar el acceso a programas de prevención secundaria y rehabilitación a pacientes con procesos cardiovasculares susceptibles de la misma en todas las áreas de salud.

Medida 192. Conseguir una rehabilitación precoz y coordinada en los pacientes con ictus, estableciendo un Plan de Rehabilitación integral al alta dirigido a aumentar la autonomía de los pacientes supervivientes al ictus, consensuado por un equipo multidisciplinar e implicando de forma activa a la familia en el proceso de rehabilitación.

INDICADORES

159. Mapa de recursos de rehabilitación cardio y cerebrovascular.

• **Objetivo específico 51. Favorecer la coordinación y continuidad asistencial en la enfermedad cerebrovascular establecida**

Medida 193. Elaborar un protocolo de atención al paciente con ictus subagudo y establecido prestando una atención integral e integrada que incluya el apoyo al paciente y a su familia.

Medida 194. Desarrollar un programa de rehabilitación del paciente con ictus establecido llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que incluya a médicos rehabilitadores, enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

Medida 195. Establecer la continuidad asistencial en la rehabilitación del paciente con ictus en fase subaguda y en ictus establecido según el grado de discapacidad.

Medida 196. Realizar intervenciones y programas de apoyo a familiares y cuidadores de pacientes con gran deterioro funcional y no candidatos a rehabilitación, en los cuidados necesarios para estos pacientes.

INDICADORES

160. Reducir la discapacidad total o severa debida al ictus (Test de Barthel calculado al año).

Los últimos datos publicados sobre prevalencia de DM han sido los de la Encuesta Europea de Salud 2014 (EES), la cual indica que la prevalencia declarada de DM diagnosticada por un médico en Castilla y León ha vuelto a aumentar con respecto a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Según los datos de la EES, un 6,6% de la población de Castilla y León declara padecer DM (7,3% hombres; 5,8% mujeres). Con respecto a España, es superior en hombres e inferior en mujeres, 6,8% (7,2% en hombres; 6,4% en mujeres).

En el año 2013, fueron hospitalizadas por esta causa 5,2 personas por cada 10.000 habitantes (6,3 hombres; 4,2 mujeres); cifras por encima de la media nacional, 4,6 personas hospitalizadas (5,7 hombres; 3,5 mujeres).

La mortalidad ha descendido en 2013, situándose en 10,7 personas fallecidas por 100.000 habitantes (12,6 en hombres; 8,9 en mujeres), pero continua por encima de la media nacional, 9,5 (10,9 en hombres; 8,3 en mujeres). La mortalidad prematura (en < 75 años) fue de 3,4 personas fallecidas por 100.000 habitantes (4,7 en hombres; 2,2 en mujeres); presenta cifras superiores a las del SNS, 3,0 (4,1 en hombres; 2,0 en mujeres).

La diabetes está asociada a la prevalencia de factores de riesgo sobre los que hay que actuar, promoviendo estilos y hábitos de vida saludables, sobre todo en lo relativo a la actividad física y la dieta equilibrada. Por otro lado, los estudios reflejan que la prevalencia real de la DM es mayor que la que muestra los datos y por lo tanto, hay que seguir insistiendo en el diagnóstico precoz. Una vez diagnosticada, es necesario un adecuado control de la misma, de esta forma se evitan complicaciones agudas y crónicas que pueden tener un impacto negativo en la calidad y esperanza de vida de las personas que la padecen y en los servicios sanitarios.

#### • Objetivo específico 52. Promover la adopción de estilos de vida saludables

Medida 197. Promover estrategias relacionadas con estilos de vida saludables, en especial la alimentación equilibrada, basada en el concepto de dieta mediterránea, y la realización de actividad física ajustada a la situación individual (incluida en área 3).

Medida 198. Impulsar la realización de campañas institucionales con el objeto sensibilizar y educar a la población general sobre hábitos alimentarios, actividad física saludable y deshabituación tabáquica.

#### • Objetivo específico 53. Aumentar la detección precoz de la Diabetes Mellitus (DM)

Medida 199. Fomentar la detección sistemática y homogénea de factores de riesgo para la diabetes de acuerdo a las guías de práctica clínica (GPC).

Medida 200. Impulsar el desarrollo y la puesta en marcha efectiva de sistemas de alerta informáticos para detectar a la población susceptible de cribado.

Medida 201. Promover la detección de la DM en las actividades preventivas de Atención Primaria me-

diante la determinación cada 3 años de glucemia basal en la población asintomática a partir de los 45 años, si el resultado es normal.

Medida 202. Realizar el cribado anual de DM2, por medio de glucemia basal en la población de riesgo definida por: antecedentes familiares de primer grado, sobrepeso u obesidad, HTA, dislipemia, diabetes gestacional (DG) o patología obstétrica, glucemia basal alterada (GBA), tolerancia alterada a la glucosa (TAG) o miembros de etnias de alta prevalencia (población africana, asiática y latinoamericana).

#### INDICADORES

161. Porcentaje de pacientes con factores de riesgo con medición de la glucemia en atención primaria.

#### • Objetivo específico 54. Proporcionar una atención integral e integrada al paciente con diabetes mellitus

Medida 203. Lograr un adecuado control metabólico de los pacientes diabéticos, valorando las cifras de HbA1c de acuerdo a los estándares establecidos, fomentando el autocontrol.

Medida 204. Favorecer un adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) valorando la tensión arterial, hiperlipemia, IMC, alcohol y tabaquismo de las personas con DM.

Medida 205. Facilitar el seguimiento de los pacientes con DM2 a través de herramientas informáticas de aviso para el cumplimiento de las actividades recomendadas por las GPC mediante la implantación de la Guía del Proceso Integrado en diabetes en la HCE compartida entre atención primaria y hospitalaria.

Medida 206. Implantación de protocolos específicos para la planificación de la gestación en mujeres con diabetes pregestacional (DPG).

Medida 207. Favorecer la accesibilidad a retinógrafos no midriáticos digitalizados en los servicios sanitarios asistenciales para la detección de la retinopatía diabética y prevención de la ceguera.

Medida 208. Impulsar la exploración neuroisquémica del pie (mediante la utilización de monofilamento y doppler vascular) en el paciente con diabetes en atención primaria que permita establecer el grado de riesgo de desarrollar úlcera e indicar las medidas preventivas, de tratamiento y de seguimiento adecuadas.

Medida 209. Potenciar la educación diabetológica individual y grupal en los centros sanitarios, para conseguir una mayor autosuficiencia y autocuidado de los pacientes y una mejor calidad de vida con el control de la enfermedad.

Medida 210. Incrementar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud y motivar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo de pacientes activos formadores, con el asesoramiento y supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano.

Medida 211. Fomentar la participación de pacientes, familiares y cuidadores (a través de acuerdos de colaboración con las asociaciones implicadas), así como la participación en grupos de trabajo relativos a la prevención y manejo de la diabetes y la identificación de necesidades y expectativas.

Medida 212. Desarrollar un programa para atención de los escolares diabéticos en colaboración con los centros de salud y con la participación de las asociaciones de pacientes y familiares.

INDICADORES

- 162. Porcentaje de pacientes DM con buen control metabólico en el último año (Hba1c <7% en <75 años y < 8% en >75 años).
- 163. Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 con diabetes mellitus por descompensaciones «agudas» de su enfermedad (hiperglucemia severa, cetoacidosis, coma hiperosmolar, hipoglucemia severa).
- 164. Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM2 con valoración de fondo de ojo en los 2 últimos años.
- 165. Porcentaje de pacientes con DM2 a los que se han revisado los pies en el último año.
- 166. Tasa de altas por amputaciones de miembros inferiores (MMII) en personas con diabetes.
- 167. Tasa de mortalidad ajustada por edad por DM.
- 168. Tasa de mortalidad prematura por DM.

• **Objetivo específico 55. Impulsar la investigación y la formación continuada en diabetes mellitus en todos los niveles asistenciales**

Medida 213. Favorecer la puesta en marcha de unidades y grupos de investigación de la DM en atención primaria y hospitalaria, que permita una integración funcional y efectiva de investigadores a todos los niveles.

Medida 214. Desarrollar, dentro del plan de formación continuada de profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, programas, protocolos y actividades conjuntas para la capacitación en educación terapéutica de los pacientes, incidiendo en técnicas de comunicación, entrevista motivacional y consejo, con programas adaptados a los diferentes perfiles.

Medida 215. Impulsar la realización de talleres formativos en diabetes de áreas comunes a atención primaria y atención hospitalaria como punto de encuentro para unificar criterios de tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Medida 216. Establecer la interconsulta no presencial entre atención primaria y atención hospitalaria, utilizándola como herramienta formativa, incorporando las nuevas tecnologías.

INDICADORES

- 169. Número de cursos realizados y número total de horas de formación en todas las modalidades/Número de profesionales formados/ Satisfacción de los profesionales.

La EPOC se caracteriza por la presencia de una limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, siendo su principal factor de riesgo el tabaquismo. Es una enfermedad grave y muy invalidante pues presenta frecuentes manifestaciones extrapulmonares y comorbilidades asociadas, generando una gran carga de enfermedad y un alto coste para los servicios sanitarios públicos. A pesar de todo ello, se trata de un proceso prevenible y tratable.

Los últimos datos publicados sobre prevalencia de EPOC han sido los de la *Encuesta Europea de Salud* (EES) de 2014, la cual indica que un 3,8 % de la población de Castilla y León declara padecer EPOC diagnosticada por un médico (4,6 % hombres; 3,1 % mujeres). Con respecto a España, las cifras son algo mayores, 3,2 % (3,5 % en hombres; 3,0 % en mujeres).

La EPOC es una causa importante de ingreso hospitalario, sobre todo en hombres. En el año 2013, la tasa de hospitalización ajustada fue de 10,1 altas por 10.000 hab. (17,4 en hombres; 4,2 en mujeres).

Mueren por esta causa más hombres que mujeres. La tasa de mortalidad estandarizada en 2013 se situó en 12,8 fallecimientos por 100.000 habitantes (24,1 en hombres; 4,9 en mujeres). Y lo mismo ocurre con la mortalidad prematura, 4,1 muertes por 100.000 habitantes (6,8 en hombres; 1,5 en mujeres). Ambas tasas inferiores a la media nacional.

Con respecto a su principal factor de riesgo, el tabaco, los últimos datos publicados en la *Encuesta Europea de Salud* (EES) de 2014, en Castilla y León el 21,6% de la población de 15 y más años afirma fumar a diario, el 27,6 % de los hombres y el 18,6 % de las mujeres. Estos datos suponen un descenso en el porcentaje de fumadores con respecto a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, confirmando la tendencia descendente del consumo de tabaco.

Ninguna medicación ha demostrado con certeza reducir la pérdida de función pulmonar a largo plazo, por lo que resulta fundamental realizar un adecuado y temprano diagnóstico, así como un manejo integral de la enfermedad, que incluya fomentar cambios en el estilo de vida, sobre todo la supresión del hábito tabáquico y el aumento del ejercicio físico, además de potenciar las habilidades necesarias para sobrellevar la enfermedad, optimizando el tratamiento farmacológico y no farmacológico y facilitando el oportuno soporte personal y familiar.

#### • Objetivo específico 56. Promover medidas de prevención primaria y la detección precoz de EPOC

Medida 217. Aumentar el conocimiento que la población y los profesionales tienen sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC.

Medida 218. Mantener la vigilancia sobre la exposición al humo del tabaco en centros públicos y en espacios cerrados.

Medida 219. Reducir la prevalencia del consumo de tabaco en todos los grupos de edad, con estrategias concretas dirigidas a mujeres y jóvenes (Contemplado en el área 2).

Medida 220. Mejorar las coberturas vacunales frente a gripe y neumococo en personas con EPOC.

Medida 221. Realizar la detección precoz de EPOC mediante la realización de una espirometría, con criterios de calidad, en todos los centros de salud, en población de riesgo, según protocolo (personas >40 años con síntomas respiratorios y antecedentes de tabaquismo).



## INDICADORES

- 170. Porcentaje de pacientes > 14 años en cuya HC está registrada la valoración del consumo de tabaco.
- 171. Porcentaje de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas de la gripe en el último año.
- 172. Número de espirometrías realizadas en personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada, equivalente a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años) y diagnóstico de bronquitis crónica.

- **Objetivo específico 57. Proporcionar una atención integral e integrada al paciente con EPOC**

- Medida 222. Implantar el proceso asistencial integrado en todas las áreas de salud. Evaluación del mismo de acuerdo a criterios de calidad.
- Medida 223. Desarrollar acciones, individuales o grupales, para mejorar el autocuidado y la responsabilización de los pacientes con EPOC.
- Medida 224. Incrementar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud y motivar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo de pacientes activos formadores, con el asesoramiento y supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano.
- Medida 225. Prescribir a los pacientes de EPOC actividad física terapéutica y adaptación al esfuerzo.
- Medida 226. Ofertar programas de deshabituación tabáquica a los pacientes con EPOC para que abandonen el hábito tabáquico, en su centro de salud o derivándoles a unidades especializadas de tabaquismo.
- Medida 227. Evaluar los resultados de las unidades de deshabituación tabáquica o de las consultas especializadas en tabaquismo.
- Medida 228. Implantar programas estructurados de rehabilitación respiratoria en todas las áreas.
- Medida 229. Definir y evaluar indicadores de calidad en el uso adecuado de las terapias respiratorias y en calidad de vida de los pacientes con esta indicación.

## INDICADORES

- 173. Porcentaje de fumadores, en cuya HC está registrado el test de Fagerstrom, sobre el total de fumadores incluidos en el servicio de deshabituación tabáquica en el último año.
- 174. Tasa de hospitalización, ajustada por edad, por EPOC.
- 175. Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2  $\geq$  40 años con EPOC por descompensación de su patología crónica  $\times$  10.000 / n.º de pacientes G1-G2 con EPOC en su área (Fuente: CRG).
- 176. Tasa de reingresos por EPOC (Fuente: Estrategia de EPOC del SNS).
- 177. Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por EPOC.
- 178. Tasa de mortalidad prematura (<75 años), ajustada por edad, por EPOC.

• **Objetivo específico 58. Impulsar la investigación y la formación continuada en EPOC en todos los niveles asistenciales**

Medida 230. Promover la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en EPOC, mediante la inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, de líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en la EPOC.

Medida 231. Incluir en los planes de formación continuada actividades dirigidas a los distintos colectivos de profesionales que prestan atención a las personas con EPOC. Ofertar programas de formación en deshabituación tabáquica.

INDICADORES

179. Número de cursos realizados y número total de horas de formación en todas las modalidades/  
Número de profesionales formados/ Satisfacción de los profesionales

OBJETIVO  
GENERAL 20

## Disminuir la incidencia de las enfermedades transmisibles

Se atribuye a las enfermedades transmisibles una cuarta parte de la mortalidad humana y una fracción similar de la morbilidad, a nivel mundial. No obstante, en el entorno de los países más desarrollados, las enfermedades transmisibles tienen una carga claramente inferior y desde hace décadas vienen manteniendo una tendencia descendente, ya sea por la eficacia de las vacunas en unos casos, por las medidas de saneamiento ambiental en otros, por la vigilancia e inspección de alimentos y sus procesos de fabricación y distribución en otros, por la ejecución de programas específicos de vigilancia y control y, en todos, por la mejora de los niveles socioeconómicos y de educación sanitaria de la población.

A pesar de todos estos avances, tenemos que seguir abordando diferentes retos en el ámbito de las enfermedades transmisibles. En el momento actual vivimos en un mundo más interconectado, global y dinámico, lo que supone una propagación más rápida de las enfermedades transmisibles. Existen además nuevas amenazas, como las generadas por microorganismos multirresistentes, por enfermedades emergentes y también reemergentes, como es el caso de la tuberculosis, en buena parte asociados a la pérdida de niveles de bienestar que se presenta en situaciones de crisis económica, con más grupos de población en riesgo de pobreza y exclusión social, motivo por el cual el ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) mantiene una iniciativa de seguimiento de los efectos de la crisis económica en esta enfermedad en los países europeos. E incluso asistimos a un cierto resurgir en algunos casos de enfermedades vacunables que creíamos tener bajo control, pero que en parte vuelven a hacerse presentes por ciertas pautas de comportamientos y actitudes de algunos grupos de población ante la protección que confieren las vacunas.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que en las últimas décadas muchas de las enfermedades infecciosas emergentes en humanos se han originado en la fauna salvaje, por lo que estas enfermedades también deben ser afrontadas en su origen, en particular en los animales, mediante un abordaje interdisciplinar de la salud humana y la salud animal, desarrollando el concepto ya mencionado de *One Health* o «Una salud».

Ante todo ello, resulta preciso consolidar y reforzar las actuaciones de vigilancia epidemiológica y control, impulsar los programas de vacunación y, en general, adoptar medidas ante nuevas amenazas presentes aunque no siempre visibles.

• **Objetivo específico 59. Impulsar la prevención de enfermedades transmisibles en la infancia**

Medida 232. Promover la continua actualización del calendario vacunal infantil de Castilla y León, de acuerdo a las evidencias científicas, la situación epidemiológica y las recomendaciones establecidas en el ámbito del Consejo Interterritorial del SNS.

Medida 233. Mejorar la cobertura vacunal a través del fomento del conocimiento de las vacunas y sus ventajas por la población general y, especialmente, entre los padres de niños en edad vacunal, promoviendo la toma de decisiones basada en una información científica, equilibrada y responsable.

Medida 234. Vigilar y apoyar el cumplimiento del calendario vacunal en poblaciones infantiles en riesgo de exclusión, menos sensibilizadas ante las oportunidades que las vacunas brindan o sometidas a la presión de ideas « antivacuna » de cualquier condición.

Medida 235. Avanzar en los proyectos de eliminación de poliomielitis, sarampión y rubeola, acorde con los Planes Nacionales.

INDICADORES

180. Incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación en Castilla y León.

181. Coberturas de vacunación del calendario infantil.

182. Medidas implantadas para mejorar las coberturas de vacunación.

183. Medidas de evaluación de los proyectos de erradicación de poliomielitis, sarampión y rubeola.

• **Objetivo específico 60. Impulsar la vacunación en las personas adultas y mayores**

Medida 236. Impulsar el calendario de vacunación del adulto, basado en las evidencias científicas, en la situación epidemiológica y en las recomendaciones establecidas en el ámbito del Consejo Interterritorial del SNS, de la Unión Europea y de la Organización Mundial de la Salud.

INDICADORES

184. Actualización y aprobación del calendario de vacunación del adulto. Coberturas de vacunación. Control de la seroprevalencia de anticuerpos específicos.

• **Objetivo específico 61. Impulsar el programa de prevención y control de la tuberculosis en Castilla y León**

Medida 237. Fomentar una mayor participación y cumplimiento de las actividades establecidas en el programa de prevención y control de la tuberculosis entre los profesionales sanitarios mediante las adecuadas acciones formativas, el impulso de la notificación de la enfermedad y mejora de la calidad de los datos, la investigación de contactos y la promoción de la adherencia a los tratamientos en los pacientes.

Medida 238. Reducir el tiempo de demora del diagnóstico de la tuberculosis, potenciando la coordina-

ción entre niveles asistenciales, la capacidad de actuar de los enfermos como fuente de infección y transmisión de la enfermedad, y adoptando criterios de urgencia para la realización de pruebas de diagnóstico clínico y radiológico y de confirmación microbiológica de los enfermos sospechosos de tuberculosis.

## INDICADORES

- 185. Incidencia de tuberculosis en Castilla y León.
- 186. Indicadores de seguimiento del programa de prevención y control de la TB aprobados por la Comisión de Salud Pública en junio de 2013.

- **Objetivo específico 62: Avanzar en el control de las zoonosis**

- Medida 239. Afianzar los programas de control de zoonosis en la ganadería y la fauna silvestre regional.
- Medida 240. Reforzar los canales de comunicación y coordinación entre los profesionales sanitarios, los servicios veterinarios oficiales de agricultura y ganadería y de salud pública para el intercambio de información en relación a las zoonosis.
- Medida 241. Realizar actividades formativas de actualización sobre los riesgos para la salud humana derivados de los animales dirigidas a profesionales de la salud.

## INDICADORES

- 187. Tasa de incidencia de zoonosis en Castilla y León. Correlación con prevalencia de enfermedades zoonóticas en la cabaña ganadera y/o fauna silvestre.
- 188. Número de protocolos de coordinación para la transmisión de información y conocimientos en materia de zoonosis.

- **Objetivo específico 63. Disponer de nuevos protocolos de vigilancia epidemiológica y de respuesta para las actuaciones de los profesionales del sistema público de salud ante situaciones de alerta/emergencia de salud pública, en particular de aquellas motivadas por riesgos emergentes o reemergentes**

- Medida 242. Elaboración de nuevos protocolos de respuesta ante problemas de salud emergentes o problemas de Salud Pública de especial relevancia o actualización de los existentes.

## INDICADORES

- 189. Número de protocolos de respuesta ante situaciones de alerta/emergencia de salud pública nuevos o actualizados.

• **Objetivo específico 64. Potenciar la adecuada comunicación sobre riesgos de salud pública en la población**

Medida 243. Desarrollar información accesible y comprensible, escrita o audiovisual, dirigida a los ciudadanos ante situaciones de riesgo que puedan generar alarma social, que permitan facilitar una rápida distribución de mensajes eficaces (tuberculosis, meningitis, enfermedades emergentes, riesgos alimentarios, zoonosis, otros riesgos ...)

INDICADORES

190. Número de contenidos desarrollados para los ciudadanos ante situaciones que puedan generar alarma social.

• **Objetivo específico 65. Desarrollar el sistema de información microbiológica**

Medida 244. Diseñar un protocolo automatizado de recogida sistemática de determinados resultados en los laboratorios de microbiología de Castilla y León, accesible a los profesionales, para contribuir a la vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades infecciosas.

INDICADORES

191. Desarrollo del sistema de información microbiológica. N.º de laboratorios integrados en el sistema. N.º de registros de resultados microbiológicos de relevancia epidemiológica.

OBJETIVO GENERAL 21

**Implantar un modelo de atención para dar una respuesta ordenada y uniforme a las enfermedades poco frecuentes o raras en Castilla y León**

La Unión Europea define las enfermedades raras, minoritarias, huérfanas o enfermedades poco frecuentes como aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica que tienen una prevalencia menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes. En conjunto, se estima que afectan a un 5-7% de la población de los países desarrollados.

Constituyen un grupo muy heterogéneo de enfermedades que, sin embargo, comparten algunas características. Se trata en general de enfermedades hereditarias de inicio en la edad pediátrica, de carácter crónico y que suelen llevar aparejado un alto grado de discapacidad, por lo que precisan ser tratadas desde un enfoque global, con una clara coordinación de las actuaciones a nivel nacional, regional y local, y con la necesaria cooperación en investigación, diagnóstico, tratamiento y difusión de conocimientos y recursos sobre las mismas.

La Comunicación COM (2008) 679 final de la Comisión Europea al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre las enfermedades raras establece la estrategia comunitaria en este campo, en la que se incluye, como uno de los puntos fundamentales, mejorar el reconocimiento y visibilidad de las enfermedades

raras; señala también la citada comunicación la relevancia de los registros y bases de datos como instrumentos clave para el desarrollo de la investigación clínica de estas enfermedades.

En nuestro país, el Consejo Interterritorial aprobó, en junio de 2009, la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. Esta estrategia recoge siete líneas de actuación, como la prevención y detección precoz de enfermedades raras, la atención sanitaria y sociosanitaria, el impulso a la investigación, formación e información a profesionales y personas afectadas y sus familias.

Con la inclusión de este objetivo en el IV Plan de Salud de Castilla y León se establecen una serie de medidas que nos permiten avanzar en el mejor conocimiento, atención, coordinación e investigación de las enfermedades poco frecuentes o raras en Castilla y León.

• **Objetivo específico 66. Avanzar en prevención y detección precoz**

- Medida 245. Fomentar, a través del Servicio de Atención a la Mujer Embarazada, la valoración de estilos de vida saludables, que permita conocer sus necesidades concretas y establecer las intervenciones oportunas, incluyendo la eliminación del consumo activo y pasivo de tabaco o el cese del consumo de alcohol.
- Medida 246. Garantizar que cualquier persona, hombre o mujer, susceptible de padecer o estar afectada por una enfermedad genética o con riesgo de transmitirla a su descendencia, tenga acceso a un adecuado consejo genético y, cuando esté indicado, al correspondiente análisis genético, así como al diagnóstico genético preimplantacional u otros tratamientos cuando corresponda.
- Medida 247. Conocer los servicios y pruebas que se realizan en los laboratorios de la comunidad destinadas al diagnóstico y detección precoz de las enfermedades poco frecuentes o raras (diagnóstico genético preimplantacional (DGP), pruebas de diagnóstico prenatal y pruebas diagnósticas de cribado neonatal).
- Medida 248. Establecer una unidad de referencia en genética clínica, para el diagnóstico y consejo de aquellas enfermedades realmente poco frecuentes.
- Medida 249. Ampliar la cartera de servicios de cribado neonatal de enfermedades poco frecuentes o raras incorporando, de forma racional y eficiente, aquellos cribados de los que se disponga de suficiente evidencia científica sobre los beneficios en salud y de estudios de coste efectividad que avalen su inclusión en la cartera de servicios, y en consonancia con los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial del SNS.
- Medida 250. Reforzar el protocolo de seguimiento del niño, incidiendo en la búsqueda de los principales signos y síntomas de determinadas enfermedades poco frecuentes o raras.
- Medida 251. Mejorar la formación en síntomas y signos de alarma de enfermedad poco frecuente o rara de los profesionales sanitarios de atención primaria para potenciar su papel en el diagnóstico de sospecha: medicina de familia, pediatría, matrona y enfermería.
- Medida 255. Garantizar la calidad de las intervenciones en atención temprana dirigidas a la población infantil comprendida entre 0 y 6 años de edad con discapacidad o riesgo de padecerla, así como a su

familia y su entorno, para dar respuesta lo más pronto posible a sus necesidades transitorias o permanentes, proporcionado por los sistemas de salud, servicios sociales y educación.

## INDICADORES

- 192. Prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en mujeres embarazadas.
- 193. Nuevos cribados neonatales incluidos en cartera de servicios.
- 194. Indicadores de evaluación de la atención temprana: Número de menores detectados por los diferentes sistemas implicados / Número de derivaciones realizadas entre los sistemas implicados conforme al procedimiento y con la utilización de los documentos previstos en el protocolo. / Tipología de actuaciones de coordinación con el sistema sanitario (intercambio de información, petición de pruebas complementarias...) en los casos de atención temprana prestada por Servicios Sociales y por Educación. / Grado de satisfacción de las familias usuarias de la Atención Temprana. / Grado de implantación del Protocolo de Coordinación interadministrativo en Atención Temprana

• **Objetivo específico 67. Proporcionar una atención sanitaria integral a los pacientes con enfermedades poco frecuentes o raras**

- Medida 253. Identificar unidades asistenciales con mayor experiencia en las principales enfermedades poco frecuentes o raras en nuestra comunidad.
- Medida 254. Establecer procedimientos de coordinación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales a nivel de Castilla y León y con los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) tanto para mejorar la derivación de pacientes como para compartir conocimiento.
- Medida 255. Potenciar la rehabilitación integral (física, sensorial, cognitiva y funcional) para las personas afectadas por una enfermedad poco frecuente o rara, con el fin de, optimizar, conservar y/o asegurar sus capacidades residuales y fomentando la autonomía personal.
- Medida 256. Ofrecer atención psicológica, apoyo y asesoramiento a las personas afectadas de enfermedades poco frecuentes o raras y sus familiares.
- Medida 257. Potenciar la educación parental en colectivos con necesidades diferentes como son los menores con discapacidad.

## INDICADORES

- 195. Organización asistencial de la atención a las enfermedades raras o poco frecuentes en Castilla y León.

• **Objetivo específico 68. Impulsar el conocimiento, la información, la formación y educación y la investigación sobre enfermedades poco frecuentes o raras en Castilla y León**

- Medida 258. Impulsar el registro de enfermedades poco frecuentes o raras de Castilla y León.
- Medida 259. Conocer la situación y realizar el mapa de enfermedades raras o poco frecuentes en Castilla y León.
- Medida 260. Promover el desarrollo de proyectos de investigación que contribuyan a mejorar el conoci-

miento científico-técnico sobre estas enfermedades y la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares.

Medida 261. Favorecer la sensibilización hacia el problema que representan las enfermedades poco frecuentes o raras y colaborar en las campañas de concienciación social que realizan las asociaciones de pacientes, de profesionales y de otras administraciones.

#### INDICADORES

196. Informe de situación de las enfermedades raras en Castilla y León.

## OBJETIVO GENERAL 22

### Mejorar la atención a personas con otros problemas de salud: enfermedades neurodegenerativas y enfermedad mental

En la actualidad se conocen más de 100 enfermedades neurodegenerativas; las más importantes, por su frecuencia y/o gravedad, son la de Alzheimer, Parkinson, Huntington y la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Son enfermedades que se caracterizan por la pérdida progresiva e imparable de neuronas en áreas concretas del cerebro (por ejemplo, la sustancia negra en la enfermedad de Parkinson) o en sistemas anatómico-funcionales (por ejemplo, las motoneuronas en la esclerosis lateral amiotrófica). La esclerosis múltiple (EM) se ha considerado tradicionalmente como una enfermedad desmielinizante y autoinmune del sistema nervioso central. Actualmente se desconocen las causas que la producen aunque el mecanismo autoinmune está presente, pudiendo considerarse una enfermedad neurodegenerativa.

El principal factor de riesgo para desarrollar estas enfermedades es el incremento de la edad. El aumento previsto para los próximos años de la esperanza de vida de la población hará que la prevalencia de estas patologías se duplique. En la actualidad no se dispone de ningún tratamiento que permita prevenir ninguna enfermedad neurodegenerativa. No obstante, hay toda una serie de líneas de investigación para prevenir o enlentecer o frenar la neurodegeneración y cuyos resultados prácticos es probable que estén disponibles a medio plazo. Su carácter crónico, su plurisintomatología y el aumento progresivo de la discapacidad que caracteriza a estas enfermedades suponen un reto para el sistema sociosanitario, que debe afrontar los continuos cambios que acontecen en el paciente y en su entorno.

En Castilla y León, disponemos de datos de prevalencia estimada para alguna de estas enfermedades. En el caso de las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer, la prevalencia estimada, 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). En nuestra comunidad, una de las más envejecidas de España, con un 23% de personas de 65 años y más y aumentando, el número de personas afectadas puede superar las 60.000. En la comunidad se han creado ya los recursos necesarios que garantizan el abordaje integral de los pacientes con demencia, con servicios de atención a la demencia en atención primaria y hospitalaria y con la continuidad adecuada entre ellos y con los servicios sociales.

El objetivo es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con medidas que abarquen el diagnóstico precoz, la investigación y sobre todo, la adecuada coordinación sociosanitaria, ofreciéndoles res-



puestas y soluciones en cualquier momento de la evolución de su enfermedad.

Otro de los problemas de salud que se ha incluido en este Plan de Salud es la enfermedad mental, no sólo por su alta prevalencia sino porque constituye uno de los grupos de enfermedades con mayor impacto, tanto por el sufrimiento que ocasionan a los enfermos y a sus familias, como por los costes sociales y económicos, directos e indirectos, que originan. En algunos casos, este sufrimiento acaba en suicidio. De hecho, las enfermedades mentales son abordadas con una consideración singularizada por los organismos internacionales al igual que ha hecho nuestro Sistema Nacional de Salud mediante el desarrollo de una estrategia específica.

La evaluación del III Plan de Salud confirmó la elevada prevalencia de los procesos ansiosos- depresivos en nuestra comunidad. En general, estos procesos son abordados inicialmente por atención primaria y conllevan un elevado consumo de fármacos. En atención hospitalaria, los trastornos mentales constituyen un bajo porcentaje de las altas, sin embargo, los ingresos por estas patologías generan estancias muy largas, de tal manera que son los procesos de mayor estancia media hospitalaria. Además de la atención primaria y hospitalaria, requieren de una importante infraestructura asistencial para dar respuesta a las necesidades de los pacientes que precisan de una atención continua y especializada que los familiares no pueden proporcionar.

Hay que destacar en nuestra comunidad, el Programa de Gestión de Casos, un modelo de atención para pacientes con trastorno mental grave y necesidades sociosanitarias múltiples, complejas y mantenidas en el tiempo, que funciona desde hace varios años con buenos resultados. En cuanto al diagnóstico precoz, son varios los servicios de cartera de Atención Primaria que incluyen una valoración del estado afectivo 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. Y a través de la Red de Asistencia Psiquiátrica se están implantando protocolos de actuación en situaciones de riesgo.

Se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria de las enfermedades mentales, pero todavía son muchas las áreas en las que es preciso mejorar nuestras actuaciones. Una de ellas, es la necesidad de erradicar el estigma que la enfermedad mental lleva asociado, actuando como factor limitante, tanto en el acceso a los servicios y cuidados sanitarios y sociales como en la posibilidad de integración social y al derecho de las personas que las padecen al ejercicio pleno de su condición de ciudadano.

• **Objetivo específico 69. Mejorar la atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas en Castilla y León**

Medida 262. Avanzar en la prevención y detección precoz mediante el desarrollo de programas de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios, especialmente en atención primaria, para la detección de signos y síntomas de enfermedades neurodegenerativas.

Medida 263. Promover la cooperación y el funcionamiento integrado entre los sistemas sanitario y social involucrados en la mejora de la atención integral a las personas con enfermedades neurodegenerativas y a sus familiares.

INDICADORES

197. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedad de Alzheimer, de Parkinson, ELA y esclerosis múltiple.

198. Actividades formativas desarrolladas/ Valoración media de las actividades formativas en patologías incluidas en el objetivo.

199. Porcentaje de personas diagnosticadas de demencia en el último año con registro de prueba neurocognitiva breve.

200. Porcentaje de pacientes con demencia no institucionalizados que tienen cuidador identificado.

• **Objetivo específico 70. Mejorar la atención a las personas con enfermedad mental, eliminar el estigma y promover acciones para su recuperación**

Medida 264. Impulsar el modelo comunitario de atención a los trastornos mentales.

Medida 265. Desarrollar procesos específicos de salud mental para la población infanto-juvenil.

Medida 266. Desarrollar acciones para una parentalización positiva.

Medida 267. Luchar para la erradicación del estigma.

Medida 268. Potenciar la capacidad resolutoria de atención primaria en relación a las personas con problemas de salud mental.

Medida 269. Desarrollo e implantación del proceso de atención a la conducta suicida.

INDICADORES

201. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta.

202. Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100.000 hab.

203. Consumo de antidepresivos (DHD antidepresivos).

204. Desarrollo e implantación del Proceso de Atención Integrada al Autismo.

205. Implantación del Proceso de Atención a la Conducta Suicida en todas las áreas de salud de la comunidad.

206. Implantación del Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo en Salud Mental (gestión casos).

## Área 5. Reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida

Los cambios demográficos y epidemiológicos como el envejecimiento de la población, el aumento de la incidencia de discapacidad y dependencia asociada al incremento de la esperanza de vida, la cronicidad de las enfermedades y la reducción de las estancias en centros hospitalarios están modificando las necesidades sanitarias y sociales de la población.

La experiencia nos ha enseñado que no sólo se debe tratar la enfermedad sino que también es fundamental tener en cuenta las necesidades del paciente en su entorno familiar y social, por lo que el cambio organizativo requiere una adecuada atención en el sistema de salud y la sincronización con los servicios sociales. Castilla y León está desarrollando un modelo de coordinación sociosanitaria capaz de atender al paciente de una forma integral y personalizada, garantizando la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos que prestan servicios, estableciendo sistemas de información compartidos que permitan la gestión conjunta y acercando los servicios al entorno del paciente mediante el apoyo domiciliario organizado.

Hay que seguir dando pasos en el ámbito de las tecnologías de la información y comunicación, que siguen proporcionando medios para mejorar la interconexión con pacientes y agentes, permitiendo la prestación de servicios sanitarios o de información relativa a la salud. Un paciente cada vez más activo, mejor informado, exigente y que quiere participar en la toma de decisiones sobre su propia salud implica la obligación de los sistemas y servicios de salud de poner a su disposición información sanitaria veraz y acceso a su propia información médica. La historia clínica electrónica permite el desarrollo de herramientas como la carpeta del paciente o las plataformas para intercambio de información entre profesionales del sistema sanitario y, dando un paso más, la denominada m-Health, que a través

de dispositivos móviles (teléfonos inteligentes y tabletas) y de las apps sobre salud, pueden contribuir de forma decisiva a mejorar el manejo de su propia salud y la calidad de vida de los pacientes.

Pero el cambio en la organización no sería posible sin establecer alianzas entre gestores y clínicos. En cualquier organización sanitaria el peso fundamental reside en los profesionales sanitarios y no sanitarios, no sólo porque en sus manos está la toma de decisiones, sino también porque son quienes generan el verdadero valor para los pacientes. La gestión clínica es uno de los modelos que busca implicar a los profesionales en el resultado final en salud ofreciéndoles las herramientas necesarias para planificar y gestionar sus actividades. Pero para que estos profesionales puedan tomar decisiones es necesario disponer de información adecuada. Ello supone desarrollar sistemas de medición de resultados en términos médicos que nos permiten comparar y mejorar la calidad asistencial (*benchmarking*).

Y todo ello, enmarcado en el modelo EFQM de excelencia, modelo que proporciona las claves para hacer una gestión de calidad. En sus propuestas incorpora las buenas prácticas y da respuesta a lo que una organización debe hacer para ser excelente en la gestión y obtener buenos resultados sostenidos en el tiempo. La evaluación de nuestros centros siguiendo el modelo EFQM ha permitido identificar numerosos proyectos de mejora que se han incorporado como objetivos en este documento.

Por último, se incluyen objetivos relativos a seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, que ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias como para gestores y profesionales. La complejidad del manejo de los pacientes ha provocado un aumento de los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria, representando una causa de elevada morbilidad y mortalidad. Todos los sistemas sanitarios están desarrollando programas, planes y estrategias que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

**• Objetivo específico 71. Difundir la cultura de calidad y seguridad en la organización**

Medida 270. Definir el código ético de la organización.

Medida 271. Consensuar y difundir los estándares de calidad y seguridad de la organización.

Medida 272. Difundir conocimiento en gestión, calidad y seguridad mediante la definición de un currículum básico, el diseño del rincón de calidad y seguridad en el Portal de Salud y la realización de jornadas de difusión de buenas prácticas.

Medida 273. Promocionar la investigación en calidad y seguridad del paciente. Incluir la calidad y la seguridad del paciente entre las líneas estratégicas en investigación.

## INDICADORES

207. Elaboración, publicación y difusión del código ético.

208. Diseño del rincón de la calidad y la seguridad en el Portal de Salud

**• Objetivo específico 72. Promover la evaluación y mejora en el marco del modelo EFQM**

Medida 274. Sistematizar la autoevaluación periódica de las organizaciones y la participación en procesos de evaluación externa en organizaciones con nivel avanzado de gestión.

Medida 275. Impulsar el diseño de un plan estratégico propio a nivel de cada gerencia, alineado con la estrategia del SNS.

## INDICADORES

209. Porcentaje de gerencias de la organización que realiza autoevaluación con el modelo EFQM.

210. Porcentaje de centros de la organización con plan estratégico diseñado.

**• Objetivo específico 73. Desarrollar las nuevas estrategias de gestión**

Medida 276. Implantación y seguimiento de las unidades de gestión clínica. Evaluación de resultados.

Medida 277. Establecer de forma paulatina sistemas de gestión de la calidad basados en la gestión por procesos organizativos.

## INDICADORES

211. Número de unidades de gestión clínica en funcionamiento. Evaluación de resultados.

212. Porcentaje de centros de la organización que cuenten con un sistema de gestión de la calidad ba-

sado en la gestión por procesos organizativos.

• **Objetivo específico 74. Facilitar el buen gobierno mediante la evaluación de resultados y el *benchmarking***

Medida 278. Consensuar los indicadores estratégicos de la organización e implementar un cuadro de mando a nivel de GRS/Área y unidad.

Medida 279. Promover la transparencia, mediante la difusión a los ciudadanos de los indicadores estratégicos de la organización.

Medida 280. Mejorar la comunicación interna y externa de la organización.

Medida 281. Analizar la satisfacción de usuarios mediante la realización de encuestas corporativas que permitan el *benchmarking*.

INDICADORES

213. Existencia de cuadro de mandos estratégico.

214. Diseño y difusión del plan de comunicación.

215. Satisfacción del paciente, global y por ítem, con la atención recibida.

• **Objetivo específico 75. Potenciar la implicación de todos los profesionales de la salud en el cambio del sistema mediante el compromiso de la organización con los profesionales.**

Medida 282. Reforzar el liderazgo. Definir el estilo de liderazgo y el mapa de competencias de los líderes y desarrollar un programa de formación de líderes.

Medida 283. Diseñar una política de reconocimiento de los profesionales.

Medida 284. Evaluar el clima laboral y la satisfacción de los profesionales.

Medida 285. Mejorar la competencia de los profesionales del sistema público de salud proporcionando una formación de calidad. Evaluar su transferencia y su impacto.

Medida 286. Desarrollo de la profesión enfermera.

INDICADORES

216. Número de líderes formados en las competencias seleccionadas.

217. Grado de satisfacción, global y por ítem, de los profesionales.

218. Grado de participación de los profesionales en la formación / Grado de satisfacción de los profesionales con la formación / Grado de transferencia de la formación recibida al puesto de trabajo.

**• Objetivo específico 76. Avanzar en la implantación de procesos asistenciales integrados**

- Medida 287. Definir el mapa de procesos asistenciales integrados a desarrollar, revisar e implantar hasta el año 2020.
- Medida 288. Establecer mecanismos para impulsar la correcta utilización de los procesos clínicos asistenciales integrados por todos los profesionales involucrados y con la implicación de los equipos directivos de los centros e instituciones.
- Medida 289. Evaluar los resultados de los procesos asistenciales integrados.
- Medida 290. Potenciar la participación de las asociaciones de pacientes en la elaboración de planes, estrategias, guías y protocolos.
- Medida 291. Elaborar e implantar el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos en la Comunidad, garantizando la continuidad asistencial y la coordinación efectiva de los recursos existentes en la comunidad, tanto para pacientes oncológicos como no oncológicos.

## INDICADORES

219. Existencia del mapa de procesos asistenciales integrados.
220. Número de procesos asistenciales implantados en el 100% de las áreas.
221. Grado de implantación del protocolo de atención integrada de cuidados paliativos.

**• Objetivo específico 77. Impulsar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales garantizando la integración y continuidad de cuidados que dé respuesta a las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes**

- Medida 292. Garantizar la atención integrada y ágil entre servicios de salud y servicios sociales dando respuesta a las necesidades socio-sanitarias de los pacientes que requieren una atención simultánea o sucesiva de ambos sistemas.
- Medida 293. Interrelación de los sistemas de información sanitario y social para la mejor planificación y clasificación de los usuarios de ambos sistemas.
- Medida 294. Desarrollo e implantación de unidades de convalecencia sociosanitaria (UCSS) de gestión compartida entre servicios sanitarios y sociales, destinadas a personas que precisando cuidados sanitarios no pueden permanecer en su domicilio por falta de soporte social.
- Medida 295. Promover las herramientas necesarias para detectar situaciones de riesgo social en los servicios sanitarios y desarrollar los procesos adecuados de coordinación con servicios sociales.
- Medida 296. Desarrollar planes de atención y cuidados compartidos entre atención primaria y los servicios sociales.

Medida 297. Desarrollo de sistemas de atención integrada en el domicilio, con evaluación, planificación y seguimiento conjunto de servicios sociales y sanitarios de las personas con enfermedades crónicas y en situación de dependencia.

Medida 298. Establecer protocolos de coordinación entre los profesionales del servicio de salud y los profesionales de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, para garantizar la atención integral y continuada de las personas institucionalizadas.

Medida 299. Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y la red específica de atención a los pacientes drogodependientes.

#### INDICADORES

222. Porcentaje de áreas de salud con unidades de convalecencia sociosanitaria.

223. Número de personas atendidas en el proceso de atención integrada en su domicilio.

224. Número de personas atendidas en el proceso de atención integrada en centro residencial.

225. Número de personas con plan de cuidados compartido.

226. Porcentaje de personas con enfermedad crónica y reconocimiento de dependencia.

## OBJETIVO GENERAL 25

### Orientación al paciente

- **Objetivo específico 78. Promover la participación y empoderamiento (corresponsabilidad) del paciente en el conocimiento y gestión de su enfermedad mediante la información, formación y capacitación necesarias en autocuidado**

Medida 300. Desarrollo y seguimiento del Aula de pacientes. Incorporación de nuevos contenidos y accesibilidad de los mismos.

Medida 301. Avance en el proyecto de paciente activo. Implantación en las principales patologías crónicas (diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia cardiaca congestiva, cáncer).

Medida 302. Educación en el uso responsable de los servicios sanitarios.

Medida 303. Potenciar las relaciones y actividades con asociaciones de pacientes.

Medida 304. Desarrollo e implantación de herramientas informáticas que mejoren la interconexión con los pacientes.

Medida 305. Promover la participación de pacientes y familiares en su seguridad en sus contactos con el sistema de salud.

Medida 306. Fomento y protocolización de la planificación anticipada de cuidados en enfermedades con pronóstico evolutivo de pérdida de la capacidad.

## INDICADORES

- 227. Nuevos contenidos publicados en el Aula de pacientes.
- 228. Evaluación del proyecto paciente activo.
- 229. Tasa de documentos de instrucciones previas inscritos en el registro de instrucciones previas (REIP) por cada 1.000 habitantes mayores de 18 años.

## OBJETIVO GENERAL 26

## Avanzar en la seguridad del paciente

- **Objetivo específico 79. Reducir actuaciones que no aportan valor y que pueden suponer un riesgo para el paciente**

- Medida 307. Revisar la variabilidad y la adecuación de la práctica clínica potenciando aquellas actuaciones sanitarias consideradas de alto valor.
- Medida 308. Favorecer la difusión de recomendaciones actualizadas sobre actuaciones sanitarias consideradas de bajo valor, según la evidencia científica del momento.
- Medida 309. Promover el uso seguro y responsable de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos.

## INDICADORES

- 230. Porcentaje de recomendaciones de bajo valor en las que se difunde información a los profesionales.

*NOTA. Estos indicadores serán actualizados teniendo en cuenta las recomendaciones e indicadores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, actualmente en fase de elaboración.*

- **Objetivo específico 80. Promover la comunicación efectiva y el trabajo en equipo entre profesionales**

- Medida 310. Desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructurada en las transiciones asistenciales.
- Medida 311. Desarrollar y facilitar la formación y entrenamiento de equipos de trabajo para lograr una comunicación y trabajo en equipo efectivos.
- Medida 312. Establecer estrategias para la comunicación efectiva y a tiempo de valores críticos de pruebas diagnósticas que puedan suponer un riesgo importante para el paciente si no se actúa rápidamente.



INDICADORES

231. Número de proyectos desarrollados para promover la comunicación efectiva y el trabajo en equipo entre profesionales.

*NOTA. Estos indicadores serán actualizados teniendo en cuenta la Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, actualmente en fase de elaboración.*

• **Objetivo específico 81. Promover la gestión de riesgos en seguridad del paciente**

Medida 313. Diseñar y validar un cuadro de mando de indicadores en seguridad del paciente.

Medida 314. Facilitar la evaluación del clima de seguridad y la difusión de sus resultados, como ayuda a la implementación de prácticas seguras.

Medida 315. Promover el desarrollo de mapas de riesgos que faciliten la identificación de riesgos.

Medida 316. Extender la utilización de SISNOT. Promover el análisis y la introducción de mejoras a nivel local y fomentar la retroalimentación de información sobre los incidentes notificados y las mejoras introducidas.

Medida 317. Definir pautas para la adecuada gestión de las situaciones asociadas a un evento adverso grave.

Medida 318. Incorporar recomendaciones, para prevenir los eventos adversos más frecuentes, en los planes de acogida de nuevos profesionales y de aquéllos que están en periodo de formación en nuestra organización.

Medida 319. Incorporar alertas en la historia clínica electrónica adaptadas al contexto donde se realiza la atención.

INDICADORES

232. Porcentaje de hospitales y GAP con sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

*NOTA. Estos indicadores serán actualizados teniendo en cuenta la Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, actualmente en fase de elaboración.*

• **Objetivo específico 82. Minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS)**

Medida 320. Desarrollar el plan de vigilancia, prevención y control de IRAS de la organización.

Medida 321. Implementar un sistema de vigilancia corporativo.

Medida 322. Extender los proyectos bacteriemia y neumonía zero desarrollados en UCI a otras unidades críticas.

Medida 323. Desarrollar el proyecto infección quirúrgica zero.

Medida 324. Impulsar el plan de acción en higiene de manos de la comunidad en los diferentes niveles de atención.

Medida 325. Difundir el proyecto flebitis zero.

Medida 326. Mantener y extender los programas existentes destinados a minimizar el desarrollo de resistencias antimicrobianas y la transmisión de microorganismos multirresistentes. Impulsar la puesta en marcha del proyecto resistencia zero en UCI y el programa PROA (programa de optimización del uso de antimicrobianos) en hospitales.

#### INDICADORES

233. Proceso de vigilancia, prevención y control de IN diseñado.

234. Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central en UCI.

235. Tasa de incidencia de neumonías asociada a ventilación mecánica en UCI.

236. Índice de incidencia de infección del lugar quirúrgico ajustado por riesgo NNIS.

237. Número de litros de productos de base alcohólica (PBA) consumidos por cada 1.000 días de estancia.

238. Tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas durante la estancia en UCI.

*NOTA. Estos indicadores serán actualizados teniendo en cuenta la Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, actualmente en fase de elaboración.*

#### • Objetivo específico 83. Promover la seguridad en el ámbito quirúrgico

Medida 327. Diseñar el proceso de atención al paciente quirúrgico.

Medida 328. Promover la implantación y el uso adecuado del listado de verificación de la seguridad quirúrgica (LVSQ) y la introducción de mejoras que den respuesta a los problemas identificados.

Medida 329. Desarrollar un programa de acción para mejorar la implementación de las recomendaciones de Helsinki sobre la seguridad del paciente en anestesiología.

Medida 330. Promover la seguridad en la transferencia de pacientes de alto riesgo desde el quirófano a unidades críticas (utilización del listado de situación, especialmente en pacientes con enfermedad sistémica grave).

Medida 331. Desarrollar medidas para mejorar la profilaxis del tromboembolismo venoso.

#### INDICADORES

239. Porcentaje de hospitales que tienen implantada la lista de verificación de seguridad quirúrgica.

240. Porcentaje de pacientes con intervención quirúrgica programada a los que se aplica la LVSQ.

#### • Objetivo específico 84. Promover el uso seguro del medicamento

Medida 332. Implantar programas de prescripción electrónica (preferentemente asistidos) integrados en los sistemas de información clínica disponibles para todos los profesionales implicados en la atención del paciente.

Medida 333. Promover la conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales. Estandarizar la información sobre medicamentos que se proporciona en los informes de alta hospitalaria. Desarrollar acciones y aplicaciones informáticas de ayuda a la conciliación de la medicación.

Medida 334. Reforzar las intervenciones dirigidas a realizar un uso seguro del medicamento en pacientes pediátricos y polimedicados y a evitar los errores más frecuentes asociados con los medicamentos de alto riesgo.

Medida 335. Elaboración de protocolos de respuesta ante situaciones de alerta/emergencia sanitaria en materia de medicamentos y productos sanitarios.

#### INDICADORES

241. Porcentaje de hospitales con protocolos para conciliar la medicación al alta.

242. Porcentaje de hospitales con protocolos para medicamentos de alto riesgo.

243. Número de protocolos de respuesta elaborados ante situaciones de alerta/emergencia en materia de medicamentos y productos sanitarios.

#### • Objetivo específico 85. Continuar con el despliegue de otras prácticas seguras

Medida 336. Desarrollar e implementar acciones para la identificación inequívoca del paciente, de las muestras biológicas y la documentación clínica empleada.

Medida 337. Fomentar la seguridad en los cuidados, reforzando los aspectos de seguridad del paciente en los planes e informes de continuidad de cuidados.

Medida 338. Promover la implantación de prácticas seguras en el tratamiento de muestras biológicas sólidas y líquidas no reemplazables y determinantes para el diagnóstico.

Medida 339. Facilitar la puesta en marcha de estrategias para la identificación y tratamiento temprano de la sepsis.

Medida 340. Pilotar la utilización de sistemas de alerta temprana en el hospital.

#### INDICADORES

244. Porcentaje de hospitales que tienen implantado un sistema de identificación correcta de pacientes durante todo el proceso de hospitalización.

245. Porcentaje de hospitales que tienen implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta.

246. Porcentaje de hospitales que tienen implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslado de muestras biológicas.

247. Porcentaje de hospitales que han puesto en marcha estrategias para la identificación y tratamiento temprano de la sepsis.

*NOTA. Estos indicadores serán actualizados teniendo en cuenta la Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, actualmente en fase de elaboración.*





## Evaluación del IV Plan de Salud de Castilla y León

La evaluación del IV Plan de Salud constituye la herramienta necesaria para conocer el grado de cumplimiento de sus objetivos y medidas con el fin de adoptar las acciones necesarias para conseguir el objetivo deseado. Es pues un compromiso del propio plan la definición de los mecanismos de seguimiento que habrán de realizarse referidos a cada línea de actuación.

La evaluación es un proceso dinámico que se pone en marcha desde el momento de su implantación y tiene tres vertientes:

1. Por un lado se medirá cada objetivo valorando el grado de cumplimiento de las medidas propuestas y, en último término, a partir de los indicadores elegidos para evaluar cada uno de ellos. Se ha preferido elegir indicadores de resultado aunque también se han incluido indicadores de proceso. Siempre que ha sido posible, se han seleccionado indicadores que están disponibles en los sistemas de información ya existentes y que permiten la comparación con el entorno.
2. En un ámbito más amplio está la evaluación de las estrategias e intervenciones intersectoriales que dependen de otros centros directivos y con la que se cuenta para medir el impacto en salud de las políticas de la Junta de Castilla y León. La evaluación de los planes y objetivos de otras consejerías se harán conforme al diseño específico y éstos los remitirán a la Consejería de Sanidad con la periodicidad acordada.

Con toda la información, se elaborará un informe de seguimiento con carácter anual que se hará público en el Portal de Salud.

3. Y siguiendo con la línea de participación que se ha incorporado para la elaboración del IV Plan de Salud, se considera necesario mantener la comunicación con la ciudadanía a través de un espacio abierto y permanente que permita no sólo informar sobre el desarrollo y la implantación del mismo también recibir opiniones, sugerencias o aportaciones a lo largo de todo el periodo de vigencia del plan.

Una vez finalizado el periodo de vigencia, 2020, se hará la evaluación final. En total se analizarán 247 indicadores y se publicará un informe de evaluación. Algunos de los indicadores han sido elegidos para medir resultados en salud, siendo éste el objetivo del propio Plan. Será por tanto, en el informe final donde se presenten los resultados desde el punto de vista de la repercusión en la salud de la población castellana y leonesa.

ÁREA 1. EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
1. Estudio piloto sobre determinantes sociales y equidad en salud.	Publicación del estudio	No iniciado	Consejería de Sanidad/DGSP
2. Número de cursos realizados/ Número de profesionales formados/ Grado de satisfacción profesionales.	Al menos, 1 curso anual	No iniciado	Consejería de Presidencia/ECLAP
3. Existencia de normativa/procedimiento sobre EIA.	Publicación de la normativa	–	Consejería de Sanidad/DGSP
4. Número de informes de impacto en salud elaborados. Tipología.	Al menos, 1 anual	–	Consejería de Sanidad/DGSP
5. Tasa de abandono escolar temprano.	10%	2013: 19,2% (25,4% H; 12,7% M)	Consejería de Educación
6. Porcentaje de personas de 30 a 34 años que completan estudios de nivel terciario.	50%	2012: 43,8% (37,4% H; 50,6% M)	Consejería de Educación
7. Gasto público total en educación. Gasto medio por alumno, público y concertado y público.	Invertir la tendencia descendente observada en los últimos años tanto en GT como GMA	2012: GT: 2.056.252€; GMApvc: 5.366€; GMAp: 6.302€	Consejería de Educación
8. Tasa de empleo.	Tendencia ascendente	2013: 42,6% (48,6%H; 36,8%M)	Consejería de Empleo
9. Porcentaje de personas viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 59 años).	Tendencia descendente	2013: 12,8%	INE
10. Tasa de riesgo de pobreza infantil o exclusión, global e infantil.	Disminuir	2012: Global: 17,50%/ Infantil: 24,9%	INE
11. Plan estratégico de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad	Aprobación e implantación	2015: En elaboración	Consejería de Familia e IO
12. Número de viviendas e importe de las ayudas concedidas para la rehabilitación de edificios.	Convocatoria anual	Convocatoria 2013: 1.857.708 €; 420 viviendas	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
13. Gasto en I+D/PIB. Evolución.	3% del gasto no financiero	2012: 1,12% PIB	INE
14. Número de proyectos financiados en el ámbito de aplicación de la prioridad 1 y 3 de la RIS3.	Mantener financiación anual para el desarrollo de proyectos	2014: 64 proyectos financiados en convocatoria de subvenciones (856.193€) y 58 proyectos financiados mediante ayudas a centros de la GRS (709.126€)	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII// Consejería de Agricultura y Ganadería
15. Número de profesionales asistenciales intensificados.	Mantener el programa de intensificación	2014: 10 profesionales intensificados 1/3 de la jornada (180.000€) 2015: 13 profesionales intensificados 1/3 de la jornada (230.000€)	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Investigación

ÁREA 1. EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
16. Número de actividades formativas en metodología de la investigación. N.º de profesionales formados (aprobados). N.º horas totales de formación.	Ofertar formación anual en todas las Áreas de Salud en metodología de la investigación	2014: 49/1.130/611	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Investigación y DGP/ Formación: Aplicación Informática Gastión@FC)
17. Número de acuerdos específicos de colaboración firmados: relacionados con cáncer/ otros grupos de excelencia.	Completar acuerdos con los grandes grupos de investigación	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Investigación
18. Puesta en funcionamiento del nuevo subportal de investigación (n.º de accesos al mismo) y número de boletines I+D+i publicados al año.	Funcionamiento del subportal Publicación cuatrimestral del Boletín I+D+i	Iniciado: Subportal julio 2015/ Boletines a fecha junio 2015: 6	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Investigación
19. Procedimientos de compra pública innovadora desarrollados. Número de compras públicas innovadoras iniciadas.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
20. Herramientas informáticas disponibles. Número de prácticas innovadoras introducidas en el sistema sanitario.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
21. Número de HCE integradas/compartidas entre AP y AH.	100%	Iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
22. Porcentaje de médicos, de AP y AH, que utilizan el sistema de receta electrónica.	100%	Julio 2015: Iniciado proyecto piloto en Cigales y Portillo	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
23. Porcentaje de envases dispensados/ envases recetados por el sistema de receta electrónica (RE).	100%	Julio 2015: Iniciado proyecto piloto en Cigales y Portillo	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
24. Número de historias clínicas integradas/compartidas entre el servicio sanitario y servicios sociales.	100%	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
25. Número de especialidades de telemedicina.	-	4 (OFT; PSQ; Cardiología; Ictus)	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
26. Herramientas basadas en el uso de las TIC (Entre profesionales, profesionales-pacientes, pacientes y usuarios).	-	Iniciado desarrollo	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
27. Bases de datos accesibles en Portal de Salud/Número de visitas realizadas.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/ Innovación
28. Iniciativas de participación ciudadana desarrolladas en el Portal de Salud.	-	No iniciada	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII
29. Diseño de espacio específico sobre IV Plan de Salud. Número de visitas realizadas.	-	Iniciada	Consejería de Sanidad/GRS/ Secretaría técnica

ÁREA 2. PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS FRENTE A RIESGOS DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
30. Número de Informes Preliminares de Situación (IPS) presentados.	N.º de IPS presentados en relación a las actividades incluidas en el ámbito de aplicación del Real Decreto 9/2005, de 14 de enero, implantadas en el año en la comunidad llegue a alcanzar el 75%.	Datos acumulados 2005-2013: 9.286 IPS	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
31. Evolución de la tasa de vertido del rechazo del tratamiento de los residuos domésticos en Castilla y León.	Reducción progresiva	2013; 74,82% (Sin datos del centro de tratamiento de Burgos capital)	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
32. Porcentaje de residuos ganaderos gestionados en gestor autorizado en relación con el número de explotaciones ganaderas existentes.	Aumento progresivo	–	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
33. Número de días al año que se supera el valor límite diario establecido para material particulado de diámetro inferior a 10 micras (PM10)	N.º de superaciones del valor límite diario de 50 µg/m <sup>3</sup> para protección de la salud humana: 35 días al año	2014: Total CyL 14 días (>n.º de días: Palencia, 8 días)	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
34. Media anual de material particulado de diámetro menor de 10 micras (PM10)	Valor límite anual para la protección de la salud humana: 40 µg/m <sup>3</sup>	Valor más alto en 2014, Palencia: media anual de 20 µg/m <sup>3</sup> de PM10	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
35. Media anual de dióxido de nitrógeno (NO <sub>2</sub> )	Valor límite anual para la protección de la salud humana: 40 µg/m <sup>3</sup>	Valor más alto en 2014, Palencia: media anual de 20 µg/m <sup>3</sup> de PM10	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
36. N.º de días, como promedio de 3 años, en que se supera el valor objetivo octohorario de protección a la salud humana para el ozono (O <sub>3</sub> )	N.º de días, promedio de 3 años, que se supera el valor objetivo de protección de la salud humana (120 µg/m <sup>3</sup> ): 25 días por cada año civil de promedio en un periodo de tres años	Valor más alto en CyL en 2014: Segovia con 27 días	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
37. Incremento en los ingresos hospitalarios por afección respiratoria tras episodios de superación de O <sub>3</sub> respecto de la media en el periodo mayo-septiembre.	–	No evaluado	Consejería de Sanidad/DGSP
38. Porcentaje de determinaciones de desinfectante residual irregular efectuadas por la inspección de Salud Pública, ponderados según tamaño de red.	Objetivos por tramos: Tramo 50-500 = 10% Tramo 500-5.000 = 3% Tramo >5.000 = mantener (0,2%)	2014: Tramo 50-500 = 13,5%; Tramo 500-5.000 = 3,4%; Tramo mayor de 5.000 = 0,2%	Consejería de Sanidad/DGSP
39. Número de análisis en red con agua no apta por parámetros del grupo microbiológico, respecto del total, por tramos de población.	Objetivo: Tramo mayor de 5.000: mantener (es excepcional); Tramo 500-5.000: >2,5%; Tramo 50-500: >3%.	2014: Tramo mayor de 5.000: 1 de 1.294; Tramo 500-5.000: 35 de 1.167; Tramo 50-500: 105 de 3.127.	Consejería de Sanidad/DGSP
40. Número de registros revisados, depurados y corregidos en SINAC.	100 registros/inspector/año	No evaluado	Consejería de Sanidad/DGSP
41. Elaboración de nueva normativa en materia de piscinas.	Publicación del decreto	Normativa pendiente de actualizar	Consejería de Sanidad/DGSP
42. Número de protocolos nuevos/actualizados para la ejecución de las actuaciones de control oficial en industrias y establecimientos alimentarios.	Mantener todos los protocolos actualizados/ Elaborar nuevos	2014: 20 protocolos	Consejería de Sanidad/DGSP
43. Porcentaje de unidades de control (UC) de inspección y de auditoría realizadas en industrias y establecimientos alimentarios sobre unidades de control programadas.	100% de las programadas	2013: 68.160 unidades de control	Consejería de Sanidad/DGSP
44. Porcentaje de muestras tomadas para la realización de determinaciones analíticas sobre muestras programadas.	Tomar el 100% de las tomas de muestra programadas	2013: 4.098 muestras	Consejería de Sanidad/DGSP



ÁREA 2. PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS FRENTE A RIESGOS DE ORIGEN AMBIENTAL Y ALIMENTARIO			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
45. Número de determinaciones realizadas en los Laboratorios de Salud Pública en el ámbito del control oficial.	Cumplimiento de los programas	2013: 50.874 determinaciones (12.785 muestras)	Consejería de Sanidad/DGSP
46. Número de supervisiones realizadas al control oficial.	Implantación total del programa de supervisiones al control oficial	130 supervisiones	Consejería de Sanidad/DGSP
47. Número de auditorías realizadas al control oficial.	Implantación total del programa de auditorías al control oficial.	Acumulado a 2012: 15 auditorías	Consejería de Sanidad/DGSP
48. Porcentaje de expedientes de RAAL tramitados sobre los recibidos.	100% de expedientes tramitados	2014: 1.891 expedientes tramitados	Consejería de Sanidad/DGSP
49. Número de documentos de orientación, nuevos/actualizados, sobre procedimientos de autocontrol.	Mantener actualizados los existentes y elaborar aquellos que se consideren necesarios	3 documentos de orientación	Consejería de Sanidad/DGSP
50. Número de Guías de Prácticas Correctas de Higiene y para la aplicación de los principios del sistema APPCC, nuevas/actualizadas/en estudio.	Elaborar todas las propuestas del sector	Acumulado a 2012: 14	Consejería de Sanidad/DGSP
51. Número de aplicaciones informáticas para la gestión de documentos y actuaciones de control oficial de Industrias y Establecimientos Alimentarios nuevas/actualizadas/en desarrollo.	Mantener actualizadas las existentes y crear aquellas que se consideren necesarias	Aplicación DOCO. Aplicación PVyC.	Consejería de Sanidad/DGSP
52. Número de contenidos sobre seguridad alimentaria nuevos/actualizados en el Portal de salud.	Mantener actualizados los existentes y crear aquellos que se consideren necesarios	8 contenidos/epígrafes actualmente	Consejería de Sanidad/DGSP
53. Número de protocolos, nuevos/actualizados/en desarrollo, de actuación coordinada con el sector primario.	Mantener actualizados los existentes y crear aquellos que se consideren necesarios	3 protocolos de coordinación	Consejería de Sanidad/DGSP
54. Número de protocolos nuevos/actualizados/en desarrollo, de coordinación entre profesionales sanitarios asistenciales y de salud pública.	Mantener actualizados los existentes y crear aquellos que se consideren necesarios	–	Consejería de Sanidad/DGSP
55. Número de nuevas determinaciones y técnicas acreditadas incorporadas en materia de aguas de consumo.	Mantener las acreditaciones existentes	–	Consejería de Sanidad/DGSP
56. Número de nuevas determinaciones y técnicas acreditadas incorporadas en materia de alimentos.	Mantener las acreditaciones existentes	28 determinaciones acreditadas	Consejería de Sanidad/DGSP
57. Número de campañas de información y programas de educación sobre riesgos medioambientales realizados.	Al menos 1 campaña anual	–	Consejería de Sanidad/DGSP
58. Número de cursos de formación específicos. N.º de profesionales formados. Satisfacción con la formación	Asegurar al menos una formación adecuada a las necesidades mínimas	2 cursos con 2 ediciones de cada uno; Duración: 1 jornada; N.º de profesionales: 20 en cada edición Servicio.	Consejería de Sanidad/DGSP

ÁREA 3: PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y POTENCIAR LA SEGURIDAD FRENTE A LAS LESIONES			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
59. N.º agentes implicados en la promoción de estilos de vida saludable incorporados a la Red.	–	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
60. N.º de buenas prácticas incorporadas a la Red.	–	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
61. N.º de programas desarrollados en el marco de los programas de la medida 72.	Realización de al menos una actividad al año en la Red de ENP	Medida no iniciada	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
62. N.º de actuaciones realizadas en el marco de la medida 73.	Crear un paquete de actividades a desarrollar en la Red de ENP.	Medida no iniciada	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
63. N.º de infraestructuras accesibles en espacios naturales protegidos de Castilla y León incorporadas al programa «Castilla y León, Accesible por naturaleza».	Mantener las infraestructuras accesibles actualmente existentes	97	Consejería de Fomento y Medio Ambiente
64. Cobertura de municipios/zonas básicas de salud que disponen de mapa de activos para promocionar la salud.	Al menos 20%	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
65. Número de accesos a la plataforma web de mapas de activos en salud.	–	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
66. Número de acciones formativas dirigidas a profesionales de la educación en hábitos de vida saludables. Número de profesores formados.	Informe	–	Consejería de Educación
67. Número de centros educativos incorporados a la Red de Escuelas Promotoras de Salud/ Porcentaje de alumnos en escuelas de la Red de Escuelas Promotoras de Salud.	–	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
68. Número de acciones formativas dirigidas al alumnado en ayuda y mediación entre iguales/ Número de alumnos formados.	–	Medida no iniciada	Consejería de Educación
69. Número de acciones educativas en el uso seguro de internet dirigidas a escolares.	–	–	Consejería de Educación
70. Número de acciones en promoción de la salud realizadas con las AMPAs.	–	–	Consejería de Sanidad/DGSP
71. Principales resultados del programa de deporte escolar.	Mantener la convocatoria anual	Publicada la de 2015-16	Consejería de Cultura y Turismo/ DG Deportes
72. Número de actividades formativas desarrolladas en entrevista motivacional/ Satisfacción de los profesionales con la formación recibida/ Guías/ Acceso a mapa de activos.	Promocionar las actividades formativas relacionadas con la entrevista motivacional y los estilos de vida saludables	En 2013 y 2014: 51 actividades. Promedio Satisfacción: 7,4.	Consejería de Sanidad/GRS:DGP
73. Porcentaje de mujeres gestantes sobre la que se ha realizado valoración individual de los principales consumos nocivos (tabaco, alcohol) y diseñado plan de acción.	Al menos el 50% de la población susceptible	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS
74. Porcentaje de recién nacidos que a los 40 días (puerperio) continúan con lactancia materna exclusiva.	65%	–	Consejería de Sanidad/GRS

ÁREA 3: PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y POTENCIAR LA SEGURIDAD FRENTE A LAS LESIONES			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
75. Porcentaje de población <15 años sobre los que se ha realizado valoración individual de estilos de vida y con plan de acción diseñado.	Al menos el 50% de la población susceptible	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/innovación/ Sistema de información de AP
76. Porcentaje de población de 15 a 19 años sobre los que se ha realizado valoración individual de los componentes de estilos de vida y con plan de acción diseñado.	Al menos el 50% de la población susceptible	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII/Innovación/ Sistema de información de AP
77. Prevalencia de sobrepeso/obesidad infantil en niños y niñas.	Disminuir el sobrepeso a % inferiores a la media nacional/Disminuir la obesidad en niños	2011: Obesidad: 3,6% niñas; 8,3% niños/ Sobrepeso: 19,6% niñas; 20,9% niños	ENSE (MSSSI-INE)
78. Porcentaje de población infantojuvenil (0-17 años) con obesidad que ha reducido su IMC tras un año de seguimiento.	Al menos un 3% anual	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS (PAG)
79. Prevalencia de sedentarismo en niños y niñas.	Invertir la tendencia ascendente	2011: 22,1% (26,4% niñas; 18,1% niños)	ENSE (MSSSI-INE)
80. Tiempo diario de utilización de videojuegos, ordenador e internet por sexo. Población de 1-14 años.	Invertir la tendencia ascendente	2011: 14,6% (10,7% en niñas; 18,9% en niños)	ENSE (MSSSI-INE)
81. Prevalencia de consumo diario de tabaco en los/as estudiantes de 14 a 18 años.	Disminuir hasta situarlo por debajo de la media nacional (2012: 12,5%)	2012: 15,8%: 12,0% hombres; 19,1% mujeres	Consejería de Familia e IO/ CRD (ESTUDES)
82. Consumo de alcohol todos los fines de semana de los/as estudiantes de 14 a 18 años.	Continuar tendencia descendente hasta situarlo en cifras inferiores a la media nacional (2012: 18,2%)	2012: 25,8 % (27,1% hombres; 24,6% mujeres)	Consejería de Familia e IO/ CRD (ESTUDES)
83. Consumo <i>binge drinking</i> en los/as estudiantes de 14 a 18 años.	Invertir la tendencia ascendente observada	2012: 49,0 % (48,6% hombres; 49,3% mujeres)	Consejería de Familia e IO/ CRD (ESTUDES)
84. Número de IVES en menores de 19 años.	<5%	2013: 0,35% en < 15 a y 11,60% en el de 15-19 años	Consejería de Sanidad/ DGSP
85. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años.	Aumentar en 2 años. Disminuir la brecha de género	2012: 10,8 años en hombres; 9,96 a en mujeres	INDCLA-SNS
86. Prevalencia de sedentarismo en población adulta.	Invertir la tendencia ascendente observada	2011: 41,1% 37,6% hombres; 44,4 mujeres)	ENSE (MSSSI-INE)
87. Porcentaje de población de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud.	Aumentar el porcentaje y disminuir la brecha de género.	2011: 54,48% de los hombres; 40,93% de las mujeres.	ENSE (MSSSI-INE)/INDCLA-SNS
88. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental.	Disminución anual	2011: 17,84% (15,46% H; 20,15% M)	ENSE (MSSSI-INE)
89. Porcentaje de población ≥ 20 y < 75 años con valoración componentes de vida (alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, seguridad y bienestar emocional).	Al menos, el 50% de la población susceptible	No evaluada	Consejería de Sanidad/GRS
90. Porcentaje de población ≥ 20 y < 75 años con plan de acción diseñado tras la valoración de los componentes de estilos de vida.	100% de la población con valoración de los componentes de vida	No evaluada	Consejería de Sanidad/GRS

ÁREA 3: PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y POTENCIAR LA SEGURIDAD FRENTE A LAS LESIONES			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
90. Porcentaje de población $\geq 20$ y $< 75$ años con plan de acción diseñado tras la valoración de los componentes de estilos de vida.	100% de la población con valoración de los componentes de vida	No evaluada	Consejería de Sanidad/GRS
91. Prevalencia de consumo diario de tabaco en población adulta (15 años y más).	Continuar la tendencia descendente observada	2011: 22,81% fuma a diario (22,81% hombres; 17,14% mujeres)	ENSE (MSSSI-INE)
92. Consumo de riesgo de alcohol en población adulta (más de 4 UBE/día en hombres y más de 2 UBE/día en mujeres).	Invertir la tendencia ascendente	2011: Consumo de riesgo: 5,9%	ENSE (MSSSI-INE)
93. Prevalencia de sobrepeso/obesidad en población adulta.	Disminuir la prevalencia de sobrepeso a cifras inferiores a la media nacional.	2011: Sobrepeso: 38,43% (45,42% en hombres; 31,24% mujeres); Obesidad: 13,84% (15,98% hombres; 11,63% mujeres)	ENSE (MSSSI-INE)
94. Porcentaje de dependencia funcional (cuidado personal, tareas domésticas y movilidad) según sexo. Población de 65 y más años.	Disminuir en 5 puntos el porcentaje de personas que manifiestan dependencia funcional. Disminuir la brecha de género.	2011: el 38,87% manifiesta dependencia funcional (32,21% hombres; 44,06% mujeres); 24,6% para cuidado personal, 27,54% para labores domésticas y 30,53% para la movilidad.	ENSE (MSSSI-INE)
95. Porcentaje de población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración situación funcional/cribado de fragilidad.	Cobertura 50 % de la población diana (Objetivo del SNS)	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad /GRS/ (Mejora)
96. Tasa de ingresos hospitalarios por fractura de cadera.	Disminución progresiva	2013: 153 casos * 100.000 hab	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ (CMBD-MSSSI)
97. Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera.	Situarla por debajo de la media SNS (<5%)	2013: 7,89% en hombres; 4,25% en mujeres	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII/
98. Número de actividades físicas diseñadas para personas mayores de 70 años.		Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
99. Número de grupos de prácticas de actividad física creados.	Al menos 1 por cada área de salud.	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/DGSP
100. Índice de incidencia de accidentes laborales. Índice de frecuencia de accidentes laborales.	Mantenernos por debajo de los índices nacionales	2013: 2.783,2 por 100.000 hab. /18,02 por cada millón de horas trabajadas	Consejería de Empleo
101. Número y tipo de campañas realizadas.	-	No iniciada	Consejería de Empleo
102. Tasa de incidencia de enfermedades profesionales ajustada por estructura productiva.	Situarnos en la media nacional	2013: 124,87 EEPP con/sin baja por cada 100.000 trabajadores afiliados a SS y contingencias cubiertas	Consejería de Empleo
103. Número y tipo de campañas realizadas/ Número y tipo de estudios realizados.	-	No iniciado	Consejería de Empleo
104. Número de cursos de actualización en salud laboral para médicos de atención primaria realizados/ N.º de horas / N.º de médicos de atención primaria formados en cursos /Satisfacción de los profesionales.	Un curso anual/84 profesionales por curso	Hasta 2012: 7 ediciones y 415 participantes	Consejería de Sanidad/DGSP y GRS/DGP

ÁREA 3: PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y POTENCIAR LA SEGURIDAD FRENTE A LAS LESIONES			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
105. Número de profesionales sanitarios de los servicios de prevención formados/ Número de cursos realizados.	Fomentar la formación de los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención.	Ninguna actividad	Consejería de Sanidad/DGSP
106. Publicación de la normativa que establezca el sistema de comunicación de sospecha de enfermedad profesional en Castilla y León.	Publicación de la normativa	Se carece de normativa autonómica	Consejería de Sanidad/DGSP
107. Número de sospechas realizadas por facultativos médicos de los servicios de prevención / N° de sospechas realizadas facultativos del Sistema Público de Salud de Castilla y León.	Informe anual, una vez se publique la normativa	2014: n° de sospechas realizadas por los servicios de prevención: 61	Consejería de Sanidad/DGSP
108. Número de inspecciones realizadas.	Inspeccionar al 100% de los Servicios de Prevención a lo largo de la vigencia del Plan de salud mediante acta de inspección	Sin datos	Consejería de Sanidad/ Consejería de Empleo
109. Porcentaje de Servicios de prevención que aportan datos sobre Vigilancia de la Salud.	100%	60%	Consejería de Sanidad/DGSP
110. Número total exámenes de salud (ES) realizados según memorias de los Servicios de prevención.	70%	En 2011, 227 servicios de prevención, dando cobertura a 460.423 trabajadores. Se realizaron 268.757 ES (58,37%)	Consejería de Sanidad/DGSP
111. Porcentaje de Servicios de prevención que participan en campañas de promoción de la salud.	100%	71%	Consejería de Sanidad/DGSP
112. Porcentaje de trabajadores del registro TEAM que disponen de al menos una ficha de vigilancia de la salud.	75% de los trabajadores de TEAM dispongan de al menos una ficha de vigilancia de la salud	En 2012, 2.807 trabajadores incluidos en el registro (58% ya no expuestos).	Consejería de Sanidad /DGSP
113. Número de actividades formativas realizadas. Número de profesionales (neumólogos/radiólogos) formados.	4 jornadas (2 para neumólogos y 2 para radiólogos) y 100% de neumólogos y radiólogos	Última jornada formativa en el año 2007	Consejería de Sanidad/DGSP
114. N° de reuniones del Grupo de Trabajo.	6 anuales	6 anuales	Consejería de Sanidad/DGSP

ÁREA 4. DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
115. Porcentaje de pacientes crónicos pluripatológicos complejos (G3) incluidos en el proceso.	70%	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
116. Número de contactos anuales de enfermería de atención primaria para valoración de síntomas y factores de riesgo de descompensaciones (telefónicas + presenciales)/ nº de pacientes G3.	80%	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
117. Porcentaje de consultas UCA/ consultas totales de pacientes G3 atendidas en el hospital por especialidades médicas (incluye UCA).	75%	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
118. Tasa de ingresos de pacientes G3 en especialidades médicas.	–	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
119. Frecuentación de urgencias de pacientes G3 (Nº visitas a urgencias/nº pacientes G3).	–	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
120. Tasa de reingresos de pacientes G3 en la misma especialidad médica, por causas relacionadas, en los 30 días posteriores al alta.	–	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
121. Porcentaje de pacientes G3 que tienen más de un 75% de adherencia terapéutica según la escala de valoración de las habilidades y conocimientos del paciente.	–	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGIII/ Innovación
122. Número de pacientes G3 con valoración del riesgo social en atención primaria.	–	No evaluado	
123. Satisfacción de los usuarios (accesibilidad, autocuidado, atención en UCA, información, trato, continuidad....). Cuestionario a determinar.	Encuesta de satisfacción	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS/ Calidad
124. Satisfacción de los profesionales. Cuestionario a determinar.	Encuesta de satisfacción	No iniciado	Consejería de Sanidad /GRS/DGAS Calidad
125. Número de primeras consultas a pacientes y familiares en Unidades de Consejo Genético por tipo de cáncer (mama y ovario/ colorrectal).	Incremento anual de un 5%	2014: Pacientes: 647 mama y ovario; 217 colo-rectal. Familiares: 178 mama y ovario; 50 colorrectal.	Consejería de Sanidad/ DGSP
126. Tasa de participación en el programa de detección precoz del cáncer de mama.	Mantener la participación por encima del 80 %	2013: 81,1%	Consejería de Sanidad/ DGSP
127. Tasa de detección en el programa de detección precoz del cáncer de mama.	3-6 por 1.000	2012: 2,53 tumores malignos por 1.000 mujeres cribadas	Consejería de Sanidad/ DGSP
128. Tasa de cobertura del programa de cáncer de cérvix en la población diana (mujeres invitadas/ mujeres de población diana).	Entre 25 a 34 años > 40%; entre 35 a 64 años > 45%	2013: entre 25-34 años: 36,9%; entre 35-64 años: 38,8%.	Consejería de Sanidad/ DGSP
129. Porcentaje de participación en el programa de cáncer de cérvix (mujeres participantes/mujeres invitadas).	> 50% en los grupos de edad en los que se implante la invitación al programa.	--	Consejería de Sanidad/ DGSP

ÁREA 4. DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
130. Tasa de participación en el programa de detección precoz de cáncer de colon (personas con muestra entregada/personas con invitación válida).	>40%	2014:31,6%	Consejería de Sanidad/ DGSP
131. Tasa de detección de adenomas de alto riesgo/ Tasa de detección de cáncer invasivo colorrectal.	–	2013: (31 AAR+AC/4.989 TSOH)*1.000=0,62 por 1.000 TSOH	Consejería de Sanidad/ DGSP
132. Tasa de mortalidad general por cáncer y específica por tipo de tumor.	Tendencia descendente	2012: 152,97 por 100.000 (213,65 en hombres; 102,78 en mujeres)	INE/Mortalidad ISCIII
133. Tasa de mortalidad prematura por cáncer.	Tendencia descendente. Periodicidad anual.	2012: 103,22 por 100.000 (137,88 en hombres; 70,00 en mujeres)	INE/Mortalidad ISCIII
134. Número de procesos asistenciales integrados para las principales localizaciones tumorales.	>4	–	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS
135. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama.	–	64,4% (CMBD 2012) / 58,51% (INDCLA-SNS 2013)	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (CMBD)
136. Porcentaje de infección de herida quirúrgica en cáncer colorrectal.	<10%	2011: 21,7%	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS
137. Cobertura del programa de largos supervivientes.	20% al finalizar el primer año. /100% al final 2020	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS
138. Porcentaje de registros hospitalarios de tumores que aportan información al Registro Poblacional de Cáncer (en cantidad, calidad y tiempo).	100%	75%	Consejería de Sanidad/ DGSP
139. Disponibilidad del informe sobre la situación del cáncer en Castilla y León.	Informe de situación	No iniciado	Consejería de Sanidad/ DGSP
140. Número de ensayos clínicos y/o participación en proyectos multicéntricos sobre cáncer.	Datos anuales	133 ensayos clínicos registrados (dato acumulado)	Consejería de Sanidad/ DGSP (Registro de ensayos clínicos)
141. Porcentaje de pacientes hipertensos > 14 años con buen control de su TA en el último año (TA <140/90).	≥65%	2012: 56% de personas con cifras de TA < 140/90 sobre el total de hipertensos que tiene registrada la TA.	Consejería de Sanidad/GRS/Medora
142. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de dislipemia con adecuado control de sus cifras de colesterolemia.	≥50%	2012: 37,25% personas con dislipemia, que tienen registrado al menos una cifra de CT, y cuya última cifra es <200 mgr/dl.	Consejería de Sanidad/GRS/Medora
143. Porcentaje de personas (varones >35 años y mujeres > 45años) con algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes y/o tabaquismo) a y cribado de hipercolesterolemia.	≥50%	2012: 35,36% (34,70%H; 34,70%M) personas con FRCV y determinación CT	Consejería de Sanidad/ GRS/Medora
144. Tasa de mortalidad por ICC ajustada por edad.	Tendencia descendente	2012: 13,06 fallecidos por 100.000 hab (11,95 H; 13,5 M)	INE/ISCIII

ÁREA 4. DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
145. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por ICC por cada 100 altas por ICC, ajustada por riesgo.	Disminuir hasta situarse en cifras inferiores a las del SNS (En 2013: 9,38 (8,99 H; 10,45 M)	2013: 10,03 fallecidos por ICC por 100 altas por ICC (9,57 H; 10,45 M)	INCLA-SNS
146. Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 > 18 años con ICC por descompensación de su patología crónica.	Tendencia descendente	Medida no iniciada	Consejería de Sanidad/ GRS
147. Tasa de reingresos hospitalarios por ICC, ajustada por riesgo.	Tendencia descendente	2012: 10,08% (10,23 H; 9,96 M)	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII/CMDB
148. Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por cardiopatía isquémica.	Tendencia descendente (<30 fallecidos por 100.000 hab)	2012: 35,39 fallecidos por 100.000 hab (53,47 H; 20,46 M)	INCLA-SNS
149. Tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustada por edad.	Tendencia descendente (<14 fallecidos por 100.000 hab)	2012: 15,28 fallecidos por 100.000 hab (25,33 H; 5,53 M)	INCLA-SNS
150. Tasa ajustada de hospitalización por IAM.	Tendencia descendente (< 7,45 altas por 10.000 hab)	2012: 8,49 altas por 10.000 hab (13,86 H; 3,32 M)	INCLA-SNS
151. Registro Código Infarto: Tiempo medio de llegada de Emergencias Sanitarias por SCA/ Porcentaje de pacientes con IAMCEST según reperusión recibida/ Tiempos de reperusión.	Informe	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS (sistema de registro específico)
152. Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento.	Tendencia descendente situándonos en cifras < 2 fallecimientos por cada 100 altas con dicho procedimiento)	2013: 3,7 (3,45H; 4,72M)	INCLA-SNS
153. Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, ajustada por riesgo.	Tendencia descendente situándose en la media de SNS (2013): 7,28 (5,78H; 10,91M)	2013: 8,38 (6,66H; 12,90M)	INCLA-SNS
154. Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por ECV.	Tendencia descendente situándonos <20 fallecimientos por 100.000 hab.	2012: 25,53 fallecidos por 100.000 hab (28,4H;22,83M)	INCLA-SNS
155. Tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, por ECV.	Tendencia descendente situándonos < 6 fallecimientos en < 75 años	2012: 7,49 fallecimientos en < 75 años por 100.000 hab. (9,47H;5,63M)	INCLA-SNS
156. Tasa ajustada de hospitalización por ECV.	Tendencia descendente situándonos <13 altas por 100.000 hab.	2013: 13,62 altas por 10.000 hab (17,4H;10,14M)	INCLA-SNS
157. Establecer un protocolo de transporte inmediato específico para Código Ictus y Código Infarto, en todas las áreas de salud de CyL.	Existencia de protocolo en el 100% de las áreas	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS
158. Principales indicadores del Registro del Código Ictus: Tasa de activación de código ictus en Emergencias Sanitarias y Hospitalaria/ Tasa de fibrinólisis en código ictus activado/ Tiempos de Referencia.	Funcionamiento del registro. Principales indicadores. Informe anual	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS (sistema de registro específico)
159. Mapa de recursos de rehabilitación cardiovascular y cerebrovascular.	Existencia de mapa y disponibilidad web	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS



ÁREA 4. DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
160. Reducir la discapacidad total o severa debida al ictus (Test de Barthel calculado al año)	Disminuir la discapacidad total o severa al 20%	2012: Total o severa 27,76%	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
161. Porcentaje de pacientes con factores de riesgo con medición de la glucemia en atención primaria.	Aumentar hasta el 75%	2012: 42%	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
162. Control adecuado de hemoglobina glicada (Ver definición).	≥ 45%	2014: 36,55% (35,93%H; 37,25%M)	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
163. Tasa de hospitalización de pacientes con DM G1-G2 por descompensaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar).	Inferior a la media de su área	Sin datos	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (CMBD/CRG)
164. Porcentaje de pacientes con DM >14 años con fondo de ojo informado en los últimos dos años.	≥ 70%	2012: 30,52%	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
165. Porcentaje de pacientes con DM a los que se le han revisado los pies en el último año.	≥ 60%	Sin datos	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
166. Tasa de amputaciones de miembro inferior en personas con diabetes.	Disminuir < 0,10	2013: 0, 11 amputaciones MMII/1.000 DM	INCLA-SNS
167. Tasa de pacientes en Terapia Renal Sustitutiva por DM.	Disminuir	2011: 15,9% de pacientes en TRS son DM	Consejería de Sanidad/ GRS/DGAS (Registro específico)
168. Tasa de mortalidad ajustada por edad por DM.	Disminuir hasta situarnos por debajo de la media SNS (2012:10,36)	2012: 12,14 fallecidos x 100.000 hab.	INCLA-SNS
169. Tasa de mortalidad prematura por DM.	Disminuir hasta situarnos por debajo de la media SNS (2012: 3,2)	2012: 3,6 fallecidos < 75 años x 100.000 hab.	INCLA-SNS
170. Porcentaje de pacientes >14 años en cuya HC está registrada la valoración del consumo de tabaco.	≥65%	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII (Medora)
171. Porcentaje de personas diagnosticadas de EPOC vacunadas de la gripe en el último año.	≥70%	No evaluado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
172. Número de espirometrías realizadas en personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo.	≥40%	No evaluado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (Medora)
173. Porcentaje de fumadores, en cuya HC está registrado el test de Fagerstrom, sobre el total de fumadores incluidos en el servicio de deshabituación tabáquica en el último año.	≥ 30%	No evaluado	Consejería de Sanidad/GRS/DGIII (Medora)
174. Tasa de hospitalización, ajustada por edad, EPOC.	Disminuir	10,07 altas/ 10.000 hab	INCLA-SNS

ÁREA 4. DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
175. Tasa de hospitalización de pacientes G1-G2 ≥ 40 años con EPOC por descompensación de su patología crónica en unidades que atienden a estos pacientes.	Inferior a la media de su área	No evaluado	Consejería de Sanidad/ GRS/DGIII (CRG)
176. Tasa de reingresos hospitalarios por EPOC.	Tendencia anual descendente	2009: 16,28 %	Estrategia de EPOC del SNS
177. Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por EPOC.	Tendencia anual descendente (< 12)	2012: 15,02 muertes/100.000 hab.	INCLA-SNS/ Mortalidad del ISCIII
178. Tasa de mortalidad prematura, ajustada por edad, por EPOC (<75 años).	Tendencia descendente (<3,80)	4,2 muertes/100.000 hab.	Estrategia de EPOC del SNS
179. Número de cursos realizados y número total de horas de formación en todas las modalidades/ Número de profesionales formados/ Satisfacción de los profesionales.	Al menos un curso anual por cada área	No evaluado	Consejería de Sanidad/ GRS/ DG Profesionales
180. Incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación en Castilla y León.	Tendencia descendente	Ver Análisis del estado de salud de CyL	Consejería de Sanidad/ DGSP (EDO)
181. Coberturas de vacunación del calendario de vacunación infantil.	> 95% en todas las series: básica y de refuerzo	> 95% en todas las series: básica y de refuerzo	Consejería de Sanidad/ DGSP
182. Medidas implantadas para mejorar las coberturas de vacunación.	Descripción	–	Consejería de Sanidad/ DGSP
183. Medidas de evaluación de los proyectos de erradicación de poliomielitis, sarampión y rubeola.	Descripción	–	Consejería de Sanidad: DGSP
184. Actualización y aprobación del calendario de vacunación del adulto. Coberturas de vacunación. Control de la seroprevalencia de anticuerpos específicos.	Publicación del calendario	–	Consejería de Sanidad/ DGSP
185. Incidencia de tuberculosis en Castilla y León	Descenso anual promedio >5% (objetivo nacional)	2013: 11,43 casos por 100.000 hab.	Consejería de Sanidad/ DGSP
186. Indicadores de seguimiento del programa de prevención y control de la tuberculosis (TB) en Castilla y León, aprobados por la Comisión de Salud Pública (junio 2013)	Objetivos nacionales	Ver Informe epidemiológico sobre la TB en Castilla y León. Anual	Consejería de Sanidad/ DGSP
187. Tasa de incidencia de zoonosis en salud humana en Castilla y León. Correlación con prevalencia de enfermedades zoonóticas en la cabaña ganadera y/o fauna silvestre.	Tendencia descendente	Ver Análisis del estado de salud de CyL	Consejería de Sanidad/ DGSP// Consejería de Agricultura y Ganadería
188. Nº de protocolos de coordinación para la transmisión de información y conocimientos en materia de zoonosis.	2 (rabia y tularemia)	–	Consejería de Sanidad: DGSP// Consejería de Agricultura y Ganadería

ÁREA 4. DISMINUIR LA CARGA DE ENFERMEDAD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
189. Nº de protocolos de respuesta ante situaciones de alerta/emergencia de salud pública nuevos o actualizados.	Al menos, 2 protocolos	–	Consejería de Sanidad/ DGSP
190. Nº de contenidos desarrollados para los ciudadanos ante situaciones que puedan generar alarma social.	Al menos, 2 contenidos	–	Consejería de Sanidad/ DGSP
191. Desarrollo del sistema de información microbiológica. Nº de laboratorios integrados en el sistema. Nº de Registros de resultados microbiológicos de relevancia epidemiológica.	SIM desarrollado	–	Consejería de Sanidad/ DGSP
192. Prevalencia de consumo de tabaco/ alcohol en mujeres embarazadas.	–	Sin datos	ENSE- MSSSI/INE
193. Cobertura (porcentaje) del programa de cribado neonatal.	100%	2014: 99%	Consejería de Sanidad/ DGSP
194. Organización asistencial de la atención a las enfermedades raras o poco frecuentes en Castilla y León.	Informe	–	Consejería de Sanidad/GRS
195. Indicadores de evaluación de la Atención Temprana.	Informe	Ver Análisis del estado de salud de CyL	Consejería de Familia e IO
196. Informe de situación de las enfermedades raras en Castilla y León.	Publicación del informe	–	Consejería de Sanidad/ DGSP
197. Tasa de mortalidad ajustada por enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y esclerosis múltiple (EM).	–	2012: EA: 8,65; EP: 3,44; ELA: 1,75 y EM: 0,37 muertes por 100.000 hab	INCLA-SNS/ Indicadores de mortalidad del ISCIII
198. Actividades formativas desarrolladas. Valoración media de las actividades formativas en patologías incluidas en el objetivo.	Avanzar en la formación según necesidades detectadas en el 100% de las áreas	2014: 71 actividades formativas Valoración media de las actividades : 7,31	Consejería de Sanidad/GRS/DGP (Encuesta de satisfacción de Aplicación Informática Gestión@FC)
199. Porcentaje de personas diagnosticadas de demencia en el último año con registro de prueba neurocognitiva breve.	90%	–	Consejería de Sanidad/ GRS/ DGIII
200. Porcentaje de pacientes con demencia no institucionalizados que tienen cuidador identificado.	90%	–	Consejería de Sanidad/ GRS/ DGIII
201. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta	Tendencia anual descendente	2011: 8,5% (4,65% H; 12,22% M)	ENSE (MSSSI/INE)//IND-CLAV-SNS
202. Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100 000 hab.	Tendencia anual descendente	2012: 6,34 por 100.000 hab (9,78 H; 3,03 M)	INCLA-SNS
203. Consumo de antidepresivos (DHD antidepresivos)	Disminuir por debajo de la media del SNS	2012: 61,02 dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes y día	INCLA-SNS
204. Desarrollo e implantación del proceso de atención integrada al autismo.	100% de las áreas	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS
205. Implantación del proceso de atención a la conducta suicida.	100% de las áreas	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS
206. Implantación del proceso de atención al paciente crónico complejo en salud mental (Gestión casos).	100% de las áreas	No iniciado	Consejería de Sanidad/ GRS

ÁREA 5. REORIENTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
207. Elaboración, publicación y difusión del Código ético.	Publicación y difusión	No publicado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
208. Diseño del Rincón de la calidad y de la seguridad en el Portal de Salud.	Disponibilidad en Portal de Salud	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
209. Porcentaje de gerencias de la organización que realiza autoevaluación con el modelo EFQM.	>50% realiza 2ª autoevaluación	100% ha realizado 1ª autoevaluación	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
210. Porcentaje de centros de la organización con plan estratégico diseñado.	>25%	12%	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
211. Número de unidades de gestión clínica en funcionamiento. Evaluación de resultados.	–	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
212. Porcentaje de centros de la organización que cuentan con un sistema de gestión de la calidad basado en la gestión por procesos.	>25%	4%	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
213. Existencia de cuadro de mandos estratégico.	Disponibilidad cuadro de mandos	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
214. Diseño y difusión del Plan de Comunicación.	Plan de comunicación	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
215. Satisfacción del paciente, global y por ítem, con la atención recibida.	≥ 80%	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
216. Nº de líderes formados en las competencias seleccionadas	Progresar en el desarrollo del programa de formación de Líderes.	2014: 410 participantes	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS y DGP
217. Satisfacción, global y por ítem, de los profesionales	Encuesta de satisfacción y análisis de tendencias. Objetivo de satisfacción ≥50%.	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
218. Grado de participación de los profesionales en la formación/Grado de satisfacción de los profesionales/ Grado de trasferencia de la formación recibida al puesto de trabajo	Aumentar el grado de participación y de satisfacción con la formación recibida/ 100% en grado de trasferencia	2014: 1.796 profesionales formados/ Grado de satisfacción: 7,31/ Grado de trasferencia: 100%	Consejería de Sanidad/GRS/DGP
219. Mapa de procesos asistenciales integrados.	Existencia del mapa	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
220. Número de procesos asistenciales integrados implantados en 100% de las áreas.			Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
221. Grado de implantación del PAI de cuidados paliativos.	100% de las áreas	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS

ÁREA 5. REORIENTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
222. Porcentaje de áreas de salud con unidades de convalecencia sociosanitaria.	100% de las áreas	Iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
223. Número de personas atendidas en procesos de atención integrada en su domicilio.	–	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
224. Número de personas atendidas en procesos de atención integrada en centro residencial.	–	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
225. Número de personas con plan de cuidados compartido.	–	Iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
226. Porcentaje de personas con enfermedad crónica y reconocimiento de dependencia.	–	–	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
227. Nuevos contenidos publicados en el Aula de pacientes.	10 guías; 5 videos; nuevas apps	2014: Guías (14 publicadas; 4 en elaboración); videos (14); audios (6); 1 app (pediatría)	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
228. Evaluación del Proyecto paciente activo.	Concluir proyecto en DM2. Inicio del proyecto en otras patologías: EPOC, cáncer e ICC	Iniciado proyecto en DM2 (33 profesionales formados en 29 ZBS; 48 solicitudes de pacientes activos). Concluida fase 2 (formación de pacientes) en 4 áreas de salud	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
229. Tasa de documentos de instrucciones previas inscritos en REIP por 1.000 personas > 18 años	5 registros por 1.000 personas > 18 años	2014: 2,9 registros por 1.000 personas > 18 años	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
230. Porcentaje de recomendaciones de bajo valor en las que se difunde información a los profesionales.	–	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
231. Número de proyectos desarrollados para promover la comunicación efectiva y el trabajo en equipo entre profesionales.	–	No iniciado	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
232. Porcentaje de hospitales y GAP con sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.	>65%	48%	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
233. Proceso de vigilancia, prevención y control de infección nosocomial (IN) diseñado.	Diseño e implantación del Plan IN	–	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
234. Tasa de bacteriemia asociada a catéter venoso central en UCI.	<4 bacteriemia/1.000 días de catéter	2014: CyL: 2,0/ SNS: 2,6	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
235. Tasa de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCI.	<9 neumonías/1.000 días de ventilación mecánica	2014: CyL: 4,1 / SNS: 5	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS
236. Índice de incidencia de infección del lugar quirúrgico ajustado por riesgo NNIS.	<1	–	Consejería de Sanidad/GRS/ DGAS

ÁREA 5. REORIENTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD			
INDICADOR	OBJETIVO 2020	SITUACIÓN ACTUAL CyL	RESPONSABLE y/o FUENTE
237. Número de litros de PBA consumidos por cada 1.000 días de estancia.	>20	2014: CyL: 11,3 L / SNS: 22,3 L	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
238. Tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas durante la estancia en UCI.	<3,5 pacientes con BMR adquiridas /1.000 días estancia	2015 (1 <sup>er</sup> semestre): CyL: 5,4/ SNS: 3,1	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
239. Porcentaje de hospitales que tiene implantada la LVSQ.	100%	2014: 92,9%	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
240. Porcentaje de pacientes con IQ programada a los que se aplica la LVSQ.	≥80% de las IQ programadas	2014: 24,8% de pacientes con IQ programada	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
241. Porcentaje de hospitales con protocolos para conciliar la medicación al alta.	100%	2014: 35,7%	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
242. Porcentaje de hospitales con protocolos para medicamentos de alto riesgo.	100%	2014: 92,9%	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
243. Número de protocolos de respuesta elaborados ante situaciones de alerta/emergencia en materia de medicamentos y productos sanitarios.	Establecimiento de un sistema ágil de comunicación Autoridad Sanitaria - Centros Sanitarios	No existen protocolos	Consejería de Sanidad/DGSP
244. Porcentaje de hospitales que tienen implantado un sistema de identificación correcta de pacientes durante todo el proceso de hospitalización.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
245. Porcentaje de hospitales que tienen implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
246. Porcentaje de hospitales que tienen implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslado de muestras biológicas.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS
247. Porcentaje de hospitales que han puesto en marcha estrategias para la identificación y tratamiento temprano de la sepsis.	-	-	Consejería de Sanidad/GRS/DGAS



## Financiación

La elaboración del IV Plan de Salud de Castilla y León da cumplimiento a lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que en su artículo 70 establece que las Comunidades Autónomas aprobarán un Plan de Salud en el ámbito de sus competencias así como lo determinado en nuestra Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León que, en su Título VI, establece las disposiciones generales, contenido, elaboración y vigencia del Plan de Salud.

En su elaboración se ha tenido en cuenta el marco socioeconómico en el que nos movemos desde hace unos años, tiempos de moderación presupuestaria, que hacen necesario optimizar al máximo el trabajo y la utilización de los recursos públicos disponibles con el fin de mejorar la productividad y conseguir los mejores resultados en salud.

Los gastos que pudieran derivarse de la consecución de los objetivos planteados y de la realización de las medidas para conseguirlos, se imputarán a los presupuestos establecidos anualmente. A la Consejería de Sanidad y a la Gerencia Regional de Salud se les imputará el gasto de los objetivos correspondientes a estos organismos, y para los objetivos intersectoriales, se contará con el presupuesto asignado a los centros directivos de quien dependa su desarrollo, tal y como cada una de las Consejerías con medidas incluidas en el plan ha informado.

El coste estimado para la realización de los proyectos incluidos en el IV Plan de Salud de Castilla y León para el año 2016 asciende a 1.037.420.736,18 €. La inclusión del año 2016 en su totalidad dentro de la memoria económica responde a dos motivos. Por un lado, el gasto en este ejercicio presupuestario se ha tomado como base para calcular el de los años posteriores hasta 2020. Por otro lado, debido al hecho de que durante este año 2016, e incluso los previos que coinciden con la elaboración del Plan, ya se vienen desarrollando medidas contempladas en el mismo por algunos centros directivos, entre ellos la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud.

En total, se ha estimado que el presupuesto para el desarrollo del IV Plan de Salud asciende a 4.969.861.459 €. Hay

que tener en cuenta que algunas medidas no han podido ser presupuestadas para todo el periodo de vigencia del mismo. En lo que respecta a los ejercicios futuros, la dotación económica para el desarrollo de estas medidas estará condicionada al presupuesto anualmente aprobado y quedará reflejada en los diferentes proyectos de gestión.

Los costes directos de la asistencia sanitaria son y seguirán siendo muy altos. Algunos estudios como el Informe Cronos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad estiman que este coste podría aumentar hasta un 45% en el año 2020. Este dato pone de manifiesto la necesidad de una financiación adecuada y suficiente de los servicios sanitarios públicos pero también la necesidad de hacer sostenible el sistema mediante el refuerzo de todos aquellos aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, contando con la participación de profesionales, pacientes y ciudadanos en este cambio de visión estratégica que desde hace años queremos conseguir, poniendo en valor los resultados en salud.

Por último, siendo necesario determinar los recursos que conlleva el desarrollo de un plan de esta envergadura, quizás no debamos centrar el análisis sólo en el gasto sino en la eficiencia y el coste efectividad así como en el impacto que genera en términos de salud, pero también de productividad y generación de riqueza. Decía Winston Churchill que el mayor valor para cualquier país es tener ciudadanos saludables y que invertir en la salud y el bienestar de la gente debería de ser la más alta prioridad para los gobernantes.

## Presupuesto por consejerías

Consejerías	Programa de gasto	2016	2016-2020
Presidencia 1 medida	921B02	202.700,00 €	1.013.500,00 €
Economía y Hacienda 1 medida	423A	25.000,00 €	125.000,00 €
Agricultura y Ganadería 4 medidas	412C	5.060.000,00 €	25.140.000,00 €
Fomento y Medio Ambiente 10 medidas	456A01/456B01	3.811.102,89 €	9.630.894,28 €
Sanidad 301 medidas	312A01/02/04 313B01 467B01 491A02	989.823.674,68 €	4.859.289.790,08 €
Educación 7 medidas	322A	2.873.633,61 €	3.190.784,61 €
Empleo 16 medidas	241C	27.944.000,00 €	34.110.666,00 €
Familia e Igualdad de Oportunidades 8 medidas	231B/232A	7.071.835,00 €	35.359.175,00 €
Cultura 1 medida	336A01	608.790,00 €	2.001.650,00 €
<b>Total Junta Castilla y León</b>		<b>1.037.420.736,18 €</b>	<b>4.969.861.459,97 €</b>

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de la Memoria económica del IV Plan de Salud de Castilla y León

## Presupuesto por áreas de intervención

ÁREAS	2016
Área 1. Equidad y salud en todas las políticas	52.183.399,61 €
Área 2. Proteger la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario	3.787.958,89 €
Área 3. Promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones	61.088.293,00 €
Área 4. Disminuir la carga de enfermedad	919.685.5868,36 €
Área 5. Reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida	675.516,32 €
<b>Total Junta Castilla y León</b>	<b>1.037.420.736,18 €</b>

Fuente: Consejería de Sanidad con datos de la Memoria económica del IV Plan de Salud de Castilla y León



# Anexos

## Anexo 1 Salud en todas las políticas

### Consejería de Presidencia

- Estatuto Autonomía de Castilla y León, reformado por la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre (BOCYL nº 234, de 03/12/2007).
- Ley 3/2013, de 28 de mayo, de Integración de los Inmigrantes en la Sociedad de Castilla y León, modificada por la Ley 5/2014, de 11 de septiembre, de medidas para la reforma de la Administración de la comunidad de Castilla y León.
- Ley 8/2013, de 29 de octubre, de la Ciudadanía Castellana y

- Leonesa en el Exterior (BOCYL nº 213, de 5 de noviembre).
- Agenda para la Población de Castilla y León 2010-2020, aprobada por Acuerdo 44/2010, de 14 de mayo.
- III Plan Estratégico de Inmigración y Convivencia Intercultural de Castilla y León 2014-2018.
- II Plan Estratégico de la ciudadanía castellana y leonesa en el exterior para los años 2015-2018.
- Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una especialización inteligente (RIS3) de Castilla y León 2014-2020.

### Consejería de Economía y Hacienda

- Proyecto RENREN de Energías Renovables.

### Consejería de Empleo

- Estrategia Integrada de Empleo, Formación Profesional, Prevención de Riesgos Laborales e Igualdad en el Trabajo.

### Consejería de Fomento y Medio Ambiente

- Ley 8/2014, de 14 de octubre, por la que se modifica la Ley 11/2003, de 8 de abril, de Prevención Ambiental de Castilla y León.
- Estrategia Regional de Cambio Climático 2009-2012-2020 aprobada mediante Acuerdo 128/2009 por el que se aprueba la Estrategia Regional de Cambio Climático 2009-2012-2020. Emisiones de gases de efecto invernadero. Comercio de derechos de emisión.
- Estrategia Regional de Desarrollo Sostenible de Castilla y León 2009-2014 aprobado mediante Acuerdo 127/2009,

de 19 de noviembre, de la Junta de Castilla y León, (BOCYL 25-11-2009).

- LEY 10/2013, de 16 de diciembre, de medidas urgentes en materia de Vivienda.
- Programa de fomento del alquiler de viviendas.
- Plan Regional Sectorial de Carreteras 2008-2020.
- Estrategia para la seguridad vial en Castilla y León 2009-2012.
- II Estrategia de Educación Ambiental de Castilla y León, 2016-2020

### Consejería de Agricultura y Ganadería

- Trazabilidad en la producción primaria de alimentos y alimentación animal.
- Programa de vigilancia, control y erradicación de las encefalopatías espongiiformes transmisibles.
- Programa de erradicación de la tuberculosis bovina.
- Programa de control de la salmonelosis de importancia para la salud pública en explotaciones de gallinas de puesta en Castilla y León. Estudio de la prevalencia de *Salmonella spp* en explotaciones de pollos de carne y en explotaciones de ganado porcino. Programa de erradicación de brucelosis bovina y ovina/caprina.
- Plan de vigilancia de la Influenza Aviar en Castilla y León.
- Plan de control de determinadas sustancias en animales vivos (PNIR).
- Programa de control oficial de las condiciones higiénico-sanitarias de la producción y de la trazabilidad de leche cruda (vaca, oveja y cabra).

- Programa de control y vigilancia de tularemia en roedores silvestres y lagomorfos.
- Control de otras zoonosis: hidatidosis, toxoplasmosis, leishmaniosis, triquinosis, tuberculosis caprina, fasciolosis, cisticercosis y fiebre Q.
- Programa de control oficial del uso sostenible de productos fitosanitarios.
- Acuerdo 56/2014, de 19 de junio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba Futura Alimenta Castilla y León 2014-2017. Estrategia Autonómica de Apoyo Integral al Sector Agroalimentario.

### **Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades**

- Ley 3/1994, de 29 de marzo, modificada por Ley 3 /2007, de 7 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León.
- Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León
- Ley 2/2013, de 15 de mayo , de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad
- Ley 16/2010, de Servicios Sociales de Castilla y León que define las prestaciones del sistema de acción social.

#### **Prestaciones esenciales:**

- Las de información, orientación y asesoramiento.
- Las de valoración, planificación de caso y seguimiento.
- La renta garantizada de ciudadanía.
- Las ayudas destinadas a la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social.
- Las medidas específicas para la protección de menores de edad en situación de riesgo o desamparo.
- La atención temprana dirigida a niños con discapacidad o con riesgo de padecerla, que comprenderá como mínimo la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de casos.
- La teleasistencia.
- La ayuda a domicilio.

- La atención en centro de día y de noche.
- La atención residencial.
- La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- La prestación económica de asistencia personal.
- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia.
- Los servicios de promoción de la autonomía personal.
- La prestación económica vinculada cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado.
- Las de protección jurídica y ejercicio de la tutela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente y que se encuentren en situación de desamparo.
- La atención en centro de día que garantice, con continuidad a la del sistema educativo, el proceso de integración social y laboral de las personas con discapacidad una vez culminados los ciclos educativos a los que puedan acceder.

#### **Prestaciones no esenciales:**

- Programas de la tutela y protección de menores.
- Programa Integral de Envejecimiento Activo.
- Programa de Acercamiento Inter generacional.
- Programa de Termalismo.
- Programa de viajes.
- Programa Interuniversitario de la Experiencia de Castilla y León.
- Talleres básicos de actividades: actividad física, estimulación cognitiva, habilidades para la vida diaria y arte y comunicación.
- Proyectos Europeos de Envejecimiento Activo.
- Acceso a Unidades de Convalecencia Sociosanitaria.
- Sistema de Atención Sociosanitaria a personas con Discapacidad por Enfermedad Mental.
- Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género de Castilla y León 2013-2018.
- Red de Atención a las mujeres víctimas de violencia de

género de Castilla y León.

- Programa de apoyo psicológico a las víctimas de violencia de género.
- Programa Fénix.
- Pacto social contra la Violencia de Género.
- Plan Específico de Apoyo a las Mujeres del Medio Rural 2010-2015.
- Red de Igualdad y Juventud Activa.
- Programa Mas Iguales.
- Programa Óptima.
- Red de protección a las personas y a las familias en situación de vulnerabilidad por la actual crisis.
- Plan de Exclusión Social.
- Red de protección: Inclusión social.
- Programa de lucha contra la discriminación.
- Programa Desarrollo Gitano.
- VI Plan Regional sobre Drogas.

### Consejería de Educación

- Plan de atención al alumnado con necesidades educativas especiales.
- Plan Marco de atención educativa a la diversidad para Castilla y León.
- Plan de atención al alumnado extranjero y de minorías.
- Plan de prevención y control del absentismo escolar.

### Consejería de Cultura y Turismo

- Plan Estratégico del Deporte de Castilla y León 2014-2017.
- Programa Deporte Siglo XXI.
- Programas de deporte en edad escolar.
- Deporte universitario.
- Programa de Deporte y discapacidad.
- Campaña Deporte Limpio.

---

## Anexo 2: Glosario de términos y abreviaturas

**Accidente laboral.** Engloba a toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra como consecuencia de la actividad profesional. Tienen consideración de accidente laboral tanto los que ocurren in itinere como en el lugar de trabajo.

**Activos en salud.** Un activo para la salud se define como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar. (Morgan A. Ziglio E. 2008).

**AH.** Atención hospitalaria.

**Atención temprana.** Es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias y permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, consideran la globalidad del niño, y son planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

**AP.** Atención Primaria.

**Análisis de peligros y puntos de control crítico (APPCC):**

Relativo al sistema de autocontrol de la industria alimentaria para establecer normas de higiene en la manipulación de los alimentos.

**Aula de pacientes.** Es un subportal del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León y consiste en un espacio de participación que, a través de información objetiva y veraz, se orienta a promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a los pacientes crónicos en el cuidado de su propia salud

**Benchmarking.** Es una técnica clave para la gestión hacia la excelencia. Consiste en un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente con las mejores prácticas reconocidas y su aplicación sobre el área de interés, de los servicios o procesos de trabajo en organizaciones sanitarias.

**Binge-drinking o atracón alcohólico.** Es el término que se utiliza para definir un consumo muy elevado de alcohol en un periodo corto de tiempo o beber compulsivamente.

**BMR.** Bacterias multirresistentes. Las claves para limitar el riesgo de que las bacterias se hagan resistentes radican en el uso adecuado de antibióticos y en la aplicación meticulosa de medidas para la prevención y el control de la infección.

**Cambio climático.** Según el Convenio Marco de las Naciones Unidas, se define como el cambio de clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos comparables.

**CDSS.** Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Organismo perteneciente a la OMS que fue creada para ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades.

**CEPROSS.** Comunicación de enfermedades profesionales de la Seguridad Social. En la actualidad el sistema de notificación CEPROSS recaba información de las patologías sufridas por los trabajadores que están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales.

**Código Ictus.** Es un protocolo de actuación ante la sospecha de ictus que requiere una atención urgente y que permite intervenir lo antes posible y aplicar las técnicas más adecuadas en cada caso.

**Código Infarto.** Es un protocolo de actuación ante la sospecha de cardiopatía isquémica que requiere una atención urgente y que permite intervenir lo antes posible y aplicar las técnicas más adecuadas en cada caso.

**CRG.** *Clinical Risk Grups* o Grupos de riesgo clínico. Es un sistema que permite clasificar a las personas con enfermedad crónica en categorías clínicas durante un período de tiempo determinado.

**Cribado de fragilidad.** Es un proceso que permite detectar el aumento de la vulnerabilidad por una reducción de la capacidad de adaptación del organismo en personas mayores de 70 años. La persona detectada como frágil o prefrágil será subsidiaria de las intervenciones oportunas para revertir tal estado, principalmente programas de carácter eminentemente grupal.

**CSUR.** Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Son centros o servicios sanitarios que realizan técnicas o procedimientos o se centran en la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas en el Real Decreto 1302/2006, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

**Dependencia.** Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, junto con la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o de ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria; o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, necesitan de otros apoyos para su autonomía personal (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

**Determinantes sociales de la salud.** Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, como la clase social a la que se pertenece, los factores ambientales, laborales, culturales, el medio ambiente o la educación que se recibe en las primeras etapas de la vida, incluye también el sistema de salud.

**Discapacidad.** Es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Se manifiesta en la vida cotidiana como una limitación funcional (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud).

**DM.** Diabetes mellitus.

**DG.** Diabetes mellitus gestacional. Es un tipo de diabetes transitoria que se produce durante y como consecuencia del embarazo. Se diagnostica con criterios específicos de elevación de la glucemia.

**DGAS.** Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.

**DGP.** Dirección General de Profesionales.

**DGIII.** dirección General de Investigación, Innovación e Infraestructuras.

**DGSP.** Dirección General de Salud Pública.

**DOCO.** Aplicativo de gestión de documentos de control oficial. Aplicativo informático de la Dirección General de Salud Pública para la gestión de actuaciones.

**DPG.** Diabetes pregestacional. Es aquella mujer que estando diagnosticada previamente de diabetes mellitus, desarrolla un embarazo.

**DTA.** Dolor torácico agudo.

**ECDC.** Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

**ECG.** Electrocardiograma.

**ECLAP.** Escuela de Administración Pública de Castilla y León.

**Empoderamiento.** Se refiere, en su sentido más general, a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas que le permiten tomar decisiones que mejoren sus vidas (Zimmerman, 1988). En el ámbito de la salud, la Carta de Ottawa concedió un papel fundamental al empoderamiento de las personas y los pueblos para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud.

**Enfermedad profesional.** Desde la perspectiva de la Seguridad Social, la enfermedad profesional se define como el daño, la patología médica o traumática, provocada por la presencia en el medio ambiente laboral de factores o agentes físicos, químicos o biológicos que merman la salud de las personas trabajadoras.

**ENSE.** Encuesta Nacional de Salud Española. Es una encuesta quinquenal, incluida en el Plan Estadístico Nacional, y que tiene como objetivo recoger la información sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas de la población.

**Envejecimiento activo y saludable.** La Organización Mundial de la Salud lo define como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico y social.

**Estrategia Regional de Investigación e Innovación para la Especialización Inteligente (RIS3) 2014-2020.** Es una estrategia regional que parte de la premisa de que la creación de una sociedad inteligente, sostenible e integradora debe partir del aprovechamiento, optimización y la maximización de las capacidades existentes en la región, para poder abordar los nuevos retos competitivos existentes a nivel global.

**EPOC.** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Equidad en salud.** Igualdad efectiva en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y en la asignación de recursos.

**Estrategia Europa 2020.** Estrategia creada por la Comisión Europea en el año 2010 ante la crisis económica mundial, con tres prioridades: el crecimiento inteligente, mediante una economía basada en el conocimiento y la innovación; el crecimiento sostenible, mediante una utilización más eficiente de los recursos, más verde y competitiva y el crecimiento integrador, a través de una economía con un alto nivel de empleo que promueva la cohesión económica, social y territorial.

**Evaluación de impacto en salud (EIS):** Metodología prospectiva que tiene como objetivo predecir los impactos en

salud de las políticas para evitar sus efectos negativos inesperados y potenciar los efectos positivos.

**Evento adverso grave.** Lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados. Los eventos adversos se clasifican en graves y leves.

**Fragilidad.** Concepto geriátrico que se define como un aumento de la vulnerabilidad por una reducción de la capacidad de adaptación de los distintos sistemas del organismo. Es un rasgo biológico continuo entre el envejecimiento exitoso y la gran dependencia, que resulta un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo y, además, es potencialmente reversible.

**FRCV.** Factor de riesgo cardiovascular. Según la OMS, los factores de riesgo más importantes de las enfermedades cardiovasculares son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad.

**GAP.** Gerencia de Atención Primaria. Centro periférico de la Gerencia Regional de Salud.

**Glucemia basal.** Es la concentración de glucosa en plasma sanguíneo después de un ayuno de 6-8 horas y obtenido a primera hora de la mañana.

**GBA.** Glucemia basal alterada. Se refiere a individuos con valores basales de glucemia superiores a lo normal pero inferiores a los valores diagnósticos de la diabetes mellitus. Estos valores se definen por la OMS entre 110 y 125 mg/dl y por la ADA entre 100 y 125 mg/dl.

**Gobierno Abierto de Castilla y León.** Canal de comunicación directa entre el gobierno y la ciudadanía a través de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación y de acuerdo con los principios de transparencia, participación y colaboración.

**GPC.** Guía de práctica clínica. Son recomendaciones basadas en la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.

**GRS.** Gerencia Regional de Salud. Organismo autónomo adscrito a la consejería competente en materia de sanidad. Ejerce las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas públicos sanitarios de carácter asistencial y de atención a la salud de la comunidad de Castilla y León, y aquellos otros que le encomiende la Administración de la comunidad autónoma.

**GSS.** Gerencia de Servicios Sociales. Organismo dependiente de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León con competencias en materia de acción social y servicios sociales.

**HbA1c.** Hemoglobina glicosilada. Determinación que mide en sangre venosa la cantidad de hemoglobina que reacciona con la glucosa, aumentando su porcentaje en estados de hiperglucemia durante los últimos tres meses. Es un indicador muy utilizado en el seguimiento de los pacientes con diabetes, y desde 2010 la ADA lo incluyó también como criterio diagnóstico.

**HCE.** Historia Clínica Electrónica. Documentación en soporte electrónico que recoge la información integral del paciente con el objetivo de ser compartida entre los diferentes niveles asistenciales y sociales.

**HTA.** Hipertensión arterial

**IAMCEST.** Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

**ICC.** Insuficiencia cardiaca crónica.

**ICP.** Intervención coronaria percutánea.

**IHAN.** Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Ha sido promovida por la OMS y la UNICEF con el objetivo de animar a las salas de maternidad, los hospitales y los servicios de salud a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

**IMC.** Índice de masa corporal.

**INSS.** Instituto Nacional de la Seguridad Social.

**IRAS.** Infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Aquellas infecciones que el paciente puede contraer al recibir cuidados de salud o durante su estancia en un centro asistencial. También se denominan infecciones nosocomiales u hospitalarias.

**IVE.** Interrupción voluntaria del embarazo.

**LVSQ.** Listado de verificación de la seguridad quirúrgica: Es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

**NNIS.** Es un índice utilizado en el *National Nosocomial Infections Surveillance*, desarrollado por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) en Estados Unidos. Es el más utilizado por su asociación significativa entre los factores que incluye y el desarrollo de infección nosocomial en sitio quirúrgico. Los factores son tres, que se clasifican con un punto cada uno si se cumplen: la duración de la cirugía (con un valor mayor o igual al percentil 75), el valor de la clasifi-

cación del ASA (*American Society of Anesthesiology*) igual o mayor a 3 y herida contaminada o sucia.

**One Health o «Una sola salud».** Abordaje interdisciplinar de la salud humana y la salud animal y el medio ambiente con el objetivo de proteger la salud pública. Promovido por la OMS, OIE y la FAO, corresponde al movimiento mundial creado para fortalecer la colaboración interdisciplinar, la comunicación y las alianzas entre médicos, veterinarios y otros profesionales de la salud.

**PAI.** Procesos asistenciales integrados. Son una herramienta de mejora de la calidad de gestión sanitaria que consiste en el conjunto de actividades y decisiones que diseñan el recorrido de los pacientes ante un problema asistencial determinado. Asegura la prestación integrada de los servicios, la accesibilidad, la continuidad en la atención y la coordinación efectiva de los recursos en un tiempo determinado. Promueve la participación activa de los pacientes y familiares en los cuidados.

**Paciente activo.** Se considera un paciente activo a la persona que padeciendo una enfermedad crónica, está motivado e informado acerca de su enfermedad y realiza una labor de apoyo a otras personas que padecen la misma enfermedad. Está demostrado que la calidad de vida de las personas en esta situación mejora cuando toman una postura activa ante su salud. En Castilla y León se ha iniciado un proyecto para formar pacientes activos con diabetes mellitus que puedan ayudar a otras personas en su misma situación.

**Parentalidad positiva.** Se entiende por parentalidad positiva el buen trato recibido en la infancia por diferentes personas basado en su capacidad para querer, acoger, cuidar, calmar. En definitiva, para proteger y producir buenos tratos favoreciendo el desarrollo cerebral, emocional, cognitivo e interpersonal de los niños y niñas. Se enmarca dentro de la psicología positiva como una manera adecuada de educar para la felicidad que propone el desarrollo de las fortalezas familiares.

**PBA.** Productos de base alcohólica. El Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente recoge el Proyecto Higiene de Manos como una práctica segura para disminuir la prevalencia de infección nosocomial. Este proyecto contempla la utilización de productos de base alcohólica para la limpieza de manos en los hospitales y centros de atención primaria.

**PCPPC.** Pacientes crónicos pluripatológicos complejos. Son aquellos pacientes en los que coexisten dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención en diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria, servicios sociales).

**PROA.** Programa de optimización del uso de antimicrobianos. Sus objetivos son mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones, reducir los efectos adversos relacionados con la utilización de antibióticos, incluyendo la resistencia y garantizar una terapia coste-eficaz.

**Promotores de vida saludable.** Son agentes sociales implicados en acercar a la población los estilos de vida saludable (organismos, entidades, asociaciones, colegios profesionales,...)

**PVyC.** Programa de Vigilancia y Control. Aplicativo informático de la Dirección General de Salud Pública para la gestión de actuaciones.

**RAAL.** Registro de Actividades Alimentarias de Castilla y León.

**RE.** Receta electrónica. Es la aplicación informática que permite prescribir a los médicos la medicación de los pacientes para la posterior dispensación por las farmacias.



**Recomendaciones de Helsinki.** La Declaración de Helsinki es el resultado de un consenso alcanzado en el año 2010 entre los representantes científicos y políticos de la anestesiología europea. Son medidas consideradas factibles y viables para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico.

**Resiliencia.** Según la definición de la Real Academia Española de la Lengua, es la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Desde el punto de vista de la psicología, se considera que también las personas podemos salir fortalecidos de ellas.

**Salud en todas las políticas.** Estrategia política transversal de la OMS que introduce la salud como objetivo compartido en todos los sectores y órganos de gobierno de un país.

**Salutogénesis.** Término creado por A. Antonovsky (s. XX) que hace referencia a los factores y capacidades, tanto individuales como colectivas, que están en el origen de la salud de las personas. Es un concepto en contraposición al origen de la enfermedad y permite tener una visión positiva de la salud y una mirada integral del ser humano.

**SCA.** Síndrome coronario agudo.

**SNS.** Sistema Nacional de Salud.

**SINAC.** Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo. Es un sistema de información sanitario que recoge datos sobre las características de los abastecimientos y la calidad del agua de consumo humano que se suministra a la población española.

**SISNOT.** Sistema de notificación de análisis e incidentes sin daño de Castilla y León. La OMS propone la gestión de riesgos como una de las estrategias fundamentales para su prevención a través de la notificación de incidentes, su análisis a nivel local para detectar los factores que han contribuido a

su aparición y la introducción de mejoras que eviten su repetición.

**TAG.** Tolerancia alterada a la glucosa. Se refiere a individuos que tras someterse a una ingesta de 75 gr de glucosa alcanzan a las 2 horas valores de glucemia superiores a lo normal, pero inferiores a los valores diagnósticos de la diabetes mellitus, es decir, mayores de 140 mg/dl y menores de 200 mg/dl.

**Técnicas de comunicación estructurada.** En el proceso de transmisión de los pacientes entre servicios es importante que no se vea interrumpida la continuidad asistencial asegurando el mantenimiento de la información clínica. Para ello se utilizan técnicas de calidad asistencial con las que se permite asegurar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

**TIC.** Tecnologías de la información y la comunicación.

**TRS.** Terapia renal sustitutiva.

**UCA.** Unidad de Continuidad Asistencial. Son unidades creadas en todos los hospitales de la comunidad, con la intención de integrar los dos niveles asistenciales (atención primaria y atención hospitalaria) bajo una misma estructura organizativa. Esto facilita el desarrollo de protocolos y procesos de continuidad asistencial y mejora la posibilidad de disponer de una visión global del paciente.

**UCI.** Unidad de Cuidados Intensivos.

**Unidades de consejo genético.** Son unidades asistenciales en las que 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.

**Unidades de convalecencia sociosanitaria.** Son unidades específicas en residencias de personas mayores para que una persona en situación de dependencia con un proceso crónico de enfermedad o una patología asociada al envejecimiento reciba, una vez que está estable y a su salida del hospital, cuidados sociales y sanitarios de baja intensidad de forma simultánea mientras logra su recuperación o rehabilitación. Esas personas, además, deberán presentar siempre necesidades sociales, bien porque necesitan cuidados que excedan de la capacidad de un cuidador, carezcan de un cuidador o residan en una vivienda con barreras arquitectónicas.

**USSL.** Unidades de seguridad y salud laboral ubicadas a nivel provincial. Dependen de la Consejería de Empleo.

**Vigilancia de la salud de los trabajadores.** Conjunto de actividades individuales y colectivas orientadas a la prevención de los riesgos laborales cuyo objetivo es identificar problemas de salud y evaluar intervenciones preventivas. Es una actividad de medicina del trabajo y requiere de la coordinación interdisciplinar con integrantes de los Servicios de Prevención.

**ZBS.** Zona Básica de Salud. Marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades sanitarias de la Atención Primaria.

**Zoonosis.** Son todas aquellas enfermedades e infecciones que se transmiten de forma natural entre los animales vertebrados y el hombre. La transmisión puede ser directa o a través del medio ambiente, incluidos portadores, reservorios o vectores (FAO/OMS).

---

## Anexo 3: Participación

### **Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad:**

Consejero de Sanidad

Secretario General

Director General de Salud Pública

Gerente Regional de Salud

Director General de Asistencia Sanitaria

Director General de Gestión Económica

Director General de Investigación, Innovación e Infraestructuras

Directora General de Profesionales

### **Secretaría Técnica:**

Servicio de Planificación Sanitaria

**Equipo Técnico Coordinador:**

Dirección General de Salud Pública  
Secretaría General  
Dirección General de Asistencia Sanitaria  
Dirección General de Gestión Económica  
Dirección General de Investigación, Innovación e Infraestructuras  
Dirección General de Profesionales

**Grupo de Trabajo Intersectorial:**

Consejería de la Presidencia  
Consejería de Empleo  
Consejería de Economía y Hacienda  
Consejería de Fomento y Medio Ambiente  
Consejería de Agricultura y Ganadería  
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades  
Consejería de Educación  
Consejería de Cultura y Turismo

**Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León**

**Colegios Profesionales:**

Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León  
Colegio de Ópticos-Optometristas de Castilla y León  
Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales en Castilla y León  
Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla y León  
Consejo de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de Castilla y León  
Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León  
Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León  
Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León  
Colegio Oficial de Podólogos de Castilla y León  
Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León  
Colegio de Fisioterapeutas de Castilla y León  
Colegios Profesionales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Castilla y León  
Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas Castilla y León  
Colegios Profesionales de Veterinarios de Castilla y León

**Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales**

Asociación Castellano Leonesa de Médicos de Admisión y Documentación Clínica (SADOCYL)  
Sociedad Castellano Leonesa de Alergia e Inmunología Clínica

Sociedad Castellano Leonesa de Análisis Clínicos (SCLAC)  
Asociación Territorial de Castilla y León de la SEAP  
Sociedad Castellano Leonesa de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SOCLARTD)  
Sociedad de Anestesiología de Castilla y León (SEDARCYL)  
Sociedad Castellano Leonesa de Angiología y Cirugía Vascul ar (SOCLACIVAS)  
Asociación Castellana de Aparato Digestivo (ACAD)  
Sociedad Castellano Leonesa de Cardiología (SOCALEC)  
Asociación Castellano Leonesa de Cirugía (ACIRCAL)  
Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial de Castilla y León (SECOMCYL)  
Sociedad Castellano-Leonesa-Cántabro-Riojana de Traumatología y Ortopedia (SCLEARTO)  
Sociedad de Cirujanos Plásticos, Estéticos y Reparadores de Asturias, Cantabria y Castilla y León (SOCIPER)  
Academia Española de Dermatología y Venereología. Sección Astur-Cántabro-Castellano Leonesa (AEDV)  
Sociedad Castellano Leonesa de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDYN)  
Asociación de Enfermería Comunitaria de Castilla y León (AEC)  
Sociedad de Geriatría y Gerontología de Castilla y León (SGGCYL)  
Sociedad de Ginecología Oncológica y Patología Mamaria de Castilla y León (SOGOCYL)  
Sociedad de Ginecología de Castilla y León (SOGICYL)  
Asociación Castellano Leonesa de Hematología y Hemoterapia (ACLHH)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Hepatología  
Asociación Castellano-Leonesa de Higienistas Dentales (HIDES)  
Asociación Castellano-Leonesa de Matronas (ASCALEMA)  
Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo  
Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina del Trabajo (SCLMT)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SOCALEMFYC)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Rehabilitación y Medicina Física  
Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina General (SEMG-CYL)  
Sociedad Castellano-Leonesa Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SCLEMICYUC)  
Sociedad Castellano-Leonesa-Cántabra de Medicina Interna (SOCALMI)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Nuclear (ACALEMN)  
Sociedad Norte de Medicina Preventiva y Salud Pública (SOCINORTE)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Microbiología (SOCALEMI)  
Sociedad Castellano-Astur-Leonesa de Nefrología (SCALN)  
Sociedad Castellano-Leonesa y Cántabra de Patología Respiratoria (SOCALPAR)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Neurocirugía  
Sociedad Castellano-Leonesa de Neurofisiología Clínica  
Sociedad Castellano-Leonesa de Neurología (SONCYL)  
Sociedad de Odontólogos y Estomatólogos de Castilla y León  
Asociación Castellano-Leonesa de Oftalmología (ACLOFT)

Asociación Castellano-Leonesa de Oncología (ACLO)  
Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y la Rioja  
Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (APAPCYL)  
Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (SCCALP)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría  
Sociedad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de Castilla y León  
Asociación de Radiólogos Centro-Norte (CENORA)  
Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (SOCALRE)  
Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental (ACLSM-AEN)  
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias de Castilla y León (SEMESCYL)  
Asociación Castellano-Leonesa de Urología (ACLU)

**Asociaciones de pacientes y familiares:**

Federación Regional de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Castilla y León (AFACAYLE)  
Asociación Española contra el cáncer (AECC)  
Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (PYFANO)  
Asociación de Trasplantados de Corazón Castilla y León  
Asociación de Corea de Huntington de Castilla y León  
Federación de Asociaciones de Diabéticos de Castilla y León (FADCYL)  
Asociación de Celíacos de Castilla y León (ACECALE)  
Federación Castilla y León de Asociaciones para la Lucha Contra la Enfermedad Renal (ALCER)  
Federación de Asociaciones de Castilla y León de Esclerosis Múltiple (FACALEM)  
Federación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Castilla y León  
Asociación Castellano-Leonesa contra la Fibrosis Quística  
Asociación de Lucha Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre (ALCLES)  
Asociación de Ictus y Paresias (ICTIA)  
Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)  
Afectados por Queratocono en Castilla y León  
Federación de Castilla y León de Asociaciones de TDAH (FACYL-TDAH)  
Asociación Española contra la Leucodistrofia  
Asociación de Ataxias de Castilla y León (ASATCAL)  
Asociación de Escoliosis, Cifosis y Lordosis de Castilla y León (ADECYL)  
Asociación Contra La Leucemia y Enfermedades de la Sangre (ASCOL)  
Asociación de Parálisis y Lesionados Medulares Castilla y León (ASPAYM)  
Asociación Castellano Leonesa de Ayuda a Familiares y Enfermos de Bulimia y Anorexia (ACLAFEBA)  
Asociación del Síndrome X-Frágil de Castilla y León  
Asociación de Fenilcetonuria de Castilla y León (ASPKUCYL)  
Federación Castellano-Leonesa de Laringectomizados





IV PLAN DE  
SALUD  
CASTILLA Y LEÓN  
PERSPECTIVA 2020