

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de
Castilla y León



Índice

Resumen	5
1 Prevención de la enfermedad	7
1.1 Programa de detección precoz de enfermedades congénitas	7
1.2 Programa de detección precoz y atención integral a la hipoacusia infantil	8
1.3 Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero	8
1.4 Programa de prevención y detección precoz de cáncer colorrectal	9
1.5 Programa de consejo genético en cáncer hereditario	9
1.6 Programa de detección precoz de hipercolesterolemia familiar	9
2 Promoción de la salud	10
3 Asistencia sanitaria	11
4 Infraestructuras	14
4.1 Nuevas obras en grandes infraestructuras hospitalarias	14
4.2 Reformas para mejora de servicios	14
4.3 Renovación de equipamiento clínico	15
5 Recursos humanos	16
6 Gestión económico-financiera	17
Índice de tablas	21
Abreviaturas, acrónimos y siglas	23
Equipo de Trabajo	25

Resumen

Castilla y León es la Comunidad Autónoma más extensa, con la población más dispersa y envejecida de España. La prestación de los servicios públicos, y en particular los servicios de salud, debe dar una respuesta adecuada a esta situación, garantizando una atención accesible, eficaz, segura y sostenible.

En el presente informe se resumen algunas de las iniciativas y resultados más destacados en distintos ámbitos de actuación. Dentro del apartado de prevención se incide en la prevención secundaria, en la que algunos de los programas desarrollados en Castilla y León incluyen iniciativas pioneras o con características diferenciadas de los programas aplicados en otras comunidades autónomas. En cuanto a la promoción de la salud, se presentan algunos indicadores que reflejan el impacto de las políticas transversales con influencia en la salud dentro de la Comunidad Autónoma, la apuesta por la salud cardiovascular y la mención a determinadas iniciativas de cooperación con otras administraciones.

En el apartado de asistencia sanitaria se muestran algunos de los indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, así como el impacto sobre la satisfacción de los ciudadanos, recogido en el barómetro sanitario. Como ejemplo de actuación coordinada de implantación reciente, se hace mención explícita al modelo regional para el diagnóstico precoz y avanzado de enfermedades raras en pacientes pediátricos. Asimismo, en lo que se refiere a las infraestructuras, se mencionan las principales actuaciones referidas a las nuevas obras de grandes infraestructuras hospitalarias, las reformas para mejora de servicios y la renovación del equipamiento.

En cuanto a los recursos humanos, se incluyen actuaciones dirigidas a la estabilidad de los profesionales, como la regulación e implantación progresiva del concurso abierto y permanente y las ofertas públicas de empleo; asimismo, se mencionan programas de intensificación de formadores e investigadores, y la reciente creación de la unidad de apoyo a la innovación. Finalmente, en el ámbito de la gestión económico-financiera se ofrecen datos relevantes de la estadística de gasto y del presupuesto sanitario.

1 Prevención de la enfermedad

El objetivo general de las actuaciones en la prevención es reducir la probabilidad de aparición de las enfermedades y sus consecuencias. En el Sistema de Salud de Castilla y León se desarrollan actuaciones vinculadas con los cuatro niveles de prevención:

- En la prevención primaria, cuyo objetivo es reducir la incidencia de las enfermedades, a través de iniciativas como la continua actualización del calendario de vacunación infantil, en coordinación con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, o el desarrollo del calendario de vacunación sistemática del adulto.
- En la prevención secundaria, a través de los programas de diagnóstico precoz, cribado o screening, que se detallarán más adelante.
- En la prevención terciaria, promoviendo la mejor adaptación de las personas afectadas por problemas de salud y con la prevención de ulteriores complicaciones de sus procesos, con iniciativas como las incluidas en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León
- Y finalmente, en la prevención cuaternaria, que incluye aquellas actividades dirigidas a evitar o atenuar las consecuencias del intervencionismo sanitario no justificado, que en Castilla y León se difunden bajo el lema “Si no es necesario, puede hacer daño”.

Dada la amplitud del marco de prevención, a los efectos del presente Informe del Sistema Nacional de Salud 2018, se ha considerado pertinente incidir en el ámbito de la prevención secundaria, dado que algunos de los programas desarrollados en Castilla y León incluyen iniciativas pioneras o con aspectos diferenciados de los programas aplicados en otras comunidades autónomas. Por ello, y sin perjuicio de la existencia de actuaciones preventivas similares a las desarrolladas en otras regiones (p.ej. el programa de detección precoz de cáncer de mama) en este apartado se hará mención únicamente a algunos programas específicos, como son los de detección precoz de determinados problemas de salud en los recién nacidos, así como otros programas de cribado en adultos como los de detección precoz de cáncer de colon y de cáncer de cuello uterino, y determinadas iniciativas pioneras en las que Castilla y León ha sido punta de lanza en su implantación poblacional, como son los programas de consejo genético en cáncer y de hipercolesterolemia familiar.

1.1 Programa de detección precoz de enfermedades congénitas

El programa de detección precoz de enfermedades congénitas en Castilla y León es un programa de cribado poblacional cuyo objetivo es disminuir la incidencia de deficiencias físicas y psíquicas mediante la rápida detección e intervención precoz sobre alteraciones metabólicas (hipotiroidismo y fenilcetonuria) y genéticas (fibrosis quística e hiperplasia suprarrenal congénita). Además, en julio de 2017 se ha incorporado al programa la determinación de la anemia falciforme. Para todo ello se efectúa la determinación de diversos parámetros en muestras de sangre procedente del talón del recién nacido, tomadas entre las primeras 48 y 72 horas de vida.

La población diana a la que va dirigido el programa son todos los recién nacidos en Castilla y León, con independencia del tipo de centro sanitario o circunstancia en que se produzca su nacimiento. Las muestras se remiten al laboratorio de cribado neonatal del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, donde se realizan las determinaciones necesarias, con posterior información a las familias de los resultados.

En el año 2017, se remitieron para estudio en el laboratorio las pruebas efectuadas en un total de 15.139 recién nacidos, con una cobertura de 99,9% de la población diana. Tras su pertinente estudio fueron finalmente identificados 10 casos de hipotiroidismo, 2 de fenilcetonuria, 2 de fibrosis quística, 3

de hiperplasia suprarrenal congénita y 2 casos de anemia falciforme con fenotipo específico, procediéndose en todos los casos a su inmediato tratamiento.

1.2 Programa de detección precoz y atención integral a la hipoacusia infantil

Este programa tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida y la integración social en los niños que nacen con hipoacusia. Aunque incluye actuaciones en otros niveles de prevención, en el ámbito específico de la prevención secundaria el objetivo específico es garantizar el acceso a las pruebas de cribado a todos los niños que nacen en Castilla y León antes de que cumplan un mes de vida. La prueba de cribado empleada es la de Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral Automatizados (PEATC-A).

En el año 2017, el número de niños participantes en las pruebas de cribado, con independencia de su nacimiento en cualquier centro público o privado de la Comunidad Autónoma fue de 14.791, lo que supone una cobertura de 97,6%. El número de pruebas de cribado positiva fue de 40, un 0,3% del total de niños con prueba de cribado realizada. De ellos, 10 niños fueron diagnosticados con hipoacusia mayor de 35 decibelios.

Las actuaciones inmediatas tras el cribado incluyen el inicio de tratamiento multidisciplinar, con el fin de desarrollar al máximo las capacidades de lenguaje y de integración social, y la posterior valoración de audioprótesis e implante coclear, en su caso.

1.3 Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero

Este programa inició su actividad en Castilla y León en el año 1986 (fue pionero en España en su implantación poblacional) ofreciendo en ese momento como prueba de cribado la citología cervical convencional. En la actualidad se trata de un programa de cribado organizado cuya finalidad es la detección precoz de lesiones precancerosas y cánceres invasivos mediante la realización de las determinaciones de citología cervical y del Virus del Papiloma Humano (VPH), éste último mediante técnicas analíticas de biología molecular.

La población diana está compuesta por las mujeres residentes en Castilla y León, con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, con relaciones sexuales. Se realiza exclusivamente la determinación de citología cervical en el grupo de mujeres de 25 a 34 años con un intervalo de 3 años; y determinación de citología cervical junto con la determinación del VPH de alto riesgo oncogénico en el grupo de mujeres de 35 a 64 años de edad cada 5 años.

A lo largo del año 2017 se han realizado un total de 61.689 pruebas de cribado, de las que 2.118 (3,4%) tuvieron un resultado de cribado positivo en la primera fase para lesión precancerosa o cáncer invasivo de cuello de útero, procediéndose a la derivación de estas mujeres a atención especializada para confirmación diagnóstica.

El programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero de Castilla y León está incluido en la Red Europea de Screening de Cáncer Cervical del Programa "Europa Contra el Cáncer".

1.4 Programa de prevención y detección precoz de cáncer colorrectal

El programa de prevención y detección precoz de cáncer colorrectal en Castilla y León tiene como objetivo reducir la incidencia y la mortalidad por este tipo de cáncer, mediante la detección de lesiones precancerosas (pólipos) y cánceres colorrectales cuando aún no presentan síntomas. La prueba de cribado utilizada es el Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH), que debe realizarse cada 2 años (un ciclo) y como prueba de confirmación diagnóstica se utiliza la colonoscopia.

La población diana a la que va dirigido el programa son hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años. En la actualidad el programa se encuentra implantado y accesible a la población diana en todas las áreas de salud de Castilla y León.

En el análisis por cohortes de invitación a participar en el programa, la última cohorte con ciclo completo (invitación al cribado en el año 2015, para realización de pruebas hasta 2017) ha supuesto una participación de 41,2% (71.129 personas con test realizado, de 174.119 personas invitadas). Se ha precisado confirmación diagnóstica en 6.514 casos (test positivos) mediante la realización de una colonoscopia, lo que supone un porcentaje del 9,08%. Los resultados de estas pruebas permitieron identificar 270 casos de cáncer colorrectal invasivo y 637 adenomas de alto riesgo o carcinomas in situ, susceptibles de intervención terapéutica precoz. El último dato disponible de actividad, referido al año 2017, muestra la realización de un total de 154.674 test de sangre oculta en heces (correspondientes personas invitadas durante los años 2015, 2016 y 2017), en el conjunto de las áreas de salud de Castilla y León.

1.5 Programa de consejo genético en cáncer hereditario

El programa de consejo genético en cáncer hereditario, desarrollado en Castilla y León, permite proporcionar información a pacientes y familiares sobre la naturaleza, herencia e implicaciones de los desórdenes genéticos, así como de las medidas de seguimiento y profilaxis disponibles, en función del posible riesgo de padecer el cáncer en estudio.

El programa se inició en el año 2003 con el consejo genético en cáncer de mama y ovario hereditario, constituyendo una iniciativa pionera a nivel nacional en su implantación poblacional. Posteriormente, se amplió en 2005 al consejo genético en cáncer colorrectal hereditario. En la Comunidad Autónoma se dispone de tres Unidades de Consejo Genético en Cáncer (UCGC), ubicadas en las Áreas de Salud de Burgos, Salamanca y Valladolid.

A lo largo del año 2017 se han contabilizado dentro del Programa de Consejo Genético en cáncer de mama y ovario 615 primeras consultas a pacientes y familiares. Por otra parte, en el Programa de Consejo Genético en cáncer colorrectal se han atendido 436 primeras consultas a pacientes y familiares.

1.6 Programa de detección precoz de hipercolesterolemia familiar

El programa de detección precoz de hipercolesterolemia familiar, que se viene desarrollando desde noviembre de 2008, permite el acceso al estudio genético a todas las personas susceptibles de padecer dicha enfermedad en la Comunidad de Castilla y León. En su enfoque poblacional y de participación de los profesionales de atención primaria, este programa constituye una iniciativa pionera en España.

El análisis en cascada familiar a partir de un caso índice constituye un elemento clave para el programa. El número de casos índice estudiados en nuestra Comunidad Autónoma, hasta el año 2017, es de 1.361, con un porcentaje de casos positivos del 37,9%. El número de familiares estudiados hasta diciembre de 2017 es de 681, de los cuales un 71,5% tiene una mutación genética.

En el año 2017 se han solicitado dentro del programa de detección precoz de la hipercolesterolemia familiar 158 diagnósticos genéticos, que corresponden a 113 casos índices y 45 casos familiares.

2 Promoción de la salud

El IV Plan de Salud de Castilla y León, con una perspectiva marcada hasta el año 2020, establece en sus dos primeros objetivos generales la mejora del conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y el impulso desde la administración autonómica de aquellas políticas públicas con mayor impacto en dichos determinantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la promoción de la salud como un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud. En este sentido, un enfoque común en los diferentes modelos de determinantes de la salud es la consideración de que las actuaciones desarrolladas dentro del sistema sanitario no resultan necesariamente las más relevantes en el nivel de salud de una población. Por ello es necesario el impulso de estrategias de “Salud en todas las políticas”, con la mejora de la salud como objetivo compartido de todos los sectores y niveles de gobierno.

El derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española implica un requerimiento a la sociedad en general para promover 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 este sentido, puede considerarse que las políticas prioritarias del Gobierno de Castilla y León durante la crisis han supuesto la estrategia de promoción de la salud más relevante para las personas residentes en la Comunidad Autónoma: la apuesta por la recuperación económica, el empleo y los servicios públicos de calidad. En lo que respecta a estos últimos, la sanidad, la educación y los servicios sociales, han mantenido de forma conjunta cerca del 80% de los recursos no financieros del presupuesto de la Junta de Castilla y León en los últimos años.

Algunos resultados de estas políticas se ven reflejados en los indicadores de salud más relevantes de Castilla y León. La esperanza de vida de las personas residentes en la Comunidad Autónoma alcanzaba en el año 2017 los 83,8 años (81,2 años en varones y 86,7 años en mujeres), cifras todas ellas por encima de los valores promedio del conjunto de España. Lo mismo ocurre con los indicadores de esperanza de vida en buena salud o años de vida saludable al nacer, en los que las cifras correspondientes a Castilla y León están cerca de 3 años por encima de la media española. También la tasa de mortalidad ajustada por edad en Castilla y León es actualmente inferior a la que existía al comienzo de la crisis económica, y asimismo se encuentra por debajo de la tasa promedio española.

En lo que se refiere a los hábitos y estilos de vida, se puede destacar que algunos de los indicadores más relevantes, como los porcentajes de población fumadora y gran fumadora, porcentaje de población consumidora anual de alcohol, porcentaje de personas con inactividad física en su tiempo libre, porcentaje de población con índice de masa corporal ≥ 30 kg/m², o porcentaje de población con consumo insuficiente de frutas y verduras, todos ellos ajustados por edad en población adulta, están por debajo de los correspondientes indicadores para el conjunto de España.

Sin perjuicio de las consideraciones anteriores sobre la transversalidad de las políticas de salud para la población, desde el sistema de salud se impulsan actuaciones específicas, preventivas y de promoción de la salud, con enfoque individual y comunitario. Dentro de los problemas a abordar, las enfermedades del aparato circulatorio constituyen una prioridad fundamental. 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. Si bien 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 Sistema Nacional de Salud, continúan constituyendo la primera causa de hospitalización, tanto en hombres como en mujeres –excluidos en este caso los episodios de embarazo, parto y puerperio– y son las enfermedades que más días de estancia hospitalaria causan.

Para un mejor enfoque de los factores de riesgo, en Castilla y León se han venido desarrollando investigaciones poblacionales como el proyecto “Salmanticor”, consistente en un amplio estudio

clínico-epidemiológico de las patologías del corazón en el ámbito del Área de Salud de Salamanca que ha permitido definir los factores de riesgo de enfermedad cardiaca con datos propios, o el estudio del riesgo cardiovascular, con una cohorte de 10 años de seguimiento, que incluye entre sus fines la estimación de la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular y el riesgo cardiovascular global en la población adulta de la Comunidad Autónoma. Este último estudio ha puesto de manifiesto una evolución creciente –si bien con desigual intensidad dependiendo del sexo y la edad– de todos los factores de riesgo en la cohorte según va envejeciendo, a excepción del hábito de fumar, y con una progresión en los niveles de riesgo de los individuos (de pre-hipertensión a hipertensión, de menor sobrepeso a mayor sobrepeso u obesidad) en paralelo con el incremento de la edad. Con ello se incide en la importancia de continuar con el esfuerzo de las iniciativas de promoción y prevención, habida cuenta de que, desde una perspectiva de salud pública, resulta más eficiente poner el foco en la reducción de la morbilidad que de la mortalidad, máxime cuando los costes marginales para continuar reduciendo la letalidad no parecen sostenibles a largo plazo.

En respuesta a este desafío, se está desarrollando en Castilla y León la inclusión en cartera de servicios de atención primaria de un servicio de detección y valoración del riesgo cardiovascular, con el objeto de identificar a las personas con factores de riesgo, valorar y estratificar el nivel de riesgo con herramientas más precisas y finalmente prevenir la enfermedad cardiovascular mediante la intervención sobre los factores de riesgo modificables. Las intervenciones dirigidas a la modificación del estilo de vida son la base fundamental de la prevención cardiovascular, para una menor carga de enfermedad y minimizar el impacto de la enfermedad cardiovascular en la población, incluyendo: recomendaciones sobre el abandono del tabaco, fumar menos o no empezar a hacerlo; reducción o eliminación del consumo de alcohol; seguimiento de dieta saludable con potenciación de la dieta mediterránea y disminución de la ingesta de sodio; realización de actividad física y control del peso; y control de tensión arterial, colesterol total y LDL en sangre y glucemia.

Finalmente, la cooperación entre diferentes administraciones, haciendo de la promoción de la salud una política transversal, constituye también una estrategia fundamental. En este sentido, Castilla y León forma parte del Proyecto RISCAR, de cooperación transfronteriza entre España y Portugal, con el propósito de crear una Red Ibérica de Promoción de la Salud Infantil para la gestión del conocimiento ligado específicamente a los determinantes de la salud y el bienestar infantil, tanto en lo que concierne a la actualización científica de los profesionales como al fortalecimiento de las capacidades parentales. Sus objetivos incluyen la creación de un observatorio de salud infantil de carácter transfronterizo, el apoyo al intercambio de conocimiento y la actualización científica de los profesionales que atienden la salud infantil, así como la promoción de estrategias de apoyo a las familias en la crianza de hijos e hijas.

3 Asistencia sanitaria

La situación demográfica de Castilla y León, con una población dispersa y envejecida, ha condicionado las políticas de accesibilidad del sistema de salud a la población. Castilla y León es la Comunidad Autónoma que mayor proporción de su gasto sanitario destina a la atención primaria, la que dispone del mayor número de centros de este nivel asistencial de todo el país –aproximadamente un tercio de todos los consultorios de atención primaria de España está en Castilla y León, a pesar de que su población apenas se acerca al 5% de la población española– y la de mayor dotación de médicos de atención primaria por 1.000 habitantes.

En 2017, la población de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en Castilla y León era de 2.354.547 personas, de las que casi una de cuatro eran personas con 65 o más años. Para facilitar la accesibilidad a la atención primaria en esta población, el sistema sanitario público de Castilla y León cuenta con un total de 3.669 consultorios locales, 247 centros de salud y 249 Zonas Básicas de Salud (el 64,7% en zonas rurales). El número de consultorios locales con menos de 50 TSI es 1.592, lo que supone el 43,4% del total.

Tabla 1 Distribución por edades de la población con tarjeta sanitaria individual, 2017

	Número de tarjetas	%
0-13 años	258.139	11,0
14-64 años	1.519.348	64,5
≥65 años	577.060	24,5
Total	2.354.547	100,0

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Los indicadores de presión asistencial muestran una cifra de 24,4 pacientes atendidos, en promedio, por cada profesional sanitario al día en medicina de familia y comunitaria, con una mayor relevancia en el entorno urbano y semiurbano (29,2 pacientes/día) que en rural (20,9 pacientes/día). Los profesionales de pediatría en atención primaria atendieron en promedio 18,3 pacientes al día, con valores similares en la desagregación por ámbito urbano o rural. En cuanto al personal de enfermería, atendió a una media de 13,6 pacientes al día, superior en medio urbano y semiurbano (15 pacientes/día) que en rural (12,2 pacientes/día).

Por otra parte, la frecuentación asistencial, expresada en número de visitas por paciente y año, fue en medicina de familia de 6,7 visitas anuales, superior en el entorno rural (8,4 visitas/año) que en urbano y semiurbano (5,5 visitas/año). En Pediatría, la frecuentación fue similar al desagregar por ámbito urbano, semiurbano o rural, con un promedio ligeramente superior a 5 visitas por paciente al año. Y en enfermería la frecuentación fue, en promedio, de 3,1 visitas por paciente, superior en el ámbito rural (3,7 visitas/año) que en el urbano y semiurbano (2,7 visitas/año).

En el ámbito de atención especializada, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, cuenta con 14 Complejos Asistenciales u Hospitales públicos y 12 Centros de Especialidades, repartidos en las 11 áreas de salud de las 9 provincias. Incidiendo en la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, se ha continuado impulsando el acercamiento de las especialidades más demandadas al medio rural, a través de los centros de especialidades. En 2017 ya existen 197 consultas de distintas especialidades en las zonas rurales, con un promedio de 13 especialidades diferentes por centro y alcanzándose las 19 especialidades en alguno de ellos.

Los principales indicadores de actividad hospitalaria en el año 2017 muestran 243.705 ingresos hospitalarios, con un total de 1.582.889 estancias y una estancia media de 6,5 días. El índice de ocupación se mantuvo en promedio anual ligeramente por encima del 70% (en concreto 71,7%) y el índice de rotación en cómputo anual fue de 40,27 ingresos por cama hospitalaria. Se realizaron 289.102 intervenciones quirúrgicas, de ellas 197.897 ambulatorias (68,4% del total) y 91.205 con ingreso. El total de urgencias atendidas en los hospitales fue de 1.024.777, lo que supone un promedio de más de 2.800 diarias. Las consultas en atención especializada ascendieron a un total de 4.393.912, de ellas 1.344.705 primeras consultas y 3.049.207 consultas sucesivas, con un índice sucesivas/primeras de 2,3.

Más allá de los datos de actividad, resulta fundamental el análisis de la percepción que los ciudadanos de Castilla y León tienen del sistema sanitario público. La información obtenida del Barómetro Sanitario 2017 permite comprobar que la nota media otorgada a los servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma es de 7,07, por encima del 6,68 nacional y superior también al 6,91 obtenido en 2016.

Por ámbitos asistenciales, el índice de satisfacción en atención primaria en Castilla y León es de 7,53, mientras la media nacional es de 7,33. En las consultas de atención especializada esta puntuación se sitúa en 7,14, mientras que la media nacional es de 6,79. En urgencias, los castellanos y leoneses otorgan una puntuación de 6,50, siendo la puntuación nacional de 6,09, y en lo referente a los ingresos y asistencia en los hospitales públicos, la nota obtenida por Castilla y León es de 7,31, frente al 6,85 nacional.

La predilección de los castellanos y leoneses por el sistema sanitario público se pone también de manifiesto con los resultados del citado Barómetro Sanitario 2017. Así, el 77,7% de los castellanos y leoneses elegirían un centro público si tuvieran que acudir a una consulta de atención primaria (la media nacional fue del 67,8%), mientras que, en el caso de las consultas de atención especializada, un 64% de los encuestados optarían por la atención en un centro público (la media nacional fue del 54,6%).

En el caso de un ingreso hospitalario, el 79,8% de los encuestados preferiría hacerlo en uno de los hospitales del sistema sanitario público, antes que en un centro privado (en el conjunto nacional la preferencia por la sanidad pública en este ámbito se reduce al 66,7%). Asimismo, el 77,9% escogería uno de los centros públicos de Castilla y León en el caso de precisar atención urgente, frente al 65% de media nacional.

También se evalúa el grado de satisfacción con diversos aspectos de la asistencia en los centros de salud, en las consultas hospitalarias y en la hospitalización. Concretamente, se pregunta sobre la valoración de los encuestados a los cuidados y la atención recibida del personal médico y del personal de enfermería; la confianza y seguridad que transmite dicho personal; el tiempo dedicado por los facultativos a cada paciente; el conocimiento del historial de cada paciente; la información recibida sobre su problema de salud; el número de personas que comparten habitación –solo en hospitalización– o el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales –también solo en hospitalización–. En todos estos aspectos y en todos los niveles asistenciales, el grado de satisfacción en Castilla y León es superior a la media nacional.

La integración y coordinación entre niveles asistenciales resulta un elemento imprescindible para la adecuada atención a los problemas de salud, más aún si cabe en circunstancias que suponen verdaderos desafíos para la prestación de servicios adecuados a las necesidades de los pacientes, como ocurre con las llamadas Enfermedades Raras (ER).

Cada una de estas enfermedades, habitualmente definidas por tasas de prevalencia inferiores a 5 casos por 10.000 habitantes, presenta muy pocos afectados; sin embargo, se trata de un numeroso grupo de patologías, alrededor de 8.000 enfermedades distintas y se estima que afectan a un conjunto en torno al 5-7% de la población, lo que en Castilla y León supondría alrededor de 150.000 afectados. Son patologías que producen una importante carga de enfermedad por el elevado número de años perdidos, debido a muerte prematura y por la discapacidad que originan, generando un elevado número de enfermos crónicos con gran dependencia social y sanitaria.

Una de las principales dificultades a las que se enfrentan las personas afectadas por una ER es obtener un diagnóstico correcto en un plazo de tiempo aceptable. Para conseguir diagnósticos precoces hay que potenciar de forma prioritaria diferentes actuaciones, que van desde los programas poblacionales de detección precoz, hasta un abordaje asistencial de las ER que pueda garantizar la equidad de acceso de todas las personas afectadas a las pruebas diagnósticas que se requieran en cada caso.

El IV Plan de Salud de Castilla y León contempla entre sus objetivos el incrementar el reconocimiento y la visibilidad de las ER. Con la inclusión de este objetivo, se establecen una serie de medidas que permiten avanzar en el mejor conocimiento, atención, coordinación e investigación de las enfermedades poco frecuentes o raras en Castilla y León.

En el marco de la Estrategia de ER del SNS, está desarrollándose la estrategia específica para Castilla y León en sus diferentes líneas, que se concreta en iniciativas como el impulso del Registro Poblacional de ER de la Comunidad Autónoma (RERCyL), regulado en la Orden SAN/113/2014, de 18 de febrero; la ampliación del número de enfermedades que son objeto de detección precoz a través del programa de cribado poblacional neonatal; el desarrollo de líneas de investigación prioritarias relacionadas con las ER, por lo que se tendrá en cuenta en las convocatorias de ayuda para la investigación; la elaboración de programas para el desarrollo de la formación de los profesionales sanitarios, especialmente a pediatras, tanto de atención primaria como de hospital; o en colaboración con las asociaciones de pacientes, el estudio de las necesidades sociosanitarias y educativas de las personas afectadas por ER, con la consiguiente implantación de medidas de mejora en el sistema.

Mención específica merece la implantación del modelo regional para el diagnóstico precoz y avanzado de ER en pacientes pediátricos, basada en una estructura en red con todas las áreas de salud de Castilla y León y que, partiendo de una adecuada coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, se complementa con la creación de la Unidad de Referencia de Diagnóstico Avanzado de ER en pacientes pediátricos, ubicada en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Los objetivos de este modelo incluyen: 1. Disminuir los tiempos de respuesta para llegar al diagnóstico de la enfermedad; 2. Facilitar la continuidad asistencial, y 3. Prestar una medicina personalizada. Para ello, los recursos diagnósticos (clínicos y de laboratorio) se ajustan a las necesidades de cada paciente: lugar donde reside el paciente, capacidad diagnóstica del área de salud a la que pertenece el paciente, tipo de enfermedad y evidencia clínica disponible.

4 Infraestructuras

La inversión en infraestructuras sanitarias se encuentra en fase de crecimiento en Castilla y León, tras un período en el que pudo verse afectada por la situación general en la fase de mayor agudización de la crisis económica. Las actuaciones más recientemente desarrolladas incluyen las referidas a las nuevas obras de grandes infraestructuras hospitalarias, las reformas para mejora de servicios y la renovación del equipamiento.

4.1 Nuevas obras en grandes infraestructuras hospitalarias

En 2017 se produjo la finalización de la obra y puesta en servicio del Hospital Provincial de Zamora, con una inversión final de 30.530.645 euros. La actuación se corresponde con una intervención integral en el hospital y una superficie final construida de 26.744 m², con una dotación de 160 camas. Destaca la distribución y diseño de gran funcionalidad y adaptado a las tendencias de humanización hospitalaria, por su diseño vanguardista. El hospital está dotado de área de cirugía mayor ambulatoria, hospital de día oncológico, 36 consultas externas, 3 gabinetes de endoscopias digestivas y 1 cardiológico y 5 salas de radiodiagnóstico. Además se ha realizado la dotación del equipamiento clínico necesario, de acuerdo con el plan de montaje, por un importe de 2.414.500 euros.

En el mismo año 2017 han continuado las obras en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, en el que hasta este año se han invertido 135.954.382 euros. La intervención consiste en la ejecución “ex novo” de todo el complejo hospitalario a partir de una arquitectura compacta en el que se incorporan todas las técnicas constructivas más actuales para este tipo de edificios. El nuevo hospital contará con una dotación de 912 camas, 25 quirófanos, todos los servicios médicos propios de un hospital de referencia y, una superficie total construida de 177.752,40 m².

Asimismo, durante el año 2017 se han licitado obras en los hospitales de Palencia y Soria. El Hospital Río Carrión de Palencia tiene prevista una inversión de 36.176.093 euros y una superficie construida de 26.977 m², para abordar la construcción del nuevo Bloque Técnico (que incluye la unidad de cuidados intensivos, servicios ambulatorios –hospital de día y urgencias–, servicios centrales de diagnóstico y tratamiento y otros servicios generales), edificio industrial y un aparcamiento con capacidad para unas 796 plazas. En cuanto al Hospital Santa Bárbara de Soria, se ha licitado la obra de reforma y ampliación de su Fase II, con una inversión prevista de 35.311.764 euros, para una dotación de 297 camas y una superficie total construida (entre ampliación y reforma) de 34.052 m².

Finalmente, en diciembre de 2017 se pusieron en marcha las nuevas unidades cardiológicas, completando la puesta en funcionamiento del Bloque Técnico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que incluye el servicio de urgencias, 18 nuevos quirófanos y otros cuatro de cirugía mayor ambulatoria, reanimación, anatomía patológica, farmacia, rehabilitación y la central de esterilización. En este nuevo edificio de 25.000 metros cuadrados construidos se han invertido 78,4 millones de euros en obra y más de 23 millones en equipamiento de alta tecnología, que incluyen los 4,2 millones en el área cardiológica. Durante el mismo año ya se habían puesto en funcionamiento las nuevas dependencias de la unidad de ictus, un área de cuidados semicríticos y la reforma y ampliación de la UCI pediátrica.

4.2 Reformas para mejora de servicios

Además de las intervenciones de gran calado en los centros hospitalarios reseñados, también se ha intervenido en otros centros para mejorar y actualizar los servicios detallados, que se han traducido en mejoras importantes en la asistencia sanitaria prestada en los mismos.

En primer lugar, el servicio de anatomía patológica del Complejo Asistencial de Ávila se ha reformado para adaptar los espacios a las nuevas necesidades e incorporación de nuevas técnicas de

trabajo a la vez que se ha adquirido una nueva sala de tallado. Esta reforma supuso una inversión global de 490.348 euros.

Por otra parte, las obras ejecutadas para la implantación de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital El Bierzo en Ponferrada, ofrecen ventajas múltiples, tanto para el paciente, ya que el sistema pretende ofrecerle el mayor confort y seguridad con la menor alteración de su vida, como para el hospital, cuyos servicios quirúrgicos aumentan su rendimiento al modificar la práctica quirúrgica hacia la ambulatorización de los procesos. La inversión de 852.000 euros, ha permitido crear una unidad con cuatro quirófanos y todos los servicios asociados, como consultas, zona preoperatoria o sala de readaptación al medio.

En el Hospital Medina del Campo se ha ejecutado la obra de las nuevas consultas externas, sustituyendo un inmueble provisional por la construcción de un nuevo edificio que se ha ubicado en uno de los patios. Es una obra que ha supuesto una inversión de 200.860 euros que ha mejorado sensiblemente la atención a los pacientes y la asistencia clínica.

La actuación sobre el módulo onco-hematológico del Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, ha supuesto la instalación de un nuevo módulo con un diseño arquitectónico enfocado a la mayor humanización de estas consultas, para que los pacientes se encuentren en un entorno lo más agradable posible y funcional. La inversión realizada alcanza los 432.530 euros, para diez puestos de tratamiento que proporcionan seguridad, privacidad, vistas al exterior, así como estancias adecuadas para profesionales y acompañantes.

4.3 Renovación de equipamiento clínico

Uno de los objetivos prioritarios del sistema de salud durante el ejercicio 2017 ha sido la renovación del equipamiento clínico, tanto en atención primaria como especializada. En conjunto se han movilizado unos recursos de más de 35,7 millones de euros, que incluye la dotación de equipamiento en todas las gerencias y los planes de montaje del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y del Hospital Provincial de Zamora.

Cabe destacar la adquisición de equipos de alta tecnología durante este año, con particular mención a los nuevos aceleradores lineales, equipos de radioterapia intraoperatoria, resonancia magnética, TAC y neuronavegadores.

Además, en 2017 se firmó con la Fundación Amancio Ortega un acuerdo para la adquisición de tecnología de última generación en la lucha contra el cáncer, en el marco del cual la Gerencia Regional de Salud recibirá un total de 18.297.500 euros. Vinculado a esta colaboración, en 2017 se llevó a cabo la actualización tecnológica de dos aceleradores lineales, se puso en marcha un equipo de braquiterapia intraoperatoria y se licitó la adquisición de 21 nuevos mamógrafos. Estos equipos se emplearán para sustituir los mamógrafos que se utilizan en el programa de detección precoz de cáncer de mama y los de la red de realización de mamografías diagnósticas. Todos los nuevos mamógrafos incorporan tecnología digital y tomosíntesis. También parte de ellos incorporan equipo de estereotaxia para la realización de biopsias de gran precisión.

Finalmente, la incorporación de la cirugía robótica en el sistema público de salud es uno de los proyectos de innovación tecnológica más importantes en lo que se refiere a la alta tecnología, iniciados en Castilla y León en 2017. La Gerencia Regional de Salud apuesta por introducir este tipo de cirugía en cuatro hospitales del sistema: Burgos, León, Salamanca y Valladolid, mediante la instalación de cuatro robots Da Vinci. La utilización de esta innovadora tecnología quirúrgica va abarcar, además del campo de la urología donde su utilización ha demostrado ya óptimos resultados, otras especialidades quirúrgicas: ginecología y obstetricia, cirugía torácica, cirugía pediátrica y otorrinolaringología, entre otras. El importe de la inversión asociada para implantar el sistema de cirugía robótica supera los 5,6 millones euros.

5 Recursos humanos

En la política de recursos humanos en el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León la estabilidad de los profesionales es un elemento clave. Para ello, se ha procedido a la regulación e implantación progresiva del concurso abierto y permanente para el personal estatutario fijo de los centros e instituciones sanitarias del SNS, y a la convocatoria y resolución de Ofertas Públicas de Empleo (OPE).

En lo que se refiere al primero de estos puntos, la implantación progresiva del concurso de traslados abierto y permanente para la provisión de plazas de personal estatutario en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, mediante Orden SAN/1068/2016, de 7 de diciembre fueron aprobadas sus bases generales, desarrollándose un procedimiento homogéneo en el que se aúnan cuestiones esenciales como la periodicidad, el ámbito de aplicación, los requisitos de participación, el contenido mínimo de las convocatorias, la composición y funciones de las comisiones de valoración, o el baremo de méritos, entre otras.

Una vez publicadas las bases generales, en el año 2017 se inició el desarrollo del proceso para la convocatoria progresiva de esta novedosa modalidad de movilidad voluntaria, contando con la pertinente negociación en mesa sectorial y con el beneplácito de todas las organizaciones sindicales, y elaborándose una herramienta informática de soporte que hiciera posible la implementación de este procedimiento, para las 104 categorías de personal estatutario existentes.

En lo que se refiere a la oferta de empleo público y convocatorias inminentes de procesos selectivos, cabe recordar que la plantilla del servicio público de salud de Castilla y León se ha visto incrementada en un 0,9% desde 2012 a 2017, agotándose además en los años 2016 y 2017 la tasa de reposición al 100%.

En la actual legislatura, y hasta diciembre de 2017, se han convocado un total de 5.023 plazas: 1.614 en 2016 (1.596 de estatutarios y 16 de consolidación de funcionarios) y 3.409 en 2017 (3.192 de turno libre y 217 de promoción interna).

Han finalizado todos los procesos selectivos derivados de la oferta de empleo público de 2016 para la provisión por personal estatutario fijo, a excepción de los correspondientes a las categorías de auxiliares administrativos, celadores y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en las que en breve se publicará la relación de aprobados y oferta de plazas. Del total de plazas ofertadas, se han nombrado 283 aspirantes de la categoría de licenciados especialistas en medicina familiar y comunitaria y 325 licenciados en el resto de las especialidades.

En 2017, previo paso por mesa sectorial, se aprobó la OPE (mediante Acuerdo 66/2017, de 23 de noviembre y publicada oferta en boletín oficial de Castilla y León de 27/11/2017), con 3.192 plazas de turno libre, de las que 1.098 se corresponden a la oferta ordinaria, 1.942 plazas de personal estatutario tendentes a reducir la interinidad, correspondientes a la oferta de estabilización, para consolidar una buena parte de las plazas ocupadas por interinos, más 152 plazas derivadas de la aplicación de la Disposición Transitoria Cuarta del Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre. A esas plazas de turno libre han de añadirse otras 217 plazas de personal estatutario de promoción interna.

En otro ámbito de la gestión de recursos humanos, evidenciando la importancia sustancial que el Servicio de Salud de Castilla y León presta a la formación y calidad de profesionales, residentes y formadores, se ha continuado apostando por el desarrollo del Programa de intensificación de formadores aprobado en 2016 para el período 2016-2019.

La finalidad del programa es fomentar una mejor docencia para los residentes y una mejor calidad asistencial para el sistema y el usuario sanitario, es decir, busca maximizar la capacidad y productividad de los profesionales que han de compaginar la actividad asistencial y la formativa, manteniendo la calidad asistencial. La primera convocatoria del mismo se resolvió en septiembre de 2016 a favor de cuatro licenciados especialistas y dos profesionales de enfermería, habiendo sido publicada en noviembre de 2017 una nueva convocatoria equivalente.

Por otra parte, con el objeto de fomentar la investigación entre el personal que realiza actividad investigadora y asistencial en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, en 2017 y por quinto año consecutivo, se convocó el procedimiento de selección de personal para la intensificación de su actividad investigadora y la concesión de ayudas económicas a los centros de la Gerencia Regional de Salud donde desarrollan su trabajo.

Los programas de incentivación para favorecer la participación del personal asistencial en actividades de investigación y potenciar la masa crítica de profesionales que simultanean su actividad asistencial con la investigación, facilitan la traslación de los resultados en mejoras de la práctica clínica y mantienen una asistencia sanitaria de calidad. La intensificación supone que los profesionales seleccionados puedan compaginar mejor su labor asistencial con la investigadora, para lo cual serán liberados, en parte, de su labor asistencial mediante una reducción de la mitad de la jornada para poder dedicarse a la investigación. Su actividad asistencial se cubre por un profesional sustituto contratado que asume la labor asistencial correspondiente al investigador intensificado, tanto para profesionales médicos como de enfermería.

Finalmente, la gestión de recursos humanos no debería entenderse sin la posibilidad de recogida de propuestas innovadoras de los profesionales, ámbito en el que Castilla y León ha impulsado una relevante iniciativa, la denominada Unidad de Apoyo a la Innovación en Sacyl (SACYLINNOVA), creada en enero de 2017. Esta unidad desarrolla una misión de apoyo a los profesionales para materializar sus propuestas innovadoras, desde que surge la idea hasta su posible implantación en la práctica asistencial y/o explotación comercial.

La Unidad realiza el asesoramiento necesario en las diferentes etapas del proceso de innovación o transferencia (idea, desarrollo, valorización y/o transferencia), con el objetivo de que estas ideas puedan llegar a convertirse en productos o servicios que aporten valor al sistema sanitario y a la sociedad. Además, esta unidad central cuenta con el apoyo de la unidad de innovación del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) y con una red de innovación integrada por profesionales comprometidos que ayudan a identificar propuestas innovadoras en las diferentes áreas de salud.

Otro de los objetivos de la unidad es acercar la cultura de innovación a los centros sanitarios incidiendo en los beneficios que comporta impulsar la innovación: mejora de la calidad asistencial (introducción de nuevos métodos diagnósticos/terapéuticos), favorece la sostenibilidad del sistema público de salud (ingresos para el sistema público de salud), dota a los centros sanitarios de un nuevo rol en la sociedad. Con este fin se ha potenciado la búsqueda de nuevas fórmulas y espacios para la sensibilización y formación de los profesionales en materia de innovación: jornadas de formación, atención a pequeños grupos, divulgación, reuniones con equipos directivos, etc.

Asimismo, SACYLINNOVA pretende conseguir una mayor comunicación y colaboración con el sector industrial, sirviendo de puente para la canalización de propuestas de I+D+i que surjan por parte de empresas. Por todo ello se han establecido y afianzado alianzas con departamentos de innovación y emprendimiento, clústeres empresariales, parques tecnológicos y universidades.

Se ha puesto en marcha el Espacio SACYLINNOVA en el portal de investigación que está sirviendo de espacio de divulgación y de puerta de entrada a diferentes iniciativas de profesionales de la Gerencia Regional de Salud, con un enlace accesible desde el portal de salud de Castilla y León.

6 Gestión económico-financiera

De acuerdo con la Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el gasto sanitario público en Castilla y León en 2016 fue de 3.601 millones de euros, un 0,55% más que el año anterior. Esta cifra representa el 6,5% del Producto Interior Bruto autonómico. Los datos del conjunto de comunidades ascendieron a 61.627 millones de euros, el 5,5% del PIB nacional.

En Castilla y León el gasto sanitario per cápita fue de 1.467 euros, mientras que en el conjunto nacional fue de 1.332 euros por habitante. Tanto en España como en Castilla y León el gasto per cápita ascendió en 22 euros por habitante desde el año anterior.

Desde el punto de vista de la clasificación económico-presupuestaria, en 2016 se destinaron en Castilla y León 1.805 millones de euros a retribuciones de personal –el 50,1% del total del gasto sanitario público consolidado (el conjunto de Comunidades Autónomas destinaron el 45,4%)–; 941 millones a adquisición de bienes y servicios –el 26,1% (mismo porcentaje que a nivel nacional)–; 140 millones a conciertos –el 3,9% (muy por debajo del de España con un 9,3%)–; 644 millones a transferencias corrientes –el 17,9% del total (17,6% nacional) y 71 millones a gastos de capital– el 2,0% del total (frente al 1,3% nacional).

Desde el punto de vista de la clasificación funcional, en 2016 se destinó en Castilla y León un 58,7% de nuestro gasto a servicios hospitalarios y especializados (en el conjunto de las comunidades autónomas fue del 63,4%); un 15,6% a atención primaria (media del 13,5%); 2,6% a servicios de salud pública (1,1% de media nacional); un 1,7% a servicios colectivos de salud (en España un 2,2%); un 17,4% a farmacia (16,8% nacional); un 2,0% en traslado, prótesis y aparatos terapéuticos (1,7%) y un 2,0% en gastos de capital (1,3%).

Esta distribución del gasto explica algunas características diferenciales de nuestro sistema de salud en relación con el conjunto de comunidades: mayor peso de los profesionales; prioridad de la Atención Primaria frente a la Hospitalaria; mucho menor gasto en conciertos; y mayor gasto en medicamentos como corresponde a una población más envejecida.

Al analizar la evolución del gasto público en los últimos años, podemos observar que desde las transferencias nuestro gasto se ha incrementado en un 74,6% pasando de 2.062 millones de euros en 2002 a 3.601 en 2016. El peso del gasto sanitario en Castilla y León en el conjunto nacional se ha incrementado, pese a la reducción de nuestra población.

En el último quinquenio, nuestro gasto sanitario se incrementó en un 4,2%. Su distribución no fue homogénea: en remuneraciones del personal el incremento entre 2012 y 2016 fue del 4,2% pese a que fueron años de congelación salarial para los trabajadores públicos. El gasto en bienes corrientes y suministros se incrementó un 13,5%; la reducción del gasto en algunos servicios se vio superada por el incremento de precios de medicamentos y productos sanitarios en nuestros hospitales.

En estos cinco años el gasto en conciertos se redujo en un 13,6%, de 162 a 140 millones de euros, lo que nos sitúa como la segunda comunidad con menor utilización de centros privados. Nuestro gasto en transferencias corrientes (pago de medicamentos a través de recetas en su mayor parte) se incrementó en un 1,6% en este periodo. Finalmente, los gastos de capital se redujeron en un 30,8% –de 102 a 71 millones de euros–; una reducción necesaria en los peores momentos de la crisis para poder mantener el funcionamiento de nuestros servicios sanitarios.

En 2017, el presupuesto consolidado de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, incluyendo el de su organismo autónomo Gerencia Regional de Salud, se vio incrementado en un 5,4%, el mayor desde el correspondiente al ejercicio 2008, hasta alcanzar los 3.477 millones de euros, lo que supone más de un tercio de todo el presupuesto de la Comunidad autónoma y más de un 43% de lo que gestionan el conjunto de consejerías.

El incremento se distribuyó en todos los capítulos del estado de gastos si bien en términos relativos destaca el experimentado por los capítulos inversores, con el objeto de reanudar las inversiones aplazadas en anteriores ejercicios:

Tabla 2 Presupuesto inicial consolidado Consejería de Sanidad, clasificación económica, 2016 y 2017

Capítulo Presupuestario	2016 (€)	2017 (€)	Δ %
Capítulo 1 Gastos de personal	1.768.201.699	1.810.216.728	2,4
Capítulo 2 Gastos de bienes corrientes y servicios	898.334.242	945.824.162	5,3
Capítulo 3 Gastos financieros	0	2.510.080	
Capítulo 4 Transferencias corrientes	522.649.919	591.467.322	13,2
Capítulo 6 Inversiones reales	109.108.931	123.827.410	13,5
Capítulo 7 Transferencias de capital	910.000	2.417.597	165,7
Capítulo 8 Activos financieros	959.264	959.264	0,0
Total	3.300.164.055	3.477.222.563	5,4

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

En cuanto a la distribución funcional, los subprogramas de gasto destinados al sostenimiento de los gastos generales de la Consejería y su organismo autónomo sufren un notable decremento, frente a los

subprogramas destinados directamente a la actividad sanitaria o a la investigación y la innovación, que crecen en mayor o menor medida:

Tabla 3 Presupuesto inicial consolidado Consejería de Sanidad, clasificación económica, 2016 y 2017

Programa/Subprogramas	2016 (€)	2017 (€)	Δ %
Administración y servicios generales	63.510.595	60.323.812	-5
Asistencia sanitaria	3.151.256.447	3.314.835.505	5,2
Salud Pública	70.260.878	71.557.075	1,8
Investigación y desarrollo, telecomunicación y sociedad de la información	15.136.135	30.506.171	101,6
Total	3.300.164.055	3.477.222.563	5,4

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

En términos de ejecución presupuestaria, y gracias a la incorporación de nuevos créditos durante el ejercicio, las disponibilidades de la Gerencia Regional de Salud durante 2017 fueron, al igual que en los dos ejercicios precedentes, notablemente superiores al presupuesto inicial. En concreto, la Consejería de Sanidad y su organismo autónomo pudieron llegar a obligar créditos por importe de 4.008.381.653 euros, es decir, 531 millones adicionales al presupuesto inicial (un 15,3% más) de los cuales 68 millones se destinaron al pago de los medicamentos dispensados mediante receta médica y casi todo el resto al pago de facturas por bienes y servicios, incluyendo las procedentes de ejercicios anteriores que estaban debidamente contabilizadas como pendientes de imputar al presupuesto.

Estas disponibilidades presupuestarias, junto con otras medidas adoptadas por la Gerencia Regional de Salud, han permitido a este organismo cumplir debidamente con sus obligaciones de pago. Así, el Periodo Medio de Pago a proveedores (PMP) de la Gerencia Regional de Salud estuvo durante todo el ejercicio muy por debajo de los umbrales exigidos por el Estado, siendo el promedio mensual de este indicador durante 2017 de tan sólo 6 días, frente a los 23 del conjunto de las comunidades autónomas. Esta normalidad y prontitud en el cobro de sus facturas mejora la relación de los proveedores con la Administración, que termina redundando en las condiciones comerciales de los bienes y servicios que suministran, además de suponer una disminución del gasto destinado al pago de intereses de demora.

En cuanto al comportamiento del gasto correspondiente al ejercicio, se produjo un crecimiento del 2,4% repartido de manera desigual entre los conceptos de gasto, ya que mientras disminuyeron los destinados a actividad concertada o al pago de intereses de demora, el resto de grandes conceptos de gasto experimentaron crecimientos, destacando en términos relativos el capítulo inversor y, con mayor impacto en términos absolutos y como ya viene sucediendo en anteriores ejercicios, el experimentado por el gasto farmacéutico, tanto el de ámbito hospitalario como el que se articula a través de las oficinas de farmacia.

Tabla 4 Gasto consolidado en la Consejería de Sanidad, 2016 y 2017

Concepto de gasto	2016 (€)	2017 (€)	Δ %
Personal	1.797.574.489	1.825.764.022	1,6
Atención continuada	205.761.641	209.731.059	1,9
Sustituciones	79.940.002	91.626.376	14,6
Bienes corrientes y servicios	1.076.739.107	1.104.847.583	2,6
Farmacia hospitalaria	345.536.974	365.601.306	5,8
Material sanitario	285.006.602	298.452.383	4,7
Conciertos	138.548.061	136.635.463	-1,4
Transferencias corrientes	638.484.856	656.628.095	2,8
Farmacia no hospitalaria	626.852.392	644.649.989	2,8
Inversiones de capital	70.784.634	89.385.059	26,3
Gastos y activos financieros	9.501.053	3.658.088	-61,5
Total	3.593.084.140	3.680.282.846	2,4

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

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución por edades de la población con tarjeta sanitaria individual, Castilla y León, 2017	12
Tabla 2 Presupuesto inicial consolidado Consejería de Sanidad, clasificación económica, 2016-2017	18
Tabla 3 Presupuesto inicial consolidado Consejería de Sanidad, clasificación económica, 2016-2017	19
Tabla 4 Gasto consolidado en la Consejería de Sanidad, 2016-2017	19

Abreviaturas, acrónimos y siglas

E

ER: Enfermedades Raras

I

I+D+i: Investigación, Desarrollo e innovación

IBSAL: Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPE: Oferta Pública de Empleo

P

PEATC-A: Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral Automatizados

PMP: Periodo Medio de Pago (a proveedores)

PIB. Producto Interior Bruto

R

RERCYL: Registro Poblacional de Enfermedades Raras de Castilla y León

RISCAR. Red Ibérica de Promoción de la Salud Infantil

S

SACYL: Sanidad de Castilla y León

SACYLINNOVA: Unidad de Apoyo a la Innovación en Sacyl

SNS: Sistema Nacional de Salud

T

TAC: Tomografía Axial Computarizada

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

TSOH: Test de Sangre Oculta en Heces

U

UCGC: Unidades de Consejo Genético en Cáncer

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

V

VPH: Virus del Papiloma Humano

Equipo de Trabajo

Trabajo colaborativo de todos los órganos directivos de la Consejería de Sanidad y Gerencia Regional de Salud.

Edita:

MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Pº del Prado, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 133-20-031-6

<https://cpage.mpr.gob.es/>



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es