



JUNTA DE EXTREMADURA

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población:

Aspectos demográficos y socioeconómicos

La población de Extremadura a 1 de enero de 2004, según el Padrón Municipal de Habitantes coordinado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), asciende a 1.075.286 habitantes, 663.896 en la provincia de Badajoz y 411.390 en la de Cáceres (61,74% y 38,26% del total respectivamente). El dato de población que proporciona la Tarjeta Sanitaria Individual a diciembre de 2004 era de 1.052.504 usuarios activos.

La principal característica de la población es su amplia dispersión geográfica, repartida en 41.634 km² y 383 municipios. Con una densidad de población 25,8 hab./Km². (85,4 hab. /Km² en el conjunto de España). El 44,40% de esta población se encuentra dispersa en municipios de 1.000 a 10.000 habitantes. Sólo 40 municipios tienen más de 5.000 habitantes. La población residente en los 7 municipios de más de 20.000 habitantes (Badajoz, Cáceres, Mérida, Plasencia, Don Benito, Almendralejo y Villanueva de la Serena) representa el 37,65% del total.

En cuanto a la distribución por grupos de edad y sexo de la población extremeña, el perfil se diferencia del resto del país por su mayor proporción de efectivos jóvenes (21,77% de población menor de 20 años) y mayores (19,26% mayores de 65 años, y de éstos un 24,57% es mayor de 80 años) y menor proporción de población en edad activa (58,97% entre 20 y 64 años), aunque los datos de los últimos cuatro años tienden a reducir esa diferencia.

La emigración desde Extremadura ha sido una constante durante mucho tiempo. Tuvo su mayor incidencia en las décadas de los años 60 y 70, en los que la pérdida de población alcanzó el 23,84%. A partir de los 80 la población se estabiliza y el saldo migratorio se va acercando a cero, a expensas fundamentalmente de la población extranjera. La población extranjera a 1 de enero de 2004 era de 20.066 habitantes, que representan un 1,87% del total. La procedencia mayoritaria es de Marruecos (43,66%). En la provincia de Cáceres esta nacionalidad es predominante sobre las demás (62,79%), mientras que en Badajoz, tras años de predominio de la nacionalidad portuguesa, por primera vez este año es superada por la marroquí, aunque no llegan a diferenciarse demasiado (Marruecos: 18,38%, Portugal: 16,83%).

La Contabilidad Nacional Trimestral cifró el **crecimiento real** conjunto de la economía española para el año 2004 en un 2,7%. La distribución regional de esa tasa de crecimiento refleja que Extremadura experimentó un crecimiento superior a esta media, con un aumento estimado de su **Producto Interior Bruto** del 2,8%. Si se considera una perspectiva un poco más amplia y se analizan los crecimientos de las comunidades autónomas desde 1995, se aprecia que en los últimos diez años el crecimiento de la economía extremeña (3,7%) ha sido cuatro décimas superior a la media nacional (3,3%). En términos per capita, Extremadura es, tras Cantabria, la segunda comunidad autónoma que ha experimentado un mayor crecimiento nominal medio en los últimos diez años, con un 6,9% de crecimiento medio por año desde 1995 a 2004. Por otro lado, teniendo en cuenta las estimaciones de las Paridades del Poder Adquisitivo que realiza Eurostat para los 25 países de la Unión Europea, Extremadura, como el resto de comunidades autónomas españolas, mejoran la posición relativa que tenían el año precedente; no obstante, Extremadura mantendría su condición de Región Objetivo 1 por tener un PIB per cápita en PPA inferior al 75% de la media europea. En lo que respecta a las Cuentas de Renta de los Hogares, en 2002, Extremadura es la comunidad autónoma con menor **Renta Disponible Bruta**

per cápita de los hogares (8.278 €). No obstante, si se analiza el comportamiento de este índice en el período 1995-2004, Extremadura es, junto a Murcia, la comunidad autónoma que presenta mayor grado de convergencia, ya que pese a mantener el índice más bajo, ha experimentado una mejora notable al pasar de 71,9 puntos en 1995 a 75,1 en 2002, y al 81,76 en 2004, este último dato del Informe FUNCAS.

Según la **Encuesta de Población Activa**, el número total de activos en Extremadura es de 463.300 personas en 2004. La tasa de actividad para ambos sexos alcanza el 51,70% de la población de 16 y más años. La tasa de actividad femenina se sitúa en 38,70%. Por sectores económicos, el 60,5% de la ocupación está vinculada a los Servicios, tasa más elevada para la población femenina, con un 85,1%. El número de parados en Extremadura en 2004 alcanza las 79.300 personas y la **tasa de paro** del 17,2%.

2. Desarrollo normativo e institucional:

La **Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura**, sentó las bases de la ordenación sanitaria de la Comunidad Autónoma, que preparó el terreno normativo y organizativo para la asunción de las transferencias sanitarias.

Los desarrollos legislativos más relevantes, desde la asunción de las transferencias sanitarias son los siguientes:

- **Real Decreto 1477/2001** de 27 de diciembre **sobre traspaso de funciones y servicios del INSALUD** (B.O.E. 312 de 29-12 2001 y D.O.E. 148 de 29-12 2001).
- **Decreto 209/2001** de 27 de diciembre por el que se **aprueban los estatutos y se crea el Servicio Extremeño Salud**. Descentralización de la gestión integral en las ocho Áreas de Salud.
- **Decreto 88/2002**, de 25 de junio. **Constitución y puesta en funcionamiento del Consejo Extremeño de Salud**.
- **Resolución de 24 de septiembre de 2002**, de la Dirección General de Recursos del SES. **Acuerdo de mejora de la Sanidad en Extremadura**.
- **Ley 10/2002**, de 12 de diciembre, **de Financiación de Inversiones Extraordinarias**.
- **Decreto 4/2003**, de 14 de enero, **por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura**.
- **Decreto 54/2003**, de 22 de abril, por el que se crea **el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI)**.
- **Decreto 74/2003**, de 20 de mayo. **Asistencia dental a la población con discapacidad intelectual**.
- **Decreto 80/2003**, de 15 de julio, por el que se establece **la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo**.
- **Decreto 81/2003** de 15 de julio **que modifica los estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud** (DOE 83 de 17 de julio 2003).

La normativa correspondiente al año 2004 se especifica en la tabla 2.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Instrucción 1/2004	13 de enero de 2004	Procedimiento para la tramitación de reclamaciones y sugerencias dirigidas al SES.	
Decreto 3/2004	27 de enero de 2004	Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones de la Junta de Extremadura.	
Orden de 12 de febrero de 2004	12 de febrero de 2004	Por la que se crea y regula la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 16/2004	26 de febrero de 2004	Por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.	
Decreto 31/2004	23 de marzo de 2004	Por el que se regula la protección sanitaria a los extranjeros en la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.	
Orden de 17 de marzo	17 de marzo de 2004	Por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 37/2004	5 de abril de 2004	Sobre autorización de centros establecimientos y servicios sanitarios en la CAE.	
Decreto 62/2004	20 de abril de 2004	Por el que se autoriza la constitución de la Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (FUNDESALUD).	
Orden de 21 de abril de 2004	21 de abril de 2004	Por la que se convoca a las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Asociaciones sin ánimo de lucro que pretendan recibir financiación para el desarrollo de proyectos y programas de promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, durante el curso escolar 2004/2005.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden de 30 de abril de 2004	30 de abril de 2004	Por la que se regulan las normas relativas a la formación de los manipuladores de los aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioletas, al procedimiento de autorización de empresas y entidades de formación, y registro de centros de bronceado.	
Orden de 14 de mayo de 2004	14 de mayo de 2004	Por la que se crea el Sistema de Información sobre Enfermedades Raras en la Comunidad Autónoma de Extremadura	
Decreto 80/2004	18 de mayo de 2004	Por el que se regula la concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden de 12 de junio de 2004	12 de junio de 2004	por el que se crea el Sistema de Notificación de Exposición Accidental con Riesgo Biológico : "ARBIO"	
Decreto 96/2004	15 de junio de 2004	Por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura.	
Decreto 97/2004	15 de junio de 2004	Por el que se modifica el Decreto 222/2000, de 24 de octubre, por el que se crea el Consejo Asesor de la Autoridad Sanitaria en Salud Laboral.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 109/2004	28 de junio de 2004	Por el que se crea y regula el Consejo Científico y Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura.	
Decreto 16/2004	26 de octubre de 2004	Por el que se regula el Sistema de Hemoterapia de Extremadura.	
Orden de 27 de octubre de 2004	27 de octubre de 2004	Sobre el procedimiento a seguir para la obtención de la licencia de funcionamiento por los fabricantes de productos sanitarios a medida en la Comunidad Autónoma de Extremadura.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 168/2004	9 de noviembre de 2004	Por el que se modifica el Decreto 243/2000, de 5 de diciembre, por el que se crea el Comité Técnico de Seguridad Alimentaria.	
Decreto 177/2004	23 de noviembre de 2004	Por el que se modifica el Decreto 163/2000, de 27 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura.	
Decreto 180/200	30 de noviembre de 2004	Por el que se realiza la reestructuración en los Servicios de Farmacia de las Estructuras Sanitarias de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: EXTREMADURA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 181/2004	30 de noviembre de 2004	Por el que se regulan los establecimientos no sanitarios destinados a la práctica del tatuaje, micropigmentación, piercing u otras técnicas similares.	
Decreto 189/2004	14 de diciembre de 2004	Por el que se regula la estructura orgánica del S.E.S. en las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma Extremeña y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área (DOE 148 de 21 de diciembre 2004).	
Decreto 195/2004	29 de diciembre de 2004	Sobre Asistencia Dental a la Población Infantil de la CAE.	

3. Planificación y Programas Sanitarios:

Durante el año 2004 se ha elaborado el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, en un escenario organizativo de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, sustancialmente modificado en 2002, por las transferencias sanitarias del antiguo INSALUD.

El Plan de Salud, explicita la planificación estratégica de las políticas de salud de la Comunidad Autónoma para los próximos cuatro años. Es un documento político con un importante componente técnico.

Es el tercer Plan de Salud y el primero que se ha elaborado y se desarrollará en un escenario de la Sanidad extremeña completamente nuevo, consecuencia de las competencias en materia sanitaria transferidas. Este hecho se contempla como una oportunidad, que se ha aprovechado en el proceso de elaboración y en los planteamientos diseñados para su desarrollo.

El nuevo escenario competencial y organizativo ha permitido un abordaje desde un sistema de planificación más integrado y ganar en coherencia entre las políticas de salud, las estrategias y las herramientas de las organizaciones.

La experiencia acumulada en la elaboración y en la aplicación de los dos Planes de Salud anteriores, el trabajo continuado con los profesionales y las instituciones y los resultados de su seguimiento y evaluación, entre otros, han servido también de base para la elaboración de las nuevas propuestas.

Desde la perspectiva de la planificación, se ha concebido como una hoja de ruta que recoge las grandes estrategias y actuaciones, tanto del Sistema Sanitario Público de Extremadura, como de un importante número de instituciones y agentes sociales relacionados con la promoción y el mantenimiento de la Salud de la población extremeña.

En cuanto a su orientación, se dota de un enfoque de planificación de la salud basado en los problemas de salud prevalentes y las necesidades de salud de la población, proponiendo 22 Áreas de Intervención prioritarias. Se puede definir de una forma gráfica como un "Plan de Planes".

La propuesta se realiza desde tres perspectivas o ejes estratégicos definidos por:

Eje I: los problemas de salud prevalentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura (enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, drogodependencias y otras conductas adictivas, accidentes y violencias, enfermedades respiratorias, enfermedades endocrino-metabólicas, trastornos del comportamiento alimentario, enfermedades infecciosas).

Eje II: las intervenciones necesarias para la protección y mejora del estado de salud de todos los extremeños (educación para la salud, seguridad alimentaria, salud ambiental o seguimiento y control del estado de salud y salud sexual y reproductiva).

Eje III: las intervenciones del propio sistema sanitario para la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria (modelo integrado de salud, orientación de los servicios sanitarios, marco de atención sociosanitaria, formación e investigación,

nuevas tecnologías, sistemas de información, participación ciudadana y mejora continua de la organización).

Los principios básicos del Plan de Salud son los de :

- Situar a los ciudadanos extremeños en el centro del Sistema Sanitario, convirtiendo la satisfacción de sus necesidades en su objetivo prioritario.
- Establecer a los profesionales como protagonistas de los cambios propugnados.
- Plantear objetivos medibles y consensuados, con actuaciones factibles.
- Definir un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico, basado en la concepción integral de la salud; y
- Adecuarse a los objetivos de la política socioeconómico y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La elaboración del nuevo Plan ha sido eminentemente participativa, sustentándose en un ampliado y variado debate con participación de expertos, sociedades científicas, agentes sociales, Organizaciones No Gubernamentales, etc...contiene propuestas estratégicas definidas en objetivos y actuaciones, que trabajadas con seriedad y rigor, han sido ampliamente divulgadas y debatidas en el seno de la comunidad.

Las fases seguidas en la elaboración han sido las siguientes:

- 1.- Análisis de situación de salud, de servicios y de recursos empleados.
- 2.- Priorización: Establecimiento de las Áreas de Intervención.
- 3.- Determinación de los objetivos y las líneas de actuación.
- 4.- Redacción del Documento de Debate.
- 5.- Redacción del Documento-Propuesta.
- 6.- Aprobación y difusión.

El resultado es una herramienta con algunas fortalezas, como son: identificar los problemas y los grupos de población vulnerables, definir los objetivos de salud y de servicios estratégicos para los próximos cuatro años, mejorar la programación y la gestión, al contar con objetivos y líneas de actuación definidos, impulsar la participación profesional y de la comunidad, dar coherencia y cohesión a las actividades sanitarias del conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura, establecer compromisos de la Administración Sanitaria, evidenciar la necesidad del trabajo intersectorial para lograr mejoras en el nivel de salud de la colectividad o apostar por pasar de un modelo de "producción artesanal", a uno más "industrial" o "tecnológico", mediante la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, de la información y de la comunicación.

A continuación se detallan algunos de los Planes, Programas y/o actuaciones, que se están desarrollando por diferentes Departamentos de la Consejería de Sanidad y Consumo y/o Servicio Extremeño de Salud (SES), contemplados, muchos de ellos, en anteriores Planes de Salud y que siguen teniendo continuidad en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008:

- Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008
- Plan de Formación en Ciencias de la Salud
- Plan Integral sobre Drogas (PID) (Vigente Actualmente), que contempla:
 - Programas Asistenciales
 - Programas de Desintoxicación
 - Programa de Deshabitación con Antagonistas Opiáceas (Naltrexona)
 - Programas Libres de Drogas

- Programas de Mantenimiento con Agonistas Opiáceos (Metadona)
- Programa de Detección y Seguimiento con Agonistas Opiáceos (Metadona)
- Programa de Detección y Seguimiento del VIH y Hepatitis B y C
- Programas de Reincorporación Sociolaboral
- Programas de Reducción del Daño
- Programas de Promoción y Prevención de la salud
 - Programa de Salud Escolar
 - Salud Bucodental en Escolares
 - Salud Bucodental en Discapacitados
 - Plan de Prevención del Tabaquismo
 - Inmunizaciones al niño y adolescentes
 - Vacunación del adulto
 - Prevención del VIH/SIDA
 - Prevención del Cáncer de mama
 - Prevención del Cáncer de cérvix
- Seguridad Alimentaria
 - Control de Alertas Alimentarias
 - Formación de Manipuladores de Alimentos
 - Inspección de Comedores de la Junta de Extremadura
 - Plan de Investigación de Residuos
 - Inspección y Control Sanitario de Establecimientos Minoristas de Alimentación
 - Atención Veterinaria Continuada
- Zoonosis
 - Programa de lucha contra la Brucelosis
 - Programa de lucha contra la Hidatidosis
 - Inspección y control de Matanzas domiciliarias
 - Inspección de Actividades Cinegéticas
 - Vigilancia y control de Encefalopatía Espongiforme
- Salud /Sanidad Medioambiental
 - Control Sanitario de Aguas de Abastecimiento Público
 - Control Sanitario de Piscinas de uso colectivo
 - Control Sanitario de Aguas de Baño Continentales
 - Control y Prevención de la Legionelosis
 - Control Sanitario de Servicios y Establecimientos de Plaguicidas
 - Control y Tratamiento de los Establecimientos de Decoración del cuerpo humano
 - Inspección y Control Sanitario de Campamentos y Albergues

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: EXTREMADURA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
<p>Planes de Salud</p>		<p>Sí</p>	<p>1997/2000; 2001/2004; 2005/2008</p>	<p>El Decreto 96/2004, de 15 de junio, establece las normas básicas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura, así como la determinación de los órganos encargados de su control y seguimiento. El PSE 2005/2008 cuenta con: 22 áreas de intervención prioritarias, encuadradas en 3 ejes estratégicos (Los problemas de salud prevalentes en la Comunidad de Extremadura; Protección y mejora del estado de salud de todos y Mejora continua de la calidad de la atención sanitaria); 66 objetivos específicos, 365 líneas estratégicas de actuación, sus correspondientes criterios de evaluación, así como los órganos o unidades responsables de su desarrollo.</p>

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: EXTREMADURA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Cáncer de mama	programa de cribado poblacional	SI	Bianual:1998/1999; 2000/2001; 2002/2003; 2004/2005	<p>En el periodo 2003-2004 se propone una modificación global de la estructura del Programa de cara a mejorar la accesibilidad al mismo, disminuir los tiempos de espera, y aumentar considerablemente los cauces de información entre los distintos niveles implicados.</p> <p>En primer lugar se diseñó una aplicación informática basada en lenguaje java que, vía Internet, permite gestionar en tiempo real las citas, la emisión de informes y la consulta de historias de cribado desde cualquiera de los puntos intervinientes en el Programa. Se crea una nueva estructura de Unidades de Cribado, conservando la Unidad Móvil que realiza el cribado rural y creando una Unidad de Cribado Mamográfico en cada uno de las Áreas de Salud de Extremadura (8 Unidades ubicadas cada una en los Hospitales de Área existentes).</p> <p>Del mismo modo, se crean simultáneamente ocho Unidades de Lectura mamográfica en las que, radiólogos de nuestro Sistema Público, realizan la doble lectura ciega con consenso de cada una de las placas realizadas. Este sistema garantiza una disminución importante de falsos positivos y permite una actuación inmediata e</p> <p>Se han establecido mecanismos directos de derivación para los ca</p> <p>Todo el Programa se coordina desde la Unidad Central de Gestión</p>
	apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento			

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: EXTREMADURA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
<p>Cáncer de cervix</p>	<p>programa de cribado poblacional</p>	<p>SI</p>	<p>Desde 1988 se desarrolla un Programa de detección Precoz de Cáncer de Cervix; a traves del cual se realizan citologias a las usuarias de los 22 Centros de Orientación y Planificación Familiar de Extremadura. A partir de 2002, el nuevo Programa de Detección precoz de Cáncer de Cervix está incluido en todas las zonas básicas de salud (102 centros de A.P.), que se realiza a demanda.</p>	

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: EXTREMADURA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Enfermedades cardiovasculares		SI	Están asumidos los protocolos del P.I.C.I.(Plan Integral de Cardiopatía Isquémica), adaptados a la C.A.E. Figurando en la cartera de servicios de Atención Primaria del SSPE:la prevención enfermedades cardiovasculares; la atención al paciente hipertenso; la atención al paciente con diabetes; atención al paciente con hipercolesterolemia; la atención al paciente con obesidad y la educación a grupos de pacientes diabéticos. En el vigente Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 se establece en su objetivo nº 1 la Elaboración, puesta en funcionamiento e implantación en todas las áreas de salud de Extremadura del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC) actualmente en fase de elaboración.	
Salud mental		NO	1997-2000(anterior)	El vigente Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 establece en su objetivo nº 6 la Elaboración e implantación de un Nuevo Plan Integral de Salud Mental en todas la áreas de Salud de Extremadura.

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: EXTREMADURA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Violencia de género	Plan de Acción	SI	Anual: 2001; 2002; 2003; y 2004	Desde 2001, existe un Protocolo Interdepartamental (Consejerías de Cultura (Instituto de la Mujer) presidencia (112) Sanidad y Consumo, Educación y Bienestar Social) para la Erradicación y prevención de la Violencia contra la Mujer. Donde se incluye un Pla de Acción, en el cual figuran unos tinerarios de intervención: Información y detección, emergencias; intervención; complementario; formación y sensibilización. También está implantado el Plan de Igualdad de Oportunidades para las mujeres de Extremadura en cuyo plan de acción existen actividades agrupadas en torno a 9 áreas de intervención con el objetivo de erradicar situaciones de injusticia, desigualdad e invisibilidad.
Violencia de género	Acciones preventivas	SI	Anual: 2001; 2002; 2003; y 2004	El Protocolo Interdepartamental incluye un Programa de promoción de hábitos saludables en los centros educativos y Programas de sensibilización dirigidos a la población en general y a la población d riesgo. Dentro del Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer de Extremadura, figura un Área de prevención y seguridad con el objetivo de potenciar la asistencia a nivel secundario de mujeres víctimas de agresiones y de promover acciones de prevención contra la violencia de género.

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: EXTREMADURA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Violencia de género	Protocolo de actuación sanitaria	SI	Anual: 2001; 2002; 2003; y 2004	El Protocolo Interdepartamental incluye un Programa de asistencia sanitaria en situacion de emergencia para la mujer víctima de malos tratos.Incluye la actuación de los servicios de detección, informació y asesoramiento: servicios de emergencias, atención sanitaria en Centros de Salud y/o servicios de Urgencias en caso de existencia de lesiones o daños, con exploraciones protocolarias, asistencia forense y elaboración de un informe médico de lesiones.Tambien cuenta con intervenciones de 3º nivel con Programas Profesionales especializados de tratamiento psiquiatrico y psicológico para mujeres con trastorno psicopatológico.

4. Farmacia:

I. PRESCRIPCIÓN A TRAVÉS DE RECETA MÉDICA OFICIAL

1º Objetivos de Uso Racional del Medicamento del Plan Estratégico del SES. Las Gerencias de Área se adhieren y se comprometen al cumplimiento de los objetivos.

2º Compromiso de cumplimiento del presupuesto asignado para prestación farmacéutica a través de receta médica oficial. Las Gerencias de Área se ajustan a su presupuesto asignado para la prestación farmacéutica a través de receta médica oficial. (Hay una incentivación en productividad de un porcentaje del presupuesto indicativo de cada CIAS si no sobrepasa su presupuesto, además de cumplir con la cartera de servicios)

3º Fomento continuo de los siguientes criterios de Uso Racional del Medicamento. En ambos niveles asistenciales, las Gerencias de Área:

3.1. Se comprometen al fomento continuo de los criterios del Uso Racional del Medicamento (efectividad, seguridad, adecuación y coste) entre sus profesionales sanitarios, tal y como establece el artículo 16 de la Ley 16/2003, de 18 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que dice: "La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad"

3.2. Informan periódicamente de las medidas terapéuticas de primera elección en ambos niveles asistenciales, observando los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia, con el objetivo de una mejora continua de la efectividad y seguridad clínicas, así como de la eficiencia.

3.3. Hacen un seguimiento y control mensual de la prescripción de Novedades una utilización *de medicamentos*.

4º Seguimiento y evaluación mensuales de los perfiles farmacoterapéuticos cualicuantitativos de prescripción de cada facultativo. Las Gerencias de Área llevan a cabo mensualmente la información, el seguimiento, la evaluación y el control de los perfiles farmacoterapéuticos cualicuantitativos de prescripción de cada facultativo, que contiene: a) la desviación del presupuesto indicativo asignado para la prestación farmacéutica a través de receta médica oficial; y b) los indicadores de calidad pactados en este contrato de gestión, según la siguiente relación:

4. 1. Generales para todos los médicos del primer nivel asistencial.

- 4.1.1. % de Nº de envases prescritos por principio activo / Nº total de envases de medicamentos prescritos.
- 4.1.2. % de envases de Novedades Farmacoterapéuticas calificadas como C o D comercializadas cuatro últimos años / Nº total de envases de medicamentos
- 4.1.3. % DHD de ARA-II / DHD de (IECA + ARA-II)
- 4.1.4. % DHD de (lovastatina + simvastatina + pravastatina) / DHD de estatinas
- 4.1.5. % DHD de omeprazol / DHD de IBP

Nota: En los médicos de primer nivel asistencial, para el cálculo de la DHD (número de dosis diarias definidas por cada mil habitantes por día), se tomará como “habitantes” el total del cupo de tarjetas sanitarias que tiene asignado.

4. 2. Generales para el personal de enfermería del primer nivel asistencial.

% de pacientes con intervención y recomendación de absorbentes de incontinencia urinaria / Total de las prescripciones identificadas

4. 3. Generales para todos los médicos del segundo nivel asistencial.

4. 3. 1 % de N° de envases prescritos por principio activo / N° total de envases de medicamentos prescritos

4. 3. 2 % de envases de Novedades Farmacoterapéuticas calificadas como C o D comercializadas cuatro últimos años / N° total de envases de medicamentos

4. 4. Específicos para cada médico del segundo nivel asistencial, según su Servicio Clínico.

Nota: En los médicos de segundo nivel asistencial, para el cálculo de la DHD (número de dosis diarias definidas por cada mil habitantes por día), se tomará como “habitantes” el total del cupo de tarjetas sanitarias de todo el Área Sanitaria.

II. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PRESTACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICAS EN LOS HOSPITALES.

1) En los términos previamente tratados y acordados con los responsables de los Servicios de Farmacia Hospitalarios, las Gerencias de Área se comprometen a que los Servicios de Farmacia Hospitalarios registren su actividad y a enviar trimestralmente a la Subdirección de Gestión Farmacéutica sus datos de: a) dispensación a pacientes externos; b) farmacotecnia; c) dosis unitaria; d) estudios de utilización de los medicamentos (sólo un informe anual); e) aportaciones a la Comisión de Farmacia y Terapéutica; y f) actividad del Servicio de Farmacia, orientada a la evaluación de las “Unidades Relativas de Valor”; y todo ello en los términos expuestos en la tabla titulada REGISTRO DE DATOS TRIMESTRALES A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA.

2) Las Gerencias de Área se comprometen a que las prescripciones que los facultativos recetan para que les sean dispensadas a los “pacientes externos” en el Servicio de Farmacia del Hospital, además de la receta oficial, deban ir acompañadas del informe médico.

TABLA 4
FARMACIA

CCAA: EXTREMADURA período 2004 (a través de receta médica oficial)

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	19.980.356	
	%recetas de genéricos/total de recetas	11,17%	
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP- aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	265.149.045	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	5,62%	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	Se especifica más abajo(*)	
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	Se especifica más abajo(**)	

- | | | |
|------|--|--|
| (*) | 1º) N05BA: 964.484 recetas
2º) N02BE: 956.299 recetas
3º) A02BC: 807.182 recetas | Derivados de la benzodiazepina
Anilidas, del SGT Analgésicos y antipiréticos: anilidas
Inhibidores de la bomba de protones |
| (**) | 1º) A02BC: 384.785 recetas
2º) C09AA: 156.016 recetas
3º) C10AA: 137.082 recetas | Inhibidores de la bomba de protones
Inhibidores de la ECA, monofármacos
Inhibidores de la HMG CoA reductasa |

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos:

1. PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA (SSPE)

La Consejería de Sanidad y Consumo, desde la asunción de las transferencias sanitarias, ha realizado un importante esfuerzo en recursos humanos, con un aumento de 1.698 profesionales en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, lo que representa un incremento de un 14,69%, siendo de un 19,32% en los facultativos del nivel de Atención Especializada, teniendo en cuenta además las dificultades de contratación en determinadas especialidades.

Durante el año 2002, se firmó con las centrales sindicales un Acuerdo para la Mejora de la Sanidad en Extremadura.

En la tabla siguiente se recoge de forma resumida la distribución de los recursos humanos del SSPE, según niveles de Atención.

Recursos humanos del SSPE

	2004
Atención Primaria	
Facultativos	1.904
No facultativos	1.495
No sanitarios	855
Total Atención Primaria	4.254
Atención Especializada	
Facultativos	1.550
No facultativos	4.623
No sanitarios	2.829
Total Atención Especializada	9.002
Total Ambos Niveles	13.256

2. FORMACIÓN CONTINUADA

En cumplimiento de la Ley de Salud de Extremadura y tras la promulgación del Decreto 80/2003, es la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias la encargada de las funciones relativas a la formación de los profesionales sanitarios en cualquiera de sus etapas.

La formación continuada se planifica en función de las necesidades detectadas por varios mecanismos. El primero de ellos es la detección de necesidades que se hace en los propios servicios, unidades y centros del Servicio Extremeño de Salud y de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo. También se hacen encuestas a los profesionales sobre las necesidades sentidas de formación continuada. Por último, se recaban las opiniones de las asociaciones y sociedades científicas, de los colegios profesionales y de las organizaciones sindicales. La Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura es la encargada de la planificación y gestión de las actividades de formación continuada en coordinación con los responsables de formación de las ocho áreas de salud, de tal forma que todas las actividades de formación están incluidas en los Planes de Formación Continuada Anuales.

El número de actividades de formación continuada desarrolladas en la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud durante el año 2004 fue de 241, el número de alumnos 5.694 y las horas lectivas 5.567, a lo que hay que añadir las desarrolladas por el Plan AFCAP (con fondos del acuerdo de formación continua en las administraciones públicas), con lo que el total sería 358 actividades formativas, 8.229 horas lectivas y 7.436 trabajadores formados. De la misma manera, en el año 2004 se otorgaron 35 bolsas para estancias formativas en centros diferentes al del lugar de trabajo, con un montante total de 75.181,31 €.

La Comisión de Formación Continuada de Extremadura acreditó, durante 2004, un total de 20 actividades formativas, concediendo 75,6 créditos.

Se realizan encuestas de satisfacción después de cada una de las actividades formativas. Con las encuestas se realiza una memoria anual, la última se realizó en el año 2004, con un índice de satisfacción medio del 85% (oscilando entre el 67 y el 94%). El aspecto peor valorado ha sido el horario de celebración del curso (satisfacción media de 3,5 en una escala de Likert de 1 a 5), y los mejor valorados la distribución del tiempo en el curso (promedio 4,3), la organización del curso (promedio 4,2) y la documentación facilitada (promedio 4,2)

En cuanto a la formación universitaria durante el año académico 2004-2005 en Extremadura, la oferta de plazas de titulaciones universitarias en Ciencias de la Salud se ha mantenido estable con un total que ronda las 1.060.

Para el mismo año académico, las plazas de formación especializada en Ciencias de la Salud, han sido 140.

De esta forma se configura anualmente un plan de formación que cuenta con cerca de 400 actividades de formación continuada para los 13.000 profesionales que conforman el Sistema Sanitario Público de Extremadura, con una descentralización en las diferentes áreas de salud del 73%.

Junto a estas actividades se convocan programas de reciclajes en determinadas habilidades en Atención Primaria de Salud y se convocan becas de estancias formativas, dotadas de una determinada cuantía económica, a los profesionales que necesitan aprender una técnica que repercute sobre el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

TABLA 5										
PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS										
CCAA: EXTREMADURA										
		si/no	Nombre	Referencia legislativa			Figura jurídico-administrativa (tipo)			
Organización de la formación continuada	Institución ú Organismo específico	si	Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud	Ley de Salud			Servicio de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad			
	Otro Sistema (especificar)	si	FUNDESALUD	Decreto de autorización al Consejero			Fundación del Sector Público sujeta a derecho privado			
Número de Profesionales en Atención primaria										
		edad			Observaciones					
		hombres	mujeres	<30 años	30-50 años	>50 años				
Medicina familiar y comunitaria	740(36)	599(83)	57(84)	1038(35)	244	Entre paréntesis los MIR				
Pediatría	53	82	5	105	25					
Enfermería	382	1080	112	1155	195					
Número de Profesionales en Atención primaria										
		edad			Observaciones					
		hombres	mujeres	<30 años	30-50 años	>50 años				
Farmacia	36	103	8	109	22					
Psicología Clínica	9	30	2	34	3					
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	236	191	30	317	80					
Otros profesionales no sanitarios	302	491	17	630	146					
%de población atendida por Equipos de Atención Primaria		100%								
Número de Profesionales en atención especializada										
		edad			Observaciones					
		hombres	mujeres	<30años	30-50 años	>50años				
Medicina	1083	659	310	1046	386					
Enfermería	526	2211	136	2029	572					

Auxiliar de enfermería	47	1946	28	1312	653				
Farmacia	2	6	6	1	1				
Otro personal sanitario	70	219	71	189	29				
Personal no sanitario vinculado	982	1834	254	2250	312				
Número de profesionales por Especialidades médicas									
(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)									
			edad			Observaciones			
	hombres	mujeres	<30años	30-50 años	>50años				
Alergología	8	9	4	12	1				
Análisis clínicos	27	31	4	39	15				
Anatomía patológica	11	13	1	20	3				
Anestesiología y reanimación	64	54	13	75	30				
Angiología y cirugía vascular	2	1		3					
Aparato digestivo	15	12	4	16	7				
Bioquímica clínica	1	1		1	1				
Cardiología	30	9	8	21	10				
Cirugía cardiovascular	10	0	0	10	0				
Cirugía general y del aparato digestivo	68	18	7	50	29				
Cirugía maxilofacial	6	2	2	6	0				
Cirugía pediátrica	7	4	2	2	7				
Cirugía torácica	2	0	0	2	0				
Cirugía plástica y reparadora	3	2	1	4	0				
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	11	6	0	11	6				
			edad			Observaciones			
	hombres	mujeres	<30años	30-50 años	>50años				
Endocrinología y nutrición	11	7	3	14	1				
Estomatología						DATOS EN AP			
Farmacología clínica	11	16	5	18	4				
Geriatría	5	8	5	8	0				
Hematología y hemoterapia	21	21	4	32	6				
Hidrología									
Inmunología	2	2	0	3	1				
Medicina del trabajo	3	2	0	4	1				
Medicina de la educación física y el deporte									
Medicina espacial									
Medicina intensiva	33	32	19	32	14				
Medicina interna	104	46	24	102	24				
Medicina legal y forense									
Medicina Nuclear	3	3	3	3	0				
Medicina preventiva y salud pública	1	2	0	2	1				
Microbiología y parasitología	10	12	5	16	1				
Nefrología	20	11	11	19	1				
			edad			Observaciones			
	hombres	mujeres	<30años	30-50 años	>50años				
Neumología	15	8	7	14	2				
Neurocirugía	13	1	2	7	5				

Neurofisiología clínica	7	6	4	6	3				
Neurología	9	12	7	12	2				
Obstetricia y ginecología	53	41	15	54	25				
Oftalmología	43	20	8	43	12				
Oncología médica	9	6	0	15	0				
Oncología radioterapia	6	2	1	5	2				
Otorrinolaringología	40	18	8	30	20				
Psiquiatría	23	12	5	20	10				
Radiodiagnóstico	47	37	11	53	20				
Rehabilitación	15	13	5	13	8				
Reumatología	6	3	0	7	2				
Traumatología y cirugía ortopédica	78	15	10	63	20				
Urología	36	5	1	27	13				

6. Investigación:

La investigación en biomedicina y Ciencias de la Salud en Extremadura viene siendo desde hace varios años, la más prolífica, manteniéndose en torno a un 25%, de toda la producción científica regional. En los últimos estudios bibliométricos publicados destacan las áreas de Farmacología, Bioquímica, Biología Molecular y Genética; Gastroenterología y Neurología.

Además, la investigación en salud en esta Comunidad Autónoma tiene presente: las líneas prioritarias de la Unión Europea; el interés global del país, expresado a través del Plan Nacional de Investigación Sanitaria y Técnica y del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) y otras líneas generales de investigación; los problemas de salud que afectan de modo preferente a nuestra Comunidad Autónoma; y el conjunto de actividades investigadoras en marcha en el momento actual.

El Decreto 62/2004 autorizó la constitución de la Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (FUNDESALUD).

El importe de las ayudas concedidas a proyectos de investigación en 2004 fue de 382.106 € (275.000 € destinados a proyectos de investigación sociosanitaria y 107.106 a proyectos para uso racional de medicamentos). D.O.E. Nº 112 de 25/09/04: Orden de 16 de septiembre de 2004, por la que se regula la financiación para la realización de proyectos de investigación socio-sanitaria para el año 2004. D.O.E. Nº 97 de 21/08/04: Orden de 2 de agosto de 2004, por la que se regula la financiación para la realización de proyectos de "Desarrollo e implantación de estrategias para el uso racional del medicamento" en la Comunidad Autónoma de Extremadura, de acuerdo a las líneas de actuación que fueron priorizadas en el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004, en consonancia con el II Plan Regional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación de Extremadura.

El número de proyectos aprobados en el año 2004 fue de 34 (27 de ayudas a investigación sociosanitaria y 7 de proyectos para uso racional de medicamentos).

La Orden 21 de abril de 2004, reguló las ayudas de financiación para el desarrollo de proyectos y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, durante el curso escolar 2004/2005, a realizar por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Asociaciones sin ánimo de lucro.

Junto a esto, existen una serie de proyectos competitivos del FIS o redes de investigación competitiva que llevan a un total de 240.000 euros.

En cuanto a los ensayos clínicos no existen registros y se está trabajando normativamente para organizarlos.

La difusión de la investigación se realiza a través de las memorias de investigación, que se solicita a los investigadores una vez concluidos sus trabajos y obtenidos los resultados.

Para introducir la investigación en la práctica sanitaria, Extremadura colabora en el proyecto del Sistema Nacional de Salud "GuíaSalud", y además se está renovando toda la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

TABLA 6
INVESTIGACION

CCAA:EXTREMADURA

	si/no	Denominación		Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías					
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud					

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)			
Proyectos de Investigación financiados por FIS			
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	si	6	Fondos INTERREGIIIA transfronterizos
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	si	23	
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	no datos	no datos	no datos

7. Sistemas de información sanitaria:

Sistemas de información sanitaria al servicio de la Organización y el ciudadano.

La disponibilidad de información sanitaria actualizada y precisa constituye la base fundamental para la adopción de políticas y para la planificación, ejecución y evaluación de cualquier actuación sanitaria. La misma, es el resultado del tratamiento y análisis de datos de muy distinta procedencia, de forma que sean útiles para la toma de decisiones por parte de la administración sanitaria.

El Sistema Sanitario Público de Extremadura requiere identificar los problemas de salud, analizar los cambios, evaluar las actuaciones y resultados, ordenar los recursos según las necesidades de salud, comunicarse con los ciudadanos, y, en definitiva, tomar decisiones en la planificación y en la gestión del mismo. Todo ello está condicionado por la accesibilidad y nivel de disponibilidad a una información de calidad.

En consecuencia, la información debe adecuarse a las necesidades de cada puesto de responsabilidad, adaptarse a las necesidades cambiantes e integrar aquellas fuentes de datos ajenas al sistema sanitario, pero que son relevantes por referirse a factores relacionados con el estado de salud. Es preciso contar con un sistema de información que pueda soportar este proceso continuado de entrada de datos, análisis de la información y producción de indicadores.

La información que se genere para el sistema sanitario debe tener una estructura longitudinal, amplia, continuada y capaz de adaptarse a los cambios de la propia organización sanitaria. Además, el sistema sanitario debe ponerla a disposición de todos los profesionales sanitarios, clínicos, gestores o planificadores, y facilitar aquella que sea relevante a los distintos sectores implicados en la salud y a los ciudadanos, a fin de que los diferentes actores dispongan de información suficiente para poder opinar y participar de forma efectiva en las decisiones sanitarias.

En el transcurso de la vigencia del Plan de Salud anterior, asumida la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la Consejería de Sanidad y Consumo ha asumido el reto de dotar al conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura de una herramienta potente y de vanguardia que soporte un sistema de información sanitario integral e integrado, para lo que en 2004 definió un **Plan de Sistemas de Información**.

La planificación de los sistemas y tecnologías de la información sanitaria se centrarán en los siguientes propósitos:

- El ciudadano, razón de ser de la organización sanitaria y de los servicios prestados.
- La gestión del conocimiento, en tanto se concentran infinidad de datos que deben ser filtrados y transformados en información valiosa para la toma de decisiones.
- La accesibilidad para planificadores, gestores y profesionales para obtener mejores resultados de administración y gestión de los servicios sanitarios, así como mejorar la satisfacción de los usuarios.
- La seguridad, privacidad y confidencialidad.
- Permitir la integración de los sistemas para optimizar la gestión cotidiana en los centros y servicios sanitarios, relacionarlos y ser capaz de trazar procesos e intervenciones.
- Flexibilidad, es decir, adaptable a la evolución del Sistema y a las particularidades de sus componentes.

En correspondencia con la política priorizada en el mismo, encaminada al desarrollo de los sistemas de información que va a precisar el Sistema sanitario en los próximos años, se desarrollarán diversos proyectos, que interrelacionados entre sí, conformen una potente red de información sanitaria telemática del mismo. La inversión en tecnologías de la información y su implantación durante el periodo de vigencia del Plan de Salud 2005-2008, constituirá una de las piezas claves para alcanzar la excelencia del Sistema Sanitario.

Durante el plazo de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, se ejecutará el “Proyecto JARA”, que conllevará la transformación de los sistemas de información del SES hacia un sistema de información integral e integrado capaz de dar respuesta a las necesidades de gestión de recursos y atención sanitaria y sociosanitaria, que al tiempo posibilite la relación con otras organizaciones y proporcione canales de comunicación adecuados a los ciudadanos con la administración sanitaria.

El mismo, contribuirá a: incrementar la accesibilidad del sistema sanitario público, la mejora en la representación de los datos a medida de cada usuario y la confidencialidad; a disminuir el uso del soporte papel y acetato; a posibilitar la cita centralizada para cualquier centro sanitario; a la integración clínico-administrativa; la mejora en la prescripción farmacéutica; la disponibilidad de fuentes de información básica para el diagnóstico de laboratorio y por la imagen; la optimización de los recursos humanos y económicos.

Además, el desarrollo de la tecnología “Data Warehouse”, como enfoque adecuado a una utilización estratégica de la información, permitirá construir cuadernos de mando con información para profesionales y gestores, ayudando a mejorar la gestión clínica. Deberá permitir, la implementación de la medicina basada en la evidencia, mejorando las buenas prácticas clínicas y disminución de la variabilidad clínica.

La implantación de proyectos como los encaminados a proporcionar información “on line” sobre pruebas diagnósticas por la imagen o de laboratorio, la telemedicina (actualmente conecta todos los hospitales públicos y 18 Centros de Salud de la Comunidad Autónoma), etc... basados en la incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Sanitario Público, complementarán el desarrollo de un sistema de información sanitario cuyo objetivo institucional será el de mejorar la calidad de atención sanitaria.

Pero, además, estos proyectos deben consolidarse como fuentes de información que mejore la capacidad de intervención de la salud pública.

Una red de vigilancia de la salud es un servicio público, que forma parte del sistema de decisión y control de la administración sanitaria, cuya finalidad es el uso de la información para la acción mediante su capacidad para observar, de forma continuada, los hechos epidemiológicos, analizarlos y proponer – así como evaluarlas medidas de intervención. Por ello, constituye un elemento estratégico de la salud pública, no sólo para la resolución de las crisis sanitarias sino como elemento racionalizador de las políticas de salud al evaluar el impacto de los planes y programas de intervención y formular correcciones a los mismos, debe constituir un objetivo prioritario en las Políticas de salud.

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, contempla, en la línea de lo expresado anteriormente, las siguientes actividades:

- Diseño e implantación de un nuevo sistema de información de atención sanitaria para todo el Sistema Extremeño de Salud, a través de los Proyectos “Jara” y “Cívitas”.
- Diseño e implantación del nuevo sistema de información poblacional y de recursos sanitarios en el ámbito de la Comunidad Autónoma, a través del “Proyecto Cívitas”.
- Diseño e implantación del nuevo sistema de gestión de recursos económicos del Servicio Extremeño de Salud, a través del Proyecto Jara.
- Diseño e implantación del nuevo sistema de gestión de recursos humanos del Servicio Extremeño de Salud, a través del Proyecto Jara.
- Diseño e implantación de la arquitectura tecnológica de soporte del Sistema Integrado de Información Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud.
- Puesta en funcionamiento de la historia de salud electrónica.
- Desarrollo e implantación del *Proyecto Zurbarán* por el que se digitalizan e intercomunican todos los Servicios de radiología de la Comunidad, con acceso a las imágenes generadas desde cualquier punto de la Intranet del SES.
- Desarrollo e implantación del *Proyecto Cornalvo* por el que se integran todos los Sistemas de Información de los Laboratorios, con un repositorio centralizado con acceso desde cualquier punto de la Intranet del SES.
- Desarrollo e implantación del Portal de Salud de Extremadura cuyo fin es el de actuar como referencia para los temas de salud en nuestra comunidad y facilitar, para el ciudadano y los profesionales, la adquisición de la información y tramitación administrativa posibilitando el acercamiento de la administración sanitaria a los ciudadanos.
- Establecer un sistema integral de Vigilancia de la Salud Pública que incluya de forma regular el análisis, la evaluación de resultados y la comunicación de la información generada por el sistema de información a los niveles operativos, para que sean útiles en el desarrollo de políticas de salud, tomando como fuente de información todas las disponibles dentro del Sistema Sanitario de Extremadura, y específicamente la historia de salud electrónica.
- Mantenimiento, gestión o implantación de los Sistemas de información en el ámbito de la Seguridad alimentaria y Salud medio-ambiental, que permitan la prevención y control de riesgos para la salud en estas materias.
- Mantenimiento, gestión o implantación de los Sistemas de información en el ámbito de la Administración Sanitaria que permita el control sanitario de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, Oficinas de Farmacia, fabricantes de productos sanitarios, etc..
- Desarrollo e implantación del *Proyecto Orellana* por el que se crea un Sistema de Información Geográfica para la Salud.
- Diseño y construcción de un repositorio y sistema de análisis de datos de salud capaz de integrar la información generada en todos los ámbitos de la actividad sanitaria.
- Generación de un sistema regular de análisis, evaluación y comunicación de la información generada por el sistema de información, que tenga también en cuenta la percepción del usuario en cuanto a nivel de salud, calidad de los servicios prestados y necesidades futuras.

8. Calidad

El conjunto de la Ley de Salud de Extremadura tiene como finalidad la atención sanitaria al ciudadano, citando, entre los principios del Sistema Sanitario Público de Extremadura: la mejora continua de la calidad de la atención y la asistencia prestada, la participación de la comunidad y de los profesionales, la eficiencia en la asignación y la gestión de los recursos, y la eficacia como parte de la calidad en la prestación de los servicios encomendados al mismo, respondiendo a criterios de planificación previos.

Con la elaboración y puesta en marcha del primer Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura, la Consejería de Sanidad y Consumo se compromete, desde el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, a crear unos parámetros que garanticen a la sociedad en su conjunto una atención sanitaria de solvencia y mejora continua, así como un funcionamiento sistemático y regular de aquellos órganos técnicos y de asesoramiento relacionados con la calidad. Es el caso de la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias creada y regulada mediante Orden de 12 de febrero de 2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo, dentro de una dinámica normativa de la Junta de Extremadura que no hace sino respaldar una política con la sociedad, con los usuarios y profesionales, para fijar en un horizonte lo que debe suponer una satisfacción de todos con lo que el Sistema Sanitario Público de Extremadura supone y hace.

De las consideraciones realizadas con anterioridad, en el marco del Plan de Salud se definen unos objetivos y líneas de actuación, necesariamente anclados en la cohesión y coherencia requeridas para plasmar ante los ciudadanos y la sociedad, una voluntad política y de gobierno en materia de mejora continuada de la Salud de los ciudadanos en la Comunidad Autónoma de Extremadura, entre los que destacan:

- Aprobación del Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura que se basa en ocho pilares que recogen la calidad científico-técnica, la calidad en la gestión, la calidad en la relación, la calidad en la formación e investigación y en la financiación.
- Regulación normativa del Modelo de Calidad y la Acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura, inspirada en el EFQM y que cuenta con 10 categorías y estándares de calidad que clasificará a los centros en óptimo, básico y excelente.
- Integración de criterios de evaluación, con periodicidad anual, de cada uno de los Pilares Estratégicos del Plan Marco de Calidad.
- Los centros y servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura orientarán sus herramientas de planificación y de gestión hacia un horizonte operativo que les permita cumplir, en el marco de la normativa de aplicación del propio Modelo de Calidad, con los requisitos de acreditación básica.

Al mismo tiempo se realizan programas de evaluación de los diferentes servicios que se ofrecen a los ciudadanos, así como encuestas de satisfacción en la utilización de las urgencias, hospitalización y Centros de Salud.

9. Seguimiento del estado de salud de la población:

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

La **esperanza de vida al nacer** en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el 2001 fue de 80,68 años en ambos géneros, 77,41 años en varones y de 84,06 años en mujeres. La EVN en la Comunidad Autónoma de Extremadura ha evolucionado ascendentemente en los 11 años analizados; desde 1991 a 2001 ha experimentado una ganancia de 3,14 años para ambos géneros, 3,14 años para varones y 3,21 para mujeres lo cual equivale a un aumento medio de 3,42 meses por año para ambos géneros y varones y 3,49 meses por año para las mujeres.

La **morbilidad percibida** implica la realización de Encuestas de Salud en la población. Durante 2001 se realizó el trabajo de campo de la que hasta ahora es la primera Encuesta de Salud de Extremadura. Así, el 72,1% de los varones extremeños han considerado que su estado de salud en los últimos 12 meses ha sido bueno o muy bueno y el 6,9% lo ha considerado malo o muy malo. Mientras que el 62,2% de las mujeres extremeñas han considerado que su estado de salud en los últimos 12 meses ha sido bueno o muy bueno y el 9,7% lo ha considerado malo o muy malo.

En los últimos 12 meses el 15,8% de los varones extremeños han tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad en al menos 10 días, mientras que el 19,6% de las mujeres extremeñas han tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad durante el mismo periodo.

La **morbilidad** detectada a través del sistema de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Extremadura, presenta las siguientes características:

Enfermedades infecciosas vacunables. Extremadura cuenta desde el año 2002 con el certificado de eliminación de la Poliomiélitis, continuándose la búsqueda activa de casos de parálisis flácida en menores de 15 años cada mes.

La **cobertura vacunal** de 2004, en la población infantil que superó el 95%, ha posibilitado una importante disminución de las enfermedades vacunables, sobre todo en niños y adolescentes. No se han producido ningún caso de Poliomiélitis, difteria, tétanos neonatal y rubéola congénita en los últimos cuatro años. La tasa de Sarampión ha pasado de 2,2, en el periodo 1997-2000, a 0,26 en el periodo 2001-2004, por cien mil habitantes. En los mismos periodos, la Parotiditis ha pasado de 10,10 a 3,65 por cien mil habitantes. La incidencia anual durante el año 2004 de enfermedad invasiva por **Haemophilus influenzae tipo b** en menores de 5 años es 0. La cobertura vacunal para la gripe ha sido, en los grupos de riesgos, del 82% en la temporada 2002/2003. Esto ha podido propiciar el importante descenso en el número de casos, pasando de 71.478 casos declarados en 1997, a los 39.760 en el 2003.

Tuberculosis. La tasa y el número de casos de tuberculosis respiratoria ha disminuido durante el período 2001-2004, pasando de 12,90 a 11,24 por cien mil habitantes.

Brucelosis. Ha sufrido un considerable descenso desde 1997 a 2003, salvo algunos brotes esporádicos, pasando de 48,47 a 9,58 por cien mil habitantes, en los años 1997 y 2003, respectivamente.

Hepatitis. Han sufrido también un importante descenso en el periodo 1997-2003. La hepatitis A ha pasado de 24 casos en 1997 a 7 en 2003, y 20 en 2004. Y la hepatitis B, de 52 casos en 1997 a 17 en 2003, y 21 en 2004.

Infección Gonocócica. Ha pasado de 284 casos en 1997 a 5 casos en 2003.

Por otra parte: Con respecto a **Accidentes de Trabajo**, su incidencia ha disminuido comparando el año 2001 con el 2004, pasando de 7.792,40 a 7.440,24 por 100.000 trabajadores, respectivamente.

La evolución del número de casos de **infección VIH/SIDA** en nuestra Comunidad Autónoma ha sido negativa. Durante el año 1999, se produjeron 35 nuevas infecciones por VIH, frente a las 13 del año 2004. En el año 1998 se diagnosticaron 76 casos de SIDA de residentes en Extremadura, frente a los 26 casos del año 2003 (fuente: INE).

La Salud Bucodental. El índice CAO en niños según la encuesta epidemiológica es inferior a 2 (1,31), estando el 64% de los escolares de 5-6 años libres de caries.

Estilos de vida. La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2001-2003 nos permite medir, entre otras cosas, la evolución experimentada durante los últimos años en relación a cuestiones relativas a hábitos no saludables: hábito tabáquico, consumo de alcohol y otras drogas.

Con respecto al **hábito tabáquico**, la media de la frecuencia de consumo de tabaco diario (fumador en activo) ha disminuido durante el año 2003 con respecto al año 2001, pasando de 37,6 a 34,1, respectivamente. De cada 100 consumidores en activo, el grupo de mujeres supera al de hombres en el año 2003. La edad de inicio (primer cigarrillo) ha pasado de 16,26 años en el año 2001, a 15,84 años en el año 2003.

Consumo de alcohol. La frecuencia de consumo durante el último mes era, en el año 2003, de un 57,5%, frente 59,9% en el año 2001. La frecuencia de consumo diario era de 11,7% en el año 2003, y de 9,9%, en el 2001. La edad de primera ingesta ha bajado de 17,01 años, en el 2001, y de 16,63 años, en el 2003.

Otras Drogas. La evolución de las prevalencias de consumo durante el último año, de tranquilizantes (3,2% en 2001 a 0,8% en 2003) y somníferos (2% en 2001 a 0,8% en 2003) sin receta médica, cocaína (1,1% en 2001 a 0,6% en 2003), anfetaminas (0,3% en 2001 a 0,1% en 2003), éxtasis (1,5% en 2001 a 0,4% en 2003) y cannabis (7,7% en 2001 a 6,0% en 2003). En todos los casos, ha disminuido en el año 2003 con respecto al año 2001. Asimismo, no se detecta consumo, o se detecta poco consumo de alucinógenos y heroína en el año 2003.

Mortalidad. Durante el año 2002 se produjeron en Extremadura 9.826 defunciones de personas residentes habitualmente en la Comunidad Autónoma, de las cuales 5.204 (52,97%) correspondieron a varones y 4.622 (47,03%) a mujeres.

En el año 2002 las principales causas de muertes por orden de frecuencia y para ambos géneros fueron:

- 1.- Enfermedades del aparato circulatorio.
- 2.- Tumores [neoplasias]
- 3.- Enfermedades del aparato respiratorio.

- 4.- Enfermedades del aparato digestivo.
- 5.- Enfermedades mal definidas.
- 6.- Enfermedades endocrinas o nutricionales

La **mortalidad infantil** ha experimentado una importante disminución en Extremadura, situándose, en el año 2002, en 3,27 por mil nacidos vivos, siendo los resultados provisionales en el año 2003, de 2,52, inferior a las medias española y europea.

Años potenciales de vida perdidos. En Extremadura en el año 2002 se han perdido 43.158 años potenciales de vida para ambos géneros con una tasa cruda de 4077,22 por cien mil. Para los varones se han perdido 31.135 años potenciales de vida con una tasa cruda de 5931,05 por cien mil y para las mujeres se han perdido 12.023 años potenciales de vida perdidos con una tasa cruda de 2253,29 por cien mil.

Si hablamos de la causa de mortalidad con mayor pérdida en años potenciales para ambos géneros, en primer lugar se sitúan los tumores [neoplasias] con 14.900 años perdidos y una tasa cruda de 1407,65 por cien mil, seguido del aparato circulatorio y las de causas externas de defunción.

El Registro de Enfermedades Raras, ha identificado 178 Enfermedades Raras diferentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura, afectando a 2.242 "historia clínicas".

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

A continuación se detallan los sistemas de información y registros de la Comunidad Autónoma, y los sistemas de información estatal en los que participa, además de otras fuentes de información, tales como INE, Padrón Municipal, etc...

SISTEMAS DE INFORMACIÓN / NOTIFICACIÓN

Sistema de Información Microbiológica

Sistema de Información de nuevas Infecciones por VIH

Sistema de Información de Enfermos Renales en Tratamiento Renal Sustitutivo

Sistema de Información Poblacional y de Recursos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs)

REGISTROS

Registro de Mortalidad de Extremadura

Registro Autonómico de SIDA

Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs)

Registro de Casos de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)

Registro Sanitario de Alimentos

Registro de Empresas o Entidades de Formación de Manipuladores de Alimentos

Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Registro de Instalaciones de Riesgo de Legionelosis

Registro de Entidades de Formación autorizadas para desarrollar y/o impartir cursos de formación de personal que realiza operaciones de mantenimiento Higiénico-sanitario de Instalaciones de Riesgo de Legionelosis

Registro de Establecimientos y Servicios Funerarios

Registro de Piscinas de Uso Colectivo de Extremadura

Registro de Enfermedades Raras
Registro de Empresas Manipuladoras de Plaguicidas

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA DE ÁMBITO ESTATAL

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD): Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs)

Redes de Intercambio de Información o Alertas (Red CLEEN y EUROCAD)

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC)

Sistema de Información Nacional de Zonas de Baño Naturales (SINZB)

Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Productos Químicos (SIRIPQ)

Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer (SICAp)

Sistema de Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio (DADO)

Sistema de Información de Farmacovigilancia

Registro de Instalaciones de Rayos X con fines de diagnóstico médico

Registro de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

Registro del Catálogo Nacional de Hospitales

10. Participación:

Tradicionalmente, la Comunidad Autónoma se ha dotado de instrumentos de participación formal de la sociedad en las instituciones y ámbitos sanitarios y de la salud. Ha sido el caso de los Consejos de Área y de Zona, Comisiones de coordinación, etc...

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, establece cauces para la participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Extremadura y prevé órganos de participación y asesoramiento, mediante la normativa siguiente:

- **Decreto 79/2002**, de 11 de junio, **que regula la composición y funcionamiento del Consejo Extremeño de los Consumidores.**
- **Decreto 88/2002**, de 25 de junio. **Constitución y puesta en funcionamiento del Consejo Extremeño de Salud.**
- **Decreto 4/2003**, de 14 de enero, **por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.**
- **Decreto 16/2004**, de 26 de febrero, por el que se regula el **derecho a la segunda opinión médica** en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- **Decreto 109/2004**, de 28 de junio, por el que se **crea y regula el Consejo Científico y Asesor** del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- **Decreto 16/2004**, de 26 de octubre, por el que se **regula el Sistema de Hemoterapia de Extremadura.**
- **Decreto 189/2004** de 14 de diciembre por el que se **regula la estructura orgánica del S.E.S.** en las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma Extremeña y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área (DOE 148 de 21 de diciembre 2004).

Desde la Comunidad Autónoma de Extremadura se ha puesto en marcha actividades de difusión, para su conocimiento y aplicación, de la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** Se han llevado programas de evaluación por parte del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones.

Está actualmente en trámite la libre elección de médico, centro y servicio sanitario.

Se han desarrollado estructuras que mejoran la relación y/o participación del ciudadano como son: participación en la elaboración del Plan de Salud, el Plan de Humanización y el Programa de Atención al Usuario.

Se han potenciado los Servicios de Atención al Paciente en las Áreas y se ha desarrollado una sección de Calidad Relacional dentro del Servicio de Evaluación y Calidad de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Están en funcionamiento 105 Consejos de Salud de Zonas, 8 Consejos de Salud de Área y el Consejo Extremeño de Salud. Este último con una Comisión Permanente.

Así mismo está constituido el Consejo Regional de Consumidores y Usuarios

En el año 2004 han sido subvencionadas un total de 30 asociaciones de enfermos y familiares.

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: EXTREMADURA

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	si en trámite		Decreto en trámite para Atención Primaria de Salud
Segunda opinión	si	si	Decreto 16/2004, de 26 de febrero
Acceso a la Historia Clínica	si	si	Ley de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente
Consentimiento Informado	si	si	Ley de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente
Instrucciones Previas/Últimas Voluntades	si	si	Ley de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente
Guía ó Carta de Servicios	si	si	Orden que regula la creación y actualización de la cartera de servicios
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)	no	no	
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad			

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: EXTREMADURA

Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
	si	Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura	Decreto 4/2003, de 14 de enero	Nombrado por Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejo Extremeño de Consumidores y Usuarios	Elaboración de Memoria anual que es presentada en la Asamblea de Extremadura

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de Asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	si	479.965 euros	30	Decreto 242/2000	Régimen general aplicable a las subvenciones en materia de salud pública, asistencia sanitaria y consumo. Derogado por Decreto 102/2005

11. Equidad:

La Comunidad Autónoma de Extremadura ha ido paulatinamente avanzando en nuevas cotas de equidad con medidas, tanto desde el punto de vista normativo como con acciones y prestaciones que favorecen la accesibilidad y la equidad de la población en general, como de colectivos concretos:

Desde el punto de vista de la **ordenación sanitaria**, el Mapa Sanitario de Extremadura, con una población prácticamente estable desde 1980, con algo más de un millón de habitantes, ha pasado de tener 84 Zonas de Salud, en 1.984 a 109 en 2005 (107 en el 2004), de las que hay 101 Equipos de Atención Primaria en funcionamiento, correspondientes a otras tantas Zonas de Salud. En consecuencia, la media de habitantes por Zonas de Salud ha pasado en ese periodo de 12.500 a 9.600. Y debido a la dispersión, son 28 Zonas de Salud las que tienen un número de habitantes inferior a 5.000 habitantes, lo que indica el esfuerzo en accesibilidad que favorece a la población fundamentalmente rural y al crecimiento centrífugo de las ciudades con mayor número de habitantes, hacia las afueras.

Además del aumento de Zonas de Salud y de Centros de Salud, se ha realizado una fuerte inversión en 417 núcleos de población, con la construcción, adaptación y/o reforma y equipamiento de sus Centros de Atención Primaria (Consultorios Locales).

El incremento de Zonas de Salud, y, por tanto, de Centros de Salud y la mejora de las vías de comunicación, principalmente, ha posibilitado que el número de núcleos de población con una **isocrona inferior a 15 minutos al Centro de Salud**, haya pasado del 68,38% en 1995 al 84,72% en el año 2004, lo que evidencia una importante mejora en la accesibilidad a los recursos sanitarios públicos, sobre todo en las Áreas de Cáceres (del 49,23% al 79,44%) y de Llerena-Zafra (del 57,89% al 84,62%).

Así mismo, y pese a la gran dispersión geográfica existente en Extremadura, la mayor parte de la población (en concreto el 80,12% en 2004), y de los núcleos poblacionales (que han pasado del 41,04% en 1995 al 61,42% en 2004) se encuentran situados a una **isocrona menor o igual a 30 minutos de su hospital público** de referencia. Los tiempos de acceso han mejorado en todas las Áreas de Salud durante la última década, debido fundamentalmente a las mejoras estructurales de las redes sanitaria y viaria. Destacar el gran aumento experimentado en el Área de Llerena-Zafra debido a la apertura del Hospital de Zafra (ha pasado del 37,78% en 1995 al 90,74% en 2004). Están en diferentes fases de construcción los hospitales de Tierra de Barros (Almendralejo) y La Siberia (Talarrubias), que repercutirá en la accesibilidad en atención especializada y hospitalaria en las Áreas de Salud de Mérida y Don Benito-Villanueva, respectivamente.; así como el Centro de Alta Resolución de Trujillo.

Por otra parte, el número de **PAC (Puntos de Atención Continuada)** ha aumentado en 17 en el periodo 2001-2004, pasando de 106 a 123, fundamentalmente en Zonas rurales. Es decir hay Zonas de Salud con más de un PAC. La gran mayoría de PAC rurales, hasta las transferencias, se veían obligados a cerrar cuando el médico y enfermero/a tenían que desplazarse con motivo de una urgencia fuera del Centro de Salud. Con la firma de **86 Convenios de colaboración con Ayuntamientos** donde se encuentra ubicado el Centro de Salud, ha permitido contratar 260 celadores, que **garantiza que el Centro de Salud permanezca abierto** en las circunstancias antes mencionadas.

Otro aspecto a tener en cuenta en la mejora de la accesibilidad, es el **aumento importante en la cobertura de atención a las urgencias y emergencias**, pasando del 65% de la población en el año 2000, al 84% en el 2004, con el incremento de 4 Unidades Móviles de Emergencias (UMEs) (de 5 a 9) en el citado periodo, alcanzado durante el tiempo de orto a ocaso, el 100% de la población con 2 Unidades Medicalizadas de Emergencias Áreas (Céceres y Don Benito).

La accesibilidad de la población en Atención Especializada se ve favorecida con el **desplazamiento de determinados especialistas a Centros de Salud** distantes de Hospitales o Centros de Especialidades, y con la descentralización de Unidades de Apoyo a la Atención Primaria (Centros de Orientación y Planificación Familiar, Unidades de Salud Bucodental, Unidades de Fisioterapia, Unidades de Radiología, Equipos de Salud Mental...)

La puesta en funcionamiento de la **telemedicina** en los Hospitales y 18 Centros de Salud hace más accesible determinadas especialidades a la población, evitándole, además numerosos desplazamientos.

La **dotación de tecnologías en determinadas Áreas de Salud**, antes inexistentes, hace más accesible, determinados medios diagnósticos y terapéuticos (RMN, Unidades de Hemodinámica, Aceleradores líneales...)

También se han aprobado normativas referentes tanto a cobertura de inmigrantes como de prestaciones a determinados colectivos con características especiales, tales como:

- **Decreto 54/2003**, de 22 de abril, por el que se crea el **Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI)**.
- **Decreto 74/2003**, de 20 de mayo, sobre **Asistencia dental a la población con discapacidad intelectual**.
- **Decreto 31/2004**, de 23 de marzo, por el que se regula la **protección sanitaria a los extranjeros en la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea la Tarjeta para la Atención Sanitaria** en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- **Decreto 80/2004**, de 18 de mayo de 2004, por el que se regula la **concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores**.
- **Decreto 195/2004**, de 29 de diciembre, sobre **Asistencia Dental a la Población Infantil** de la CAE.

Durante el 2004 se han establecido 13 convenios de colaboración con asociaciones de enfermos o familiares, cuyos procesos condicionan una discapacidad física o psíquica. Del mismo modo, para facilitar el acceso a los programas preventivos y asistenciales de la etnia gitana, se ha mantenido un convenio de colaboración con la Federación de Conciencia Gitana de Extremadura.

Con la Asociación de Enfermos Celiacos se ha establecido un convenio de colaboración para que a través de su asociación se les facilite el acceso a los alimentos exentos de gluten para aquellas familias con escasos recursos económicos.

TABLA 11
MEDIDAS PARA LA EQUIDAD

CCAA: EXTREMADURA

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
Género				
Etnia	SI	Convenio con FECOGEX	Decreto 242/2000	Se trata de la federación de conciencia gitana
Discapacidad	SI	13 Convenios;	Decreto 242/2000	Con asociaciones de enfermos y familiares con procesos cuyo resultado es una discapacidad física o psíquica
Discapacidad	si	Prestación	Decreto 74/2003	Contempladas en el apartado 11 sobre Equidad: Asistencia dental a personas con discapacidad
Personas mayores	si	Prestación	Decreto 80/2004	Subvenciones para determinados productos ortoprotésicos
Inmigrantes	si	cobertura sanitaria	Decreto 31/2004	Protección sanitaria aextranjeros

12. Valoración del proceso transferencial:

Si bien la valoración de la Administración Autonómica se considera positiva, es importante la valoración que hace el ciudadano. Institucionalmente, ha supuesto un avance en niveles de salud, de prestaciones, de recursos y calidad.

Según el Barómetro sanitario del año 2004, un 66,89% de los extremeños opinan que el sistema sanitario público de Extremadura funciona bien o bastante bien.

La opinión de los extremeños sobre la evolución de la asistencia sanitaria en los últimos 5 años nos indica que el 59,24% dice que ha mejorado la Atención Primaria, siendo esta cifra de 56,21% en Atención Especializada, y de 57,34% en Atención Hospitalaria.

A la pregunta sobre la atención recibida en los diferentes niveles, en Atención Primaria, el 82,72% opina que es muy buena o buena; esta opinión la comparte el 89,47% en Atención Especializada, y el 80,0% en Atención Hospitalaria.

Hay que tener en cuenta la alta dependencia de la población extremeña del sistema sanitario público (sólo el 1,1% de la población tiene pólizas contratadas con la sanidad privada).

Después de tres años de transferencias en materia sanitaria, habría que destacar cuatro niveles de actuación que se podrían considerar como los indicadores más idóneos para poder valorar su evolución.

En primer lugar, el logro que ha supuesto la integración de los dos modelos de política sanitaria que han trabajado de espaldas durante muchos años en esta región, como son la salud pública y la asistencia sanitaria, conformando, primero, y consolidando la Gerencia Única de Área, en las 8 Áreas de Salud existentes en la Comunidad Autónoma. Es una de las decisiones que creemos más acertada.

Este modelo ha permitido conformar una organización en la que, en la actualidad, están todos los recursos asistenciales y de salud pública, organizados, además, bajo una sola dependencia jerárquica; así hemos proporcionado a cada Área de Salud una entidad distinta a la hasta entonces existente, y en la que hemos situado la promoción, la prevención y la asistencia en un mismo nivel. Es de destacar, además, que ello ha permitido la puesta en marcha de Programas transversales como el de cuidados paliativos o el del dolor.

En segundo lugar, es de resaltar el más que importante esfuerzo que desde el gobierno regional se ha realizado en materia de incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas de las que carecíamos por valor de 60 millones de euros y de desarrollo tecnológico, plasmado en una inversión que asciende a más de 25 millones de euros durante los próximos cuatro años y cuyo máximo exponente, además de la Telemedicina y otros innovadores planes como el denominado Zurbarán, lo constituye el que hemos dado en llamar Proyecto JARA.

Nuestro proyecto conlleva una tarea de transformación de los sistemas de información sanitarios existentes del Sistema Sanitario Público de Extremadura y del Servicio Extremeño de Salud, - tradicionalmente dispersos y no integrados-, con el fin de conseguir dar respuesta y soluciones a las necesidades de todos cuantos participan en el mantenimiento de la salud de la población, sean estos los profesionales, los

gestores o los ciudadanos, y utilizando para ello la más novedosa y avanzada tecnología de la Información y las comunicaciones. Es importante destacar de manera especial la importancia que las ventajas de la aplicación de este nuevo sistema supondrá para el usuario, cuya principal resultante será la disminución de las gestiones administrativas y por tanto la consecución de un servicio mucho más ágil; el contar con un historial clínico electrónico del que se podrá disponer en cualquier punto de la región; el que la información de las pruebas diagnósticas puedan enviarse sin necesidad de desplazar al paciente y sobre todo el que los profesionales clínicos puedan disponer de herramientas de prevención de enfermedades a través del seguimiento de los indicadores en pacientes con factores de riesgo como pudieran ser tabaquismo, obesidad, colesterol, etc.

En tercer lugar, poner énfasis sobre la firme apuesta que estamos realizando por introducir importantísimos elementos de calidad en nuestro sistema, y como ejemplo de ello sirvan estas dos muestras: la Ley de Tiempos de Respuesta en la atención especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura y el Modelo de Calidad sobre acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. La primera de estas iniciativas está encaminada no sólo a garantizar los plazos máximos de respuesta en la atención quirúrgica, pruebas diagnósticas y acceso a primeras consultas externas, sino también a establecer el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder los usuarios, sobre los requisitos necesarios para su uso, las actuaciones sanitarias que debemos desarrollar a través de los servicios de Salud y los organismos competentes en cada caso, así como el control y mejora de la calidad de nuestra asistencia en todos los niveles. En cuanto a la segunda iniciativa legal, regulará la necesidad de acreditación tanto de nuestros propios centros como para aquellos privados que quieran establecer conciertos con el SES, bajo premisas de garantía pública reconocida y de calidad de atención sanitaria a los ciudadanos, fomentando la autoevaluación por los propios profesionales, desarrollando una cultura basada en la mejora continua de las prestaciones ofertadas a la población.

En cuarto lugar, el empeño porque seamos capaces de tratar bien la enfermedad pero también de tratar bien a las personas. La Residencia de Familiares junto al Hospital Regional, la Red de Pisos para pacientes y familiares derivados a otras Comunidades (Programa Compañía), la ampliación de la cita previa, las llamadas post alta hospitalaria, el transporte singular para enfermos oncológicos y de diálisis ... son claros ejemplos de ello. Cabe mencionar también la creación del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, el derecho a la segunda opinión médica...

Estos cuatro niveles de actuación que se han enumerado, junto a la gestión del conocimiento y al diálogo como herramienta fundamental, están claramente encaminados a que se nos mire, se nos enjuicie, se nos evalúe, no sólo por cuanto hacemos en política sanitaria -20 millones de actuaciones al año en una población que pasa, escasamente, del millón de habitantes- sino también y lo que es más importante, por cómo lo hacemos.

Las actuaciones mencionadas anteriormente han sido posibles por el esfuerzo realizado por el conjunto de los profesionales que conforman el Sistema Sanitario Público de Extremadura, y por el esfuerzo presupuestario en gasto sanitario realizado por la Comunidad Autónoma, que ha pasado de 749.515.830 euros en el año 2001 (año anterior a las transferencias) a 1.093.102.815 euros en el año 2004, lo que representa un incremento de 343.586.985 euros (57.168 millones de las antiguas pesetas), un 45,84%, en el citado periodo.

13. Descripción de una experiencia innovadora:

1.-PROYECTO JARA

Uno de los primeros ámbitos de gestión analizados con detalle, una vez recibidas las transferencias sanitarias en la Comunidad Autónoma, han sido los relacionados con los sistemas de información que soportan la actividad del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) y fundamentalmente del Servicio Extremeño de Salud (SES), y por tanto que utilizan los profesionales, tanto clínicos como gestores y planificadores, para el desarrollo de su trabajo.

El Sistema Sanitario Público de Extremadura, a través del **Proyecto JARA**, propone dotarse de un Sistema de Información Sanitaria integral e integrado, que cumpla con la finalidad para la que se crea, y que queda reflejada por la definición de 1973 de la OMS: "Los mecanismos o estructuras para la recogida, elaboración, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios de forma efectiva y eficiente". Para ello es necesario acometer una tarea de transformación de estos sistemas, actualmente dispersos y no integrados, de tal forma que demos respuesta y soluciones a todos los participantes en el mantenimiento de la salud de la población: profesionales, gestores, y como no, la propia ciudadanía, utilizando las últimas herramientas de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Los retos de este sistema son:

1. Orientación al ciudadano:

El proyecto persigue:

- Disponer de un sistema que tenga como centro de referencia al ciudadano, entendido como individuo o como población, dando respuesta a sus necesidades de salud pública y de asistencia sanitaria, facilitando la accesibilidad a los recursos sanitarios, utilizando las T.I.C.
- Identificar al ciudadano y facilitar su acceso al Servicio.
- Atender al ciudadano como "cliente único" dentro del SES.
- Aportar al ciudadano información de valor para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2. Valor añadido para el profesional:

- Poner a disposición del profesional herramientas de gestión clínica y gestión administrativa que den respuesta a sus necesidades reales.
- Disponer y acceder a información única e integrada del paciente para facilitar los procesos de diagnóstico, tratamiento y otros programas de cuidados.
- Dar acceso a herramientas que faciliten acceder y compartir conocimiento científico.

3. Valor para los procesos de soporte:

Implantar mecanismos que permitan evaluar y monitorizar el servicio desde todas sus perspectivas: Asistencia, Docencia, Investigación, Gestión y Planificación de recursos.

4. Aportar valor a la comunidad/ Innovación

- Fomentar el desarrollo de la Sociedad de la Información en Extremadura, y dirigido a desarrollar el Eje IV del Plan de Modernización, Simplificación y Calidad para la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Desarrollar capacidades locales en materia de sistemas de información.
- Situar al SSPE en una posición de referencia nacional e internacional en materia de Sistema de Información (Clínica y de Gestión).

VISIÓN GENERAL DEL PROYECTO

La transformación de los sistemas de información debe estar alineada al enfoque de "Proceso Asistencial" del SSPE. En este sentido, el SSPE engloba bajo el concepto de Proceso Asistencial tanto los procesos de atención asistencial, en sus diferentes niveles, como los procesos de soporte (gestión y planificación de recursos). Bajo esta premisa, los sistemas deben prestar soporte de forma integral e integrada a los diferentes niveles de atención asistencial (atención primaria, especializada, sociosanitaria, salud mental, salud pública...) y a los procesos de gestión de recursos humanos, económico-financieros y logística.

La integración al nivel de flujos de información se concreta en los siguientes dos aspectos:

-Usuarios: El usuario es único para todo el sistema.

-Datos: Los datos (clínicos, de recursos y actividad) son únicos para todo el sistema. Por un lado, la información clínica generada en el sistema debe de estar a disposición de los profesionales sanitarios que estén autorizados para acceder a ella, independientemente de su ubicación física dentro del SES (hospitales, centros de salud...). Por otro lado, también los recursos y la actividad deben de ser gestionados de forma integrada para todo el sistema sanitario. Los recursos han de ser accesibles por las unidades organizativas que estén autorizadas para su planificación y la actividad debe de ser monitorizada a nivel global y en las unidades organizativas (áreas, etc.)

En este sentido, la solución final responde al mapa funcional global del sistema sanitario y, por tanto, cubre de manera integrada las relaciones lógicas entre los sistemas de información asistencial y los sistemas de información que soportan la gestión de recursos económico-financieros, logísticos y humanos.

PROCESO ASISTENCIAL

El concepto de proceso asistencial como: "Sucesión organizada de servicios sanitarios (o sociosanitarios) realizados a un usuario por una organización de salud, encaminados a prevenir o tratar un problema de salud, enfermedad, o patología concreta, pero permitiendo también, el registro de su problema de salud con fines de gestión económica y recursos humanos, investigación y docencia." **transforma la idea de Historia Clínica Electrónica en la Historia de Salud;** ésta, dada su capacidad "horizontal" trasciende los ámbitos asistenciales (de primaria y especializada), integrándolos entre sí y con los sistemas de gestión. El concepto de Historia de Salud sólo es construible (dada su dimensión) de forma electrónica.

Dicha construcción (transformación) lleva aparejados cuatro grandes proyectos:

- Diseño e implantación del sistema de información asistencial.

- Diseño e implantación del sistema de información de recursos económicos.
- Diseño e implantación del sistema de información de recursos humanos.
- Diseño e implantación de la arquitectura tecnológica de soporte.

NORMALIZACIÓN/INTEROPERABILIDAD

En fases previas el SSPE ha realizado un estudio de adopción de estándares, requisito previo ineludible para conseguir la interoperabilidad, entendida esta como el uso de estándares de Informática Médica en la interacción entre los diferentes sistemas, en la que se intercambia y se usa la información intercambiada. Para ello hemos normalizado previamente la identificación de los pacientes (usando la TSI como código de identificación), las imágenes médicas (DICOM), el formato de los datos médicos (HL7), y la forma de representar la realidad del acto sanitario (NANDA en procedimientos enfermeros, CIE 9MC, LOINC (resultados analíticos) y SNOMED CT (hallazgos anatomopatológicos y clínicos).

ARQUITECTURA TECNOLÓGICA

El SSPE se alinea con la Junta de Extremadura en este sentido, y se compromete, a través del proyecto, al uso de Open Source en clientes (Linex), servidores (Linux) y ofimática (OpenOffice).

Así mismo, el proyecto tiene una gran vocación de implementación de estándares de Internet entre los que cabe destacar J2EE, entorno de desarrollo que es posible implementar completamente bajo herramientas OpenSource (Apache, Tomcat, Jboss, JonAs, etc).

En este marco tecnológico, actualmente el Servicio Extremeño de Salud, y tras el Plan Excepcional de Inversiones de la Junta de Extremadura del año 2002, tiene en funcionamiento un portal de acceso para más de 600 profesionales, que utiliza dicha arquitectura, y que servirá en el futuro como plataforma de acceso único para cerca de 15.000 potenciales usuarios (profesionales sanitarios y no sanitarios).

Este dossier y la presentación se han realizado con aversión 1.1 de OpenOffice, y han sido posteriormente exportados a formato de uso común (pdf) y propietario (MS WORD/POWERPOINT).

HITOS DEL PROYECTO DE IMPLANTACIÓN

Dada la escasez de soluciones en el ámbito de atención primaria, es intención del proyecto acometer la tarea en su comienzo desde este ámbito, para luego extenderse en el marco de 4 años a la atención especializada, aunque dada la extensión temporal del proyecto, siempre con hitos (intermedios) que marquen el ritmo del proyecto. En paralelo se irán acometiendo tareas de implantación en los ámbitos tecnológico, de recursos humanos y de gestión económica.

PRESUPUESTO GLOBAL

El presupuesto global asciende a 25.480.560 euros, que ha sido adjudicado, mediante concurso público, a IBM, cuyo Convenio lo firmaron el Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Extremadura y la Presidenta de IBM, el pasado 3 de diciembre de 2004.

MAGNITUDES

El proyecto se enmarca en un ámbito geográfico de más de 100 centros de salud (109 Zonas de Salud), más de 400 consultorios, y cerca de 15.000 profesionales sanitarios y no sanitarios, previendo la participación de un equipo de consultores de más de 60 personas.

Una de sus mayores magnitudes es el programa de formación, que contempla la formación de 2900 profesionales en Atención Primaria, 5.600 en Atención Especializada, más de 500 en Gestión Económica y de Recursos Humanos, así como una gran cantidad de accesos al sistema: 3.000 usuarios para solicitud de material, 15.000 usuarios accediendo al autoservicio del empleado, más de 500 personas interviniendo en "workflows" de aprobación, etc.

RETOS DEL PROYECTO

Servir de apoyo a los objetivos estratégicos del Sistema Sanitario Público de Extremadura:

- Mejorar la imagen del Servicio Extremeño de Salud
- Brindar información oportuna al usuario.
- Optimizar la coordinación entre los servicios sanitarios.

"...un nuevo marco de ordenación específico para la sanidad pública extremeña, flexible, generador de innovaciones, motivador para todos los trabajadores de la salud..." (Ley de Salud de Extremadura).

RESULTADOS ESPERADOS

Con el PROYECTO JARA pretendemos:

- Incrementar la accesibilidad, haciendo al Sistema Sanitario Público de Extremadura más equitativo, rápido y favorecedor de la cooperación. Permitiremos que cada usuario represente los datos tal y como los quiera ver, mejoraremos la confidencialidad de la información sanitaria, y disminuirémos el uso del papel (suprimiendo la placa radiográfica).
- Lograr una Cita Centralizada para cualquier centro sanitario, permitiendo la integración de lo clínico y lo administrativo, haciendo que el profesional, desburocratice su actividad asistencial.
- Obtener declaración de EDOs (Enfermedad de Declaración Obligatoria) de forma rápida y fiable.
- Mejorar la prescripción, al evitar errores derivados de la legibilidad, las alergias o las interacciones medicamentosas.
- Hacer disponible al profesional sanitario fuentes de información básica del paciente: radiografías, analíticas, etc.
- Optimizar los recursos económicos y humanos.
- Construcción de cuadernos de mando para gestores y profesionales que les ayuden a mejorar su gestión clínica.
- Implementar los principios derivados de la Medicina Basada en Evidencias (Pruebas), con lo que se mejorarán la práctica clínica y disminuirá la variabilidad clínica.

2.- PROGRAMA COMPAÑÍA

Es un plan de alojamiento en viviendas compartidas para pacientes derivados para ser tratados en hospitales fuera de la Comunidad Autónoma. Permite a los beneficiarios gozar de alojamiento y transporte gratuito cuando los horarios de consulta o ingresos así lo requieran en centros hospitalarios de Madrid, Barcelona, Salamanca y Córdoba.

La iniciativa se realiza con la colaboración de una asociación con amplia experiencia en actividades similares, AFAL (Asociación Extremeña de Ayuda a las Familias afectadas por la Leucemia, Mielomas y Aplasias). Los pacientes pueden estar acompañados de un familiar. Además de facilitar el alojamiento y transporte gratuito a los pacientes en ciudades con elevados costes en hostales, hoteles o viviendas de alquiler, propicia un modelo de convivencia entre enfermos y familiares que conviven en las viviendas y comparten experiencias y circunstancias similares de recuperación ante patologías en muchas ocasiones graves.

Se eligió el sistema de alquiler en lugar de construcción, ya que este sistema permite la ubicación de las mismas en zonas cercanas a los centros hospitalarios a los que se requiere el traslado de pacientes, y su traslado a nuevas zonas donde pudiera crearse nuevas demandas.

Este Programa complementa el de residencias de familiares puesto en marcha junto al Hospital Infanta Cristina de Badajoz, y que se extenderá progresivamente a Mérida, Plasencia y Cáceres, y en un futuro también a Don Benito Villanueva de la Serena.