



Informe anual del Sistema Nacional de Salud

2006



CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Aspectos demográficos

Según el padrón municipal de habitantes, coordinado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de Extremadura a 1 de enero de 2006 ascendía a 1.086.373 habitantes. La distribución por sexos era de 540.352 hombres (49,74 %) y 546.021 mujeres (50,26 %) (tabla 1).

Cuando se combina la estructura por sexos con la estructura por edades, se obtiene la pirámide de población. En la figura 1 se representa la correspondiente a Extremadura del año 2006.

La estructura de la población por tramos de edad indica un elevado porcentaje de extremeños entre 65 y 79 años y mayores de 79 años (tabla 2).

El número total de mayores de 65 años en Extremadura era de 208.808 personas (19,22 %). De ellos, 54.858 (5,05 %) tenían más de 80 años, y era más elevada la proporción de mujeres en este último grupo (la razón de masculinidad a partir de esa edad es del 55,67 %).

Añadiendo el sexo a ese análisis se comprueba (fig. 2) que existe mayor porcentaje de hombres que de mujeres en todos los grupos etarios que se encuentran por

debajo de los 60 años y es el grupo de entre 45 y 49 años el de mayor diferencia (0,35 %). A partir de esa edad, la tendencia es la contraria, con una diferencia ascendente y alcanzando su máximo en el grupo de edad de 85 años o más (0,81 %).

La distribución de la población extremeña por municipios (tabla 3) indica que tan sólo 15 de ellos (3,92 %) cuentan con más de 10.000 habitantes aunque por sí solos representan prácticamente la mitad de la población total (48,22 %).

Entre 1.001 y 10.000 personas viven en 174 municipios (45,43 %). Este porcentaje de municipios se corresponde aproximadamente con el mismo porcentaje de habitantes (42,90 %). El resto de extremeños (8,88 %)

TABLA 2. Datos de población por grupos de edad, 2006 (Extremadura)

Grupos de población	Habitantes	Porcentaje
De 0 a 19 años	230.088	21,18
De 20 a 64 años	647.477	59,60
De 65 a 79 años	153.950	14,17
Mayores de 79 años	54.858	5,05
Total	1.086.373	100,00

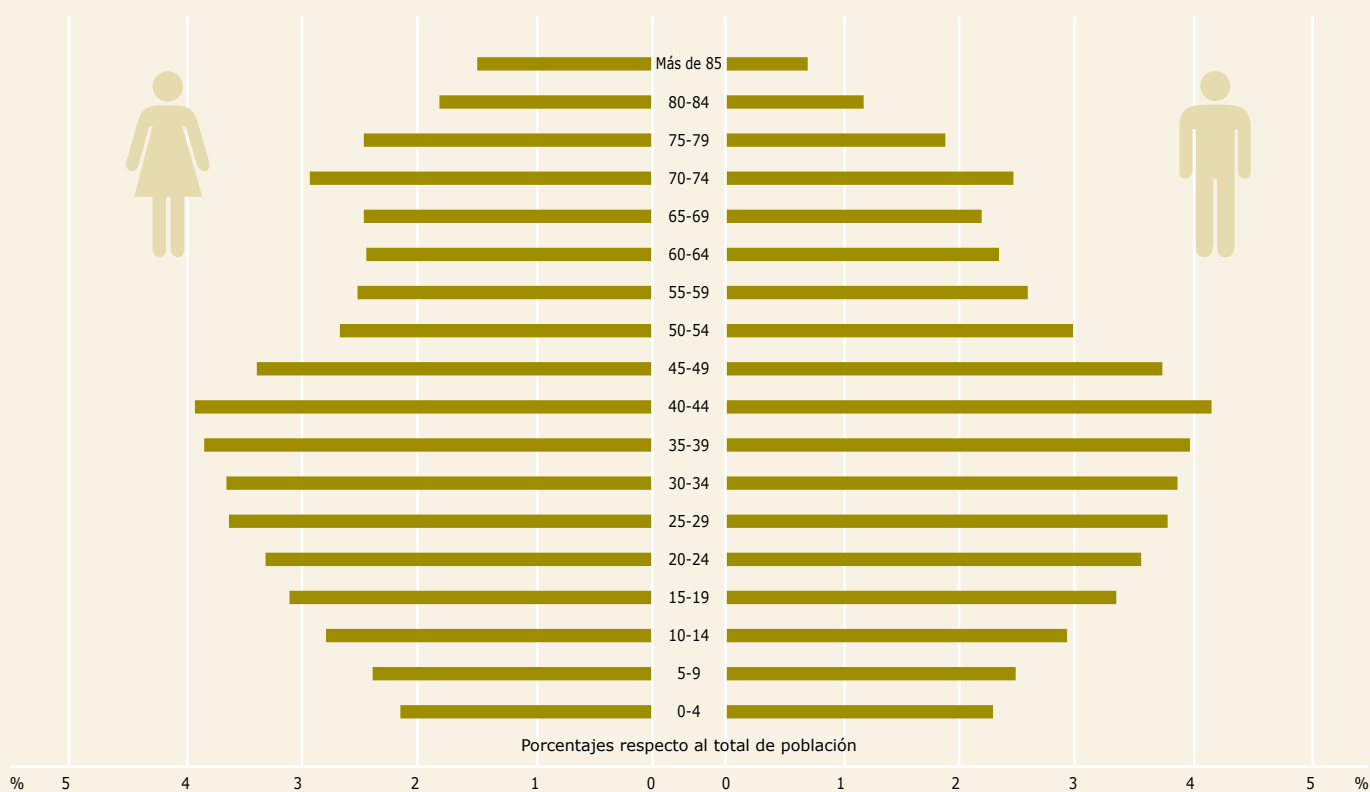
Del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

TABLA 1. Datos de población por grupos de edad (total y porcentaje), 2006 (Extremadura)

Grupos de edad	Total	Hombres		Mujeres		Razón de masculinidad
De 0 a 4 años	47.667	24.605	2,26	23.062	2,12	106,69
De 5 a 9 años	52.429	26.710	2,46	25.719	2,37	103,85
De 10 a 14 años	61.059	31.292	2,88	29.767	2,74	105,12
De 15 a 19 años	68.933	35.689	3,29	33.244	3,06	107,35
De 20 a 24 años	73.591	38.122	3,51	35.469	3,26	107,48
De 25 a 29 años	79.640	40.794	3,76	38.846	3,58	105,01
De 30 a 34 años	80.638	41.561	3,83	39.077	3,60	106,36
De 35 a 39 años	84.185	42.953	3,95	41.232	3,80	104,17
De 40 a 44 años	86.618	44.558	4,10	42.060	3,87	105,94
De 45 a 49 años	76.690	40.271	3,71	36.419	3,35	110,58
De 50 a 54 años	60.578	31.767	2,92	28.811	2,65	110,26
De 55 a 59 años	54.417	27.560	2,54	26.857	2,47	102,62
De 60 a 64 años	51.120	25.028	2,30	26.092	2,40	95,92
De 65 a 69 años	49.897	23.472	2,16	26.425	2,43	88,82
De 70 a 74 años	57.588	26.289	2,42	31.299	2,88	83,99
De 75 a 79 años	46.465	20.062	1,85	26.403	2,43	75,98
De 80 a 84 años	31.741	12.435	1,14	19.306	1,78	64,41
Más de 85 años	23.117	7.184	0,66	15.933	1,47	45,09
Total Extremadura	1.086.373	540.352	49,74	546.021	50,26	98,96

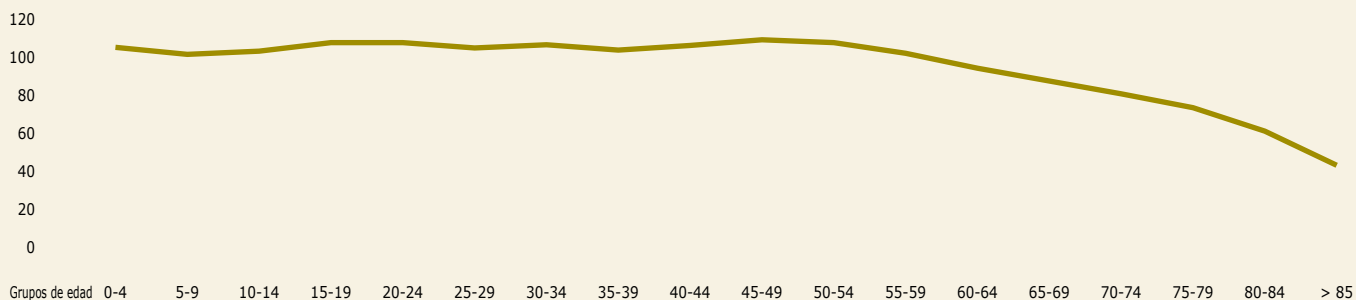
Del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

FIGURA 1. Pirámide de población, 2006 (Extremadura)



Del INE. Del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

FIGURA 2. Razón de masculinidad, 2006 (Extremadura)



Del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

TABLA 3. Distribución de los municipios por número de habitantes, 2006 (Extremadura)

Estratos de población (habitantes)	Municipios		Población	
	Número	Porcentaje	Habitantes	Porcentaje
De 1 a 1.000	194	50,65	96.447	8,88
De 1.001 a 10.000	174	45,43	466.076	42,90
De 10.001 a 20.000	8	2,09	235.969	21,72
Más de 20.000	7	1,83	287.881	26,50
Total	383	100,00	1.086.373	100,00

Del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

se encuentran dispersos en 194 municipios (50,65 %) que disponen de menos de 1.000 habitantes.

El Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) se organiza en ocho áreas de salud. La distribución de la población extremeña en estas áreas puede observarse en la [tabla 4](#).

La cobertura de tarjetas sanitarias asciende al 97,14 % en la comunidad autónoma.

La emigración desde Extremadura ha sido una constante durante mucho tiempo. Tuvo su mayor incidencia en las décadas de 1960 y 1970, en las cuales la pérdida de población alcanzó el 23,84 %. A partir de 1980, 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 2006 era de 27.467 personas (15.146 hombres y 12.321 mujeres), representando el 2,53 % del total. En la [figura 3](#) se muestra la evolución de la población extranjera, así como el porcentaje de la variación interanual, desde 1998 hasta 2006.

La procedencia mayoritaria es de Marruecos (36,11 %). En la provincia de Cáceres, esta población es predominante sobre las demás (55,95 %) mientras que en Badajoz las nacionalidades predominantes son la marroquí (18,54 %), la rumana (18,22 %) y la portuguesa (14 %).

Aspectos socioeconómicos

Según los datos de contabilidad regional, el producto interior bruto a precios de mercado en 2006 tuvo un crecimiento del 6,97 %, ocho décimas por debajo de la media nacional. La variación de volumen entre los años 2000 y 2006 fue del 3,5 %, superior en dos décimas a la media.

Respecto a la actividad empresarial, según el Directorio Central de Empresas (Dirce), elaborado por el INE, el número de empresas en Extremadura en 2006

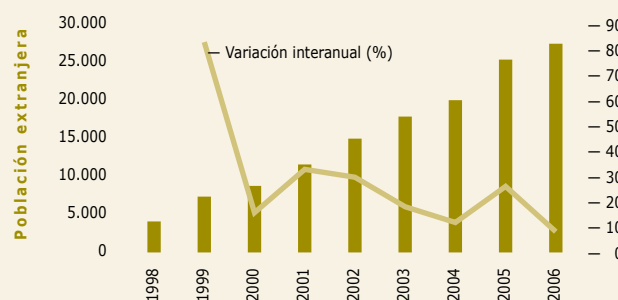
llegó a la cifra de 63.084, incrementándose el 1,92 %, algo por debajo de la media nacional (3,6 %).

En el último año, el sector económico de mayor crecimiento según el número de empresas fue el de la construcción, que aumentó en 1.209 empresas, seguido del sector servicios, con un incremento de 598, y el de industria, con 72 empresas más durante el año 2006 ([tabla 5](#)).

Dentro del sector de servicios cabe destacar el aumento de las actividades inmobiliarias (30,04 %), las actividades auxiliares a la intermediación financiera (14,11 %), la intermediación financiera, excepto seguros y planes de pensiones (13,33 %) y las actividades de saneamiento público (12,90 %). En el sector de industria se produce un aumento del 9,52 % en las empresas relacionadas con la metalurgia y el 7,27 % en las de fabricación de productos de caucho y materias plásticas.

Según los datos de la Encuesta de Población Activa ([tabla 6](#)), el número total de personas activas en Extremadura en el año 2005 era de 458.000, que repre-

FIGURA 3. Evolución de la población extranjera y variación interanual, 1998-2006 (Extremadura)



Del Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

TABLA 4. Datos de población con tarjeta sanitaria, número de habitantes, superficie (km²) y densidad de población (habitantes/km²) por área de salud, 2006 (Extremadura)

Área de salud	TSI	Habitantes	Superficie	Densidad de población
Badajoz	251.987	265.049	6.239	42,48
Mérida	155.686	160.634	3.392	47,36
Don Benito-Villanueva	140.506	141.266	6.962	20,29
Llerena-Zafra	105.395	106.525	5.172	20,60
Cáceres	187.161	194.893	10.319	18,89
Coria	48.650	49.935	2.656	18,80
Plasencia	112.507	112.108	3.991	28,09
Navalmoral de la Mata	53.384	55.963	2.903	19,28
Total	1.055.276	1.086.373	41.634	26,09

Del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Mapa sanitario. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. TSI, tarjeta sanitaria individual.

TABLA 5. Número de empresas por sector económico, 2005 y 2006 (Extremadura)

Sector económico	2005	2006	Diferencia	Variación interanual (%)
Industria	5.105	5.177	72	1,41
Construcción	7.576	8.785	1.209	15,96
Servicios	48.524	49.122	598	1,23
Total	61.205	63.084	1.879	3,07

Del Instituto Nacional de Estadística. Directorio Central de Empresas (Dirce). Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

TABLA 6. Número de personas ocupadas, paradas y activas por sexo, 2004 y 2005 (Extremadura)

	Personas ocupadas		Personas paradas		Personas activas	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Ambos sexos	371.000	385.800	77.000	72.300	448.100	458.000
Hombres	247.500	247.900	30.700	32.400	278.200	280.200
Mujeres	123.500	137.900	46.300	39.900	169.900	177.800

Del Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

TABLA 7. Tasas de ocupación, paro y actividad por sexo, 2004 y 2005 (Extremadura)

	Tasa de ocupación (%)		Tasa de paro (%)		Tasa de actividad (%)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Total	42,07	43,48	17,19	15,78	50,81	51,63
Hombres	56,87	56,60	11,03	11,55	63,93	63,95
Mujeres	27,66	30,70	27,28	22,43	38,03	39,57

Del Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

TABLA 8. Número de hipotecas, 2006 (Extremadura)

	2005	2006	Diferencia (%)
Extremadura	25.130	27.541	1,10
Badajoz	16.896	19.070	1,13
Cáceres	8.234	8.471	1,03

Del Instituto Nacional de Estadística. Estadística de hipotecas. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

senta un crecimiento del 2,21 % respecto al año 2004. El número de ocupados asciende a 385.800, con un aumento absoluto de 14.800 personas. Por sexos se puede observar un considerable aumento del número de personas ocupadas (11,66 %) y un ligero aumento entre los hombres (0,16 %).

El número de parados en la comunidad autónoma asciende a 72.300 personas, el 6,10 % inferior al año 2004. Entre sexos, los hombres sufren un incremento del 5,54 % respecto a 2004 mientras que en las mujeres se produce un descenso notable (13,82 %).

La tasa de actividad (tabla 7) aumenta del 50,81 % en el año 2004 hasta el 51,63 % en 2005. Por sexos, entre las mujeres se produce el mayor aumento porcentual, con el 1,54 %, por encima de las cifras del año 2004.

Los datos proporcionados en la estadística de hipotecas elaborada por el INE para el año 2006 (tabla 8) reflejan un aumento del número de nuevas hipotecas respecto al año 2005 del 1,1 %. En la provincia de Badajoz la subida es del 1,13 % mientras que en la de Cáceres es del 1,03 %.

Atendiendo al número de alumnos matriculados durante el curso 2004-2005 (tabla 9), se puede comprobar que existe mayor número de hombres matriculados (el 0,7 % más). Cabe destacar la diferencia en los estudios de FP de grado medio, en los cuales el porcentaje de hombres matriculados supera en el 19,68 % al de mujeres, y en los estudios de bachillerato y universitarios, en los cuales las mujeres superan en el 12,68 % y el 10,94 %, respectivamente.

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Los datos correspondientes a indicadores, encuestas, etc. recogidos en este epígrafe son los últimos disponibles.

Indicadores del estado de salud

La esperanza de vida al nacer en la Comunidad Autónoma de Extremadura en 2003 fue de 79,95 años para ambos géneros; 77 años en hombres y de 82,97 años en mujeres. La esperanza de vida en la Comunidad Autónoma de Extremadura presenta una tendencia ascendente de 1991 a 2001 mientras que en los años 2002 y 2003 ese aumento se estabiliza e incluso disminuye. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 1991 a 2003 en 2,40 años para ambos géneros, 2,72 años para hombres y 2,12 para mujeres, lo cual equivale a un aumento medio de 2,21 meses por año para ambos géneros, 2,51 meses por año para los hombres y 1,96 meses por año para las mujeres.

La morbilidad percibida implica la realización de encuestas de salud en la población. En la Encuesta de Salud de Extremadura realizada en el año 2005, el 73,6 % (72,1 % en el año 2001) de los hombres extremeños

han considerado que su estado de salud en los últimos 12 meses ha sido bueno o muy bueno y el 5,4 % (6,9 % en el año 2001) lo ha considerado malo o muy malo, mientras que el 64,9 % (62,2 % en el año 2001) de las mujeres extremeñas han considerado que su estado de salud en los últimos 12 meses ha sido bueno o muy bueno y el 9,4 % (9,7 % en el año 2001) lo ha considerado malo o muy malo.

En los últimos 12 meses, el 15,3 % (15,8 % en el año 2001) de los hombres extremeños han tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad en al menos 10 días mientras que el 19,1 % (19,6 % en el año 2001) de las mujeres extremeñas han tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad durante el mismo período.

La morbilidad detectada a través del sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria en Extremadura presenta las características que se exponen a continuación.

Enfermedades infecciosas vacunables

Extremadura cuenta desde el año 2002 con el certificado de eliminación de la poliomielitis y se continúa la búsqueda activa de casos de parálisis flácida en menores de 15 años cada mes.

La cobertura vacunal de 2006, que en la población infantil superó el 95 %, ha posibilitado una importante disminución de las enfermedades vacunables, sobre todo en niños y adolescentes. Durante 2006 se produjeron 281 casos de parotiditis (con un aumento significativo respecto a 2005, cuando hubo 71 casos), 4 de tos ferina, 1 caso de rubéola y 1 de sarampión. La varicela, que tuvo una línea ascendente en el año 2005, en el cual se produjeron 7.336 casos, ha pasado a 6.675 casos en 2006. La cobertura vacunal para la

TABLA 9. Alumnos matriculados, curso 2004-2005 (Extremadura)

	Total	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
Educación infantil	31.140	15.878	50,99	15.262	49,01
Educación primaria	69.152	35.984	52,04	33.168	47,96
Educación secundaria obligatoria	56.394	28.768	51,01	27.626	48,99
Bachillerato	9.253	4.040	43,66	5.213	56,34
Formación profesional de grado medio	752	450	59,84	302	40,16
Formación profesional de grado superior	493	259	52,54	234	47,46
Educación universitaria	24.854	11.317	43,53	13.537	54,47
Total	192.038	96.696	50,35	95.342	49,65

Del Instituto Nacional de Estadística. Alumnado. Régimen general. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

gripe durante la temporada 2006-2007 ha alcanzado a 151.600 personas mayores de 64 años (75,1 %), y se produjeron 13.397 casos durante el año 2006, con un marcado descenso respecto al año anterior.

Tuberculosis

El número de casos de tuberculosis respiratoria se ha mantenido en unos niveles similares en el período 2001-2006, con 121 casos notificados durante 2006.

Brucelosis

Ha sufrido un considerable descenso desde 1997 hasta 2006, salvo algunos brotes esporádicos (en 2004 se produjeron 142 casos). En 2006 se contabilizaron 62 casos, una de las cifras más bajas de los últimos años.

Hepatitis

El número de casos de hepatitis B y otras hepatitis víricas se mantiene estable en el período 2000-2006, con un ligero aumento en 2006 respecto a 2005 (38 casos de hepatitis B y 27 de otras hepatitis víricas en 2006), con una disminución de casos de hepatitis A en 2006: 16 frente a los 55 de 2005.

Infección gonocócica

Esta infección ha pasado de 284 casos en 1997 a 8 en 2006.

Accidentes de trabajo

Asimismo, respecto a los accidentes de trabajo, se produjeron 30.730 durante el año 2006, cifra superior a la del año 2005.

Infección por VIH/Sida

La evolución del número de casos de infección por VIH/Sida en esta comunidad autónoma ha sido negativa. Durante 1999 se produjeron 32 nuevas infecciones por VIH, frente a las 22 notificaciones al Sistema de Información Microbiológica (SIM) de Extremadura del año 2006. Y en el año 1998 se diagnosticaron 72 casos de Sida de residentes en Extremadura, frente a los 10 casos de 2006.

Salud bucodental

El índice CAO (caries, ausentes, obturados) en niños según la encuesta epidemiológica es inferior a 2 (1,31) y el 64 % de los escolares de entre 5 y 6 años están libres de caries.

Estilos de vida

Según la Encuesta de Salud de Extremadura, en el año 2001 la prevalencia del consumo diario de tabaco en la población extremeña mayor de 16 años era del 32,4 % mientras que en la encuesta del año 2005 fue del 27,6 %, con un descenso del 4,8 %. Según la Encuesta Escolar de Consumo de Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha pasado del 36,1 % en el año 2002 al 32,8 % en el año 2004.

Consumo de alcohol

La frecuencia de consumo durante el último mes era, en el año 2003, del 57,5 frente al 59,9 % en el año 2001. La frecuencia de consumo diario era del 11,7 % en el año 2003 y del 9,9 % en 2001. La edad de la primera ingesta ha bajado de 17,01 años, en 2001, a 16,63 años, en 2003. Según la Encuesta de Salud del año 2005, el 45,3 % de la población extremeña manifiesta haber tomado bebidas alcohólicas en las dos últimas semanas.

Otras drogas

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

Mortalidad

Durante el año 2005 se produjeron 11.171 defunciones de personas residentes habitualmente en Extremadura.

En el año 2005, las principales causas de muerte por orden de frecuencia y para ambos géneros fueron:

1. Enfermedades del aparato circulatorio (3.774).
2. Tumores (2.860).
3. Enfermedades del sistema respiratorio (1.426).
4. Enfermedades del sistema digestivo (576).
5. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos (452).
6. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (391).

La mortalidad infantil ha experimentado una importante disminución en Extremadura. En 2002 se llegó a

situar en el 3,27 por 1.000 bebés nacidos vivos. Los resultados de 2003, aunque provisionales, son de 2,52, por lo que resultan inferiores a las medias española y europea.

Años potenciales de vida perdidos

En Extremadura en el año 2005 se han perdido 30.180 años potenciales de vida para ambos géneros y por todas las causas, con una tasa estandarizada de 33,13. Entre los hombres se han perdido 22.016,50 años potenciales de vida con una tasa estandarizada de 47,12 y entre las mujeres se han perdido 8.163,50 años potenciales de vida, con una tasa estandarizada de 18,39.

Si se trata de la causa de mortalidad con mayor pérdida en años potenciales para ambos géneros, en el año 2005, en primer lugar se sitúan los tumores, con 10.619 años perdidos, seguida por las de causas externas de mortalidad con 6.310 y por las enfermedades del aparato circulatorio, con 5.125.

El sistema de información de enfermedades raras ha identificado, a 31 de diciembre de 2004, 196 enfermedades raras diferentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura, con una prevalencia de 2.944 casos.

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 que participa, además de otras fuentes de información, como INE, padrón municipal de habitantes, 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 (EDO).
- Sistema de información de enfermedades raras.
- Sistema de información de cáncer de base poblacional.
- Sistema centinela: varicela/herpes zóster, gripe, diabetes, accidentes cardiovasculares (ACV) e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Registros

- Registro de mortalidad de Extremadura.
- Registro autonómico de Sida.
- Registro de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).
- Registro de casos de encefalopatías espongiiformes 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 empresas manipuladoras de plaguicidas.

Sistemas de información sanitaria de ámbito estatal

- Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria: categorías diagnósticas mayores (CDM) y grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).
- 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.

DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura

Una vez asumidas las transferencias de asistencia sanitaria por Extremadura, resultaba necesaria la redacción de una nueva ley integradora y participativa para el sector farmacéutico.

La Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura crea un nuevo marco legal que otorga seguridad jurídica a los distintos agentes que integran el sector farmacéutico, estableciendo no sólo sus funciones, sino, además, su grado de relación e interdependencia al servicio de un objetivo común, que no es otro que garantizar que los ciudadanos tengan acceso a las prestaciones sanitarias y, como parte de ellas, a la prestación farmacéutica, en condiciones de equidad y con garantías de calidad, eficacia y seguridad.

La ley ha huido de la tentación de ser una "ley ideal", que, precisamente por dicha condición, resultara inaplicable más allá del papel, intentando, en cambio, dotar a Extremadura de una normativa que respondiera a la nueva realidad de la sanidad y de la farmacia extremeña, evolucionando desde la ordenación farmacéutica hacia la farmacia con mayúsculas.

Algunos de los aspectos más destacables de la Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura, son los siguientes: creación de órganos de participación y asesoramiento, como la Comisión de Farmacia de Extremadura y la Comisión de Uso Racional del Medicamento del Servicio Extremeño de Salud; reconocimiento de la "sanidad farmacéutica" como uno de los servicios prestados desde el Sistema Sanitario Público de Extremadura; apertura de oficinas de farmacia con dos modalidades de concurso: traslado y nueva adjudicación; introducción del concepto de "precios de eficiencia preferente de financiación pública" en el ámbito del Servicio Extremeño de Salud, y, por último, vinculación de depósitos de medicamentos a servicios de farmacia de titularidad pública y oficinas de farmacia.

Con todo, sin duda, esta nueva ley representa sólo el comienzo, pues de todos es sabido que una ley nunca viene sola: los futuros desarrollos reglamentarios deberán matizar algunas de sus cuestiones más importantes. Aparte, otras normas legales en materia de salud se detallan en la [tabla 10](#).

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Respecto al Plan de Salud de Extremadura (PSE) y los diferentes planes y programas a los cuales se hace referencia en él, durante el año 2006 se han realizado las actuaciones que a continuación se detallan ([tabla 11](#)).

Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Seguimiento

El Decreto 96/2004, de 15 de junio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del PSE, tiene como uno de sus principales cometidos su seguimiento y evaluación.

Dando cumplimiento al mencionado Decreto, a comienzos de 2006 y para que dicho proceso se desarrollara de forma coordinada, desde la Oficina del Plan de Salud se han sumado esfuerzos y estrategias con un triple objetivo: revisar y definir el grado de consecución de los objetivos y actividades propuestas por el PSE 2005-2008 transcurrido el primer año desde su aprobación, y crear un banco de datos sobre su evolución, valorando la respuesta de las unidades administrativas implicadas en las citadas tareas de control.

Se partió de la creación de una red de información, en que las denominadas unidades administrativas responsables resultan piezas clave para actualizar el observatorio de los objetivos y actividades que, relacionados con el PSE, se llevan a cabo y que permiten acciones básicas de seguimiento como son:

- Reflejar los avances anuales de los objetivos y sus líneas de actuación.
- La génesis de diversos informes, entre los cuales se encuentran los anuales de seguimiento, evaluación del PSE y aquéllos solicitados por instancias administrativas superiores.
- El establecimiento de posibles propuestas de mejora.
- Facilitar la elaboración de futuros planes.

El seguimiento del PSE 2005-2008 se inició en enero de 2006, en tres fases.

Fase 1. Solicitud de información a las unidades responsables del seguimiento

Las primeras tareas de seguimiento se iniciaron con la identificación de las unidades administrativas responsables de informar de los 66 objetivos del PSE 2005-2008. De forma simultánea, para facilitar la labor de los responsables de informar, se confeccionaron las

TABLA 10. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2006 (Extremadura)

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado
Resolución de 30 de diciembre de 2005, de la Secretaría General, por la que se acuerda la apertura del trámite de audiencia en relación con el Proyecto de Decreto de modificación del Decreto 214/2000, de 10 de octubre, por el que se establecen las normas para el desarrollo de las campañas de sacrificio de cerdos para consumo familiar	03/01/2006	Proyecto de Decreto. Información pública
Resolución de 28 de diciembre de 2005, de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, por la que se establece el procedimiento para la elección de plazas, convocadas mediante Resolución de 12 de mayo de 2005, de la Dirección Gerencia, en la categoría de facultativo(a) especialista de área de anestesiología y reanimación de las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud de la Junta de Extremadura	05/01/2006	Elección de plazas
Resolución de 22 de diciembre de 2005, del Director Gerente, por la que se modifica la relación de puestos de trabajo de personal estatutario del Organismo Autónomo, Servicio Extremeño de Salud	07/01/2006	Relaciones de puestos de trabajo
Resolución de 10 de enero de 2006, de corrección de errores a la resolución de 28 de diciembre de 2005, de la Dirección Gerencia, por la que se establece el procedimiento para la elección de plazas, convocadas mediante resolución de 12 de mayo de 2005, de la Dirección Gerencia, en la categoría de facultativo(a) especialista del área de anestesiología y reanimación, de las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud de la Junta de Extremadura	12/01/2006	Elección de plazas
Resolución de 16 de diciembre de 2005, de la Consejera de Presidencia, por la que se acuerda la publicación de la adaptación de los estatutos del Colegio Oficial de Graduados Sociales de Cáceres a la Ley 11/2002, de 12 de diciembre, de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura	12/01/2006	Colegios profesionales
Decreto 6/2006, de 10 de enero, por el que se regula el procedimiento y los requisitos del reintegro de gastos de productos farmacéuticos, ortoprótesis y asistencia sanitaria, así como de las ayudas por desplazamiento y estancia	17/01/2006	Prestaciones sanitarias. Reintegro de gastos
Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitarias en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su régimen jurídico	17/01/2006	Atención sociosanitaria
Resolución de 12 de diciembre de 2005, de la Consejera de Presidencia, por la que se acuerda la publicación de la adaptación de los estatutos del Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Autónoma de Extremadura a la Ley 11/2002, de 12 de diciembre, de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura	19/01/2006	Colegios profesionales
Resolución de 19 de enero de 2006, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se renueva la autorización de funcionamiento al Complejo Hospitalario de Cáceres (Hospital San Pedro de Alcántara) para efectuar trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos	28/01/2006	Centros sanitarios
Decreto 14/2006, de 24 de enero, de modificación del Decreto 214/2000, de 10 de octubre, por el que se establecen las normas para el desarrollo de las campañas de sacrificio de cerdos para consumo familiar	31/01/2006	Matanzas domiciliarias
Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público de Extremadura	31/01/2006	Sistema Sanitario Público de Extremadura
Resolución de 10 de enero de 2006, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que autoriza el funcionamiento del Hospital de Mérida para el implante de córneas	04/02/2006	Trasplantes
Acuerdo de 18 de enero de 2006, del Consejero de Sanidad y Consumo, por el que se da publicidad a las subvenciones concedidas a corporaciones locales destinadas a la mejora de la infraestructura y equipamiento de centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura	04/02/2006	Centros sanitarios. Subvenciones
Decreto 37/2006, de 21 de febrero, por el que se regulan los instrumentos de ordenación de personal del Servicio Extremeño de Salud y la estructura de la plantilla de personal estatutario	28/02/2006	Servicio Extremeño de Salud
Orden de 13 de febrero de 2006, por la que se crea y regula la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura	28/02/2006	Comisión de uso compasivo
Decreto 55/2006, de 21 de marzo, por el que se regula la concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores y se establece su convocatoria	30/03/2006	Prestaciones sanitarias. Subvenciones
Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las directrices para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Integral de Salud Laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura	04/04/2006	Plan Integral de Salud Laboral

Continuación TABLA 10

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado
Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura	04/04/2006	Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura
Decreto 68/2006, de 4 de abril, por el que se regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos	15/04/2006	Productos farmacéuticos
Resolución de 3 de abril de 2006, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que autoriza el funcionamiento del banco de membrana amniótica, ubicado en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (Hospital Perpetuo Socorro)	18/04/2006	Servicios sanitarios
Resolución de 3 de abril de 2006, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que autoriza el funcionamiento del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (hospital Perpetuo Socorro), para la obtención e implantación de membrana amniótica	18/04/2006	Servicios sanitarios
Anuncio de 23 de marzo de 2006, sobre traslado forzoso de oficina de farmacia en el municipio de Badajoz	02/05/2006	Farmacia
Resolución de 25 de abril de 2006, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se renueva la autorización de funcionamiento al Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, para efectuar implantes de tejido osteotendinoso	13/05/2006	Trasplantes
Decreto 93/2006, de 16 de mayo, por el que se crea el Consejo Asesor sobre Diabetes del Sistema Sanitario Público de Extremadura	23/05/2006	Consejo Asesor sobre Diabetes
Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura	25/05/2006	Salud mental
Resolución de 27 de mayo de 2006, de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias, por la que se determinan las actividades docentes del Programa de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2006 en su segunda convocatoria	08/06/2006	Programa de Formación en Ciencias de la Salud
Orden de 19 de julio de 2006, por la que se crea la categoría estatutaria de Farmacéutico(a) de Equipo de Atención Primaria	27/07/2006	Servicio Extremeño de Salud. Personal estatutario
Orden de 19 de julio de 2006, por la que se crea la categoría estatutaria de Veterinario(a) de Equipo de Atención Primaria	27/07/2006	Servicio Extremeño de Salud. Personal estatutario
Decreto 144/2006, de 25 de julio, por el que se regulan las hojas de reclamaciones en materia de consumo, en la Comunidad Autónoma de Extremadura	01/08/2006	Consumo
Orden de 17 de julio de 2006, por la que se regula la figura de auditor del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura	03/08/2006	Centros, servicios y establecimientos sanitarios
Orden de 18 de julio de 2006, por la que se establecen los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el modelo normalizado de solicitud de acreditación de calidad sanitaria de los mismos.	03/08/2006	Centros, servicios y establecimientos sanitarios
Resolución de 21 de julio de 2006, de la Consejera, por la que se acuerda la publicación de los estatutos del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura y su adecuación a la legalidad	03/08/2006	Colegios profesionales
Resolución de 24 de julio de 2006, del Director General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias, por la que se convocan las actividades y cursos programados en el Plan de Formación Continua del Servicio Extremeño de Salud para el año 2006	05/08/2006	Plan de Formación en Ciencias de la Salud
Decreto 161/2006, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el calendario íntegro de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura	14/09/2006	Vacunas
Resolución de 28 de septiembre de 2006, del Consejero, por la que se procede a la designación de los miembros del Consejo Asesor sobre Diabetes del Sistema Sanitario Público de Extremadura	07/10/2006	Nombramientos
Ley 4/2006, de 10 de octubre, por la que se crea el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura	21/10/2006	Colegios profesionales
Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura	16/11/2006	Farmacia
Decreto 203/2006, de 28 de noviembre, por el que se establecen procedimientos para la integración del personal funcionario y laboral que presta servicios en el Servicio Extremeño de Salud en el régimen de personal estatutario de los servicios de salud	05/12/2006	Personal estatutario

TABLA 11. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Extremadura)

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de Salud		Sí	Tres ediciones: 1997-2000, 2001-2004 y 2005-2008	
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí	Cuatro ediciones: 1999-2000; 2001-2002; 2003-2004; 2005-2006; Actualmente, 2007-2008	
	Apoyo psicológico tras el diagnóstico y durante el tratamiento	No		
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional	Sí		
Enfermedades cardiovasculares		Sí	2007-2010	Se ha estado elaborando durante 2005 y 2006 y entrará en vigor en 2007
Salud mental				Se ha estado elaborando durante 2006 y finaliza y entra en vigor en 2007

fichas de recogida de información en las cuales debería volcarse la relativa al año 2005.

En cada una de estas fichas figura el enunciado del objetivo, las líneas de actuación y los criterios de evaluación correspondientes, y detrás de cada uno de ellos, los campos o casilleros correspondientes en los cuales debe volcarse la información.

Con fecha de 12 de enero de 2006, desde la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias se solicitó por escrito la información correspondiente al seguimiento del PSE del año 2005, a cada una de las unidades administrativas encargadas de informar y se fijó el plazo de un mes para recibir la contestación.

Para agilizar este proceso de petición de información, se adjuntaron, en soporte de papel e informático, unas breves instrucciones y las fichas de recogida de información correspondientes a cada unidad, y se solicitaron los nombres de las personas designadas para esta labor, para identificar con quién poder contactar desde la Oficina del Plan y atender posibles consultas.

El seguimiento del PSE encontró soporte en la labor desarrollada por los 13 responsables institucionales. Ellos son los encargados de recopilar la información relativa a las actividades realizadas y previstas, en un período de tiempo determinado, para su desarrollo y consecución.

Fase 2. Búsqueda activa de información

De forma simultánea se realizó una búsqueda activa de información relevante y contrastada, tributaria de ser incorporada al seguimiento del Plan de Salud:

- Han sido actualizados, del capítulo III de Análisis de Situación del PSE 2005-2008, a fecha 31 de diciembre de 2005, todos los datos disponibles a la mencionada fecha y forman parte de este documento.
- Mediante consulta semanal del Diario Oficial de Extremadura a lo largo de 2005, se ha seleccionado la normativa sanitaria de la Junta de Extremadura y, con la información recogida, se ha creado una base de datos sobre la legislación correspondiente al mismo año.
- Consulta de las publicaciones de la propia Consejería y el Servicio Extremeño de Salud (SES), y de otras fuentes para que, una vez que los datos publicados fueran confirmados, éstos pudieran ser volcados en las correspondientes fichas.

Fase 3. Recepción y depuración de las fichas de recogida de información

Una vez que se iban recibiendo las fichas de recogida de información, desde las diferentes unidades administrativas encargadas del seguimiento del PSE, la información era depurada con el propósito de comprobar y ajustar su contenido a las cuestiones planteadas en ellas.

De forma simultánea, esa información era contrastada con la disponible en la Oficina del Plan de Salud y con la aportada en el resto de las fichas con el fin de elaborar un completo instrumento que recogiera toda la información relativa a cada uno de los 66 objetivos, las actuaciones y los criterios de evaluación propuestos en el PSE 2005-2008, recogido en su totalidad en el apartado 4 de este informe de seguimiento.

Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008

Uno de los objetivos prioritarios de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud para la presente legislatura era la elaboración, implantación y desarrollo de un plan estratégico para el cuatrienio 2005-2008.

El Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008 define los términos necesarios para alcanzar determinados objetivos en ese período de tiempo en consonancia con el Plan de Salud de Extremadura vigente para ese mismo período.

A través de sus grandes líneas estratégicas persigue una finalidad y filosofía única, de acuerdo con la misión, visión y valores de la organización de forma que se consiga una mejora de la salud de los ciudadanos, que éstos a su vez se sientan más satisfechos con su servicio de salud, que los profesionales se impliquen y participen para que se provean servicios de calidad, que se mejore la gestión de los recursos a través de la innovación e integración y se garantice la estabilidad económica y financiera de la organización mediante la eficiencia en todas sus actuaciones.

Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC) 2007-2011. Elaboración

En cumplimiento del Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, que prioriza entre sus objetivos la elaboración y puesta en funcionamiento, antes de 2007, del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC), la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura ha realizado durante 2006 las actuaciones que se detallan a continuación.

Impulso del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, creado por el Decreto 157/2005, de 21 de junio

Durante 2006, el Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria finalizó el cumplimiento de esta línea de actuación mediante:

- Resolución de 29 de mayo de 2006, por la que se procede a la designación de los miembros del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura. En total fueron nombrados 23 miembros.
- Constitución del Consejo Asesor. La reunión constitutiva se celebró en Badajoz el día 21 de junio de 2006.

- Participación directa de los miembros del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura en el proceso de elaboración del PIEC. Dentro de este ámbito, y tras celebrarse el 20 de septiembre de 2006 la Jornada Técnica del PIEC, ese mismo día se llevó a cabo la primera sesión ordinaria de dicho Consejo Asesor.

Elaboración del PIEC

Durante 2006 se llevaron a cabo distintas actuaciones destinadas a elaborar, aprobar y editar el PIEC. Este proceso se ha caracterizado por el alto grado de participación y de consenso alcanzado entre las personas e instituciones implicadas en él:

- Los grupos técnicos del PIEC completaron la elaboración de los seis documentos de consenso (enero-febrero de 2006).
- Elaboración, por parte de la dirección técnica del PIEC, del documento de debate a partir de los seis documentos de consenso y del análisis de situación (marzo-junio).
- Edición y amplia distribución del documento de debate del PIEC (junio).
- Recogida de propuestas y enmiendas al documento de debate del PIEC (junio-septiembre).
- Organización y coordinación de la jornada técnica del PIEC (20 de septiembre de 2006), en la cual los miembros de los grupos técnicos y del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura analizaron las propuestas y enmiendas recibidas al documento de debate.
- Elaboración, por parte de la dirección técnica, del documento propuesta del PIEC, que seguidamente fue remitido al Consejo Extremeño de Salud y al Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura (octubre-noviembre).
- Aprobación del texto definitivo del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2007-2011 por parte del titular de la Consejería de Sanidad y Consumo, a propuesta del director general de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias (diciembre de 2006). La entrada en vigor de este plan tuvo lugar el 1 de enero de 2007.
- Publicación del PIEC (diciembre de 2006).

Plan Integral Contra el Cáncer en Extremadura (PICA). Elaboración

En la Comunidad Autónoma de Extremadura, el cáncer es uno de los principales problemas de salud pú-

blica; representa globalmente la segunda causa de muerte en ambos géneros, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, y la primera en el caso de los hombres. Asimismo, constituye la primera causa de años potenciales de vida perdidos, un motivo fundamental de disminución de la calidad de vida y una de las grandes causas de morbilidad general, lo que genera un gasto sanitario de primer orden, además de un coste emocional muy elevado. Se hace necesario aunar esfuerzos para lograr una atención integral, coordinada y multidisciplinaria del cáncer en nuestra sociedad.

En esta línea, la Junta de Extremadura prevé en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 la elaboración de planes integrales frente a los problemas de salud y enfermedades más frecuentes. Por ello, dicho plan incluyó entre sus objetivos, la elaboración y aprobación de un Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura (PICA), cuyo contenido está en consonancia con la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud.

Durante 2006, desde la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura se ha procedido a finalizar el trámite del proceso de elaboración del PICA y este plan está vigente desde el día 1 de enero de 2007.

Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura (PMEpS)

Durante el año 2006, han continuado los trabajos relativos a la elaboración del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura en un contexto eminentemente participativo. Se concibe como un instrumento capaz de impulsar a su máximo nivel la educación para la salud en el ámbito de la comunidad autónoma y de construir un modelo participativo y dinámico que se adapte a las necesidades de la población, teniendo en cuenta las condiciones sociales, ambientales y económicas en que las personas viven, que lleven a mejorar el estado de salud de nuestros ciudadanos. Su objetivo primordial es conservar y mejorar la salud de todos los extremeños y extremeñas mediante el fomento de diversas herramientas de promoción de la salud, fundamentalmente de la educación para la salud.

Plan de Salud Mental

Durante el año 2006 se han llevado a cabo las actuaciones que se especifican a continuación.

Inicio de los trabajos de elaboración del II Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012

Este plan incluye las siguientes líneas estratégicas:

- Promover un modelo de salud mental positiva, que impulse la educación sanitaria, la promoción y la protección de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales y de la conducta suicida y la erradicación del estigma asociado con quienes la padecen.
- Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención, transformando los hospitales psiquiátricos y creando una potente red comunitaria de soporte y atención a las personas con trastornos mentales graves.
- Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión sanitarias.

Se publica el Decreto 92/2006, por el que se establece la organización y funcionamiento de la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Elaboración de documentos de trabajo

- Atención a pacientes con patología dual.
- Criterios de derivación de niños y adolescentes desde atención primaria (AP) a los dispositivos de salud mental.
- Atención a la demanda no programada en salud mental.
- Prevención del suicidio en el Hospital General.

Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010

El fenómeno de la dependencia se ha convertido en los últimos años en una de las mayores preocupaciones sociales. Sus causas son muy variadas, participan de la necesidad de intervención tanto desde el ámbito social como desde el sanitario. Al mismo tiempo, la dependencia es objeto de atención para los profesionales, las organizaciones sociales, las Administraciones Públicas, la iniciativa privada y los pacientes y sus familias.

La Junta de Extremadura en el desarrollo de sus competencias en política social y sanitaria se marca como objetivo prioritario la justicia social, la solidaridad, la armonía y la mayor equidad posible entre los extremeños, en especial los más vulnerables. En aras a ese objetivo, se propuso la elaboración y puesta en funcionamiento del Plan Marco de Atención Sociosanitaria, fruto del trabajo de coordinación entre la Consejería de Bienestar Social y la Consejería de Sanidad y Consumo.

Durante el año 2006 se llevaron a cabo las acciones que se detallan a continuación.

Publicación y difusión del Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010

Desarrollo normativo

- **Ámbito residencial.**
 - Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la atención sociosanitaria en su modalidad tipo 2 (T2) y se establece su régimen jurídico.
 - Decreto 131/2006, de 11 de julio, por el que se crea el Servicio Público de Cuidados Personales y Atención a Situaciones de Dependencia, en su modalidad tipo 3 (T3) y se establece su régimen jurídico.
- **Ámbito domiciliario.**
 - Decreto 136/2005, de 7 de junio, de ayudas del Plan Integral de Empleo a la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral y para la Promoción de la Actividad (Concilia).

Recursos y dispositivos residenciales y asistenciales

- Consolidación de 30 plazas de cuidados sanitarios intensos y continuados T1, creadas en noviembre de 2005 (Parcelso 2005), Consejería de Sanidad y Consumo.
- Creación de 110 plazas de atención sanitaria a la dependencia T2 en virtud del Decreto 7/2006. Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Bienestar Social.
- Creación de 478 plazas de cuidados personales y atención a situaciones de dependencia T3, en virtud del Decreto 131/2006, Consejería de Bienestar Social.
- Elaboración de instrucción que regula la solicitud, resolución y adjudicación de plazas T1 y T2.
- Elaboración de instrucción que regula la solicitud, resolución y adjudicación de plazas de cuidados personales y atención a situaciones de dependencia T3.

Organización de estructuras de coordinación sociosanitaria en virtud del Decreto 7/2006, de 10 de enero

- Constitución de la Comisión Permanente Intersectorial.

- Elaboración y puesta en funcionamiento de la *Guía de Funcionamiento de las Comisiones Sociosanitarias Comunitarias*.

Elaboración de programas y planes de mejora

- Plan de Mejora del Trabajo Social en el Servicio Extremeño de Salud.
- Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (Pidex), Consejería de Sanidad y Consumo, SES y Consejería de Bienestar Social.
- Elaboración del programa *El ejercicio te cuida*, Consejería de Sanidad y Consumo, SES, Consejería de Bienestar Social, Consejería de Cultura y Universidad de Extremadura.
- Elaboración del Plan General de Rehabilitación, Consejería de Sanidad y Consumo y SES.
- Elaboración del Proceso Integral de Atención Temprana en Extremadura.

Plan de Humanización de la Atención Sanitaria (PHAS) del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE). Elaboración

Durante 2006 se continuaron las tareas encaminadas a la elaboración del análisis de situación del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE (PHAS), iniciadas en 2005, como propugna el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008.

La elaboración del PHAS se ha planteado, desde su inicio, en un espacio participativo, abierto y de colaboración entre agentes (directivos, profesionales y ciudadanos) y con un método capaz de permitir analizar de forma exhaustiva cuál es el punto de partida, cuáles son las necesidades de mejora, qué objetivos de mejora a medio plazo se pueden enunciar y cómo pueden abordarse estas necesidades y problemas. Se estructuró su elaboración en varias fases, partiendo del análisis de situación de la humanización en el SSPE, para lo cual fue necesaria la elección de métodos adecuados que permitieran conocer la realidad. Destaca la realización de tres estudios concretos:

- Identificación de las acciones y programas que desarrolla el SSPE que tienen relación con aspectos de la humanización de la atención sanitaria mediante la búsqueda activa.
- Investigación cualitativa, mediante la técnica de grupos focales, que ha permitido conocer la opinión de los profesionales y personas usuarias del SSPE, en relación con las estrategias desarrolladas

y las nuevas expectativas sobre la humanización y su mejora continua.

- Estudio mediante el método Delphi encaminado a un doble objetivo, profundizar en el conocimiento de la situación actual y explorar las posibilidades de desarrollo futuro de nuevas estrategias.

En relación con el primero de ellos, éste ha servido para identificar las prestaciones relacionadas con la humanización ofertadas por el SSPE que se ofrecen actualmente.

En cuanto al segundo estudio, mediante la técnica cualitativa de grupos focales o grupos de discusión, se ha conocido la opinión de los profesionales y personas usuarias del SSPE con relación a las estrategias desarrolladas y las nuevas expectativas sobre la humanización y su mejora continua.

Finalizadas las distintas reuniones con los grupos participantes en el estudio, se procedió a la recopilación de la información obtenida y a su procesado mediante el empleo de uno de los programas informáticos creado para el desarrollo del análisis cualitativo del contenido, que permitió la codificación y recuperación de textos.

Los hallazgos de la investigación se estructuraron en función de los siguientes puntos:

- Humanización: aproximación conceptual.
- Opinión sobre las posibles aportaciones del PHAS al SSPE.
- Identificación de acciones relacionadas con la humanización en otros campos (sanidad privada y entornos no sanitarios).
- Grado de conocimiento y opinión sobre las medidas llevadas a cabo que contribuyen a incrementar el grado de humanización de los servicios sanitarios prestados.
- Proposición de otras medidas para mejorar la situación actual.
- Identificación y priorización de acciones relacionadas con la humanización ya implantadas en el SSPE.

El tercer abordaje analítico lo constituyó la definición y ejecución de un macroestudio Delphi sobre la humanización de la atención sanitaria en el SSPE.

Se trata de un estudio de consenso entre profesionales y personas usuarias del SSPE, con un doble objetivo. Por un lado, conocer cuáles son los conceptos y prácticas sobre humanización en el momento actual y, por el otro, obtener el máximo común denominador de

las opiniones de éstos por medio de métodos estructurados de consenso encaminados a verter luz sobre las necesidades y posibilidades de desarrollo de las políticas de humanización a medio plazo (3-5 años).

La utilización de dicho método permite obtener una visión colectiva de expertos sobre un tema, la humanización de la atención sanitaria, a partir de dos rondas repetidas de preguntas planteadas mediante un cuestionario postal.

Se preveía concluir los análisis y resultados de los estudios pertenecientes al análisis de situación del PHAS en enero de 2007.

Otros 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

Muchos de ellos están previstos en anteriores Planes de Salud y siguen teniendo continuidad en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008:

- Plan de Formación en Ciencias de la Salud.
- Plan Integral sobre Drogas (PID), vigente actualmente, que prevé:
 - Programas asistenciales.
 - Programas de desintoxicación.
 - Programa de deshabituación con antagonistas opiáceos (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 a los niños y niñas y adolescentes.
 - Vacunación de los adultos.
 - Prevención del VIH/Sida.
 - Prevención del cáncer de mama.
 - Prevención del cáncer de cuello uterino.
- 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 sanitarios 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 sanitarios de campamentos y albergues.

EQUIDAD

La Comunidad Autónoma de Extremadura ha ido avanzando paulatinamente en nuevas cotas de equidad (tabla 12), gracias tanto a una serie de medidas desde el punto de vista normativo, como a acciones y prestaciones que favorecen la accesibilidad y la equidad en la población general y en distintos colectivos concretos.

Desde el punto de vista de la ordenación sanitaria, el mapa sanitario de Extremadura –que desde 1980 presenta una población prácticamente estable, con algo más de un millón de habitantes–, ha pasado de tener 84 zonas de salud en 1984 a un total de 109 durante 2006, en las cuales realizan su actividad 104 equipos de atención primaria correspondientes a otras tantas zonas de salud en funcionamiento. En consecuencia, la media de habitantes por zonas de salud ha

pasado en ese período de 12.500 a 9.950. Este aumento en el número de zonas se ha visto favorecido por el crecimiento centrífugo –hacia las afueras– de las ciudades con mayor número de habitantes y por la elevada dispersión poblacional existente en Extremadura (lo que ha obligado a la existencia de 26 zonas de salud con una población inferior a 5.000 habitantes). Este hecho es reflejo del importante esfuerzo realizado en accesibilidad, que ha favorecido especialmente a la población rural.

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 han posibilitado que el número de núcleos de población con una isocronía inferior a 15 minutos al centro de salud haya pasado del 68,38 % en 1995 al 84,72 % en el año 2006, lo que pone de manifiesto 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 81,48 %).

Del mismo modo y pese a la gran dispersión geográfica existente en Extremadura, la mayor parte de la población (en concreto el 80,12 % en 2006) y de los núcleos poblacionales (que han pasado del 41,04 % en 1995 al 61,42 % en 2006) se encuentran situados a una distancia isócrona 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, fundamentalmente debido a las mejoras estructurales de las redes sanitaria y viaria. Hay que 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 87,50 % en 2006). Se encontraban en las últimas fases de construcción los hospitales de Tierra de Barros (Almendralejo) y La Siberia-La Serena (Talarrubias), que han sido inaugurados durante 2007, así como el Centro de Alta Resolución de Trujillo, que repercutirán positiva-

TABLA 12. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Extremadura)

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa
Etnia	Sí	Subvención	Resolución motivada por el consejero
Discapacidad	Sí	Subvención	Resolución motivada por el consejero

mente en la accesibilidad a la atención especializada y hospitalaria en las áreas de salud de Mérida, Don Benito-Villanueva y Cáceres, respectivamente.

Asimismo, el número de PAC (puntos de atención continuada) ha aumentado en 17 durante el período 2001-2006, pasando de 106 a 123, con un importante incremento fundamentalmente en zonas rurales (y ello a pesar de la centralización de tres PAC en uno realizada en la ciudad de Badajoz). Esto representa que 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/la médico(a) y enfermero(a) tenían que desplazarse con motivo de una urgencia fuera del centro de salud. Con la firma de 89 convenios de colaboración con ayuntamientos donde se encuentra ubicado el centro de salud, ha permitido contratar 260 celadores, que garantiza que el centro permanezca abierto en las circunstancias antes mencionadas.

Otro aspecto que hay que 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 a casi el 100 % en 2006, con el incremento de 11 unidades móviles de emergencias (UME) (de 5 a 16) durante el citado período hasta alcanzar el 100% de la población de orto a ocaso con dos unidades medicalizadas de emergencias áreas (Cáceres 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, etc.).

La puesta en funcionamiento de la telemedicina en los hospitales y 27 centros de salud hace más accesible determinadas especialidades a la población y evita, además, numerosos desplazamientos.

La dotación de tecnologías en determinadas áreas de salud, antes inexistentes, hace más accesible, determinados medios diagnósticos y terapéuticos (resonancias magnéticas [RM], unidades de hemodinámica, aceleradores lineales, etc.).

La cobertura en atención sanitaria a la población extranjera, incluidas lógicamente las personas inmigrantes, está garantizada mediante el 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 SSPE.

Durante 2006 se establecieron 13 convenios de colaboración con asociaciones de enfermos y 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 Celíacos 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.

El Decreto 68/2006, de 4 de abril, regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Organización sanitaria y recursos humanos

La estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo se recoge en el Decreto 80/2003, de 15 de julio. Bajo la dirección de su titular, de acuerdo con lo establecido en el artículo 56 de la Ley del Gobierno y de la Administración, se estructura en los siguientes órganos directivos:

- Secretaría General.
- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria.

Asimismo, forman parte de la Consejería:

- Consejo de Dirección.
- Gabinete del Consejero.
- Gabinete de Estudios y Análisis.
- Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

La estructura del Servicio Extremeño de Salud está definida por la propia Ley de Salud, así como por su desarrollo reglamentario mediante el Decreto 209/2001,

de 27 de diciembre, por el que se aprueban los estatutos y el logotipo del Organismo Autónomo, Servicio Extremeño de Salud; el Decreto 81/2003, de 15 de julio, por el que se modifican los estatutos del Organismo Autónomo, Servicio Extremeño de Salud, y el Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud.

A grandes rasgos, podríamos establecer, en relación con el Servicio Extremeño de Salud, lo que se detalla a continuación.

Estructura central

Cuenta con los siguientes órganos:

- De dirección y gestión:
 - Dirección Gerencia.
 - Secretaría General.
 - Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
 - Dirección General de Asistencia Sanitaria.
 - Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud.
 - Gerencias de Área.
 - Direcciones de Salud.
- De control y participación en la gestión:
 - Consejo General.
- De coordinación:
 - Consejo de Dirección.

El Servicio Extremeño de Salud actúa con personalidad jurídica propia y está adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

Estructura periférica

Está organizada en ocho gerencias de área de salud, con un gerente de área en cada una de ellas, que es responsable del conjunto de recursos sanitarios de su área correspondiente. La Gerencia de Área es la unidad

de referencia de la presupuestación. Las gerencias de área de salud se dividen territorialmente en zonas de salud, definidas mediante el mapa sanitario de la comunidad autónoma. En cada zona de salud se constituye un equipo de atención de primaria bajo la dirección de un coordinador. El Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria, aprobado por Decreto 67/1996, establece sus normas de funcionamiento, así como la estructura jerárquica interna.

Cada órgano de la gerencia de área establece, entre otros, una dirección de asistencia sanitaria, de la cual dependen las direcciones médicas y de enfermería, tanto de atención primaria como de atención especializada.

El conjunto de unidades de apoyo del área de salud, según se establece en el Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamientos de los consejos de salud de áreas, que permanecen bajo la dependencia jerárquica del director médico de atención primaria.

Personal sanitario y no sanitario del sistema sanitario público de extremadura

Respecto a los recursos humanos del SSPE, fundamentalmente en lo que se refiere al personal profesional sanitario, habría que distinguir el importante esfuerzo que, desde la asunción de las transferencias sanitarias, se ha llevado a cabo, con un incremento de más de 3.000 profesionales sanitarios(as) y no sanitarios(as) (tablas 13-16).

En atención primaria, hay que distinguir entre el medio rural y el medio urbano. En el rural, el número de tarjetas sanitarias por profesionales permite dedicar un tiempo razonablemente adecuado a la atención a los pacientes y se está acometiendo una adecuación de los cupos, siempre teniendo en cuenta la dispersión de

TABLA 13. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2006 (Extremadura)

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Organización de la formación continuada	Institución u organismo específico	Sí	Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud	Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura	Servicio de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias
	Otro sistema	Sí	Fundesalud	Decreto de autorización del consejero	Fundación

Fundesalud, Fundación para el Desarrollo en Salud.

TABLA 14. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Extremadura)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	708	542	10	905	335	Incluidas atención continuada y urgencias de AP
Pediatría	49	82	2	103	26	
Enfermería	260	1.084	130	911	303	Incluidos atención continuada, urgencias de AP, dolor, cuidados paliativos y comadronas
Farmacia	48	92	12	73	55	
Psicología clínica	8	28	0	28	8	Incluidos psicólogos(as) no especialistas
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	151	368	45	378	96	Incluidos fisioterapeutas, odontólogos(as), TER, auxiliares de enfermería, veterinarios(as), técnicos(as) en salud pública, higienistas dentales
Otros profesionales no sanitarios	194	669	47	636	180	Incluidos funcionarios(as) administrativos(as), trabajadores/as sociales, celadores y otros
Población atendida por equipos de atención primaria: 100 %						

AP, atención primaria; TER, técnico especialista en radiología.

TABLA 15. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Extremadura)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Medicina	1.051	639	4	1.083	603
Enfermería	478	2.200	170	1.835	673
Auxiliar de enfermería	47	1.911	31	1.260	667
Farmacia	21	7	0	25	3
Otro personal sanitario	56	356	19	301	92
Personal no sanitario vinculado	708	2.354	79	2.601	382

núcleos de población. En el medio urbano, el cupo de tarjetas por profesional es elevado, por lo que progresivamente se va dotando de profesionales que permitan ir reduciendo estos cupos y, por tanto, que la dedicación al paciente vaya aumentando. El tiempo de dedicación al paciente debe aumentar, por una parte, por la reducción de los cupos y, por la otra, por la introducción de las nuevas tecnologías en el campo de la informatización (historias clínicas, receta electrónica, etc.).

En atención especializada, el déficit en algunas especialidades, como anestesia y traumatología es preocupante, por lo que las propuestas realizadas desde la Consejería de Sanidad van en la línea del aumento del número de plazas en la facultad de medicina, así como el incremento de número de hospitales y centros

de salud que tengan acreditación docente y, por tanto, el número de plazas para la formación de especialistas por vía MIR, cuestión que paliaría el déficit a medio y largo plazo. Mientras tanto, se están incorporando especialistas de otros países de la Unión Europea.

Durante el año 2006 se regularon, mediante el Decreto 37/2006, de 21 de febrero, los instrumentos de ordenación de personal del SES y la estructura de la plantilla de personal estatutario.

Asimismo, se continúa con el desarrollo del Acuerdo sobre Carrera y Desarrollo Profesional en el SES, en virtud del acuerdo firmado el 24 de octubre de 2005.

Además, el 11 de mayo de 2006 se acordó el impulso y la consolidación de la atención primaria de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

TABLA 16. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Extremadura)

	Hombres	Mujeres	Edad	
			Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Alergología	10	8	16	2
Análisis clínicos	27	26	37	16
Anatomía patológica	18	11	25	4
Anestesiología y reanimación	81	71	117	35
Angiología y cirugía vascular	11	0	5	6
Aparato digestivo	29	9	27	11
Bioquímica clínica	0	3	3	0
Cardiología	49	7	34	12
Cirugía cardiovascular	7	1	5	3
Cirugía general y del aparato digestivo	64	37	60	41
Cirugía maxilofacial	7	0	7	0
Cirugía pediátrica	10	1	7	4
Cirugía torácica	4	0	4	0
Cirugía plástica y reparadora	5	1	5	1
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	9	11	17	3
Endocrinología y nutrición	17	5	18	4
Farmacología clínica (se incluye farmacia hospitalaria)	21	7	25	3
Geriatría	4	1	5	0
Hematología y hemoterapia	26	13	25	14
Inmunología	2	4	5	1
Medicina del trabajo	3	6	9	0
Medicina intensiva	27	16	35	18
Medicina interna	61	37	74	24
Medicina nuclear	4	3	7	0
Medicina preventiva y salud pública	5	2	4	3
Microbiología y parasitología	12	7	16	3
Nefrología	17	5	15	7
Neumología	15	9	17	7
Neurocirugía	10	0	5	5
Neurofisiología clínica	7	3	6	4
Neurología	13	14	19	8
Obstetricia y ginecología	45	54	71	28
Oftalmología	51	26	44	33
Oncología médica	16	6	22	0
Oncología radioterápica	5	2	5	2
Otorrinolaringología	38	21	44	15
Psiquiatría	32	12	38	6
Radiodiagnóstico	49	48	65	32
Rehabilitación	14	8	15	7
Reumatología	9	4	9	4
Traumatología y cirugía ortopédica	87	12	68	31
Urología	48	4	34	18
Pediatría	53	18	41	21
Admisión y documentación clínica	19	13	45	7
Urgencias hospitalarias	87	32	88	31

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

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 lleva a cabo 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 2006 fue de 171, con 2.470 alumnos y 3.592,5 horas lectivas, a lo que hay que añadir las desarrolladas por el Plan AFCAP (con fondos del acuerdo de formación continua en las Administraciones Públicas) que representaron 110 actividades, 2.500 alumnos y 2.600 horas. Esto hace un total de 281 actividades formativas, 6.192,5 horas lectivas y 4.970 trabajadores formados.

La Comisión de Formación Continuada de Extremadura acreditó, durante 2006, un total de 195 actividades formativas y concedió 785,7 créditos.

En cuanto a la formación universitaria durante el año académico 2006-2007 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, están en torno a las 140.

De esta forma, se configura anualmente un plan de formación que cuenta con cerca de 300 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 65 %.

Junto con estas actividades, se convocan programas de reciclaje en determinadas habilidades en atención primaria de salud y se convocan becas de estancias formativas, dotadas de determinada cuantía económica, a los profesionales que necesitan aprender una técnica que repercute sobre el Sistema Sanitario Público de Extremadura. Para este año, se han otorgado 78 becas de estancias formativas en centros diferentes a su lugar de trabajo, con un montante total de 83.917,48 euros.

FARMACIA

Durante 2006, se han cumplido los mismos objetivos que en 2005, a los cuales, además, hemos sumado: la vinculación de los depósitos de medicamentos de residencias de mayores a los servicios de farmacia del SES y la aprobación en noviembre de 2006 de la *Guía Farmacoterapéutica de Mayores*, que se elaboró con la colaboración de los médicos de la Consejería de Bienestar Social y con los médicos de las residencias privadas más representativas; quedaba pendiente aún la incorporación de la *Guía de productos de nutrición enteral domiciliaria*.

Aunque no se ha puesto en marcha la prueba piloto del sistema de receta electrónica integrada (según el convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo), el SES ha aumentado paulatinamente el sistema de prescripción informatizada (emitida por el médico mediante el ordenador), al cual aún en este año no se le ha podido añadir el módulo de ayuda a la prescripción diseñado durante este año.

La Orden de 13 de febrero de 2006 crea y regula la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Respecto a los datos de dispensación farmacéutica extrahospitalaria, éstos se resumen en la [tabla 17](#).

INVESTIGACIÓN

La investigación en biomedicina y ciencias de la salud en Extremadura es, desde hace varios años, la más prolífica y se mantiene en torno al 25 % de toda la producción científica regional. En los últimos estudios bibliométricos publicados destacan las áreas de far-

TABLA 17. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Extremadura)

		Datos de 2006	Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	21.536.048	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	14,68	
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total	295.249.107	
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	7,56	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	Número de DDD dispensadas	39.578.686	C10AA: hipolipemiantes: inhibidores de la HMG-CoA-reductasa
		29.761.683	A02BC: ansiolíticos: benzodiazepinas
		25.477.920	C09AA: analgésicos y antipiréticos: anilidas
	Número de envases dispensados	1.114.425	A02BC: antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones
		1.065.428	N05BA: ansiolíticos: benzodiazepinas
		936.863	N02BE: analgésicos y antipiréticos: anilidas
	Gasto (en euros)	23.648.212	C10AA: hipolipemiantes: inhibidores de la HMG-CoA-reductasa
		16.015.813	A02BC: antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones
		13.572.177	N06AB: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. *Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. **Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical*; DDD, dosis diarias dispensadas; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA-reductasa.

macología, 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 esta 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 2006 fue aproximadamente de 300.000 euros, de acuerdo con las líneas de actuación que fueron priorizadas en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, en consonancia con el III Plan Regional de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación de Extremadura.

Junto con esto, existe una serie de proyectos competitivos del FIS o redes de investigación cooperativa que alcanzan una suma total aproximada de 250.000 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 solicitan a los investigadores una vez que han concluido sus trabajos y han obtenido resultados.

Para introducir la investigación en la práctica sanitaria, Extremadura colabora en el proyecto del Sistema Nacional de Salud denominado Guía Salud y se está renovando toda la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura (tabla 18).

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

Respecto a los sistemas de información sanitaria al servicio de la organización y el ciudadano (tabla 19), se continúa con el desarrollo e implantación del Proyecto Jara con la extensión prácticamente a la totalidad de los centros de salud y consultorios de la comunidad autónoma, desarrollo e implantación del sistema de información económico-financiero y de recursos humanos y el diseño del proyecto en atención especializada.

La obtención de resultados orientados a la disponibilidad de información sanitaria actualizada y precisa es

TABLA 18. Investigación, 2006 (Extremadura)

Organismo de investigación en ciencias de la salud	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa		
	Sí	Fundesalud	Fundación de derecho privado de titularidad pública		
	Sí/no	Número	Observaciones		
Comités éticos de investigación clínica (CEIC)	Sí	2			
Proyectos de investigación financiados por el FIS	Sí	4			
Proyectos de investigación financiados por fondos europeos	Sí	6	Fondos INTERREG III A		
Proyectos de investigación financiados en convocatorias regionales	Sí	30			
Ensayos clínicos patrocinados por la industria	Sí	32			

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria; Fundesalud, Fundación para el Desarrollo en Salud; INTERREG III A, Fondos del Programa de iniciativa comunitaria INTERREG III A "España-Portugal", destinados al desarrollo socioeconómico y fomento del empleo a la cooperación e integración social e institucional, entre otras actuaciones.

TABLA 19. Sistemas de información sanitaria, 2006 (Extremadura)

	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción del estado de salud bueno o muy bueno en mayores de 16 años (%)	
			Hombres	Mujeres
Encuestas de salud	Sí	2005 (la última)	73,6	64,9

la base fundamental del Sistema Sanitario Público de Extremadura para 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 su gestión. Todo ello está condicionado por la accesibilidad y grado de disponibilidad a una información de calidad.

Por lo anterior, la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud emprendieron la realización de varios proyectos que, aunque están basados en la utilización de las tecnologías de la comunicación y la información, tienen como marcos de actuación:

- El ciudadano, razón de ser de la organización sanitaria y de los servicios prestados.
- La gestión del conocimiento, en tanto que se concentran infinidad de datos que deben ser filtrados y transformados en información valiosa para la toma de decisiones.
- La accesibilidad para profesionales, gestores y planificadores 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.
- 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, adaptabilidad a la evolución del sistema y a las particularidades de sus componentes.

El Proyecto Jara, en su vertiente asistencial, está acompañado de un proyecto de gestión de imagen digital, denominada proyecto Zurbarán, que permite la gestión digital de la imagen de los hospitales de la región, permitiendo el acceso a dichas imágenes a todos los profesionales autorizados.

Aparte de ello, se está desarrollando el Sistema de Información Poblacional, cuya base es el sistema de información de tarjeta sanitaria individual (TSI). Este sistema se denomina CIVITAS, solución de gestión poblacional y de recursos sanitarios. El Proyecto CIVITAS está constituido como una herramienta que permite ubicar a la población extremeña en sus áreas sanitarias correspondientes y, paralelamente, gestionar la relación de esa población con los servicios de salud que utiliza, así como administrar de manera integrada todos los recursos de que dispone el sistema de salud de la comunidad, tanto humanos como materiales. Se compone de diversos módulos, orientados a dar servicio a cada uno de los agentes que intervienen en la gestión sanitaria.

Los módulos más destacables de la aplicación son:

1. Mapa sanitario.
2. Centros, establecimientos y servicios sanitarios (CESS).

3. Recursos sanitarios.
4. Poblacional.
5. Módulo de procesos.
6. Programas de salud.
7. Explotación de datos.
8. Intercambio de datos.
9. Seguridad.

CALIDAD

Planes de calidad de la comunidad autónoma

Evolución histórica de la calidad y la igualdad en sus políticas y servicios de salud

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, teniendo como finalidad la atención sanitaria al ciudadano, establece un nuevo marco de ordenación específico para la sanidad pública extremeña, flexible, generador de innovaciones, motivador para todos los trabajadores de la salud y adaptable a los constantes cambios que demanda la sociedad extremeña. El sistema responde a los principios de universalización de la atención, aseguramiento único y financiación pública de éste; complementariedad, coordinación e integración o adscripción funcional de todos los medios y recursos del Sistema Sanitario Público de Extremadura; organización desconcentrada y descentralizada; evaluación continua de los componentes públicos y privados del sistema; compensación y eliminación de las desigualdades a efectos de disfrute de los servicios y las prestaciones y de los desequilibrios territoriales injustificados en la asignación y distribución de los recursos y los medios; igualdad en el acceso a los servicios y las prestaciones; mejora continua de la calidad de la atención y la asistencia prestadas por los servicios; participación de la comunidad y de los profesionales en la orientación, la evaluación y el control de sistemas; economía, flexibilidad y eficiencia en la asignación y la gestión de los recursos y los medios puestos a disposición del SSPE; eficacia, como parte de la calidad en la prestación de los servicios encomendados al sistema, respondiendo a criterios de planificación previos.

Con la finalidad de dotar a la comunidad autónoma de un órgano colegiado de carácter consultivo, la Orden de 12 de febrero de 2004 crea y regula la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura con las funciones, entre otras, de asesorar a los órganos de la Consejería de Sanidad

y Consumo y al organismo autónomo del SES en materia de política de calidad sanitaria. En el reglamento de régimen interior y funcionamiento de esta comisión, se describen los órganos que la componen, entre los que figuran las comisiones de trabajo, configurándose un grupo de trabajo de desarrollo del modelo de calidad para centros, servicios y establecimientos sanitarios, otro para el desarrollo de la cartera de servicios basada en la gestión de procesos de atención sanitaria y un tercero para el seguimiento de las actividades de evaluación como mejora continua de la calidad.

En 2004 se publica la Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del SES y se crea la Comisión Técnica de Cartera de Servicios como órgano de carácter consultivo adscrito a la Dirección Gerencia del SES, que ejerce su actividad bajo la dependencia funcional del Consejo de Dirección a que hace referencia el artículo 1.2 del Decreto 80/2003, de 15 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo.

En el ámbito de la calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, como primer paso se publicó el Decreto 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios. Posteriormente, se publicó el Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En agosto de 2006 se publicó la Orden, de 18 de julio, por la que se establecen los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el modelo normalizado de solicitud de acreditación de calidad sanitaria de éstos. En la misma fecha se publica la Orden de 17 de julio de 2006, por la que se regula la figura de auditor del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Respecto a los derechos de los usuarios, se publica la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, que recoge derechos relativos a la información sanitaria, intimidad y confidencialidad, expresión anticipada de voluntades, consentimiento informado, documentación sanitaria, y la creación del Con-

sejo Asesor de Bioética, Comités de Bioética Asistencial y Comité Ético de Investigación Clínica Autonómico.

Plan vigente

Respecto a la acreditación, el I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura considera uno de sus pilares la autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, además de aspectos como la calidad de la atención sanitaria, la calidad relacional, la evaluación sanitaria, el desarrollo profesional, la investigación y formación, los sistemas de información y la gestión y financiación del sistema.

La acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios está basada en un modelo de calidad inspirado en la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM, en sus siglas en inglés), que cuenta con 320 estándares agrupados en 10 categorías y 24 subcategorías. El 47 % son de cumplimiento obligatorio y el 53 %, recomendable para optar a la acreditación, que consta de tres grados (de menor a mayor): avanzado, óptimo y excelente.

Una vez que se ha diseñado este modelo, en el año 2005 se establecen las bases para su pilotaje en diferentes gerencias de área de salud, contando con los distintos tipos de entornos sanitarios definidos según el Real Decreto 1.277/2003. Se establece la estrategia indicada y se contacta con las áreas que hay que pilotar.

Incorporación de objetivos a contratos

Se incorporan los siguientes objetivos de calidad en los contratos de gestión 2006, relacionados con el modelo de calidad y el I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público Extremeño:

- Objetivos de calidad percibida y derechos de las personas usuarias.
- Objetivos de calidad científico-técnica.
- Objetivos de calidad en la gestión de riesgos sanitarios.
- Objetivos de calidad en relación con la cumplimentación y explotación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

Encuesta de satisfacción a las personas usuarias

En el segundo semestre de 2006 se realizaron encuestas de satisfacción de pacientes de urgencias hospitalarias en las ocho áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Asimismo, se realizaron encuestas a pacientes que acudieron a centros de atención primaria en octubre de 2006 para llevar a cabo el seguimiento evolutivo respecto a la anterior encuesta (2004).

De igual manera, en diciembre de 2006 se inició la realización de una encuesta a pacientes hospitalizados, que es también un estudio evolutivo en relación con la anterior encuesta realizada en 2004.

Seguridad de los pacientes

La seguridad y la confortabilidad de los centros y servicios sanitarios son los dos elementos clave en una mejora continua de la calidad, tanto de la calidad científico-técnica de la atención que reciben los ciudadanos como de la calidad de relación de los ciudadanos con el sistema sanitario.

Desde la Consejería de Sanidad y Dependencia se ha continuado en estrecha colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo durante el año 2006, participando a través de varios centros sanitarios de la comunidad autónoma en estudios de ámbito nacional para conocer más aspectos de la seguridad de los pacientes. Entre ellos cabe destacar el Estudio Nacional de Eventos Adversos (Eneas).

Gestión de las listas de espera

- Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del SSPE, que tiene por objeto hacer efectivo el derecho a la atención sanitaria especializada de carácter programado y no urgente, garantizando unos plazos máximos de respuesta en la atención quirúrgica, pruebas diagnósticas y acceso a primeras consultas externas en el SSPE.
- Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del SSPE y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro.

PARTICIPACIÓN

Tradicionalmente, esta 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 ciu-

dadana en el SSPE 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, sobre la 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 SSPE.
- Decreto 109/2004, de 28 de junio, por el que se crea y regula el Consejo Científico Asesor del SSPE.
- Decreto 177/2004, de 23 de noviembre, por el que se crea el Consejo Asesor de Inmunizaciones.
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Orden de 4 de marzo de 2005, por la que se crea y regula la composición y funcionamiento de la Comisión de Formación Especializada en Ciencias de la Salud.

- Orden de 4 de marzo de 2005, por la que se crea la Comisión Asesora de Bibliotecas en Ciencias de la Salud.
- Decreto 157/2005, de 21 de junio, por el que se regula el Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares.

Durante 2006 se ha creado el Consejo Asesor sobre Diabetes, mediante el Decreto 93/2006, de 16 de mayo.

La Ley 41/2002, de 14 de diciembre, regula la autonomía de los y las pacientes y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (tabla 20).

Se han llevado a cabo programas de evaluación por parte del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones.

Están en funcionamiento 105 Consejos de Salud de Zonas, 8 Consejos de Salud de Área y el Consejo Extremeño de Salud; este último cuenta con una comisión permanente.

Asimismo, está constituido el Consejo Regional de Consumidores y Usuarios.

TABLA 20. Participación, 2006 (Extremadura)

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Decreto 15/2006, de 24 de enero (DOE núm. 13, de 31 de enero de 2006), por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en APS del SSPE	
Segunda opinión	Sí	Decreto 16/2004, de 26 de febrero (DOE núm. 26, de 4 de marzo de 2004), por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del SSPE	
Acceso a la historia clínica	Sí	Ley 3/2005, de 8 de julio (DOE núm. 82, de 16 de julio de 2005), de información sanitaria y autonomía del paciente	Derechos relativos a la documentación sanitaria. Historia clínica
Consentimiento informado	Sí	Ley 3/2005, de 8 de julio (DOE núm. 82, de 16 de julio de 2005), de información sanitaria y autonomía del paciente	Derecho a la autonomía del paciente. Consentimiento informado
Instrucciones previas/últimas voluntades	Sí	Ley 3/2005, de 8 de julio (DOE núm. 82, de 16 de julio de 2005), de información sanitaria y autonomía del paciente	Derecho a la autonomía del paciente. Expresión anticipada de voluntades
Guía o carta de servicios	Sí	Decreto 149/2004, de 14 de octubre (DOE núm. 124, de 26 de octubre de 2004), por el que se aprueba la Carta de Derechos de los Ciudadanos, se regulan las Cartas de Servicios y se definen los sistemas de análisis y observación de la calidad en la Administración de la CAE	

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes	Sí	Defensor de los Usuarios del SSPE	Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del SSPE	El Defensor de los Usuarios del SSPE es designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo Extremeño de Consumidores y está adscrito al departamento de la Administración regional que posea la competencia en materia de protección de los derechos de los consumidores

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. APS, atención primaria de salud; CAE, Comunidad Autónoma de Extremadura; DOE, Diario Oficial de Extremadura; SSPE, sistema sanitario público de Extremadura.

En el año 2006 fueron subvencionadas un total de 30 asociaciones de enfermos y familiares.

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Elaboración y dotación de material educativo a los centros de salud de la comunidad autónoma para la sensibilización de diversos sectores poblacionales sobre la promoción de estilos de vida saludables para la prevención de diabetes mellitus y de sus complicaciones

Objetivo general

El objetivo que debe alcanzarse es disminuir la incidencia de diabetes mellitus de tipo 2 (DM2).

Descripción de la intervención

Debe sensibilizarse a la población general, con factores de riesgo y con diabetes y también a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la prevención en esta enfermedad.

Metodología

Deben realizarse campañas de sensibilización sobre la promoción de estilos de vida saludables para la prevención de diabetes y de sus complicaciones. Para ello se ha elaborado diverso material divulgativo dirigido a la población con factores de riesgo y a personas con DM2.

Además, se ha elaborado una guía de educación diabetológica dirigida al profesional de enfermería de AP. Junto con ella y como material complementario, se ha dotado a los centros de salud de alimentos de plástico de tamaño natural para trabajar aspectos relacionados con la alimentación, juegos relacionados con la prevención de las complicaciones de la diabetes, material para la inspección del pie diabético y bibliografía.

Breve descripción de la evaluación

El material elaborado por el Servicio Extremeño de Salud para la realización de esta campaña está actualmente en imprenta, por lo que esta actividad no se ha evaluado.

Muestra: pilotaje de las actividades descritas en la guía en un centro de salud de cada una de las áreas de salud.

Medidas: los indicadores que serán utilizados en la evaluación serán correspondientes a estructura, proceso y resultados. Dentro de los indicadores de resultados

se evaluaría cobertura, satisfacción del usuario, efectividad, grado de control de la enfermedad y actitudes.

Resultados

Respecto a la aplicabilidad y viabilidad de la intervención en nuestro medio, la Educación para la Salud (EpS) constituye uno de los principales instrumentos de la promoción de la salud y, por consiguiente, de la acción preventiva. Su puesta en práctica forma parte de las intervenciones en atención primaria y, por tanto, su aplicabilidad y viabilidad están garantizadas en este ámbito para lograr los cambios voluntarios de comportamientos saludables.

Debemos trabajar para formar y motivar a las personas afectadas en la adopción y mantenimiento de conductas y estilos de vida saludables, que permitan su adecuado control diario, con una mínima dependencia del profesional sanitario, fomentando que el autocuidado sea un acto voluntario, constante y responsable del propio individuo y su familia.

Investigación cualitativa, mediante la técnica de grupos focales, para conocer la opinión de los profesionales y usuarios del SSPE en relación con las estrategias desarrolladas y las nuevas expectativas sobre la humanización y su mejora continua

Este estudio nos ha permitido, mediante la técnica cualitativa de grupos focales o grupos de discusión, conocer la opinión de los profesionales y usuarios del SSPE en relación a las estrategias desarrolladas y las nuevas expectativas sobre la humanización y su mejora continua.

Finalizadas las distintas reuniones con los grupos que intervinieron en el estudio, se procedió a la recopilación de la información obtenida y a su proceso, mediante el empleo de uno de los programas informáticos creado para el desarrollo del análisis cualitativo del contenido, que permitió la codificación y recuperación de textos.

Los hallazgos de la investigación se estructuraron en función de los siguientes puntos: humanización (aproximación conceptual); opinión sobre las posibles aportaciones del PHAS al SSPE; identificación de acciones relacionadas con la humanización en otros campos (sanidad privada y entornos no sanitarios); grado de conocimiento y opinión sobre las medidas llevadas a cabo que contribuyen a incrementar el nivel de humanización de los servicios sanitarios prestados; proposición de otras medidas para mejorar la situación actual,

e identificación y priorización de acciones relacionadas con la humanización ya implantadas en el SSPE.

El análisis fue configurado a partir de las audiciones de las grabaciones efectuadas –transcritas literalmente con ayuda de un procesador de texto– y de los registros escritos tomados durante las sesiones. El examen de éstos se abordó a partir del esquema de trabajo que se detalla a continuación.

El primer paso consistió en la reducción de datos, la simplificación de la información para hacerla más manejable, mediante procedimientos de categorización y codificación. En la práctica, esta operación se traduce en la lectura detallada que los miembros del equipo investigador realizaron de los textos resultantes de cada una de las sesiones, concretando el contenido, separando la información relevante de la innecesaria y estableciendo ejes de análisis que permitan estructurar dicha información de acuerdo con las preguntas de investigación.

La categorización tiene como fin la clasificación conceptual de las unidades de significado. Implica un “segmentado” que comprende varias etapas:

- Separación en unidades (segmentos de texto temáticamente significativos).
- Identificación y clasificación de las unidades (los fragmentos son clasificados en función de las categorías establecidas, asociadas con códigos determinados en función de los objetivos planteados en la investigación).
- Síntesis y agrupamiento.

La codificación es la operación concreta por la cual se le asigna a cada unidad de significado un código, propio de la categoría en la cual la incluimos. Los códigos consisten en palabras que se añaden a los datos para indicar la categoría a la cual pertenecen. En el estudio, las categorías han sido establecidas *a priori*, en función de las cuestiones planteadas a los grupos.

En una segunda fase, una vez reducidos los datos, se procedió a reconstruir el sistema de significados de los sujetos entrevistados, a partir de los vínculos entre las unidades de significado seleccionadas.

Finalmente, en una tercera fase, se trató de inferir las generalidades mediante las comparaciones entre los sistemas individuales de significado.

Durante el año 2006, se procesó la información obtenida en las fases precedentes y se concluyó así el mencionado estudio.

Estudio Delphi sobre la humanización de la atención sanitaria en el SSPE

Se trata de un estudio de consenso entre profesionales y usuarios del SSPE con un doble objetivo: conocer cuáles son los conceptos y prácticas sobre humanización en el momento actual y obtener el máximo común denominador de las opiniones de éstos por medio de métodos estructurados de consenso encaminados a dar luz sobre las necesidades y posibilidades de desarrollo de las políticas de humanización a medio plazo (3-5 años) (tabla 21).

TABLA 21. Cronograma del estudio Delphi sobre humanización de la atención sanitaria en el SSPE, 2006 (Extremadura)

Elaboración del cronograma		Enero
Fijación de los objetivos y reunión de información		Enero-febrero
Selección de colaboradores		Marzo
Elaboración del cuestionario	Elaboración del borrador del cuestionario	Marzo-abril
	Cumplimentación por parte de los colaboradores del borrador	
	Modificación del borrador	
	Supervisión técnica del borrador modificado	Abril
	Cuestionario definitivo	21 de abril
Selección de expertos panelistas y asunción de la participación en él		Abril-mayo
Envío postal e inicio de recepción del cuestionario (primera oleada)		19 de mayo
Envío postal de carta recordatoria		14 de junio
Fin de recepción de cuestionarios (primera oleada) e inicio de adiciones estadísticas		14 de julio
Envío postal e inicio de recepción del cuestionario (segunda oleada)		4 de septiembre
Envío postal de carta recordatoria		16 de octubre
Fin de recepción de cuestionarios (segunda oleada)		30 de noviembre

De la Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección Gerencia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria. Oficina del Plan de Salud. SSPE, sistema sanitario público de Extremadura.

La utilización de dicho método permite obtener una visión colectiva de expertos sobre un tema, la humanización de la atención sanitaria, a partir de dos rondas repetidas de preguntas planteadas mediante un cuestionario postal (fig. 4).

Para su realización, se formó un grupo monitor con técnicos del Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria, encargado de las distintas fases del estudio:

- Fijación de los objetivos.
- Reunión de información.
- Elaboración del cronograma de trabajo.
- Diseño y elaboración del cuestionario.
- Selección de participantes.
- Envío postal y recepción del cuestionario en su primera oleada.
- Análisis del cuestionario y adiciones estadísticas a éste.
- Envío postal y recepción del cuestionario en su segunda oleada.

El 30 de noviembre de 2006 finalizó la fase de recepción de los cuestionarios, el cual había sido enviado a 200 panelistas y al que previamente se había sometido a un estudio de confiabilidad, tras ser pilotado por un grupo de 40 personas.

Se prevé que los análisis y resultados de los dos estudios pertenecientes al análisis de situación del PHAS se concluyan en enero de 2007.

Diseño y elaboración de un estudio entre los profesionales del SSPE sobre el conocimiento del PSE 2005-2008

El PSE incluye la realización de encuestas que faciliten información sobre el conocimiento de su existencia y de sus contenidos, entre los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Por ello, a mediados de 2005, desde la Oficina del Plan de Salud se iniciaron los trabajos para el diseño e implementación de la primera encuesta sobre el PSE.

A mediados de 2005 se iniciaron los trabajos para el diseño de un estudio entre los profesionales sanitarios del SSPE, con un doble fin: por uno lado, evaluar, entre otros, el grado de conocimiento que tiene este colectivo profesionales respecto al Plan de Salud y, por el otro, dar difusión y facilitar el acceso a las publicaciones por parte de los interesados.

Los objetivos del estudio se describen a continuación.

General

Medir el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos(as), veterinarios(as) y enfermeros(as) del SSPE, sobre el PSE 2005-2008, su opinión sobre él y obtener nuevos elementos para la formulación y gestión de nuevos planes.

Específicos

- Establecer el grado de conocimiento sobre la existencia, el contenido y la difusión del PSE 2005-2008.

FIGURA 4. Cuestionario utilizado para el estudio Delphi

INSTRUCCIONES:

En primer lugar, queremos agradecerle su participación en el presente estudio. El mismo tiene como principal objetivo obtener información relevante sobre el nivel de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE), en relación con el Plan de Salud y sobre la percepción de su utilidad y efectividad. A su vez, se pretende recoger las sugerencias y aportaciones realizadas por el amplio grupo de profesionales participantes en este proyecto investigativo.

Las estimaciones y opiniones que usted aporte en el cuestionario serán absolutamente confidenciales.

El presente cuestionario consta de 10 preguntas relacionadas con el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, que han sido agrupadas en cuatro bloques, a fin de obtener información relevante que pueda ser incorporada en posteriores períodos de planificación sanitaria. Todo ello tiene como finalidad que el SSPE alcance metas, cada vez más elevadas, en la prestación de una atención sanitaria integral a todos los ciudadanos extremeños.

El formato de cada pregunta es sencillo. En aquellas que consisten de dos afirmaciones (dites) debe elegir una de ellas. Otras consisten en respuestas graduadas en una escala del 1 al 5, permitiendo de este modo cuantificar la intensidad o el grado.

En todos los casos, deberá responder a las preguntas eligiendo solo una de las afirmaciones propuestas, o rellenando con un símbolo el número correspondiente a su elección, según corresponda. Por ejemplo:

PREGUNTA 3.-

Nada	Definido	Mediano	Buena	Excelente
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La respuesta que cumplimenta el cuestionario la recibe usted, y hace la remita antes de quince días por correo, en el sobre respuesta adjunto a este envío.

Ante cualquier duda o dificultad, puede ponerse en contacto con alguno de los miembros de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo, que gustosamente atenderán cualquier duda. La dirección y teléfono a contactar son:

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
 Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias
 Oficina de Planificación y Coordinación Sanitarias
 El Rectorio 4
 06001 Mérida

Extremadura Mérida (Ext): 024 02 01 23
 Extremadura Mérida (Ext): 024 02 01 14
 Extremadura Mérida (Ext): 024 02 01 07

ESTUDIO DELPHI
sobre
"LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA (SSPE)"

CONSIDERANDO SU OPINIÓN MUY VALIOSA, POR FAVOR, CUMPLIMENTE ESTOS DATOS. ES MUY IMPORTANTE PARA REEMPLAZAR SU PROPIO CUESTIONARIO EN LA 1ª OLA.

Nombre y Apellido (Obligatorio): _____
 CONTRATO DE TRABAJO: _____
 PROFESIÓN: _____
 NIVEL DE ESTUDIO: _____
 ESPECIALIDAD DE CURSOS Y TÍTULOS: _____
 D.N.I.: _____
 TELÉFONO: _____
 E-MAIL: _____

El presente cuestionario se estructura en tres bloques y una hoja de instrucciones:

1. El primero se refiere a datos personales, debiendo cumplimentarlo tanto por los sanitarios como por los no sanitarios que trabajan en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.
2. El segundo bloque debe ser cumplimentado exclusivamente por los sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
3. El tercer bloque debe ser cumplimentado únicamente por los profesionales que trabajan dentro del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

JUNTA DE EXTREMADURA

DATOS BÁSICOS:

Por favor, indique con una X la opción correcta.

1.- Edad del Encuestado/a:

Menos de 30 años
 Entre 30 y 50 años
 Más de 50 años

2.- Sexo:

Hombre Mujer

3.- Categoría Profesional:

Médico/a
 Farmacéutico/a
 Veterinario/a
 Enfermero/a

4.- Área laboral:

Atención Primaria (Centro de salud, Consultorio rural o Unidad de Atención de AP)
 Atención Especializada (Policlínica, Consultas Externas, Centros de Especialidades)
 Grupo de Gestión (Servicios Generales, Dirección del SES o Consejería de Sanidad y Consumo)

De la Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección Gerencia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria y Oficina del Plan de Salud.

- Determinar la percepción sobre su utilidad y efectividad entre los profesionales que lo conocen.
- Conocer su repercusión en la práctica profesional de éstos.

El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario de opinión postal que constaba de los siguientes apartados: instrucciones, datos básicos de la persona que participa en el estudio, 3 bloques de preguntas con 15 cuestiones, un apartado de observaciones y sugerencias y una última pregunta para evaluar si los encuestados hubieran estado interesados en participar en el PSE.

Las 16 preguntas del mencionado cuestionario estaban definidas atendiendo a los objetivos del estudio y se agrupaban en los siguientes bloques: I. Conocimiento básico sobre el PSE (4). II. Contenido básico y de las líneas de actuación del PSE 2005-2008 (5). III. Grado de acuerdo o desacuerdo con tres afirmaciones propuestas sobre el PSE (3). IV. Repercusión del PSE 2005-2008 (3).

Teniendo en cuenta las bajas tasas de respuesta obtenidas mediante esta técnica de encuesta postal (como ejemplo, la tasa obtenida en el estudio de opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud de Cataluña, del año 2003, que fue del 34,1 %), como refuerzo a ésta, se optó por el envío una carta recordatoria.

El cuestionario fue remitido a los 1.896 profesionales sanitarios del SSPE, el 22 de noviembre de 2005, y se adjuntó una hoja anexa que ofrecía la posibilidad de solicitar las diferentes publicaciones del PSE 2005-2008.

A fecha 31 de diciembre de 2005, finalizado el plazo para su recepción, la tasa de respuesta resultante fue del 43,8 %, lo que representa un buen índice.

El análisis de los resultados y la conclusión de este estudio descriptivo transversal, con un universo muestral de 7.853 profesionales de las categorías de médico, diplomado(a) universitario(a) en enfermería (DUE), farmacéutico(a) y veterinario(a), y una selección realizada por muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, utilizando una base de datos del SES, llevado a cabo en 2006.

Las variables de estudio se analizaron según edad, sexo, área de salud, ámbito laboral y categoría profesional. Se utilizaron como datos estadísticos las frecuencias y porcentajes. La comparación de grupos se hizo utilizando la prueba de chi cuadrado para variables nomina-

les y las pruebas de U de Man-Whitney y Kruskal-Wallis para las variables ordinales. Los datos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 12.0.

Este estudio ha constado de tres fases.

Fase conceptual

Ha estado presidida por una extensa revisión bibliográfica en la base de datos de Medline, la base de referencias bibliográficas de Cuiden, la biblioteca virtual de salud y las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados. Los criterios de búsqueda fueron: actualidad (5 años máximo); fiabilidad (revistas y publicaciones de reconocido prestigio), e idioma castellano.

En esta fase, el equipo investigador estableció los siguientes criterios:

- El objetivo del estudio sería la determinación de la percepción y el conocimiento de los profesionales del SSPE sobre el PSE.
- La tasa de respuesta mínima del 40 %.
- El cuestionario de recogida de datos sería autoadministrado por envío postal.
- El muestreo aleatorio estaría estratificado con fijación proporcional.

El cronograma, el reparto de tareas, el listado de recursos necesarios y las necesidades de formación del grupo de trabajo.

Fase empírica

Se optó por preguntas cerradas porque facilitan la respuesta y la posterior codificación de éstas, y se diseñaron anexos como estrategia para disminuir la falta de respuesta.

El cuestionario resultante contó con 4 preguntas de datos personales, 15 de conocimiento y percepción sobre el PSE y un apartado de observaciones y sugerencias.

Como anexos figuraban la carta de presentación, las instrucciones para su cumplimentación, una ficha para solicitar las publicaciones del PSE 2005-2008, un sobre para franquear en destino para el envío a la Consejería de Sanidad y Consumo del cuestionario y una carta recordatoria (que se enviaría a los 20 días a las personas de las que no se hubiera obtenido respuesta).

Se pilotó el cuestionario con 10 profesionales de la Consejería, que actuaron como jueces externos, revisando la claridad, pertinencia, formato y estilo. También se determinó su fiabilidad mediante el índice de consistencia alfa de Cronbach: 0,88.

Fase de envío de la encuesta, recogida y análisis de resultados

Tanto el trabajo de campo como el administrativo fueron realizados por el propio equipo investigador. Cronológicamente se establecieron las siguientes etapas:

- El 15 de noviembre de 2005 se distribuyeron 1.896 cuestionarios y, a fecha 2 de diciembre, del servicio de correos se habían recibido 435 y se habían devuelto por ausencia 20, por lo que se procedió al envío a otros 20 profesionales en reserva.
- El día 5 de diciembre de 2005 se envió la carta recordatoria, dando la posibilidad de solicitar un nuevo cuestionario a las personas que no dispusieran del enviado inicialmente.
- Pasados 10 días desde el envío de la mencionada carta recordatoria, contábamos con la petición de 70 nuevos cuestionarios. La fecha que se había establecido en el cronograma tuvo que ser ampliada ya que hubo retrasos por coincidir el trabajo con período vacacional.
- A fecha 15 de enero de 2006 se habían recibido 838 cuestionarios en la Oficina del Plan de Salud, de los cuales resultaron válidos tras su depuración un total de 830. Esto representa una tasa de respuesta del 43,8 % (superior a la establecida inicialmente del 40 % como objetivo).

Para el análisis y explotación estadísticos se ha utilizado el programa SPSS 12.0 y para garantizar la calidad en el manejo de éstos, se establecieron un control de códigos con asistencia técnica externa y un segundo control aleatorio del 10 % de los datos ya codificados.

El perfil de las personas encuestadas que enviaron su encuesta se resume en la [tabla 22](#).

Resultados descriptivos del estudio

Teniendo en cuenta los cuatro bloques de preguntas en los que estaba dividido el cuestionario, los resultados descriptivos a los que se llegaron en 2006 se presentan a continuación.

Bloque I: conocimiento de la existencia del Plan de Salud y su grado de difusión

El 76,9 % de los y las profesionales encuestados (638) tiene conocimiento de la existencia del Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 frente al 22,9 % (188) que no conoce su existencia y al 0,5 % (4) que no contesta.

De las 638 personas que reconocen tener conocimiento de la existencia del PSE, el 61 % tuvo por primera vez conocimiento de su existencia durante su ejercicio profesional, en su puesto de trabajo; el 21,2 % a través de los medios de comunicación o internet; el 11,1 % por otros medios; el 4,1 % por haber participado en su elaboración; el 2,4 % a través de sociedades y asociaciones, y no especificó el 1,9%.

El 40,1 % del total de encuestados consideró que el grado de difusión del Plan de Salud es deficiente; el 30,4 % regular/aceptable; el 13,4 % bueno; el 10,5 % nulo; el 0,5 % muy bueno, y el 5,2 % no respondió.

Entre los profesionales que conocían la existencia del Tercer Plan de Salud, el 72,3 % también tenían conocimiento de la existencia de otros planes de salud de la comunidad autónoma desde 1997; el 26,3 % no tenían conocimiento, y el 1,4% no contestaron.

Bloque II: valoración del grado de conocimiento del contenido básico, y de la aplicación de las líneas de actuación propuestas en el PSE 2005-2008, entre los profesionales que tienen conocimiento su existencia

El grado de conocimiento de los contenidos generales

TABLA 22. Perfil de los participantes en la encuesta sobre el PSE, 2006 (Extremadura)

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Nivel asistencial	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	354	42,66	Atención primaria	433	52,17
Mujer	462	55,66	Atención especializada	386	46,50
No especificado	14	1,68	No especificado	11	1,33
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Categoría profesional	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 años	41	4,94	Médico	305	36,75
Entre 30 y 50 años	641	77,23	Farmacéutico(a)	38	4,58
Más de 50 años	140	16,87	Veterinario(a)	42	5,06
No especificado	8	0,96	Enfermero(a)	437	52,65
			No especificado	8	0,96

De la Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección Gerencia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, Servicio de Planificación y Ordenación Sanitarias, Oficina del Plan de Salud. PSE, Plan de Salud de Extremadura.

de éste es expresado de la forma siguiente: el 41,1 % deficiente; el 34,5 % regular/aceptable; el 13,8 % bueno; el 9,1 % manifiesta nulo, y el 0,9 % muy bueno.

A los 314 profesionales que reconocieron tener grado conocimiento regular/aceptable, bueno o muy bueno del contenido general del PSE 2005-2008, se les pidió que valorasen su grado de conocimiento respecto a las áreas de intervención, los objetivos estratégicos y las líneas de actuación. Los resultados fueron los siguientes:

- Sobre el conocimiento con relación a las áreas de intervención priorizadas: el 54,8 % regular/aceptable; el 29 % bueno; el 13,1 % deficiente; el 2,9 % muy bueno, y el 0,3 % no respondió.
- Sobre el conocimiento con relación a los objetivos estratégicos planteados: El 56,4 % regular/aceptable; el 26,8 % bueno; el 12,7 % deficiente; el 3,2 % muy bueno; el 0,6 % nulo, y el 0,3 % no contestó.
- Sobre el conocimiento con relación a las líneas de actuación planteadas: el 50,3 % regular/aceptable; el 25,2 % bueno; el 20,4 % deficiente; el 3,2 % muy bueno, y el 1 % nulo.
- Respecto al grado de utilidad que tienen las líneas de actuación propuestas en el PSE 2005-2008: el 64 % lo consideró bueno; el 22,6 % regular o aceptable; el 5,4 % muy bueno; el 4,1 % deficiente; el 0,3 % nulo, y el 3,5 % no contestó.

Bloque III: opinión de los encuestados sobre participación, utilidad y efectividad

La participación de los y las profesionales sanitarios(as) en la elaboración y desarrollo del PSE 2005-2008 es considerada por los encuestados del siguiente modo: el 38% la consideraron imprescindible; el 28,7 % muy importante; 19,8 % importante; el 9,6 % poco o nada importante, y el 4,1 % no respondieron a la pregunta.

Sobre la valoración del PSE 2005-2008 como herramienta de planificación sanitaria de la comunidad autónoma: el 37 % creía que es muy útil; el 33 % lo consideró útil, y el 16,5 % imprescindible, frente al 6,7 % que pensó que es poco o nada útil y al 6,6 % que no contestó.

Con relación al grado de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación "Para el SSPE resulta muy efectivo el desarrollo del PSE 2005-2008", el 33,1 % estaba de acuerdo con ésta; el 24,2 % bastante de acuerdo;

el 23,4 % totalmente de acuerdo; el 9,4 % de acuerdo con reparos; el 2 % en desacuerdo total, y el 7,8 % no respondió.

Bloque IV: repercusión del Plan de Salud para los encuestados

Respecto al grado de participación que tienen los profesionales sanitarios en la consecución de los objetivos del PSE 2005-2008, el 30,2 % consideró que es buena; el 30,2 % regular o aceptable; el 6,4 % muy buena; el 3,7 % nula, y el 10,2 % no respondió.

Con relación a su opinión sobre la repercusión del PSE 2005-2008 en su labor profesional, el 32,3 % la consideró mediana; el 31,8 % alta; el 17,6 % baja; el 4,2 % nula; el 3,6 % muy alta, y el 10,5 % no opinó.

Preguntados sobre la importancia de la participación ciudadana en la elaboración y desarrollo del PSE 2005-2008: el 40 % la consideró alta; el 29,6 % mediana; el 10,5 % baja; el 9,5 % muy alta; el 2,8 % nula, y el 6,9% no dio su opinión.

De los profesionales encuestados que no habían participado en la elaboración del PSE 2005-2008, el 56,7 % reconocieron que les hubiera gustado participar en la misma, frente al 26,2 % que contestaron de forma negativa y el 17,1 % que no se pronunciaron.

Programa "El Ejercicio Te Cuida"

Es un programa que han puesto en marcha las Consejerías de Sanidad y Consumo, Bienestar Social y Cultura en colaboración con la Universidad de Extremadura. Está dirigido a las personas mayores de 60 años que padezcan diabetes, obesidad leve o moderada, hipertensión arterial, artrosis o ansiedad/depresión a través de los beneficios que para la salud reporta la práctica de ejercicio físico de forma continuada y eficiente. Este tipo de ejercicio preserva su autonomía personal. En todos los municipios de Extremadura se ofrece un programa físico especializado, medido y evaluado en resultados, en términos de ganancia de salud y calidad de vida, en que se coordina la atención primaria, la atención al bienestar social y el plan de dinamización deportiva.

Está enmarcado en el Programa "Extremadura Te Cuida" y el "Plan de Dinamización Deportiva". La elaboración y pilotaje de éste se realizó a lo largo de 2004 y 2005, fue aprobado en Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura en febrero de 2006 y se firmó el convenio de colaboración entre todas las entidades participantes en ese mismo año. Su implementación

comenzó en enero de 2007 en las localidades más pobladas de la región y se ampliará progresivamente hasta llegar a todos los municipios de la comunidad autónoma.

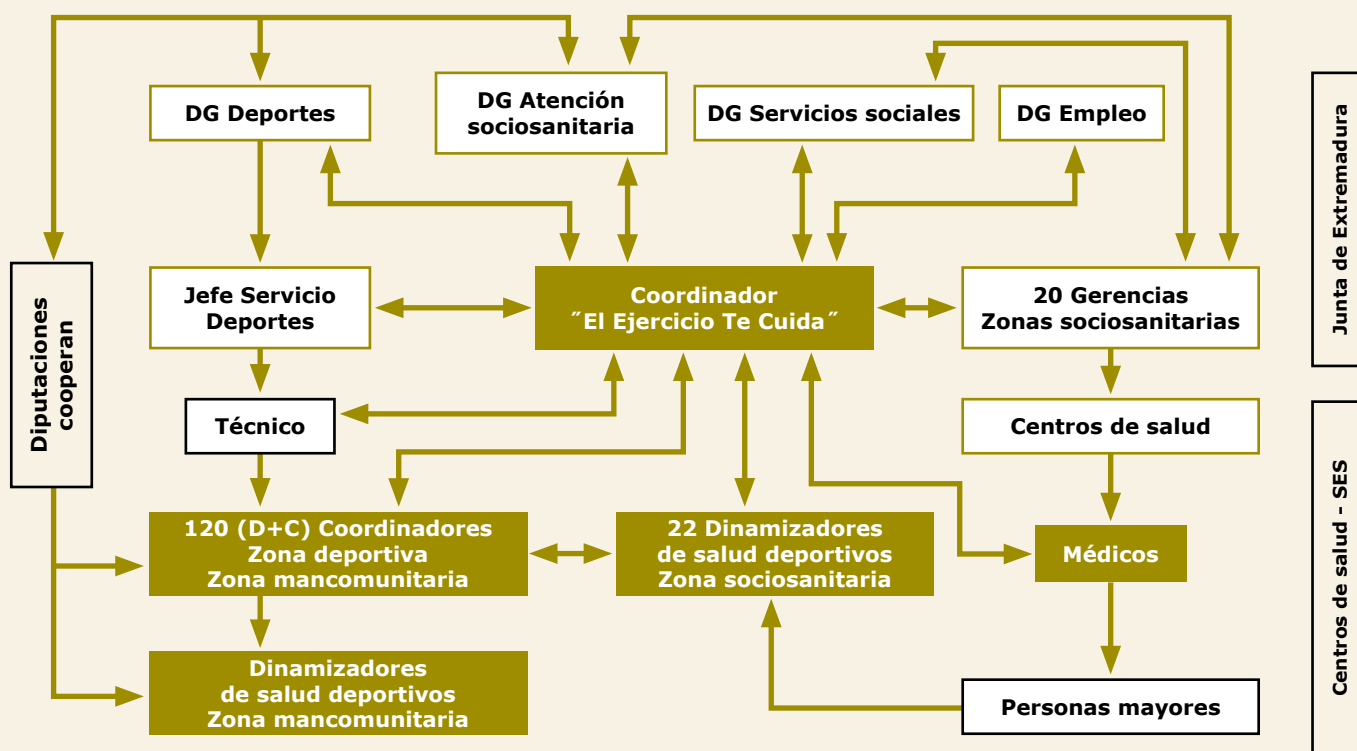
La Junta de Extremadura, sensible a las necesidades de sus mayores y del sistema sanitario, ha puesto los recursos humanos, económicos y estructurales necesarios para que pueda implementarse, y la Universidad de Extremadura dispone de recursos humanos con experiencia para coordinar la innovación, formar a los profesionales que han de aplicarla y evaluar los resultados de su aplicación.

El funcionamiento del programa (fig. 5) en toda Extremadura se canaliza inicialmente a través del médico o la médica y/o enfermero(a) de atención primaria, los cuales remitirán a las personas mayores que reúnan los criterios de inclusión a un dinamizador "saludepor-

tivo" asignado a cada una de las 20 zonas sociosanitarias para atenderles, asesorarles y emitir un informe. En caso de que sea pertinente, se les incorporará a un grupo que realizará ejercicios adecuados para su bienestar. Recibirán, además, información sobre salud y nutrición. En cada una de estas zonas sociosanitarias, un coordinador trabaja como punto de unión entre las funciones de atención primaria (Sanidad), los centros de mayores (Bienestar Social) y el plan de dinamización deportiva (Cultura).

Las características del presente programa que facilitarán su aplicación son la gran capacidad de adhesión a éste, así como su seguridad, sencillez y eficacia. Por lo que respecta a los beneficios reportados a los participantes en el programa, cabe destacar la mejora de la salud y calidad de vida, prevención de la dependencia y disminución del gasto sanitario.

FIGURA 5. Organigrama general del programa "El Ejercicio Te Cuida"



DG, Dirección Gerencia; SES, Servicio Extremeño de Salud.