

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Castilla y León



1 Descripción del Sistema de Salud de la Comunidad

1.1 Organización del Sistema Sanitario de la Comunidad

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, y reformado mediante Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, es la norma básica que regula el autogobierno de la Comunidad. La Junta de Castilla y León es la institución de Gobierno y Administración de la Comunidad Autónoma (artículo 28.1 del Estatuto de Autonomía), y se organiza departamentalmente en Consejerías.

En el ejercicio de su derecho al autogobierno, la Comunidad Autónoma asume competencias en materia de sanidad y salud pública de acuerdo con los principios de atención integral a la salud, de igualdad efectiva, calidad y de coordinación y cooperación. El art. 74 del Estatuto recoge las competencias sobre sanidad de la Comunidad Autónoma.

La ejecución de la política sanitaria le corresponde a la Consejería de Sanidad y a la Gerencia Regional de Salud, organismo autónomo dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar.

El marco jurídico que regula el Sistema de Salud de Castilla y León es la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. Este Sistema comprende el conjunto de actividades, servicios y recursos de la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones y Ayuntamientos, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

Los servicios sanitarios en Castilla y León se ordenan en los siguientes niveles:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

El Sistema Sanitario de Castilla y León se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, donde se presta la atención primaria, especializada y sociosanitaria. Hay 11 Áreas de Salud, una por cada una de las 9 provincias de la Comunidad, salvo en el caso de Valladolid y León que tienen dos Áreas.

Cada Área de Salud tiene asignado, como mínimo, un complejo asistencial u hospital. En Castilla y León hay 14 complejos asistenciales/hospitales.

Los Centros de Especialidades surgen con la finalidad de acercar a los ciudadanos la atención especializada. En varios Centros de Salud se dispone de consultas de especialistas, lo que es particularmente importante en las zonas rurales. Con esto se evitan desplazamientos al centro hospitalario y una cuidada selección de las especialidades a impartir, basándose ante todo en su demanda, logra que los pacientes tengan una prestación sanitaria de calidad.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud. Así, hay 248 Zonas Básicas de Salud (ZBS), donde desarrolla su actividad el Equipo de Atención Primaria.

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, 90 ZBS tienen menos de 5.000 habitantes. Lo que en principio debería de ser una excepcionalidad, aquí representa el 37,3 % de las ZBS. Esto hace que la inversión en infraestructuras, con su correspondiente equipamiento, obras de mantenimiento y reformas, sea muy elevada frente a aquellas comunidades en que la dispersión geográfica es mucho menor o la densidad de población mayor. Además, cada ZBS tiene estructuras periféricas: los Consultorios Locales, dispositivos situados en todas las localidades

mayores de 50 habitantes donde se desplazan, periódicamente, los profesionales sanitarios, para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria ordinaria de la población que reside en el medio rural. En Castilla y León existen más de 3.600 Consultorios Locales.

La atención de Urgencias y Emergencias, se organiza en:

- Asistencia sanitaria urgente en Atención Primaria: la atención está configurada para poder ofrecer una atención cercana y accesible. Se realiza a través de los Puntos de Atención Continuada y los Centros de Guardia, situados habitualmente en los Centros de Salud. La Comunidad tiene 220 Puntos de Atención Continuada.
- Asistencia sanitaria urgente en Atención Especializada: se lleva a cabo a través de los Servicios de Urgencia de los centros Hospitalarios.
- Emergencias: la prestación de asistencia en los momentos en que el peligro para la vida es inminente es particularmente compleja en una Comunidad tan amplia y dispersa como la nuestra. De ahí el importante esfuerzo presupuestario que se ha venido realizando en los últimos años y cuyo resultado ha sido un importante incremento de recursos: actualmente en Castilla y León hay 1 Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, 23 Unidades Móviles, 117 Unidades de Soporte Vital Básico, 4 helicópteros sanitarios y 1.295 profesionales.

1.2 Órganos de participación y de gestión

Castilla y León se encuentra entre las Comunidades Autónomas que han regulado los órganos de participación en todos los ámbitos: de Comunidad Autónoma, de Área de Salud y de Zona Básica de Salud.

- Consejo Regional de Salud, con 35 miembros.
- Consejos de Salud de Área, con 16 miembros cada uno, un total de 176 miembros.
- Consejos de Salud de Zona, con 15 miembros cada uno, un total de 3.360 miembros.

En este modelo, los ciudadanos participan a través de sus representantes, de forma que en estos órganos se encuentran presentes los agentes sociales, sindicatos y organizaciones empresariales, así como asociaciones de consumidores y usuarios, asociaciones estas últimas fundamentales para hacer llegar a la Administración Sanitaria las demandas de los usuarios del Sistema de Salud, incluidos los pacientes.

A través de estos órganos los ciudadanos pueden conocer, en cada uno de los ámbitos (regional, área o local) el Sistema de Salud en todos sus aspectos, los recursos con los que cuenta, la organización y funcionamiento, y las previsiones de futuro, efectuando propuestas sobre distintos aspectos o emitiendo informes.

1.3 Políticas y planes sanitarios

III Plan de Salud de Castilla y León

El III Plan de Salud de Castilla y León, marco de referencia para el desarrollo de la política de planificación sanitaria de la Comunidad, ha sido aprobado por Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre. Recoge un total de 52 objetivos generales, 198 objetivos específicos y 350 medidas y recomendaciones, que darán respuesta a los principales problemas de salud de la Comunidad Autónoma a lo largo del periodo 2008-2012, y que se marca como objetivos: la reducción de la mortalidad por causas evitables; seguir incrementando la esperanza de vida; prevenir y reducir la aparición de las enfermedades, en particular de las crónicas; establecer las condiciones para que los ciudadanos desarrollen una vida más sana y extender a toda la red sanitaria las iniciativas que han demostrado mejores resultados.

El Plan de Salud se configura como un plan global de mejora, y constituye un marco de referencia para desarrollar las líneas innovadoras por las que se pretende que avance el sistema. Se utilizan las mejores experiencias, las mejores prácticas y el mejor conocimiento que aporta la evidencia científica.

El III Plan de Salud de Castilla y León, al igual que los planes de otras Comunidades, focaliza la atención en torno a problemas concretos y prioridades sobre los que es posible intervenir y mejorar: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de colon, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, sepsis e infección nosocomial, dolor y patología osteoarticular, accidentes de tráfico, salud en el entorno laboral, seguridad alimentaria, sanidad ambiental y, por último, la enfermedad ligada a la dependencia. Además, incluye intervenciones dirigidas a los estilos de vida y a la prevención de factores de riesgo que son comunes a varias áreas prioritarias.

El III Plan prevé el desarrollo de nuevas Estrategias Regionales de Salud en las que se trabajará en los próximos años: Cáncer, Cardiopatía Isquémica e Ictus, Salud Mental y Asistencia Sanitaria Psiquiátrica, Atención Sanitaria Geriátrica, Diabetes, Vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial, Atención integral a la salud de las mujeres, Investigación en biomedicina, Plan Sociosanitario.

Desarrollo de actuaciones en el marco de Estrategias Regionales de Salud

Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

Entre las acciones desarrolladas en el año 2008, en concordancia con las líneas estratégicas acordadas en el marco de una nueva estrategia, destacan las siguientes:

- Integración efectiva del Consorcio Hospitalario de Salamanca en Sacyl (1 de enero de 2008), por Decreto 120/2007 de 20 de diciembre de transferencia del Consorcio.
- Se ha incrementado el número de programas y dispositivos del mapa de asistencia psiquiátrica mediante:
- Apertura de un Hospital de Día Infanto Juvenil en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Apertura de un Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Área de Salud de Salamanca.
- Apertura de una Unidad de Patología Dual Retraso Mental y Enfermedad Mental de Referencia Regional en el Área de Salud de León.
- Refuerzo de 3 Equipos de Salud Mental Infanto Juvenil (Burgos, Palencia y Valladolid Este) para la puesta en marcha de un Programa para Trastornos de Hiperactividad y déficit de Atención.
- Desarrollo en la implantación de programas ya existentes:
- Continuidad del Programa de intervención en personas que han realizado intento de suicidio en el Área de Salud de Valladolid Este, financiado con Fondos de Cohesión 2008.
- Desarrollo e implantación progresiva del Programa de Gestión de Casos, para pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada en los Equipos de Salud Mental.

Estrategia Regional de Cuidados Paliativos

Con objeto de mejorar la atención y la calidad de vida de los enfermos en situación avanzada/terminal y de sus familias, de forma planificada, eficiente y acorde a sus necesidades y expectativas, garantizando una atención de cuidados paliativos accesible, de calidad y continuada, la Consejería de Sanidad ha elaborado a lo largo de 2008 la “Estrategia Regional de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2009-2011” (pendiente de su aprobación formal). El objetivo de la Estrategia es prestar esta atención preferiblemente en el domicilio del enfermo,

articulada en torno a la atención primaria de salud, con participación de los dispositivos asistenciales generales tanto de primaria como de especializada y con una red de dispositivos asistenciales específicos, unos de carácter domiciliario (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria - ESAD) y otros hospitalarios (Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos - UHCP).

En esta línea de actuación, cabe destacar la apertura en 2008 de tres nuevas unidades hospitalarias de cuidados paliativos en los hospitales de la Gerencia Regional de Salud de El Bierzo, Segovia y Zamora, con un incremento de los recursos asistenciales de 16 camas y 26 profesionales sanitarios. En conjunto, Sacyl dispone de una oferta de 136 camas destinadas a cuidados paliativos, 68 en centros propios y otras tantas en centros concertados.

1.4 Fórmulas de gestión de servicios sanitarios

La provisión de la asistencia sanitaria especializada en la Comunidad de Castilla y León se centra eminentemente en el sector público, con una escasa participación de la iniciativa privada. La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) es órgano provisor y de gestión de la asistencia sanitaria pública, que se lleva a cabo mayoritariamente a través de centros propios, si bien, determinadas prestaciones asistenciales se llevan a cabo a través de centros privados mediante régimen de concertación de servicios.

La red asistencial de atención especializada de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León gestiona 14 centros hospitalarios y 14 centros de especialidades médicas. Ocho de los catorce hospitales son complejos asistenciales, que agrupan varios edificios hospitalarios. Del conjunto de hospitales, tres son de tipo comarcal, seis de área y cinco hospitales de referencia.

Gestión Directa: Incorporación de objetivos a contratos

Los Planes de Gestión del año 2008 han continuado siendo el eje en la gestión planificada de Sacyl. Aunque iniciados en años anteriores, con ellos, se ha pretendido avanzar en la consecución de un sistema sanitario que garantice la continuidad asistencial y la mejora de la cobertura asistencial intentando dar una respuesta adecuada y concreta a los problemas de salud de los castellanos y leoneses.

En el Plan Anual de Gestión (PAG) 2008, la organización de los centros se debía adaptar para la consecución de los objetivos marcados en él, no pudiendo ser la actividad en ningún caso inferior a la del año anterior. Para lograr estos objetivos, el PAG tiene como ámbito de actuación el Área de Salud, siendo la coordinación e integración de niveles asistenciales elementos fundamentales del mismo. Así mismo, incluye una metodología de evaluación ágil, orientada fundamentalmente a indicadores de resultados de los procesos y de las actividades, con independencia de la posibilidad de que existan otros documentos que establezcan una planificación a corto y largo plazo sobre objetivos de carácter estratégico.

El PAG 2008 está articulado a través de tres ejes fundamentales: el ciudadano, el profesional y la gestión sanitaria. El ciudadano, debe ser el elemento central del Sistema Sanitario, percibiéndolo como algo propio y participando en su mejora cuando proceda, por lo que todas las actividades a realizar deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas. Los profesionales sanitarios considerados los verdaderos artífices de la asistencia sanitaria y principal nexo de unión con los ciudadanos. Para ello, es fundamental que dichos profesionales se sientan parte vital del sistema y participen activamente en las decisiones que les afecten.

La gestión sanitaria se centra en la mejora de la organización, la potenciación de la calidad, el aumento de la capacidad de la resolución y la continuidad asistencial. Para afrontar estos aspectos, se establecieron una serie de actuaciones orientadas a la adecuación de la actividad de los profesionales para la consecución de los objetivos fijados por la organización, a la mejora del rendimiento de ésta, mediante un uso eficiente de sus recursos (físicos y humanos), a la

mejora constante del desempeño y de la práctica clínica con la menor variabilidad posible y la gestión administrativa del gasto público.

Gestión de lista de espera

Para el año 2008, se ha elaborado el Plan Anual de Mejora de Lista de Espera 2008 en el que se mantienen los objetivos del anterior Plan de Reducción de Listas de Espera:

- Lista de espera quirúrgica: demora máxima, 100 días.
- Lista de espera de consultas externas en Atención Especializada: espera máxima, 30 días.
- Lista de espera de pruebas diagnósticas: espera máxima, 20 días.
- Además, a través de las distintas líneas de actuación (optimización del rendimiento, tiempos en patologías específicas, consulta de resultados, información de listas de espera y normalización de los sistemas de información) incluidas en el Plan, se incide en la mejora de la eficiencia del Sistema, en la calidad de los procesos de información sobre las esperas a los pacientes y a los ciudadanos y en la disminución de los tiempos de espera de los enfermos oncológicos y de cirugía cardíaca, con los siguientes resultados en 2008:
 - Lista de espera quirúrgica (≤ 100 días): 65 días de demora media
 - Lista de espera de consultas externas en Atención Especializada (≤ 30 días): 24 días de espera media.
 - Lista de espera de pruebas diagnósticas (≤ 20 días): 8 días de espera media.

Gestión Indirecta

Las fórmulas de gestión indirecta que se emplean en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León vienen determinadas por la realización de conciertos con entidades privadas dentro de los compromisos básicos de autosuficiencia, accesibilidad, calidad e innovación que tiene marcados la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, y dentro de los principios de complementariedad, optimización y adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados que establece el artículo 29 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario.

En el ejercicio 2008 se han mantenido los Contratos Marco relativos a procedimientos quirúrgicos, procedimientos diagnósticos y procedimientos de rehabilitación y logopedia, realizando las Gerencias de Salud de Área o las Gerencias de Atención Especializada los procedimientos negociados necesarios para cubrir la demanda asistencial. También se ha procedido a licitar nuevos concursos para cubrir la demanda de servicios de diálisis, tanto a través de hemodiálisis extrahospitalaria en club de diálisis como a través de hemodiálisis domiciliaria o diálisis peritoneal domiciliaria. Se han mantenido igualmente los conciertos para cubrir las necesidades asistenciales de radioterapia, braquiterapia prostática, hospitalización, interrupciones voluntarias del embarazo, rehabilitación psicosocial y atención rehabilitadora psiquiátrica. Durante el último año no se ha formalizado ningún convenio con Entidades Privadas para llevar a cabo prestaciones de carácter sanitario.

En el ejercicio 2008 se ha procedido a revisar las condiciones económicas aplicables a la prestación de servicios de asistencia sanitaria concertada, así como del transporte sanitario, mediante Resoluciones del Presidente de la Gerencia Regional de Salud, de 1 de julio de 2008. También se ha publicado el Decreto 78/2008, de 13 de noviembre, de Precios Públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago.

Programas de Autogestión en atención primaria

Es un procedimiento que posibilita la participación efectiva del Equipo de Atención Primaria en la gestión de los recursos asignados. El proyecto permite una mayor implicación y motivación de los profesionales. Se ha desarrollado como plan piloto en 6 EAP de la Comunidad. Se ha realizado una evaluación de resultados:

- Alto grado en la consecución de los objetivos planteados
- Alto grado de satisfacción de los profesionales participantes
- Resultados de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos por encima de la media de la Comunidad
- Buenos resultados en la gestión económica

2 Aspectos más destacados, tendencias y perspectivas de futuro

2.1 Recursos Humanos

Con fecha 10 de abril de 2008, fue suscrito entre la Consejería de Sanidad y las organizaciones Sindicales UGT, USAE, CC.OO. y CSI-CSIF, un Pacto sobre medidas a negociar en materia de políticas de empleo y regulación de condiciones de trabajo del personal al servicio de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud para el período 2008-2011, que se configura como un elemento esencial para el posterior desarrollo de la ordenación de los recursos humanos, entendidos éstos como el recurso más importante de todo el sistema de salud. Este pacto es el marco de referencia para el desarrollo de las políticas que en materia de recursos humanos está desarrollando Castilla y León:

- Reducción de la tasa de interinidad del 17% al 7%, estando previsto para final de legislatura llegar a una cifra próxima al 4%, trabajando en la adopción y desarrollo de medidas tendentes a la estabilidad en el empleo y la provisión de puestos de trabajo.
- En esta línea, cabe hacer alusión a la Ley 1/2008 de 27 de marzo, de modificación de la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, aprobada por las Cortes a iniciativa de la Consejería de Sanidad, que suprime el requisito mínimo de permanencia de dos años en la plaza obtenida mediante concurso, para poder participar en un nuevo concurso.
- Actuaciones tendentes a la mejora de condiciones retributivas. Cabe citar el Decreto 53/2008, de 17 de julio, sobre modificación de las cuantías del complemento específico del personal médico de atención primaria, atención especializada y emergencias sanitarias, dependiente de la Gerencia Regional de Salud, al que resulta de aplicación del régimen retributivo del personal estatutario.
- Actuaciones que procuran la mejora de las condiciones de trabajo:
 - Publicación de la Orden SAN/1647/2008, de 9 de septiembre, por la que se establece el procedimiento abierto y permanente para la integración de los facultativos especialistas de cupo, en los servicios jerarquizados de atención especializada y del personal sanitario del modelo tradicional en atención primaria, en plazas de equipos o de área de atención primaria.

- Otras: Incremento del número y destinatarios de las acciones formativas, se han promovido los nombramientos de 2 años para fidelizar a profesionales cuando terminan su formación en los centros sanitarios de Castilla y León, se han llevado a cabo nuevas acreditaciones docentes, se iniciaron los trabajos necesarios para la firma de un acuerdo que permitiera la elaboración conjunta y actualización periódica, anual, de cada una de las competencias de los profesionales de Sacyl, necesarios para el reconocimiento de los distintos grados de carrera profesional, se ha procedido a la convocatoria y posterior resolución en el 2008 del Grado extraordinario I y II de Carrera Profesional, y se iniciaron, entre otros, los trabajos para la regulación de la Carrera Profesional del personal estatutario de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León.
- Otras actuaciones de mejora en la gestión, ordenación y planificación de los recursos humanos:
- Actuaciones tendentes a mejorar la seguridad y salud laboral de los profesionales que prestan servicios en Sacyl. Pacto de abril de 2008 entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones Sindicales CEMSATSE, UGT, SAE-USCAL, CSI-CSIF y CC.OO, sobre actuaciones a desarrollar para la elaboración de un Plan Integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud.
- Estudios para regular la movilidad temporal del personal estatutario fijo sanitario licenciado y diplomado de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional, en casos de inaplazable y urgente necesidad de cobertura de asistencia sanitaria.
- Se han comenzado estudios sobre jornada laboral y descansos del personal de los centros e instituciones de la Gerencia Regional de Salud, ordenación del sistema retributivo, regulación del procedimiento para la creación, modificación o supresión de categorías profesionales, regulación de las Bolsas de Empleo, tratamiento de los anticipos reintegrables, etc., cuya aprobación se prevé para el próximo año.

2.2 Accesibilidad y Autosuficiencia

Durante el año 2008, el Sistema de Salud de Castilla y León ha continuado su avance progresivo en cuanto a mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias y a la autosuficiencia del Sistema. En este sentido, se está llevando a cabo una importante ampliación de la cartera de servicios de Sacyl, así como una reorganización territorial y de los flujos de derivación de pacientes.

La nueva ordenación territorial se ha visto reforzada normativamente mediante el Decreto 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León. En atención especializada, la Comunidad se ha estructurado en dos demarcaciones asistenciales, Zona Oeste y Zona Este, que agrupan áreas de salud con poblaciones de tamaño y características similares y una dotación hospitalaria de complejidad diversa, lo que permite facilitar la organización asistencial y regular los flujos de pacientes de atención especializada. La Zona Oeste de atención especializada agrupa las áreas de salud de Ávila, El Bierzo, León, Salamanca y Zamora, mientras la Zona Este comprende las áreas de salud de Burgos, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid Este y Valladolid Oeste. También esta norma estableció con carácter general, el ámbito de actuación de los centros y servicios de referencia de atención especializada.

La estructura organizativa de la atención especializada de la Gerencia Regional de Salud se basa en un sistema jerarquizado y coordinado. Las especialidades con mayor demanda están disponibles en todos los hospitales, las que no generan tanta necesidad asistencial se ofertan en los hospitales de área y, finalmente, las especialidades con menor demanda y que requieren una

alta especialización o el uso de tecnología sofisticada se concentran en servicios de referencia con cobertura para varias áreas de salud, tratando con ello de asegurar una asistencia eficiente y, sobre todo, de calidad.

Este modelo organizativo, junto a la creciente ampliación de cartera de servicios ha permitido reducir la derivación de pacientes fuera de la comunidad en un 46% a lo largo del período 2001-2008. En este último año, la derivación externa disminuyó un 10% respecto a 2007, mientras que la derivación entre hospitales de la propia Comunidad aumentó un 1,2%.

2.3 Gestión de Listas de Espera

En relación con la gestión de listas de espera, durante 2008 Sacyl ha experimentado un crecimiento en su actividad total traducándose éste en un incremento del 5,16%. A pesar de aumentar la tasa de demanda para intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, ha disminuido el 7,89% la lista de espera total. Además se ha realizado un esfuerzo para reducir la lista de espera en consultas (-10,11%) y en pruebas diagnósticas (-20,03%).

2.4 Gestión Indirecta

En cuanto a los aspectos a destacar de cara al futuro respecto a la gestión indirecta, debe señalarse la licitación de nuevos Contratos Marco que afectan a pruebas diagnósticas y a procedimientos quirúrgicos. Dichas licitaciones tienen por objeto adecuar las prescripciones técnicas a los nuevos avances técnicos y, por otra parte, dar la posibilidad de que nuevos licitadores se incorporen a estos contratos y exista una mayor oferta de empresas que permita en un momento posterior que la Administración obtenga las mejores condiciones de prestación de los servicios sanitarios. También está previsto realizar actuaciones en la configuración del transporte sanitario para recoger las mejoras necesarias que permitan reducir los tiempos empleados en los desplazamientos de pacientes con necesidades de diálisis, enfermos oncológicos y pacientes del medio rural. Por otra parte, se está estudiando la posibilidad de modificar la normativa para establecer un sistema de homologación de centros y sistemas más ágiles de concertación.

2.5 Atención Primaria de Salud

Continuar con la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario público:

- Cita automatizada con el objeto de extenderlo a todos los Centros de Salud de la Comunidad.
- Cita por SMS e Internet
- Análisis y apertura de Unidades de área (salud bucodental y fisioterapia)
- Seguir potenciando convenios de colaboración en materia sanitaria con las Comunidades Autónomas limítrofes.
- Mejora de la capacidad de resolución de atención primaria:
- Dotación de equipamiento diagnóstico: ecógrafos y retinógrafos
- Elaboración de un catálogo de pruebas diagnósticas en atención primaria.
- Conexión telemática con los hospitales
- Mejora de las funcionalidades clínicas de la historia clínica electrónica en atención primaria
- Continuar desarrollando otros objetivos incluidos en la estrategia AP 21
- Elaboración de un sistema de información en atención primaria, potente, integrado, fiable, dinámico y orientado a la mejora continua de la calidad asistencial.

Se diferencian dentro del mismo los siguientes niveles de acceso en la organización:

- Servicios Centrales (Gerencia Regional)- Vinculado al PAG, orientado a la toma de decisiones sobre recursos, oferta de servicios, delimitación territorial, etc. El nivel de análisis correspondiente es el de Área de Salud, EAP y Unidades de Área.
- Área de Salud (Gerencia de Área, Gerencia de Atención Primaria): Orientado a la toma de decisiones sobre organización y gestión de los servicios, evaluación de acuerdos, etc. El nivel de análisis correspondiente es el de EAP, unidades y profesionales sanitarios.
- Nivel de gestión clínica. Orientado a la evaluación y mejora de la práctica clínica, calidad, efectividad y eficiencia. El nivel de análisis es el de EAP, unidades y del profesional sanitario.
- Otros usuarios: Ciudadanos, Organizaciones y Asociaciones en el ámbito sanitario

2.6 Proyecto de Ley de Ordenación y Planificación del sistema sanitario de Castilla y León

La evolución de la sociedad aconseja promover un nuevo marco regulador que se adapte a la realidad y, al tiempo, desarrolle la legislación básica estatal.

Una norma que tenga como objetivo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que se ajuste a las nuevas formas y criterios de ordenación y organización del territorio, y que contemple la investigación biomédica y la formación como elementos claves del Sistema Sanitario.

2.7 Proyecto de Ley de Salud Pública y Seguridad alimentaria

Esta Ley constituirá la normativa autonómica de referencia en la regulación de las actuaciones en materia de Salud Pública que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas en sus respectivos ámbitos competenciales, para el adecuado desarrollo de las acciones colectivas de prevención, protección y promoción de la salud.

Los objetivos que se pretenden abordar son, entre otros, aspectos relacionados con los sistemas de información, la ordenación y autoridad sanitaria, la investigación en salud, la cartera de servicios de prevención, promoción y protección de la salud, la vigilancia epidemiológica, así como la salud laboral.

2.8 Plan de Calidad

Durante el 2008 se inició la elaboración del que será el Primer Plan de Calidad del Sistema Sanitario de Castilla y León, que tendrá como marco de referencia el modelo europeo de excelencia. El plan será un instrumento de integración de objetivos, que aglutine las estrategias ya puestas en marcha y plantee nuevos retos buscando el objetivo final de promover la satisfacción de los clientes y los profesionales y alcanzar los mejores resultados posibles con los recursos disponibles, tal y como establece el modelo.

Incluirá dentro de sus líneas estratégicas dos ejes básicos de actuación, el primero dedicado a la *mejora de la calidad del servicio sanitario*, dando respuesta a nuestra razón de ser como organización sanitaria, con objetivos estratégicos destinados a mejorar la efectividad, la continuidad, la seguridad o la información que proporcionamos a nuestros pacientes y el

segundo, destinado a la *mejora de la calidad en la gestión* que pondrá su atención en desarrollar líneas de trabajo en cada uno de los agentes que componen el modelo

El plan dará continuidad a la experiencia de nuestro sistema en la utilización del modelo EFQM iniciada en el año 2002, momento en que comenzaron las primeras experiencias de autoevaluación con el modelo EFQM en la comunidad, que después han sido continuadas por otras organizaciones y que ha llevado en algunos casos, como el Hospital del Bierzo a participar en procesos de evaluación externa y a la obtención de reconocimientos. Durante el año 2008, siguiendo con esta línea de trabajo, la Gerencia Regional de Salud y la Consejería de Sanidad han puesto en marcha un proyecto de formación y consultoría que persigue la implantación de un sistema de gestión de la calidad acorde con el modelo EFQM. El proyecto, que ha sido pilotado durante este año en 3 centros de atención primaria con experiencia en autogestión, tiene, como objetivo añadido, impulsar la evaluación externa según el modelo EFQM en nuestras organizaciones

3 Innovación

3.1 Creación e Implantación de “El proceso Integrado de atención sociosanitaria a las personas con trastornos mentales”

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

La atención integral a las personas con enfermedad mental grave y prolongada (EMGP) requiere servicios psiquiátricos completos y una red de equipamientos sociales, bien dimensionados, que atiendan las diversas situaciones derivadas de la discapacidad secundaria a dichas condiciones o de las circunstancias sociales adversas, que son tan frecuentes en la evolución de estas patologías.

Población diana

Personas con EMGP de Castilla y León.

Características principales de su desarrollo

La atención centrada en la persona, la continuidad de atención y cuidados, una atención integral y promoción de la autonomía personal, integración en la comunidad y participación, coordinación de sistemas, recursos y profesionales y búsqueda de la efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Modelo de trabajo consensuado entre la Consejería de Sanidad-SACYL y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades-Gerencia de Servicios Sociales.

Metodología seguida para su seguimiento y evaluación. Indicadores desarrollados y/o utilizados

El programa está basado en la metodología de la gestión por procesos, centrada en la persona, de tal forma que los recursos tanto sanitarios como sociales, siguen las fases del desarrollo de la enfermedad, adecuando los recursos a las necesidades, lo que ha supuesto la modificación de procedimientos de acceso a los diferentes recursos y prestaciones.

Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en salud y calidad de vida de las y los ciudadanos/as

Se han modificado y creado nuevos recursos para completar los servicios psiquiátricos y la red de equipamientos sociales. La flexibilidad en la utilización de los mismos, según las necesidades de cada momento, mejora la calidad de vida de todas las personas del entorno del enfermo.

3.2 Plan de acreditación y reconocimiento a la Excelencia de equipos de atención primaria en Castilla y León

Justificación

El objetivo del proyecto es la consolidación de la cultura de autoevaluación a través del modelo europeo de excelencia en los diferentes equipos y unidades de la Gerencia Regional. La concesión del sello a la excelencia constituye el reconocimiento a aquellos centros que a lo largo del tiempo se han comprometido con la mejora continua, habiendo realizado la autoevaluación y puesto en marcha planes de mejora.

Características principales del proyecto

El proyecto de autoevaluación del sistema de gestión, seguido del Plan de Mejora y, en determinados casos, del reconocimiento a través del sello a la excelencia, afecta a todas las GAP, las cuales deberán realizar o completar el proceso de autoevaluación.

En cada GAP se debería definir un plan de trabajo que incluya, para los próximos 2-3 años, unos requisitos definidos.

La Gerencia Regional seleccionará, para cada ciclo, aquellos equipos/ Unidades que se incluirían en el siguiente periodo para la concesión o asignación del sello a la excelencia. Durante los años 2008-2010 se seleccionará un máximo de 6 centros por año, pudiendo incrementarse a 10/año a partir del año 2010.

La concesión del sello a la excelencia requiere formación y asesoría específica, y la realización de autoevaluaciones homologadas con validadores y evaluadores formados y experimentados, a través de Entidades de Certificación acreditadas y con una vigencia del reconocimiento de 2 años.

Aspectos destacables

La realización de la autoevaluación seguida de un *plan de mejora* y de la certificación (acreditación) correspondiente favorece comportamientos de cohesión e identificación de los profesionales con un proyecto.

El proceso de autoevaluación, junto con el Plan de Mejora aprobado por la Gerencia, y la solicitud del centro, conlleva una adaptación del pacto de objetivos del equipo, que pasaría a constituir el *Acuerdo de Gestión Asistencial*.

3.3 La estrategia de eficiencia energética en los centros asistenciales de la Gerencia regional de salud

La Consejería de Sanidad ha sido comprensiva con las exigencias de los ciudadanos, plasmadas en una pluralidad de planes y normas de ámbito comunitario, estatal y autonómico,

de que las Administraciones apuesten en sus instalaciones por el uso de energías renovables y por incrementar adecuadamente el aprovechamiento de los recursos energéticos.

La importancia del uso eficiente de la energía y de la utilización de energías renovables es especialmente intensa en los centros gestionados por la Gerencia Regional de Salud tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo. En efecto, cuantitativamente los centros sanitarios son grandes demandantes de energía, no sólo por su extensión sino también por los requerimientos energéticos que exigen las especiales condiciones de climatización o los grandes equipos tecnológicos que en estos centros nos encontramos, de modo que cualquier porcentaje de ahorro resulta fundamental en términos globales. Pero además, cualitativamente los proyectos de ahorro y de eficiencia energética y de apuesta por las energías renovables que se lleven a cabo en los centros sanitarios son importantes por la labor ejemplar que desempeñan de cara a los ciudadanos. Así, en cuanto lugares públicos donde, en mayor o menor medida, transitamos a lo largo del año la mayor parte de la población, los centros sanitarios son un escaparate adecuado para desarrollar medidas que ejerzan una labor concienciadora de la importancia de evitar derroches energéticos y de buscar fórmulas alternativas al consumo de combustibles fósiles.

Ahora bien, transcurridos varios años desde la transferencia de las competencias sanitarias (año 2002), la Gerencia Regional de Salud se ha planteado la necesidad de abordar esta materia de un modo más ambicioso, pasando de la ejecución de acciones exitosas pero dispersas a una estrategia en la que, de forma ordenada y coherente, se articulen y conecten las diversas acciones. Por otro lado, el diseño y ejecución de estas actuaciones debe realizarse de forma planificada, de forma que de antemano conozcamos la situación desde la que se parte, los objetivos que queremos alcanzar, las grandes líneas en las que éstas deben incardinarse y el presupuesto de que se dispone para todas ellas.

A esta finalidad responde la Estrategia de Eficiencia Energética, que recoge, de acuerdo con la finalidad expuesta anteriormente, las actuaciones que, para una mayor sostenibilidad y eficiencia energéticas, pretende abordar la Gerencia Regional de Salud en sus centros sanitarios durante los próximos años y donde se engloban de manera conexa y articulada las distintas actuaciones y proyectos que en esta materia está llevando a cabo. Esta Estrategia es el documento en el cual se recoge qué se quiere hacer en las infraestructuras sanitarias en el periodo 2009-2012 y cómo se pretende conseguirlo; en ella se establecen ejes estratégicos, las líneas de actuación de cada eje y un conjunto de acciones concretas. Los objetivos generales que persigue se pueden sintetizar en:

- Mejorar las infraestructuras y optimizar los recursos empleados en su funcionamiento.
- Favorecer la coordinación y comunicación entre los profesionales que participan en la concepción, ejecución y explotación de las infraestructuras.
- Promover que las infraestructuras sanitarias cumplan con los compromisos de nuestra Comunidad en el ámbito regional, nacional e internacional (Protocolo de Kyoto, Plan Nacional de Asignación, etc.).

Cada uno de los ejes desarrolla una serie diversas de líneas de actuación. Las que podemos destacar ahora como más relevantes son:

- Disminución del impacto ambiental incentivando la construcción sostenible.
- Promover la elaboración de planes de gestión ambiental eficiente y segura, tanto de las emisiones como de los residuos originados en los centros sanitarios.
- Potenciar programas para reducir la demanda y mejorar la eficiencia energética en las infraestructuras de la sanidad pública.
- Fomentar la implantación de instalaciones de energía renovable en las infraestructuras sanitarias.

- Fomentar y valorar los aspectos de sostenibilidad en el diseño, ejecución y explotación de las infraestructuras sanitarias.
- Entre las acciones que se integran en las líneas de actuación cabe destacar, entre otros proyectos, la continuación del Programa Hospisol (en colaboración con el Ente Regional de la Energía), con el que se ya se han puesto en marcha instalaciones de agua caliente sanitaria utilizando energía solar en todos los centros hospitalarios de nuestra Comunidad, iniciativa que ha resultado merecedora del Premio Europeo 2008 al Mejor Proyecto de Servicios Energéticos en el Sector Público. Dicho programa ha permitido, a día de hoy, poner en marcha instalaciones de agua caliente sanitaria en 15 de centros hospitalarios de nuestra Comunidad. Las estimaciones iniciales ascienden a 9.000 m² de superficie de captación a instalar con el fin de abastecer el 60% de las necesidades anuales de producción de agua caliente sanitaria de un total de 7.000 camas, suponiendo un ahorro de más de 560 toneladas equivalentes de petróleo al año. La inversión estimada se eleva a 4,5 millones de euros, encontrándose al 60 % del cumplimiento del mismo.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es