

Castilla-La Mancha



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

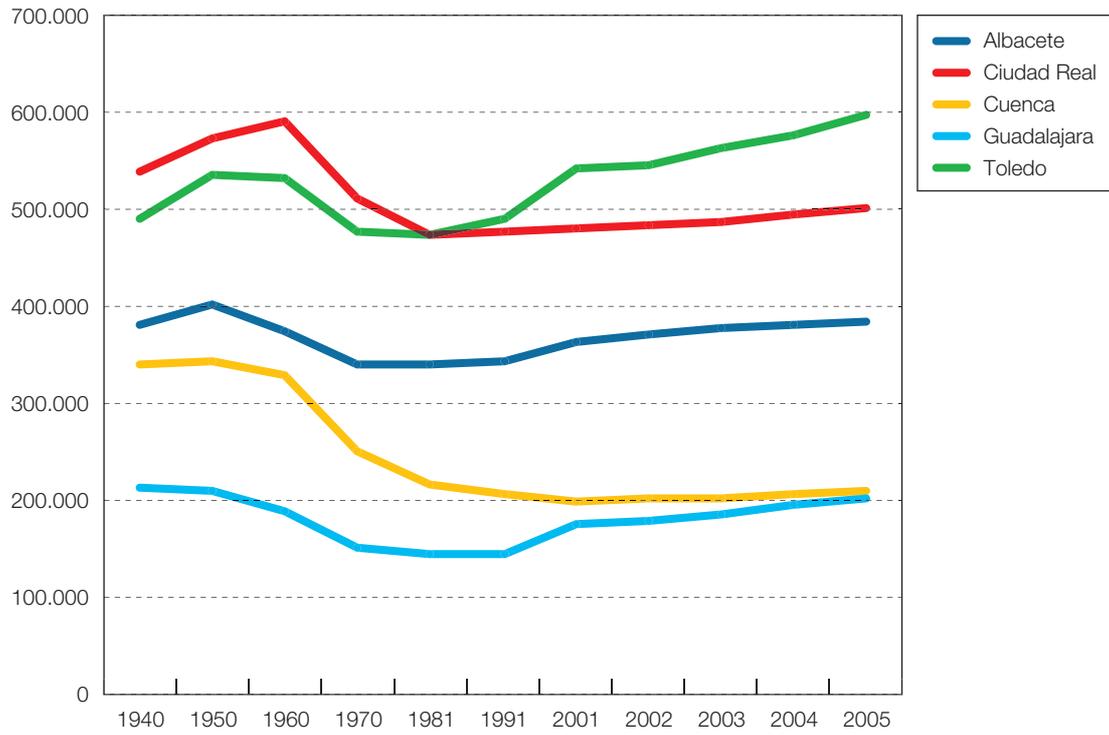
Población de Castilla-La Mancha. Cifras de población referidas al 1 de enero de 2005

	Albacete	Ciudad Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Castilla-La Mancha	España
1940	379.169	537.549	340.898	211.561	490.385	1.959.562	26.251.188
1950	400.731	572.589	344.033	208.652	533.654	2.059.659	28.039.112
1960	375.175	589.365	328.554	189.585	532.583	2.015.262	30.639.777
1970	340.720	512.821	251.619	149.804	477.732	1.732.696	33.918.032
1981	339.374	475.129	215.975	143.473	474.682	1.648.633	37.682.355
1991	342.677	475.435	205.198	145.593	489.543	1.658.446	38.872.268
2001	364.835	478.957	200.346	174.999	541.379	1.760.516	40.847.371
2002	371.787	484.338	201.614	177.761	546.538	1.782.038	41.837.894
2003	376.556	487.670	202.982	185.474	563.099	1.815.781	42.717.064
2004	379.448	492.914	204.546	193.913	578.060	1.848.881	43.197.684
2005	384.640	500.060	207.974	203.737	598.256	1.894.667	44.108.530

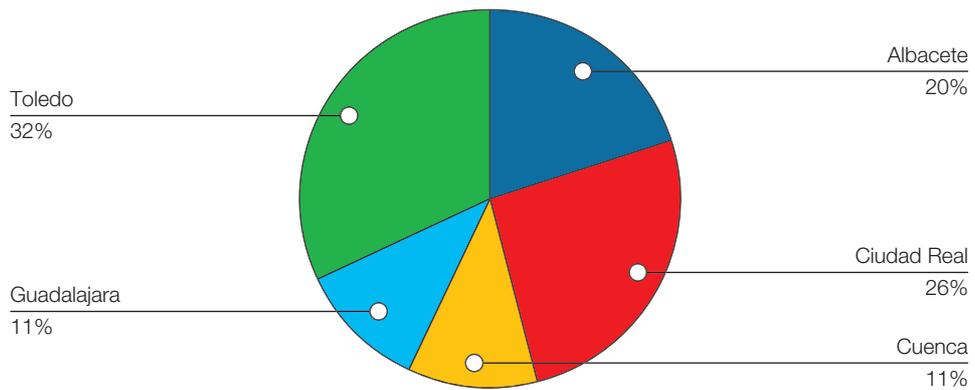
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Población de Castilla-La Mancha como porcentaje de la población total de España: 4,29%.

Evolución de la población



Distribución provincial de la población a 1 de enero de 2005



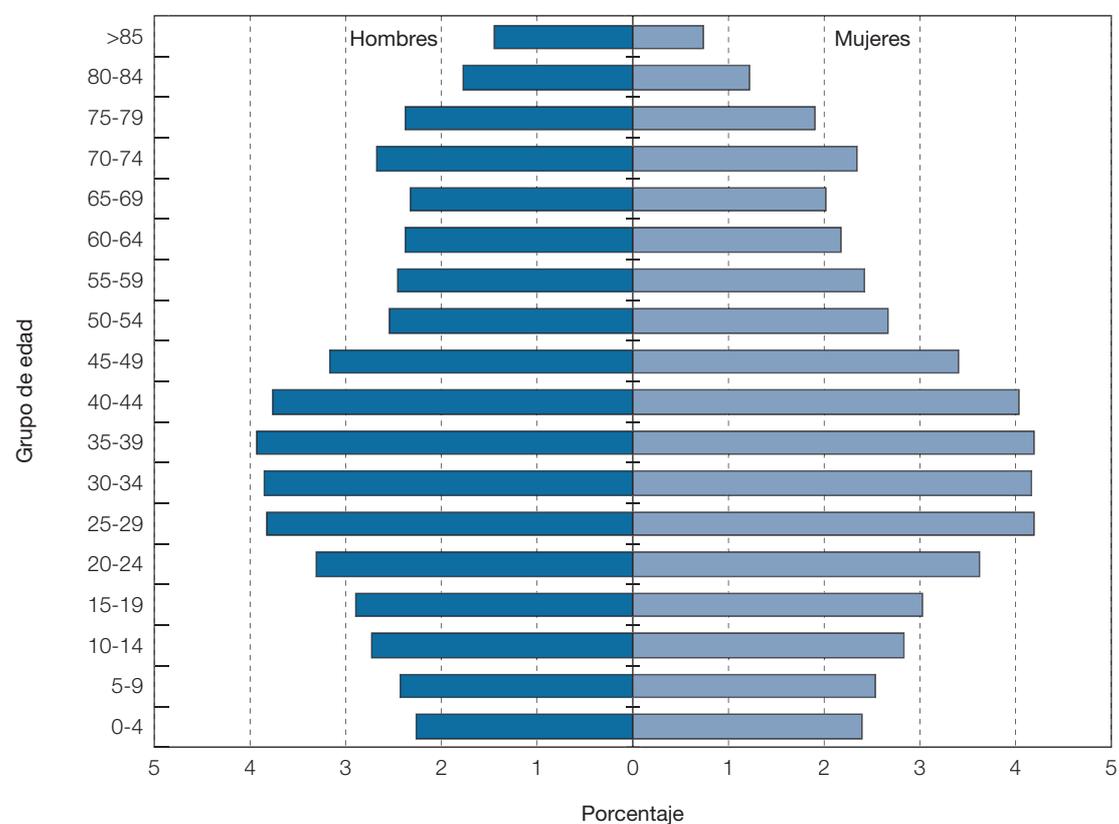
Densidad de población

	Población 2005		
	Superficie (km ²)	Total	Densidad (1)
España	504.645	44.108.530	87,40
Castilla-La Mancha	79.409	1.894.667	23,86

(1) Habitantes por kilómetro cuadrado.

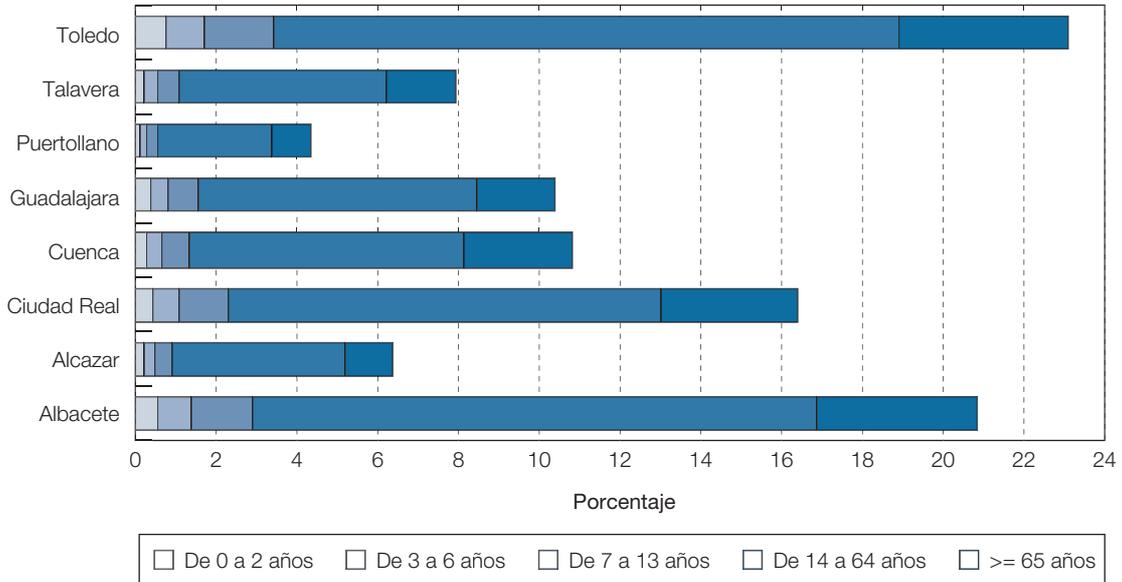
Fuente: Dirección General del Instituto Geográfico Nacional. Anuario Estadístico de España 2006.

Pirámide de población



Área	De 0 a 2		De 3 a 6		De 7 a 13		De 14 a 64		>=65		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Albacete	10.432	0,56	15.117	0,81	28.621	1,53	260.523	13,93	73.970	3,96	388.663	20,79
Alcázar	3.718	0,20	4.810	0,26	8.875	0,47	79.302	4,24	22.232	1,19	118.937	6,36
Ciudad real	8.371	0,45	11.514	0,62	23.390	1,25	199.798	10,69	62.896	3,36	305.969	16,36
Cuenca	4.679	0,25	7.147	0,38	13.234	0,71	126.811	6,78	50.070	2,68	201.941	10,80
Guadalajara	6.547	0,35	8.458	0,45	13.559	0,73	129.691	6,94	35.462	1,90	193.717	10,36
Puertollano	1.896	0,10	2.687	0,14	5.350	0,29	53.317	2,85	17.511	0,94	80.761	4,32
Talavera	4.296	0,23	5.706	0,31	10.274	0,55	96.062	5,14	31.804	1,70	148.142	7,92
Toledo	13.598	0,73	18.166	0,97	32.181	1,72	289.567	15,49	78.053	4,17	431.565	23,08
Total Castilla-La Mancha	53.537	2,86	73.605	3,94	135.484	7,25	1.235.071	66,06	371.998	19,90	1.869.695	100,00

Estructura por grupos de edad

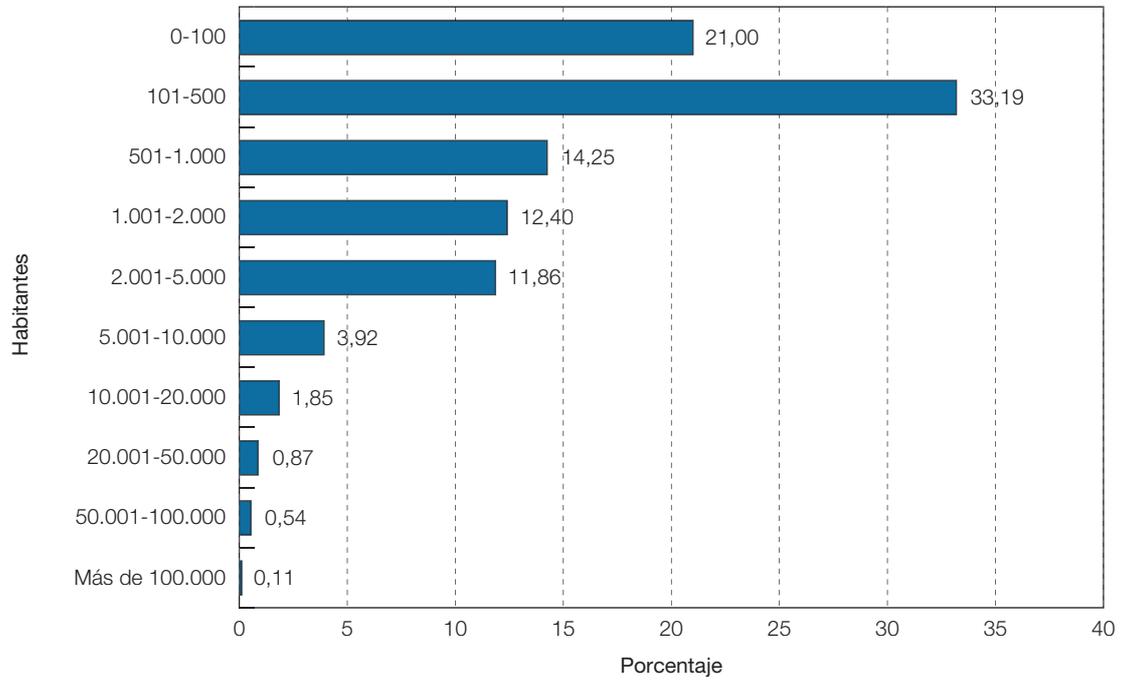


Municipios clasificados por estratos de población a 1 de enero de 2005

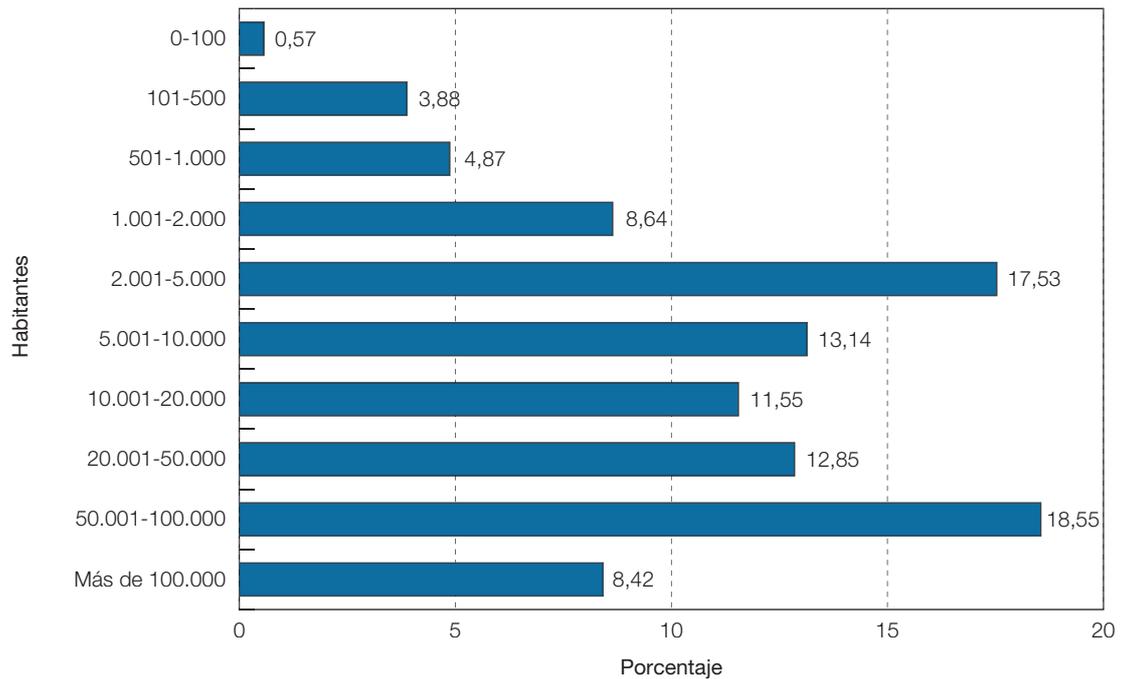
Estratos de población	Municipios			Población		
	Número municipios	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Número habitantes	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-100 habitantes	193	21,00	21,00	10.758	0,57	0,57
101-500 habitantes	305	33,19	54,19	73.546	3,88	4,45
501-1.000 habitantes	131	14,25	68,44	92.305	4,87	9,32
1.001-2.000 habitantes	114	12,40	80,85	163.667	8,64	17,96
2.001-5.000 habitantes	109	11,86	92,71	332.197	17,53	35,49
5.001-10.000 habitantes	36	3,92	96,63	248.959	13,14	48,63
10.001-20.000 habitantes	17	1,85	98,48	218.821	11,55	60,18
20.001-50.000 habitantes	8	0,87	99,35	243.524	12,85	73,04
50.001-100.000 habitantes	5	0,54	99,89	351.372	18,55	91,58
Más de 100.000 habitantes	1	0,11	100,00	159.518	8,42	100,00
Total	919	100	100	1.894.667	100	100

Fuente: Anuario Estadístico de España 2006. INE.

Porcentaje de municipios por número de habitantes



Porcentaje de población por número de habitantes



Indicadores demográficos básicos. Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo 2005(P)

Tasa bruta	Ciudad				Castilla-		
	Albacete	Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	La Mancha	España
Natalidad (nacidos vivos por 1.000 hab.)	9,97	9,87	7,54	9,93	10,25	9,76	10,73
Mortalidad (defunciones por 1.000 hab.)	8,97	10,46	9,36	8,60	9,07	9,4	8,92
Crecimiento vegetativo	1,00	-0,59	-1,82	1,34	1,18	0,36	1,81

(*) Natalidad según residencia de la madre. Mortalidad, según el lugar de residencia. En ambos casos los datos provisionales están clasificados por lugar de inscripción.

(P) Datos provisionales

Fuente: Movimiento Natural de la Población. INE.

Movimiento migratorio. Evolución del movimiento migratorio 2000-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Migraciones interiores						
N.º de emigrantes	38.764	38.852	38.953	51.685	56.494	58.658
N.º de inmigrantes	41.818	40.627	42.373	60.662	68.904	70.890
Saldo migratorio de Castilla-La Mancha en España	3.054	1.775	3.420	8.977	12.410	12.232
Migraciones exteriores						
N.º de emigrantes a países extranjeros	—	—	—	565	364	744
N.º de inmigrantes de países extranjeros	2.226	11.163	14.026	16.047	15.076	25.028
Saldo migratorio con el extranjero	—	—	—	15.482	14.712	24.284
Saldo migratorio total	—	—	—	24.459	27.122	36.516

Fuente: Movimiento Natural de la Población. INE.

Tasas de actividad y de paro por sexo y total. Año 2005

Año	Trimestre	Varones		Mujeres		Total	
		Tasa de actividad	Tasa de paro	Tasa de actividad	Tasa de paro	Tasa de actividad	Tasa de paro
2005	1	67,445	6,073	37,851	15,793	52,6	9,581
	2	68,006	5,452	39,901	15,962	53,915	9,352
	3	68,72	5,026	40,616	13,943	54,638	8,347
	4	68,798	5,656	41,081	15,615	54,921	9,385

Fuente: Encuesta de Población Activa (EPA). INE.

2. Desarrollo normativo e institucional

Durante el año 2005 en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se han aprobado las siguientes normas sanitarias:

Desarrollo legislativo básico

1. Ley 5/2005, de 27-06-2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 131 de 01-07-2005. Pág. 13081)
2. Ley 6/2005, de 07-07-2005, sobre la declaración de Voluntades Anticipadas, en materia de la propia salud. (D.O.C.M. n.º 141 de 15-07-2005. Pág. 13757)
3. Ley 11/05, de 15-12-2005, del Estatuto del Consumidor. (D.O.C.M. n.º 255 de 20-12-2005. Pág. 23688)

Desarrollo legislativo relevante

4. Decreto 7/2005, de 18 de enero, de requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines. (D.O.C.M. n.º 15, de 21 de enero, página 949).
5. Decreto 8/2005, de 25 de enero, de modificación del Decreto 9/2003, de 28 de enero, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 20, de 28 de enero, página 1291).
6. Decreto 13/2005, de 1 de febrero, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 25, de 4 de febrero, página 1954).
7. Decreto 18/2005, de 15 de febrero, de la Red de Hemodonación, Hemoterapia y Hemovigilancia de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 36, de 18 de febrero, página 3083).
8. Decreto 34/2005, de 05-04-2005, de modificación del Decreto 97/2001, de 20-03-2001, de la Comisión de Calidad y Seguridad Alimentaria. (D.O.C.M. n.º 71, de 8 de abril, página 6625).
9. Decreto 42/2005, de 26-04-2005, por el que se adscriben al Sescam las Escalas Superior (Especialidad de Medicina) y Técnica de Sanitarios Locales y se establece el procedimiento de integración del personal funcionario como personal estatutario. (D.O.C.M. n.º 86, de 29-04-2005, página 8643).

— Corrección de errores (D.O.C.M. n.º 118 de 14-06-2005. Pág. 11971).
10. Decreto 63/2005, de 24-05-2005, del personal estatutario para la atención continuada en la atención primaria. (D.O.C.M. n.º 106 de 27-05-2005. Pág. 10688).
11. Decreto 69/2005, de 14-06-2005, por el que se adscriben al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha puestos de trabajo de farmacéuticos de atención primaria. (D.O.C.M. n.º 121 de 17-06-2005. Pág. 12187).

12. Decreto 175/05, de 25-10-2005, del Consejo de Gobierno, de modificación del Decreto 72/1999, de 1 de junio, de sanidad mortuoria. (D.O.C.M. n.º 216 de 28-10-2005. Pág. 19033).
13. Decreto 180/05, de 02-11-2005, del Consejo de Gobierno, del derecho a la segunda opinión médica. (D.O.C.M. n.º 223 de 07-11-2005. Pág. 19625).

Otras normas sanitarias

14. Decreto 9/2005, de 25 de enero, por el que se crean las categorías de Técnicos Superiores de Sistemas y Tecnologías de la Información, Técnicos de Gestión de Sistemas y Tecnologías de la Información y Técnicos Especialistas en Sistemas y Tecnologías de la Información, en el ámbito del Sescam. (D.O.C.M. n.º 20, de 28 de enero, página 1360).

— Corrección de errores (D.O.C.M. n.º 96 de 13-05-2005. Pág. 9545).
15. Decreto 14/2005, de 1 de febrero, por el que se regulan retribuciones del personal de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha correspondientes a 2005. (D.O.C.M. n.º 25, de 4 de febrero, página 1960).
16. Decreto 33/2005, de 05-04-2005, de los derechos de los consumidores y usuarios en el Servicio de suministro al por menor de carburantes y combustibles de automoción en instalaciones de venta al público. (D.O.C.M. n.º 71, de 8 de abril, página 6.638).
17. Decreto 64/2005, de 24-05-2005, de incremento de algunos complementos retributivos del personal del Sescam para 2005. (D.O.C.M. n.º 106 de 27-05-2005. Pág. 10690)
18. Decreto 89/2005, de 26-07-2005, de provisión de Jefaturas de carácter asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 151 de 29-07-2005. Pág. 14712)
19. Decreto 91/95, de 02-08-2005, sobre homologación retributiva de determinadas categorías de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 156 de 05-08-2005. Pág. 15173)
20. Decreto 94/05, de 30-08-2005, Consejo de Gobierno, de modificación del Decreto 61/1990, de 15-05-1990, por el que se regula el sistema de Selección de funcionarios, Provisión de Puestos de Trabajo y nombramiento de personal no permanente de las Escalas de Sanitarios Locales. (D.O.C.M. N.º 176 de 02-09-2005. Pág. 16087)
21. Decreto 179/05, de 02-11-2005, Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la relación de puestos de trabajo de la escala superior de sanitarios locales, especialidades de farmacia y veterinaria. (D.O.C.M. n.º 223 de 07-11-2005. Pág. 19629)
22. Orden de 18-01-2005, de la Consejería de Sanidad, de modificación de la Orden sobre producción, marcado y comercialización de carnes frescas procedentes de establecimientos en régimen de excepción permanente. (D.O.C.M. n.º 18, de 26 de enero, página 1.210).

23. Orden de 14-01-20058, de la Consejería de Sanidad, de modificación de la orden de la Consejería de Sanidad, de 12-2-04, de delegación de competencias en el Secretario General Técnico, Directores Generales y Delegados Provinciales. (D.O.C.M. n.º 21, de 31 de enero, página 1.533).
24. Orden de 06-04-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el programa de ayudas de acción social para el personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 75, de 14 de abril, página 6.995).
25. Orden de 02-05-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden de la Consejería de Sanidad, de 31-01-2003, sobre formación de Técnicos de Transporte Sanitario. (D.O.C.M. n.º 96 de 13-05-2005. Pág. 9597)
26. Orden de 23-05-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se desarrolla el registro de Hemovigilancia de Castilla-La Mancha y se crea su fichero automatizado de datos. (D.O.C.M. n.º 117 de 13-06-2005. Pág. 11918)
27. Orden de 24-05-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se desarrolla el registro de donantes de sangre de Castilla-La Mancha y se crea su fichero automatizado de datos. (D.O.C.M. n.º 117 de 13-06-2005. Pág. 11920)
28. Orden de 27-07-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. N.º 158 de 09-08-2005. Pág. 15314)
29. Orden de 08-09-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se desarrolla el Decreto 9/2005, 25 de enero, por el que se crean las categorías de Técnicos Superiores de Sistemas y Tecnologías de la Información, Técnicos de Gestión de Sistemas y Tecnologías de la Información y Técnicos Especialistas en Sistemas y Tecnologías de la Información, en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. N.º 191 de 23-09-2005. Pág. 17279)
30. Orden de 04-10-2005, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos de carácter personal de pacientes que precisen traslados programados o no programados no urgentes en ambulancias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 210 de 20-10-2005. pág. 18692)
31. Orden de 05-10-2005, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de procesos selectivos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam). (D.O.C.M. n.º 210 de 20-10-2005. pág. 18693)
32. Orden de 06-10-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el fichero automatizado del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores que han estado expuestos al amianto (VSTEa). (D.O.C.M. n.º 210 de 20-10-2005. pág. 18693)
33. Orden de 07-10-2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el fichero automatizado de datos de enfermedades profesionales declaradas en trabajadores de Castilla-La Mancha. (D.O.C.M. n.º 210 de 20-10-2005. pág. 18695)

3. Planificación y Programas Sanitarios

EL PLAN DE SALUD es uno de los compromisos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha encaminados a garantizar el bienestar de los ciudadanos.

Encontrándonos en la mitad del periodo de vigencia del Plan procedimos a su evaluación parcial para ver el estado de situación y estudiar las actuaciones realizadas hasta el momento, analizando los objetivos de las diez grandes áreas que contempla:

Salud Pública, Atención Primaria, Atención especializada, Urgencias y Emergencias, Atención Sociosanitaria, Información Sanitaria, Accesibilidad y Transporte Sanitario, Salud Mental, Formación e Investigación, Participación y Garantías de los Ciudadanos

El esfuerzo inversor para dotar de medios diagnósticos y terapéuticos de alta tecnología así como elevar la calidad asistencial junto con actuaciones orientadas a mejorar la satisfacción de los usuarios ha hecho posible acelerar el cumplimiento de los objetivos, por lo que en estos momentos el nivel de cumplimiento es cercano al 100%.

Solamente han sido modificados los objetivos relacionados con salud medioambiental por haber sido creada la Conserjería de medio ambiente y asumir esta algunas competencias.

El Plan de Salud Mental 2005-2010

Una vez finalizado el periodo que comprendía el anterior, en el año 2005 se ha puesto en marcha el segundo Plan de Salud Mental.

El nuevo Plan ha sido elaborado, meditado y debatido por más de 200 personas, entre profesionales, enfermos, familiares y personal de la Administración regional y provincial, competentes en materia de salud mental,

Con este Plan, la Junta de Comunidades sitúa la atención a la salud mental entre las prioridades de las políticas públicas de la Región para los años 2005-2010.

El Plan está estructurado en siete Objetivos Generales y catorce Líneas de Acción prioritarias.

- Consolidar la red de atención integral a la salud mental.
- Promover el bienestar social de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales.
- Mejorar los procesos de atención a las personas con trastornos mentales y a sus familias.
- Fomentar la cultura de la calidad en los servicios de salud mental, tanto de sus programas, servicios y recursos, a través de la implantación de protocolos, cartera de servicios, formación e investigación.
- Diseñar e implantar el Sistema de Información de Salud Mental
- Potenciar la integración social de las personas con trastornos de salud mental, a través de la integración social y laboral.
- Y fomentar las redes sociales de apoyo a familiares y cuidadores en Castilla-La Mancha.

En el anterior Plan de Salud Mental, el Gobierno de Castilla-La Mancha fijó un presupuesto para esos cinco años de 73,3 millones de euros y ejecutó prácticamente su totalidad.

El nuevo Plan, más ambicioso, supondrá una inversión por parte del Gobierno regional de 200 millones de euros, lo que duplica lo invertido en los cinco años anteriores.

Además siguen vigentes:

Programa de cribado poblacional en cáncer de mama

Programa preventivo destinado a la detección precoz del cáncer de mama, mediante la realización de mamografía bilateral con periodicidad bianual en mujeres de 45 a 70 años.

La realización del screening permite la detección precoz del cáncer de mama en un estadio menos avanzado que el que correspondería a un diagnóstico clínico, lo que supone una considerable mejoría en cuanto a la afectación, pronóstico de la enfermedad y años de vida perdidos.

El objetivo principal es disminuir la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de 45 a 70 años residentes en Castilla-La Mancha.

Este programa se inició en el año 2002 y entre las actividades más destacadas están:

- Información y citación personalizada a todas las mujeres que forman la población diana.
- Realización de mamografía.
- Realización de ecografía y otras pruebas complementarias en aquellas mujeres cuya imagen mamográfica sea dudosa o poco concluyente.
- Accesibilidad al programa mediante transporte de residentes en zonas rurales o desplazamiento de unidades móviles.
- Comunicación por carta de los resultados radiológicos normales.
- Traslado de informe y copia de las placas al médico de cabecera y/o Hospital de referencia, cuando en los resultados se evidencie alguna anormalidad.
- Derivación con carácter ordinario o preferente de mujeres con sospecha de patología al centro hospitalario de referencia y seguimiento de las mismas.

El apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento se realiza a través de Asociaciones, o mediante derivación a psicólogo que trabajan en apoyo no sólo a cáncer de mama sino también a otros procesos oncológicos y a su vez están englobados en Unidades de Salud Mental.

Violencia de género

La violencia doméstica constituye un importante problema social de gran relevancia para la salud pública, que requiere para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinarias e interinstitucionales.

Estas estrategias deben incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema, desde su prevención y detección hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con profesionales de otras áreas e instituciones.

Los profesionales de atención primaria se encuentran en una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia doméstica a través de la consulta programada, a demanda y de urgencia.

En Castilla-La Mancha, tenemos un protocolo de actuación que incluye acciones dirigidas a la detección, el diagnóstico y tratamiento. En el protocolo se recoge los contenidos de la entrevista, la exploración física, la historia social y familiar de la paciente, el diagnóstico y tratamiento y derivación si lo precisa a centros de la mujer.

El protocolo se complementa con las actuaciones a través del Instituto de la Mujer, a través de sus Centros de la mujer distribuidos por toda la región y a través de sus programas de Asistencia Jurídica en procesos penales y civiles, recursos de acogida (en caso de urgencia y casas de acogida), apoyo a víctimas de abusos sexuales, programa de prevención comunitaria (incluye el nivel escolar).

Es de destacar además la temprana implantación en esta Comunidad Autónoma del sistema de localización inmediata y asistencia, protocolizado e implantado antes que en otras comunidades

4. Farmacia

Perfil terapéutico de prescripción

Durante 2005 el perfil terapéutico global de los facultativos del SESCAM expresado de manera agregada por subgrupo terapéutico y por principio activo, ha experimentado algunos cambios que pueden resultar significativos.

El mayor coste corresponde a los mismos 4 subgrupos terapéuticos que el año anterior, con un significativo incremento del consumo relativo en envases de los dos primeros, reductores del colesterol y triglicéridos, y medicamentos para ulcera péptica y reflujo. Otros subgrupos que han experimentado incrementos notables son el de antagonistas de la angiotensina II, solos y en asociación, medicamentos que afectan a la estructura ósea y a la mineralización, analgésicos opiáceos, y en menor medida, antitrombóticos, antiepilépticos y antidiabéticos orales. Por su parte, el subgrupo de antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, a pesar del incremento del 5% de su consumo en envases, ha descendido del quinto al octavo lugar, como resultado de una reducción del 10% del importe por envase. La reducción del 2% en envases del grupo de antipsicóticos podría estar relacionada con el establecimiento en febrero del visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos a mayores de 75 años.

En relación con los principios activos que representan un mayor coste, cabe destacar los importantes incrementos del consumo en envases, superiores al 10%, que se han registrado en los cinco primeros que aparecen en la relación. La atorvastatina continúa en primer lugar, aunque el incremento en su consumo es menor que el de otros reductores del colesterol como la simvastatina o fluvastatina. El segundo lugar continúa ocupándolo el salmeterol asociado, aunque se han producido incrementos superiores al 30% de otros antiastmáticos como el formoterol asociado y el bromuro de ipatropio. Dentro de los antiulcerosos, el número de envases consumidos de omeprazol se ha incrementado un 20%, siendo este incremento análogo al de otros inhibidores de la bomba de protones como el

pantoprazol y el lansoprazol. Otros principios activos que han experimentado importantes incrementos son el escitalopram, los ácidos alendronico y risedronico, el valsartan e irbesartan asociados a diuréticos, el fentanilo y la mirtazapina.

Otros datos cualitativos relativos a la prescripción en el SESCAM son el consumo de especialidades farmacéuticas genéricas, que se ha incrementado del 12,9% en el 2004 al 15,0% en el 2005, y la adhesión a la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM que se incrementa del 71,9 al 72,1%.

Gasto farmacéutico a través de receta oficial

Durante 2005 el gasto farmacéutico en Castilla-La Mancha a través de recetas oficiales ascendió a 475 millones de euros, experimentando un crecimiento del 6,42% con respecto al año 2004.

Concierto con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Tras la entrada en vigor en 2004 del Concierto con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, durante el año 2005 se han llevado a cabo las siguientes actuaciones de seguimiento:

- Celebración de 6 sesiones de la Comisión Mixta Central de Farmacia.
- Actualización de los acuerdos de precios máximos de facturación por principio activo, y de precios de facturación de productos dietoterápicos.
- Revisión de la facturación de recetas médicas y de la calidad de la grabación de la información de las recetas a efectos de su facturación. Se han revisado precios de facturación y productos facturados, sustituciones efectuadas en la dispensación, derecho del paciente a la prestación y cumplimiento del requisito del visado. Se ha acordado un protocolo de control interno de la calidad de la grabación para su aplicación por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Se ha continuado dando acceso a los usuarios de oficinas de farmacia a la aplicación de visado informático. El número de visados realizados por las 1.033 oficinas de farmacia registradas, ha sido de 501.092, más del doble del año anterior, representando esta cifra el 69% del total de visados realizados.

Actividades relacionadas con el uso racional de medicamentos

Publicaciones

El Área de Farmacia del SESCAM realiza a lo largo del año dos publicaciones, el Boletín Farmacoterapéutico y las Hojas de Evaluación de medicamentos.

Existen dos Órganos de Dirección encargados de coordinar, proponer temas, autores y calendario, así como revisar los documentos a publicar:

- El Consejo Editorial, compuesto por profesionales del SESCAM integrados en las Comisiones de Uso Racional del Medicamento de las Áreas y las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los Hospitales.
- El Comité de Redacción, compuesto por un Secretario de Redacción y 7 vocales, 1 representante de Servicios Centrales, 3 de Atención Primaria y 3 de Atención Especializada.

Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha

El boletín farmacoterapéutico contiene revisiones sobre medicamentos, análisis de su utilización, información sobre patologías de interés, a partir de las últimas informaciones publicadas.

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

Desde que se llevaron a cabo las transferencias sanitarias a nuestra Comunidad Autónoma, se ha producido un incremento en 3.353 trabajadores, pasando de los 16.660 empleados en diciembre de 2001 a los 20.013 profesionales que a 31 de diciembre de 2005 existen en las Instituciones Sanitarias del SESCAM. El 31,68% de los trabajadores son hombres frente a el 68,325 de mujeres.

Con fecha 30 de marzo de 2005 se firmó el Acuerdo de la Mesa Sectorial del SESCAM sobre Atención Continuada y personal Estatutario para la Atención Continuada en Atención Primaria. Éste, dio lugar al posterior Decreto 63/2005, de 24 de mayo, del personal estatutario para la atención continuada en atención primaria. Con ello se han creado en las plantillas orgánicas de las Gerencias de Atención Primaria 987 plazas de personal estatutario para la atención continuada, (539 médicos y 448 enfermeros).

Ello ha supuesto que este personal, antes denominado personal de refuerzo, con un empleo eventual precario y un tiempo de trabajo indeterminado con retribuciones en función del número de horas trabajadas, ha pasado a tener un puesto estructural en la plantilla orgánica, con una relación interina, una jornada de trabajo anual, cierta y definida y una estructura retributiva mensual cierta y estable.

Durante 2005 la Mesa Sectorial de las Instituciones Sanitarias del SESCAM ha sido un instrumento de trabajo y foro de encuentro para profundizar en la modernización del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha, impulsando y desarrollando políticas de personal más consensuadas con los distintos agentes.

De forma resumida pueden reseñarse los siguientes trabajos en el marco de la Negociación Colectiva:

- Oferta de Empleo Público 2005 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Programa de Ayudas de Acción Social para el personal estatutario.
- Homologación interna prevista en el Acuerdo de Bases para el Desarrollo de la sanidad en Castilla-La Mancha, firmado en el Acuerdo de 26 de abril de 2002 por la Administración y Sindicatos.

- Atención Continuada y Personal Estatutario para la Atención Continuada en Atención Primaria. Merece especial mención la nueva regulación de la relación jurídica de los profesionales que realizan la Atención Continuada y la decidida apuesta del SESCAM por estos profesionales, dando solución a la problemática planteada en torno a la organización de la Atención Continuada. En esta misma línea se incrementa el Complemento de Atención Continuada.
- Incremento retributivo al personal de los grupos A, B, C, D y E de la categoría estatutaria de Gestión y Servicios; personal estatutario de los grupos C y D y determinadas categorías profesionales del grupo B.
- Aplicación de los actuales Pactos establecidos en cada Gerencia para la selección y provisión de personal estatutario temporal para la Atención Continuada en Atención Primaria.
- Borrador de Orden por el que se desarrolla el Decreto 9/2005, de 25 de enero por el que se crean las categorías de Técnicos Superiores de Sistemas y Tecnologías de la Información, Técnicos de Gestión de Sistemas y Tecnologías de la Información y Técnicos Especialistas en Sistemas y Tecnologías de la Información.
- Pacto por el que se establece el sistema de reingresos provisionales como consecuencia de la finalización del proceso extraordinario de Consolidación en empleo establecido en la Ley 16/2001.
- Las Bases de las convocatorias de las especialidades de anestesiología y reanimación, cardiología, cirugía general y aparato digestivo, medicina intensiva, medicina interna, obstetricia y ginecología, oftalmología, psicología clínica, psiquiatría, rehabilitación, correspondientes a la Oferta de Empleo Público del SESCAM para el 2004.
- Bases para la convocatoria de concursos de traslado voluntario a plazas de personal estatutario de aplicación a todas las categorías.
- Bases reguladoras para la concesión en el primer año de integración de ayudas de acción social para el personal funcionario de las Escalas Superior (Especialidad de Medicina) y Técnica de Sanitarios Locales integrado como personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de acuerdo con el Decreto 42/2005, de 26-04-2005, a fin de que estos profesionales puedan acceder a este tipo de ayudas.
- Comisión Central de Salud Laboral, órgano de participación especializada en materia de salud laboral, de acuerdo con el Plan General de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM.
- Comisión de Seguimiento del Acuerdo de la Mesa Sectorial sobre Atención Continuada y personal estatutario para la Atención Continuada en Atención Primaria.
- Comisión de Seguimiento del acuerdo sobre homologación de retribuciones, en desarrollo del punto 6 del apartado B) del Acuerdo de Bases para el Desarrollo de la sanidad en Castilla-La Mancha de 26 de abril de 2002.
- Comisión Regional de Contratación para la aplicación e interpretación del Pacto de Selección de personal temporal. ha desarrollado sus trabajos y reuniones.
- Pacto Único de Interlocución Administración de la JCCM y Organismos Autónomos, de aplicación al SESCAM en sus relaciones sindicales y de negociación colectiva.

6. Investigación

La Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha publica diversas convocatorias de ayuda a la investigación a través de diferentes órganos. El Instituto de Ciencias de la Salud durante 2005 ha publicado las siguientes:

- Ayudas para proyectos de investigación en salud (DOCM n.º 161, de 12 de agosto).
- Ayudas para grupos consolidados y emergentes de investigación en (DOCM n.º 161, de 12 de agosto).
- Ayudas para perfeccionamiento y movilidad de investigadores en el campo de la salud (DOCM n.º 161, de 12 de agosto).
- Ayudas para la adquisición de equipamiento científico-tecnológico con fines de investigación (DOCM n.º 231, de 16 de noviembre).
- Becas y subvenciones para formación de recursos humanos en Ciencias de la Salud, incluyendo la financiación de asistencia a actividades formativas de larga duración, la organización de actividades científicas y estancias prácticas en centros de reconocido prestigio.

La financiación concedida a través de convocatorias gestionadas por el ICS para investigación en 2005 ha sido de 2.722.100 €. A través de la orden de formación de recursos humanos se concedieron ayudas por valor de 177.600 €.

El acceso a ayudas para la formación y/o investigación se realiza siempre de manera competitiva, en función de la calidad de la propuesta formulada. Todas las solicitudes de ayudas a investigación gestionadas por el ICS son evaluadas por la ANEP y posteriormente por un Comité científico regional. Las ayudas para formación son valoradas por una comisión regional.

Respecto a las ayudas recibidas por el FIS, en 2005 se han financiado 16 proyectos de investigación, frente a los 6 del año anterior (media de los cinco años anteriores: 5, 2 proyectos/año), por valor de 468.000 €.

La Consejería de Sanidad ha elaborado un mapa bibliométrico sobre la producción científica en ciencias de la salud en Castilla-La Mancha, actualmente en prensa. Se ha organizado un sistema de recogida sistemática de la producción científica, de manera que a través de la web, publicaciones y reuniones científicas se pueda realizar una amplia difusión de los resultados entre la comunidad investigadora.

Esta acción se enmarca en la elaboración de un plan operativo de fomento de la investigación en ciencias de la salud, desarrollando el PRINCET (Plan Regional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación 2005-10. Dentro del mismo se incluye un capítulo sobre difusión social de la ciencia, dirigido a población general y, específicamente, a estudiantes.

Desde abril de 2003 todas las propuestas de realización de estudios de investigación con medicamentos y productos sanitarios son remitidas al Área de Farmacia de los Servicios Centrales del SESCAM, para informar sobre la oportunidad de los mismos.

Este requisito es indispensable para que, una vez recibida la conformidad, las Gerencias de los Centros puedan proceder a la firma del correspondiente contrato con el Promotor de los ensayos, una vez cumplidos los procedimientos establecidos en la normativa vigente, incluyendo el dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica.

Los estudios de investigación se dividen en dos grandes grupos, Ensayos Clínicos con medicamentos y productos sanitarios, y Estudios Observacionales, tanto de medicamentos o productos sanitarios, como de seguimientos retrospectivos o prospectivos de problemas de salud o intervenciones de la práctica clínica habitual.

Durante el año 2005 han sido autorizados 76 ensayos clínicos y 26 observacionales.

7. Sistemas de información sanitaria

Los sistemas de información, aun siendo dinámicos, no cambian de un año para otro, por lo que seguimos mejorando y aumentando el grado de implantación de los ya existentes.

7.1. Sistemas específicos

En C-LM se recoge información de forma sistemática en los programas de salud, tales como los de Salud Bucodental, Detección precoz y seguimiento de enfermedades metabólicas y Prevención del cáncer de mama, así como en los registros de Cáncer y Enfermos renales.

Hay también otros sistemas, propios del Servicio Regional de Salud (SESCAM) o con elementos comunes con otros Servicios de Salud, tales como:

- Registro Central de Lista de Espera. (Ley de garantías de tiempos de espera)
- Registro de derivaciones a centros concertados y de referencia.
- SITRAP: Control del transporte sanitario, con especial énfasis en el transporte oncológico individual.
- SIAE: S. de I. de la Actividad asistencial de atención especializada.
- S. de I. de la Actividad asistencial en atención primaria.
- S. de I. de la Actividad del centro coordinador de urgencias.
- S. de I. para la gestión de la Incapacidad Temporal.
- Turriano.

7.2. Valoración general de los sistemas existentes

Catálogo de hospitales. Hasta que otros sistemas no faciliten estos datos, al menos con la misma periodicidad de actualización y con menor retraso, no sólo no debería ser suprimido si no quizás sería conveniente implementarlo con más información: la oferta asistencial de los centros, por ejemplo.

Estadística de Establecimientos Sanitarios Con Régimen de Internado (SIESCRI). Es la única de ámbito estatal que recoge información sobre actividad, dotación, gastos, etc. de los hospitales públicos y privados y se dispone de una serie histórica ininterrumpida desde su creación en 1972. Aunque ya fue modificada en 1995 se hace necesario actualizarla manteniendo en lo posible la serie histórica.

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Es un sistema del que cada vez se solicita más información, no sólo por los usuarios de la administración si no también por otros profesionales.

Debe potenciarse el papel de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC como órgano encargado de normalización de la codificación en todo el SNS y hacer posible el acceso a los datos (repositorio) desagregados, hasta el mayor nivel que permita la preservación del secreto estadístico.

Índice nacional de defunciones. A los fines propios de este SI debe añadirse su utilidad para identificar las historias clínicas de los fallecidos para pasarlas al pasivo, demanda que efectúan con frecuencia desde los hospitales. Poder facilitarles esta información ayudaría a mejorar la eficiencia en los archivos.

Gasto Sanitario. Sería conveniente disponer de las tablas de resultados por CC.AA. en formato electrónico.

En general, los sistemas actuales están muy poco integrados lo que contribuye a la redundancia y en ocasiones a la falta de concordancia en la información y a pesar de la gran cantidad de datos existentes hay insuficiencias en la disponibilidad de la información (la que se necesita no existe o no está fácilmente accesible).

En la medida en que la estructura de los datos y la preservación del secreto estadístico lo permitan, sería conveniente facilitar el acceso, como ya se viene haciendo en algunos casos, no sólo a las tablas e informes de resultados si no también a ficheros con datos más desagregados ó microdatos.

7.3. Colaboración institucional entre el Ministerio y las CC.AA.

Debería fomentarse la colaboración en las siguientes áreas:

- **Mapa sanitario:** Con el fin de poder facilitar la obtención de denominadores, para calcular tasas o cualquier otro indicador de base poblacional por Área sanitaria, Zona de salud, Distrito etc. de cualquier CA, sería conveniente poner a disposición de cualquier usuario, en la Web del Ministerio, la relación de municipios de cada CA con el Área y la Zona a que pertenecen. Dado que el municipio es el máximo nivel de desagregación territorial de los datos de población por edad y sexo que publica el INE, en los municipios con más de un área y/o una zona sanitaria el máximo nivel de desagregación sería el municipio.
- **Tarjeta sanitaria.** Es necesario que se promueva la incorporación del Código de Identificación Personal único para todo el SNS en todas las Tarjetas Sanitarias con el fin de facilitar su inclusión en otros sistemas de información (CMBD, cualquier tipo de registro de base poblacional: cáncer, SIDA...).
- **Personal sanitario.** Sorprende que todavía no dispongamos de una estadística de ámbito estatal sobre el personal al servicio del SNS y sólo podamos obtener (de

forma agregada) datos de personal colegiado. Ante la dificultad que supone acordar un cuestionario común con datos agrupados y las limitaciones de este tipo de estadísticas para su explotación, cabe estudiar la posibilidad de definir un conjunto mínimo de variables (DNI, n.º registro, fecha de nacimiento, sexo, especialidad, etc.) que en el caso del SNS se «descargarían» de las bases de datos de los servicios centrales (Consejerías y Servicios de salud).

- **Actividad, recursos materiales, cartera de servicios, etc.** En Atención Primaria ya hay un grupo que está trabajando sobre ello, pero en Atención Especializada tenemos una gran laguna sobre la actividad que no se recoge en los registros del CMBD de hospitalización y/o ambulatoria.

También es necesario promover la máxima colaboración en el desarrollo de las aplicaciones existentes y futuras (SIESCRI, Registro de voluntades anticipadas, etc. de forma que en si mismas constituyan un elemento de integración de los sistemas y no una dificultad añadida.

8. Calidad

El Plan de Calidad del SESCAM establece medidas para aumentar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia efectiva, eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible. Se trata de un Plan anual de objetivos de calidad, articulado en el Contrato de Gestión del Servicio de Salud.

Los conceptos fundamentales son:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y coherencia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continua.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

El Plan de Calidad del 2005 es una continuación del Plan del año anterior, con algunas mejoras. Se incorporan objetivos nuevos y se elimina algún objetivo previo. Se adapta el Plan de Calidad al Modelo EFQM en su versión 2002, que presenta algunos cambios respecto a la versión anterior de 1999.

Otras iniciativas en el ámbito de la calidad

Entre los compromisos y valores del SESCAM destacan la voluntad de ofrecer a todos los usuarios una atención sanitaria de calidad, segura, eficaz, ágil y confortable. Desde esta

perspectiva, el denominado «**Plan de los Pequeños Detalles**», a través de la puesta en marcha de una serie de pequeñas actuaciones, se concibe como un proyecto de mejora en todos los hospitales del SESCAM, dirigido a incrementar el confort y la calidad percibida por los usuarios, con el objetivo de mejorar su satisfacción general con el sistema sanitario público.

Existe todavía una gran variabilidad en los datos de la evaluación. Con el desarrollo actual del Plan de Calidad no podemos saber qué porcentaje de esta variabilidad es achacable a la existencia de áreas de mejora en el propio Plan (nuevas acciones que deberían emprenderse, o bien mejora de las acciones ya emprendidas para obtener mejores resultados), y que parte es achacable a deficiencias del sistema de indicadores: tanto en lo referente a la «validez de constructo» o validez externa (si la cualidad que medimos está realmente relacionada con los resultados que esperamos obtener), como a la «fiabilidad» o validez interna (si el resultado de la medición se corresponde con la cualidad medida).

Además de la revisión de los objetivos y de las acciones emprendidas, para el año 2006 es necesario aumentar tanto la validez como la fiabilidad de los indicadores.

Con esta finalidad, proponemos las siguientes actuaciones:

- Adaptación de los objetivos del Plan (que provienen en su mayoría de la atención hospitalaria) a las especiales características de las Gerencias de Atención Primaria, mediante un grupo de trabajo específico. Esta actuación es objeto de un grupo de trabajo específico que se puso en marcha durante 2005
- Revisión sistemática de los indicadores, incorporando indicadores nuevos en aquellos objetivos para los que se logre documentar suficiente evidencia científica publicada.

También es necesario aumentar la incorporación de objetivos e indicadores estratégicos para la organización en el Plan de Calidad. Con esta finalidad, se propone para el 2006 la integración de los indicadores de calidad asistencial, seguridad de los pacientes, y gestión de riesgos laborales en un Anexo único al Contrato de Gestión, y la inclusión por tanto en el Plan de Calidad de nuevos indicadores sobre seguridad y gestión de riesgos laborales.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

9.1. Indicadores Demográficos

Castilla-La Mancha tiene una población de 1.888.527 habitantes, según las últimas cifras oficiales publicadas (Actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005), lo que supone una densidad de población de 23,8 habitantes por km², siendo la Comunidad Autónoma con menor densidad de población.

La población se distribuye en 919 municipios, el 20,2% de los cuales tiene menos de 100 habitantes y el 48,8% tiene entre 100 y 1.000 habitantes; tan sólo un municipio supera los 100.000 habitantes.

La pirámide poblacional es característica de una población muy envejecida con un Índice de Rosset de 23,42% en 2005. Desde el año 1971 (15,98%) se observa un incre-

mento constante de este índice hasta el año 2001 (24,37%), iniciándose desde entonces una estabilización con tendencia a un ligero descenso del mismo.

9.2. Fecundidad

La tasa bruta de natalidad en el año 2004 en Castilla-La Mancha es de 10,01 por mil habitantes, en el año 1975 era de 15,19 por mil habitantes. Desde 1975 hasta el año 2001 se observa una tendencia descendente en Castilla-La Mancha (-37,2%) que se invierte a partir del año 2002 en el que se aprecia una cierta recuperación de la tasa bruta de natalidad.

En nuestra región la tasa de fecundidad en el año 1975 era de 68,1 por mil mujeres de 15 a 49 años, y en el año 2004 de 39,7 (-41,7%).

En el año 1975 la suma de nacimientos reducida (SNR) en Castilla-La Mancha fue de 2,60 hijos por mujer y en el año 2004 de 1,31 hijos por mujer (-49,8%).

En el año 1975 las tasas específicas de fecundidad más elevadas correspondían a los grupos de edad de 25-29 (188,6 por mil mujeres), 30-34 (123,2 por mil mujeres) y 20-24 (98,2 por mil mujeres). En el año 2004 las tasas específicas de fecundidad más elevadas correspondían a los grupos de edad de 30-34 (99,2 por mil mujeres), 25-29 (71,3 por mil mujeres) y 35-39 (44,4 por mil mujeres)

9.3. Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E)

En el año 1987 se realizaron 556 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) a mujeres residentes en Castilla-La Mancha. En el año 2004 ese número ascendió a 2.289.

El número de IVEs realizadas a mujeres residentes en Castilla-La Mancha en el año 1987 supone una tasa de 1,68 por mil mujeres entre 15 y 44 años. En el año 2004 la tasa fue de 5,77 por mil mujeres entre 15 y 44 años.

En Castilla-La Mancha en el año 2004 las tasas más elevadas corresponden a las mujeres de 20-24 años con 10,01 por mil mujeres. Las adolescentes tuvieron una tasa de 5,94 por mil mujeres.

9.4. Mortalidad General

En el año 1980 la tasa bruta de mortalidad en Castilla-La Mancha era de 9,03 por mil habitantes y en el año 2004 ha sido de 9,43 por mil habitantes (+4,5%). En varones la tasa bruta de mortalidad en 1980 fue de 9,37 por mil habitantes y en 2004 de 9,80 por mil habitantes (+4,6%). En mujeres la tasa bruta de mortalidad en 1980 fue de 8,70 por mil habitantes y en 2004 de 9,07 por mil habitantes (+4,3%).

En el año 1980 la tasa ajustada de mortalidad en Castilla-La Mancha, tomando como población tipo la de España en el año 2004, era de 12,30 por mil habitantes y en el año

2004 de 8,25 por mil habitantes (-32,9%). En varones la tasa ajustada de mortalidad en 1980 fue de 11,55 por mil habitantes y en 2004 de 8,30 por mil habitantes (-28,2%). En mujeres la tasa ajustada de mortalidad en 1980 fue de 12,99 por mil habitantes y en 2004 de 8,05 por mil habitantes (-38,1%).

9.5. Mortalidad Infantil

En el año 1975 la tasa de mortalidad infantil en Castilla-La Mancha era de 21,03 por mil recién nacidos vivos y en el año 2004 ha sido de 3,35 por mil recién nacidos vivos (-84,1%).

La tasa de mortalidad neonatal precoz ha pasado de 10,32 por mil recién nacidos vivos en 1975 a 1,30 por mil recién nacidos vivos en el año 2004 (-87,4%).

La tasa de mortalidad neonatal tardía ha pasado de 2,83 por mil recién nacidos vivos en 1975 a 0,92 por mil recién nacidos vivos en el año 2004 (-67,6%).

La tasa de mortalidad post-neonatal ha pasado de 7,88 por mil recién nacidos vivos en 1975 a 1,13 por mil recién nacidos vivos en el año 2004 (-85,6%).

En el año 1996 la tasa de mortalidad perinatal en Castilla-La Mancha fue de 5,24 por mil y en 2004 de 3,56 por mil (-32,1%).

9.6. Esperanza de Vida

En el año 1975 la esperanza de vida al nacer en Castilla-La Mancha (ambos sexos) fue de 73,98 años y en 2004 de 80,22 años (6,24 años más).

En el año 1975 la esperanza de vida al nacer en Castilla-La Mancha (varones) fue de 71,86 años y en 2004 de 77,65 años (5,79 años más).

En el año 1975 la esperanza de vida al nacer en Castilla-La Mancha (mujeres) fue de 76,09 años y en 2004 de 82,91 años (6,83 años más).

A lo largo del periodo 1975-2004 la esperanza de vida se ha incrementado de forma significativa en todas las edades.

9.7. Mortalidad por Grandes Grupos de Causas

En Castilla-La Mancha en el año 2004 las cinco principales causas de muerte (según la clasificación en grandes grupos de causas) fueron en ambos sexos: Aparato Circulatorio (32,4%), Tumores (25,4%), Aparato Respiratorio (11,6%), Aparato Digestivo (5,3%) y Causas Externas (4,2%).

En varones en el año 2004 las cinco principales causas de muerte fueron: Tumores (30,8%), Aparato Circulatorio (28,3%), Aparato Respiratorio (13,3%), Causas Externas (5,7%) y Aparato Digestivo (5,3%).

En mujeres en el año 2004 las cinco principales causas de muerte fueron: Aparato Circulatorio (36,8%), Tumores (19,5%), Aparato Respiratorio (9,7%), Aparato Digestivo (5,2%) y Endocrinas y Metabólicas (5,0%).

9.8. Mortalidad prematura

En Castilla-La Mancha en el año 2004 las cinco principales causas de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP entre 1 y 69 años) según la clasificación de grandes grupos de causas fueron en ambos sexos: Tumores (33,2%), Causas Externas (27,0%), Aparato Circulatorio (16,6%), Aparato Digestivo (5,2%) y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (3,5%).

En varones en el año 2004 las cinco principales causas de APVP fueron: Causas Externas (30,8%), Tumores (29,1%), Aparato Circulatorio (16,6%), Aparato Digestivo (5,2%) y Aparato Respiratorio (3,8%).

En mujeres en el año 2004 las cinco principales causas de APVP fueron: Tumores (44,0%), Causas Externas (17,1%), Aparato Circulatorio (16,8%), Aparato Digestivo (5,0%) y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (4,5%).

9.9. Sida

Desde el comienzo de la epidemia en 1981 y hasta el 31 de diciembre de 2005 se han notificado al Registro de Sida de Castilla-La Mancha 1.262 casos de sida de personas residentes en Castilla-La Mancha, de los que se ha comunicado hasta el momento, el fallecimiento de 540 (42,78% del total).

Castilla-La Mancha con una tasa de 740,4 casos por millón de habitantes es la Comunidad Autónoma con menor tasa de incidencia acumulada de sida. La tasa anual de sida de Castilla-La Mancha en el año 2005 es de 9,7 casos por millón de habitantes (provisional).

Las categorías de transmisión más frecuentes en los 1.262 casos declarados desde 1981 son: adicción a drogas por vía parenteral (66,4%), transmisión heterosexual (16,8%) y transmisión homo/bisexual (7,6%).

En el periodo 1998-2005 las enfermedades indicativas de sida más frecuentes en adultos y adolescentes son neumonía por pneumocystis jirovecii (26,3%), tuberculosis pulmonar (18,9%) y tuberculosis diseminada o extrapulmonar (12,7%).

10. Participación

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha apuesta por el fomento de la participación ciudadana en el ámbito de la salud, creando a tal efecto dos órganos colegiados de participación institucional y comunitaria en este ámbito, como son el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha. y los Consejos de Salud del Área.

El Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, máximo órgano de participación en el Sistema Sanitario de la Región, está regulado en el Capítulo II del Título V de la citada Ley 8/2000, y su reglamento de organización y funcionamiento fue aprobado mediante Orden de 12 de junio de 2001, de la Consejería de Sanidad.

El Decreto 13/2005 articula nuevos cauces de participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de la Región (en Consejos de Salud del Área) y modifica los Consejos de Salud de Zona- que ven reforzado su protagonismo a través de su actualización, su composición, en la que la presencia de representantes de los ciudadanos, usuarios y organizaciones sociales se establece en régimen de paridad, su adecuación al modelo sanitario establecido con posterioridad a las transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social y el diseño de cauces idóneos de transmisión de sus informes, propuestas y recomendaciones.

Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud: Establece la declaración de voluntades anticipadas como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro en el supuesto de que, llegado el momento, no goce de la capacidad para adoptar decisiones sobre sí misma. (DOCM n.º 141 de 15 de julio de 2005).

Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, del derecho a la segunda opinión médica. Regula el ejercicio de este derecho en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha para determinados procesos asistenciales (DOCM n.º 223, 7 de noviembre de 2005).

Como experiencia innovadora de participación de los ciudadanos de Castilla-La Mancha en la toma de decisiones y gestión del Servicio de Salud, se ha creado un grupo de trabajo formado por expertos en participación, asociaciones de consumidores, vecinos y pacientes. El objetivo de este grupo es el de diseñar una estrategia de participación que será puesta en marcha como experiencia piloto, en el Área Única de Puertollano a partir de 2007.

Más en el ámbito de la información a los ciudadanos, existe un teléfono 24 horas, así como existe un amplio apartado de información a los usuarios en la Web del SESCOAM.

11. Equidad

Desarrollar políticas de salud por género es una de las prioridades del Gobierno de Castilla-La Mancha para esta legislatura, y que está en consonancia con la política de la Unión Europea, «que en la última reunión de los ministerios de Salud de los Estados miembros celebrado día 2 de junio se volvió a recordar la necesidad de incorporar en mayor medida las cuestiones específicas de cada sexo en las actuaciones sanitaria como son:

Aplicación en el 100% de los Centros de Salud del Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres **victimtas de malos tratos**.

Elaboración desde la perspectiva de género de otros planes integrales relativos a enfermedades cardiovasculares, oncológicas y diabetes.

Puesta en marcha del **Plan Integral de Atención a la Mujer en la Etapa Climatérica**, que recoge un conjunto de medidas de información y educación sanitaria dirigidas a más de 80.000 castellano-manchegas.

Por otra parte este año y dentro del programa de **detección precoz de cáncer de mama**, como novedad hemos monitorizado un seguimiento más continuado de las mujeres que presentan durante la revisión imágenes radiológicas no concluyentes, con citaciones a 6 ó 12 meses.

Continuamos con el convenio de colaboración con Cocemfe de Castilla-La Mancha para facilitar la rehabilitación de minusválidos físicos, creando nuevos centros y programas en la región ubicados en la comarca de la Alcarria,

Este programa, del que se han beneficiado 150 minusválidos de la región, permite sacar a estas personas del aislamiento social en la que viven, ya que se acerca este servicio a su entorno, que son localidades pequeñas, ubicadas en zonas rurales y alejadas de las grandes poblaciones, donde se encuentran ubicadas la mayoría de los servicios. Para alcanzar este objetivo, contamos con tres unidades móviles, una por cada comarca.

En **Salud buco dental**, hemos adelantado en dos años la implantación progresiva de estas nuevas prestaciones. Así, este año, los beneficiarios son los niños y niñas entre 6 y 9 años, lo que permitirá un ahorro de 4 millones de euros a más de 75.000 familias.

También se han ampliado las prestaciones a toda la población discapacitada sin límite de edad. Castilla-La Mancha es la única comunidad autónoma que ofrece de manera gratuita ortodoncias a discapacitados sin límite de edad.

Las nuevas prestaciones gratuitas incluyen tratamientos como son los empastes, endodoncias, reconstrucciones o férulas, así como ortodoncias en pacientes cuya discapacidad incide de manera directa en la gravedad de su patología bucal.

Además, hace trece años, el 56% de escolares de 12 años tenía caries mientras que en la actualidad este porcentaje ha descendido al 40,8% y en la franja de los 14 años, se ha pasado de un 66% de afectación a un 50,4%. Según la encuesta, el 57% de los escolares de 7 años está libre de caries; el 59,2%, a los 12 años y el 49,5% a los 14 años.

12. Descripción de dos experiencias innovadoras

12.1. Ykonos, el proyecto de Imagen Médica Digital del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Las principales metas que persigue Ykonos son:

- Proporcionar un sistema de archivado de imagen médica totalmente digital con un servicio de distribución de las mismas.
- Alcanzar el 100% del almacenamiento de las imágenes médicas digitales, eliminando la placa convencional.
- Compartir imágenes digitales entre centros de Atención Especializada y Atención Primaria.

- Mejorar la atención al ciudadano.
- Enfoque global de atención, cuyo objetivo final es la Historia Clínica Digital.
- Encabezar a nivel europeo la gestión digital del Diagnóstico por Imagen.

En 13 de los 16 hospitales de Castilla-La Mancha, así como en 6 CEDT (Centro de Especialidades Diagnóstico y Tratamiento) se han instalado sistemas RIS-PACS.

Ykonos habilita la comunicación entre los diferentes PACS (Picture Archiving and Communication System) y RIS (Radiology Information System) para permitir que los estudios puedan ser vistos desde cualquier punto de la región. Asimismo, una red WAN (Wide Area Network o Red de Área Extensa), perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, interconecta entre sí los sistemas PACS/RIS de todos los hospitales.

Cada PACS/RIS es independiente en cada hospital, pero puede comunicarse con los otros, haciendo posible la búsqueda de todas las pruebas de cualquier paciente, que lleven imagen médica asociada. El trabajo en un entorno distribuido, funcionando como un único centro, lleva a una mejora de la eficacia del sistema



El proyecto Ykonos es una solución global para la gestión digital de las imágenes médicas. Permite al profesional disponer de las imágenes de una manera inmediata con mayor calidad, reduciendo los errores, evitando al ciudadano la repetición innecesaria de pruebas así como el desplazamiento del mismo.

En la actualidad Ykonos incorpora la especialidad de Radiología. Asociados a este proyecto se han creado tres **Centros de Innovación en Tecnologías de la Información (CITI)**, cuya misión es incorporar las especialidades de Anatomía Patológica, Dermatología y Cardiología al proyecto. El funcionamiento de cada CITI se hace en base a los requisitos de un especialista médico, que lidera el trabajo y define los requisitos del Sistema de

Información a implementar. Estos requisitos son formalizados e implementados por un Ingeniero del Software que es quien desarrolla el Sistema.

12.2. El proyecto Mambrino



A lo largo de 2004 se iniciaron los procedimientos contractuales y los trabajos de preparación para la puesta en marcha de **Mambrino**, futuro sistema de información hospitalaria que ha tenido como primer hito importante su puesta en funcionamiento en 2005 en el nuevo hospital de Ciudad Real. **Mambrino** se inserta dentro del nuevo plan integral de Tecnologías de la Información para la nueva era de los «hospitales sin papeles».

La estación clínica para el profesional se conforma como una forma de ver y entender a los pacientes, ya no se ve como una aplicación del área de atención especializada, sino que claramente hay que establecer un nuevo enfoque que aúne la atención sanitaria en un mismo proceso asistencial.

Los módulos que incluye **Mambrino** son:

- Admisión de Hospitalización.
- Urgencias.
- Consultas Externas.
- Lista de Espera.
- Archivo de Historias Clínicas.
- Quirófanos.
- Historia Clínica Electrónica.
- Integración y enlace con otras Aplicaciones.
- Cirugía Ambulatoria.
- Hospital de Día.
- Información Gerencial

En 2005 ya se han puesto en marcha los módulos siguientes:

- Consultas Externas
- Admisión de hospitalización y urgencias
- Historias clínica
- Gestión de peticiones
- Urgencias en tiempo real

También en el nuevo Hospital de Ciudad Real se han desarrollado las siguientes aplicaciones a lo largo de 2005:

- **Aplicaciones departamentales.** Sistema de cuidados de enfermería (Gacela V16), Sistema de gestión y control de la farmacia hospitalaria (Athos), Sistema de información de Laboratorios (Siglo), Sistema de dietética y nutrición (Dietools VB), Sistema de información de Endoscopias (Endosase), etc.
- **Portal del empleado.** Acceso centralizado y personalizado vía Web a Servicios de Información Hospitalarios sobre una plataforma de portal.
- **Tarjeta del profesional,** dotada de un chip electrónico integrado, constituye el medio de acceso a los sistemas del Hospital de forma segura.
- **Cartelería digital.** Pantallas de 42 pulgadas donde se suministra información útil para el ciudadano, consejos de salud, etc.
- **Terminales de Puntos de Información (TPI)** en Consultas Externas, Hall principal, Urgencias, Biblioteca y Cafetería. Están dotados de una pantalla y un teclado permitiendo al usuario interactuar con los Sistemas de Información.
- Sistema de identificación de pacientes por medio de **pulseras de radiofrecuencia,** disminuyendo los tiempos de respuesta y aumentando la calidad asistencial.

En cuanto a movilidad el Hospital está dotado de una infraestructura de red inalámbrica, WiMAX y WI-FI, que permite mantener en todo momento la conectividad y el acceso a la información.

También cabe destacar que en el área de urgencias se ha implantado un mapa de urgencias desde donde se ve la evolución de las peticiones de las pruebas diagnósticas solicitadas por los médicos, en tiempo real, en concreto las referidas a laboratorio de análisis clínicos, y radiología. Desde su estación médica, integrada en este mapa, el médico puede realizar de forma electrónica el informe de alta de urgencias.

En el apartado de integración se ha puesto en marcha una plataforma de integración, denominada RHAPSODY que permite comprobar, en tiempo real, el estado de las peticiones de pruebas diagnósticas.

La imagen medica digital (YKONOS) se encuentra integrada con MAMBRINO, pudiendo el médico visualizar tanto las imágenes como los informes asociados a las mismas desde el escritorio virtual de su estación médica.

Resumen hospital Ciudad Real	Unidades
Número de Usuarios de Mambrino	811
Número de Citas al día con Mambrino	2.300
Pulseras identificativas	2.000
Tarjeta del Empleado	2.000
Accesos mensuales al Portal del Empleado	90.000
Terminales Punto de Información (TPI)	5
Cartelería digital	15
Accesos externos mensuales Página Web del Hospital	1.100
Servidores	14
Ordenadores Personales	655
Ordenadores Portátiles	4
Quirófanos Inteligentes	2
Escáner	2
Escáner especial para Anatomía Patológica	1
Multifuncionales	6
Videoprojector	1