



PLAN DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA



Castilla-La Mancha
Consejería de Sanidad

HORIZONTE 2025

Edita: Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
Imprime: Gestión y Servicios Resources, SL
Año: 2021
Depósito Legal: TO 153-2021

Presentación

Supone una enorme satisfacción poderles presentar el *“Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025”*, un documento que ha de servir de hoja de ruta en los próximos años para identificar las necesidades de salud y plantear medidas de intervención efectivas y eficientes, que lo convierten en un instrumento de enorme relevancia para la toma de decisiones en la mejora de la salud de la población de Castilla-La Mancha en los próximos años.

El Plan, como documento estratégico, define las orientaciones básicas y los compromisos del gobierno regional en materia sanitaria de nuestra región y, como tal, pone de manifiesto que los enfoques basados solo en la asistencia sanitaria son insuficientes para mejorar la salud de las personas. Es un proyecto global, que pone el acento en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

Poner más énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, es orientar el sistema sanitario hacia la salud, en lugar de centrarlo en la enfermedad y la asistencia sanitaria, como visión para lograr que la población tenga mayor calidad de vida y haya menos desigualdades. Requiere reforzar el abordaje generalista de la asistencia sanitaria y plantear la atención integral de las personas; fortalecer la atención primaria, reorientar la atención hospitalaria y establecer prioridades para la investigación y la formación.

Se articula en torno a los pilares básicos que han marcado las actuaciones del gobierno regional y que son líneas estratégicas: la sostenibilidad del sistema sanitario, la humanización de la asistencia sanitaria, las y los profesionales como valor esencial del sistema y la apuesta por un cambio de modelo organizativo. El Plan propone acciones desde todos los niveles de intervención y para todas las etapas de la vida de las personas, por lo que ha de impregnar las actuaciones de los sectores implicados cuyo fin último es la mejora del nivel de salud individual y colectiva de éstas.

El proceso de diseño del Plan se ha dilatado en el tiempo, somos conscientes, pero esta circunstancia ha supuesto la oportunidad para que un elevado número de personas haya participado en su elaboración constituyendo esta base participativa una de sus fortalezas. Adicionalmente, las experiencias vividas por la pandemia por COVID-19 nos han ocupado y preocupado de modo influyente en la publicación final.

Expreso mi agradecimiento a más de 200 profesionales y grupos de interés: profesionales sanitarios y sociales, voluntariado y asociaciones de pacientes, representantes de sociedades científicas, colegios profesionales, universidad... que han contribuido con su esfuerzo y vocación al desarrollo del Plan en sus diferentes etapas, por su implicación y compromiso, aportando su experiencia profesional y mejor criterio para conseguir que este Plan de salud sea el reflejo de la participación e integración de los diferentes puntos de vista y que ahora ya es una garantía para todas y todos los ciudadanos de Castilla-La Mancha.

Jesús Fernández Sanz

Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

Resumen Ejecutivo

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha (PS) es el **instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario**. Establece las orientaciones básicas, actuaciones fundamentales del Servicio de Salud y los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud del Gobierno de la región.

El PS contempla el **análisis de los problemas de salud**, de la atención sanitaria de la comunidad autónoma y de la **situación de los recursos existentes**, así como de la **evaluación de los resultados de planes anteriores**, el establecimiento de los **objetivos de atención a la salud** y las **estrategias y planes específicos para su cumplimiento**.

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha (CLM) tiene como **objetivo último la mejora del nivel de salud individual y colectiva** o, en su caso, su mantenimiento o recuperación dentro de su ámbito territorial y competencial, a través de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de que disponen las Administraciones públicas de la comunidad autónoma y otras instituciones y entidades privadas vinculadas al sistema.

El **cambio de modelo sanitario** es la línea estratégica principal para conseguir los resultados en salud que se pretenden, contribuir a la sostenibilidad del sistema y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, actuando sobre aspectos como la discapacidad, el riesgo psicosocial, la intersectorialidad o la corresponsabilidad.

Los **principales retos** a los que se enfrenta actualmente el Sistema Sanitario en CLM tienen que ver con:

1. La tendencia demográfica de envejecimiento.
2. La baja densidad y dispersión de la población.
3. Los patrones epidemiológicos tendentes al aumento de la cronicidad y la pluripatología.
4. La necesidad de una gestión más eficiente de los recursos.
5. Las mayores exigencias de calidad y seguridad en la atención.
6. La disminución de las desigualdades en la atención sanitaria.
7. La introducción y adecuada explotación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).
8. El reciclaje y motivación del factor humano como sostén del sistema.
9. El adecuado dimensionamiento de los recursos humanos y tecnológicos.
10. Promover y conseguir la equidad de género en salud.
11. El impacto de los cambios del medio ambiente y de las enfermedades emergentes sobre la salud.

La formulación estratégica ha definido **cuatro líneas estratégicas**, basadas en los pilares de la política sanitaria de CLM, y **cinco principios básicos** de intervención:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- LE 1. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.
- LE 2. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.
- LE 3. LAS Y LOS PROFESIONALES COMO VALOR ESENCIAL DEL SISTEMA.
- LE 4. CAMBIO DEL MODELO ORGANIZATIVO DEL SISTEMA SANITARIO.

PRINCIPIOS BÁSICOS

1. Las personas como eje central del sistema de salud.
2. Integración entre ámbitos asistenciales, salud pública, comunitarios y sociosanitarios.
3. Garantía de sostenibilidad del sistema sanitario público.
4. La equidad en salud.
5. Calidad y seguridad de la atención en el marco de la humanización de la asistencia.

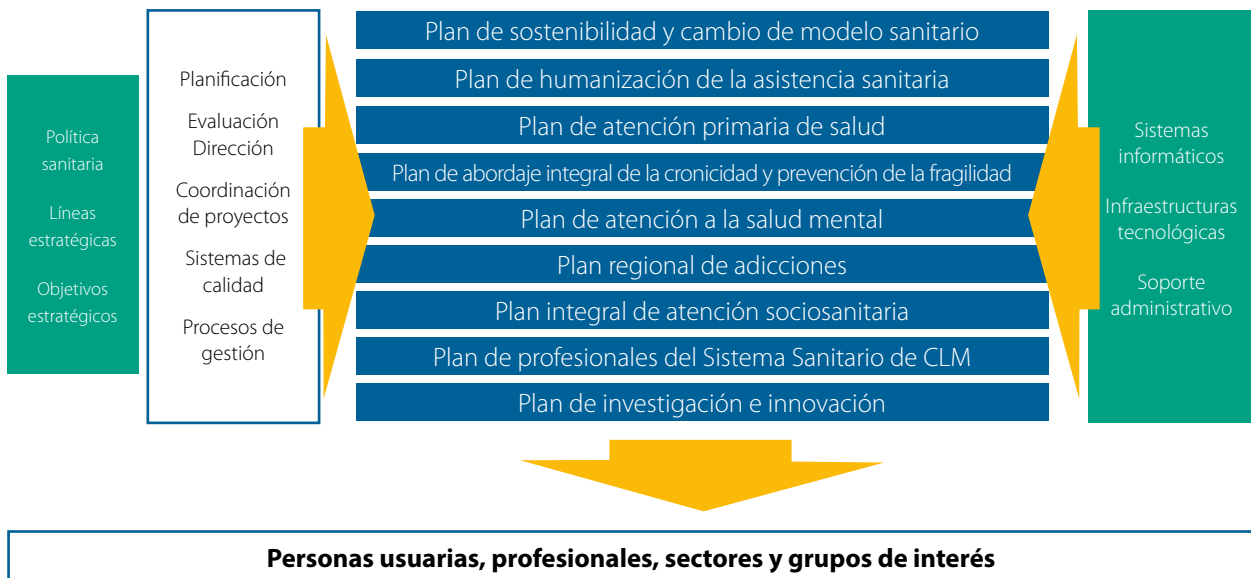
Con la finalidad de incorporar el conocimiento de las y los profesionales sobre los procesos internos, dar mayor coherencia a la planificación y la práctica, contar con los líderes que han de poner en marcha las intervenciones, así como mejorar la calidad del análisis y de la toma de decisiones y fortalecer la organización en todos sus niveles, el proceso de **análisis de situación, estudio de prioridades y definición de objetivos** se ha desarrollado mediante la participación de 16 grupos de trabajo.

En el marco de las 4 líneas estratégicas **se han definido 17 objetivos estratégicos**:

1. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mejorando su efectividad y eficiencia.
2. Aumentar la prevención primaria, basada en las actividades de promoción y educación para la salud en todas las etapas y en todos los entornos de la vida.
3. Incrementar las actuaciones de prevención secundaria, relacionadas con los factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades.
4. Potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
5. Fomentar la participación ciudadana y avanzar en la corresponsabilidad de las y los pacientes.
6. Centrar la asistencia sanitaria en la autonomía y la dignidad de la persona.
7. Mejorar la información clínica y el acceso de la ciudadanía a la misma.
8. Fortalecer la bioética entre las y los profesionales del ámbito sanitario.
9. Promover la formación, la investigación y la innovación entre las y los profesionales del sistema sanitario.
10. Impulsar la motivación, participación e implicación de las y los profesionales del sistema sanitario.
11. Potenciar el papel de la Atención Primaria de Salud (AP) como eje principal del sistema.
12. Mejorar la coordinación, comunicación y la continuidad de la atención entre ámbitos asistenciales y reorientar la atención hacia un modelo de atención integral e integrada.
13. Mejorar la explotación de los sistemas de información para la evaluación de los resultados de salud y la toma de decisiones.
14. Implantar el uso racional de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC).
15. Orientar la organización del sistema hacia el conocimiento y el abordaje de la cronicidad y prevención de la fragilidad.

16. Impulsar la atención integral de calidad a la salud mental, mejorando la coordinación entre instituciones y la integración de las personas.
17. Desarrollar un modelo integral de recuperación y atención sociosanitaria.

Se define una estructura con **planes específicos**, que se han considerado de claro impacto sobre las personas usuarias del sistema sanitario, y dos ejes transversales, uno para desplegar los mecanismos de integración, coordinación y evaluación de la organización y otro para proporcionar el soporte interno y las herramientas para el desarrollo de los planes.



Impacto Económico

El Plan de Salud tiene **carácter estratégico**. Los **planes específicos** vinculados al mismo estarán **supeditados a la financiación** aprobada en el marco presupuestario de la comunidad autónoma para el período referido. Así pues, la **viabilidad económica** de este Plan se plantea vinculada a la **disponibilidad presupuestaria**, comenzando con la puesta en marcha de las actuaciones con poco coste o sin coste adicional, basadas en una mejora organizativa o de gestión y con los recursos humanos y materiales disponibles, y continuando, progresivamente y en la medida que lo permitan las condiciones presupuestarias, con aquellas actuaciones que se considera que puedan suponer un uso adicional de recursos significativo.

De cara a **gestionar un cambio de modelo** a medio plazo, se apuesta sobre todo por la implicación y participación de pacientes, ciudadanía y profesionales, la educación sanitaria y el autocuidado, la integralidad y continuidad asistencial y la investigación en el ámbito asistencial para la generación de innovación.

El cumplimiento de objetivos y actuaciones que suponen un aumento de gasto se financiarán con cargo a los presupuestos generales de CLM, de forma priorizada y progresiva.

Seguimiento y evaluación

El cumplimiento de los objetivos y actuaciones propuestas en el PS será evaluado de forma periódica y sistemática durante el tiempo de vigencia del mismo y una vez concluido éste, para lo que se creará una Comisión de Seguimiento del Plan de Salud. La elaboración de informes de seguimiento del Plan tendrá carácter anual.

A lo largo del **proceso de implementación del Plan de Salud, se han de incorporar las iniciativas, planes y estrategias que vayan surgiendo como desarrollo del mismo**. La Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria (DGPOIS), con el apoyo de la Comisión de Seguimiento del Plan, será la encargada de fomentar, evaluar e informar las propuestas, así como de integrarlas en la estructura y cronograma de implementación del PS y de establecer las pautas para su desarrollo y ejecución.

Índice

1. Introducción	13
2. Marco de referencia	15
2.1. Marco normativo y competencial.	15
2.2. Marco estratégico.	19
2.3. Género y Salud.	20
3. Proceso de elaboración del Plan de Salud y metodología	23
3.1. Fases del proceso de elaboración.	23
3.2. Metodología.	24
3.3. Incorporación de planes y estrategias.	25
4. Análisis de situación	27
4.1. Determinantes de salud.	27
4.1.1. Sociodemográficos.	27
4.1.1.1. Territorio y población.	27
4.1.1.2. Estructura y movimiento natural de la población.	28
4.1.1.3. Proyección de la población de Castilla-La Mancha y envejecimiento poblacional.	29
4.1.2. Socioeconómicos.	30
4.1.2.1. Nivel de formación.	30
4.1.2.2. Hogares y su entorno.	30
4.1.2.3. Economía.	31
4.1.2.4. Condiciones laborales, trabajo y desempleo.	33
4.1.2.5. Desigualdades, exclusión social y pobreza.	33
4.1.3. Medioambientales.	35
4.1.3.1. Calidad de las aguas de consumo humano.	35
4.1.3.2. Calidad del agua de usos recreativos y recursos naturales.	35
4.1.3.3. Aguas residuales.	35
4.1.3.4. Residuos sólidos.	36
4.1.3.5. Calidad del aire.	36
4.1.3.6. Calidad del suelo.	36
4.1.3.7. Seguridad alimentaria.	37
4.1.3.8. Zoonosis.	37
4.1.3.9. Prevención del riesgo de legionelosis.	38
4.1.3.10. Riesgos químicos.	38
4.1.4. Estilos de vida.	39
4.1.4.1. Consumo de drogas.	39

4.1.4.2. Otras adicciones.	40
4.1.4.3. Hábitos alimenticios.	41
4.1.4.4. Actividad física, sobrepeso y obesidad.	41
4.1.4.5. Salud sexual y reproductiva.	42
4.1.4.6. Hábitos de higiene bucodental.	44
4.2. Estado de salud.	45
4.2.1. Análisis de la mortalidad.	45
4.2.2. Morbilidad. Problemas de salud más importantes.	46
4.2.3. Morbilidad hospitalaria.	48
4.2.4. Morbilidad crónica atendida en atención primaria.	49
4.2.5. Discapacidad.	49
4.2.5.1. Estado de salud de las personas con discapacidad.	50
4.2.5.2. Barreras en la participación de las personas con discapacidad en Castilla-La Mancha.	50
4.2.5.3. Atención a la discapacidad.	50
4.2.6. Salud mental.	51
4.2.6.1. Análisis de situación y necesidades.	51
4.2.6.2. Atención a la salud mental.	52
4.2.7. Salud laboral.	54
4.2.7.1. Accidentes de trabajo.	54
4.2.7.2. Enfermedades profesionales.	55
4.2.8. Principales problemas de salud emergentes.	56
4.3. Estructura sanitaria en Castilla-La Mancha.	57
4.3.1. Organización territorial.	57
4.3.2. Ordenación funcional e infraestructuras sanitarias.	57
4.3.3. Prestaciones. Beneficiarios del Servicio de Salud.	59
4.4. Actividad asistencial sanitaria y sociosanitaria.	61
4.4.1. Atención primaria.	61
4.4.2. Atención hospitalaria y en CEDT.	63
4.4.3. Actividad asistencial en salud mental.	64
4.4.4. Intervenciones dirigidas a personas con adicciones.	64
4.4.5. Urgencias, emergencias y transporte sanitario.	66
4.4.6. Red de Hemodonación, Hemoterapia y Hemovigilancia (RHHH) de Castilla-La Mancha.	67
4.4.6.1. Promoción y organización de la hemodonación.	67
4.4.6.2. Actividad transfusional.	69
4.4.7. Donación y trasplante de órganos, tejidos y células.	69

4.4.8. Programas de salud pública.	71
4.4.8.1. Detección precoz neonatal de enfermedades congénitas, endocrinas y metabólicas.	71
4.4.8.2. Detección precoz de hipoacusia neonatal.	72
4.4.8.3. Programa de vacunaciones infantiles y vacunación en personas adultas.	72
4.4.8.4. Programa de detección precoz de Cáncer de Mama.	73
4.4.8.5. Programa de detección precoz de Cáncer de Colon y Recto.	73
4.4.8.6. Programa de prevención de las drogadicciones.	74
4.4.8.7. Vigilancia epidemiológica.	75
4.4.9. Atención sociosanitaria.	78
4.4.9.1. Prestación de servicios sociales en el Servicio de Salud.	78
4.4.9.2. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).	78
4.4.9.3. Red de recursos de atención sociosanitaria.	79
4.4.9.4. Centros de atención a personas mayores.	80
4.4.9.5. Prestaciones de ayuda a domicilio, teleasistencia domiciliaria y atención a personas sin hogar.	81
4.4.9.6. Centros de atención a personas con discapacidad.	83
4.4.10. Calidad de la atención y seguridad del paciente.	83
4.4.11. Calidad percibida de la atención sanitaria.	84
4.4.12. Participación ciudadana.	86
4.4.13. Participación de profesionales de los centros sanitarios.	87
4.5. Recursos humanos y tecnológicos.	89
4.5.1. Recursos humanos.	89
4.5.2. Dotación tecnológica.	91
4.6. Formación e investigación.	93
4.6.1. Formación.	93
4.6.1.1. Actividades de formación continuada y acreditación en la Consejería de Sanidad.	93
4.6.1.2. Formación continuada en el ámbito del Sescam.	93
4.6.1.3. Formación sanitaria especializada.	93
4.6.1.4. Actividad formativa desde otras instituciones.	94
4.6.1.5. Bibliotecas.	95
4.6.2. Investigación.	95
4.6.2.1. Organización de la investigación e innovación sanitaria en Castilla-La Mancha.	95
4.7. Gasto sanitario.	97
4.8. Medicamentos, productos sanitarios y farmacias.	99

4.8.1. Prescripción de medicamentos.	99
4.8.2. Dispensación de medicamentos en situaciones especiales.	99
4.8.3. Red de farmacias centinela de Castilla-La Mancha.	100
4.9. Autorización, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.	101
4.10. Otros establecimientos públicos objeto de control.	102
4.11. Control de la Incapacidad Temporal (IT).	103
5. Identificación de las características del Sistema Sanitario de CLM. Principales ámbitos de interés y principios básicos del Plan de Salud	105
5.1. Análisis DAFO.	105
5.2. Áreas de interés.	106
5.3. Principios básicos.	106
5.4. Condiciones de aplicabilidad del Plan de Salud.	107
6. Líneas estratégicas y formulación de objetivos estratégicos	109
6.1. Línea estratégica 1: Sostenibilidad del Sistema Sanitario.	110
6.2. Línea estratégica 2: Humanización de la asistencia sanitaria.	113
6.3. Línea estratégica 3: Las y los profesionales como valor esencial del sistema.	115
6.4. Línea estratégica 4: Cambio del modelo organizativo del Sistema Sanitario.	116
7. Desarrollo de las estrategias en los planes específicos	119
7.1. Plan de sostenibilidad y cambio de modelo sanitario.	119
7.2. Plan de humanización de la asistencia sanitaria.	131
7.3. Plan de atención primaria de salud.	136
7.4. Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad	141
7.5. Plan de atención a la salud mental.	148
7.6. Plan regional de adicciones.	152
7.7. Plan integral de atención sociosanitaria.	156
7.8. Plan de profesionales del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.	162
7.9. Plan de investigación e innovación	166
8. Impacto económico	171
9. Cronograma de elaboración y ejecución del Plan de Salud	173
10. Seguimiento y evaluación	175
Anexo I. Participantes en el proyecto de Plan de Salud de Castilla-La Mancha.	179
Anexo II. Perspectiva de género y salud.	191
Anexo III. Glosario de términos, acrónimos y abreviaturas.	193
Anexo IV. Bibliografía utilizada por los grupos de trabajo.	197

1. Introducción

El Gobierno de Castilla-La Mancha, tras un análisis de la situación en la que se encontraba la región en 2016, consideró que era importante establecer una serie de pilares que dirigieran el trabajo de políticos, gestores y profesionales del ámbito de la salud en los siguientes años.

Definir esos pilares permitió analizar de una forma más precisa una serie de aspectos estructurales del sistema de salud y su capacidad para adaptarse y hacer frente a las condiciones cambiantes que afectan a la salud de las personas, como pueden ser la demografía y el envejecimiento de la población, el impacto de género, las condiciones medioambientales o las nuevas enfermedades emergentes.

Del mismo modo, este análisis detectó las necesidades creadas en el sistema de salud a partir de la crisis económica y la desinversión, así como la necesidad de asumir y gestionar una serie de situaciones que comprometen el futuro del sistema sanitario, como son algunos casos de infraestructuras innecesarias o carteras de servicio cortoplacistas, entre otras.

Se impone reflexionar sobre la dirección que va a tomar el sistema sanitario en los próximos años para hacer frente a futuras contingencias, además de mantener y aumentar los estándares de calidad y la adecuación de la atención. Estos retos requieren un enfoque global e interdisciplinar que permita responder a los desafíos que se puedan plantear sobre la sostenibilidad del sistema.

El cambio de modelo que se propone para garantizar la sostenibilidad pasa por tomar decisiones que ofrezcan valor de retorno, ya sea con políticas de prevención y promoción de la salud, adecuación de las compras en base a criterios definidos o mediante el uso adecuado de los recursos en general. Asimismo, debe orientarse a la persona, incidiendo de forma expresa en la humanización de la atención y la reconversión del rol profesional; todo ello sin olvidar los nuevos retos en formación, investigación e innovación.

Además de la progresiva transformación estratégica, en la línea del modelo planteado, es necesario proteger al sistema sanitario y a la ciudadanía frente a la irrupción brusca de contingencias imprevistas, como la acontecida recientemente con la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID 19) que, por su magnitud y los efectos perjudiciales, a corto y largo plazo, sobre la salud, la economía y el bienestar de las personas, requieren de ciertas medidas de respuesta que suponen un reto para los sistemas de salud y para las sociedades en su conjunto.

Es necesaria la acción colaborativa de las administraciones y de la sociedad para adaptarse a ésta u otras situaciones inéditas de estas características que se puedan producir.

En el caso de brotes por COVID-19, donde se han tomado acciones tempranas y se han implantado medidas de salud pública integrales frente al mismo, como la identificación rápida de casos, las pruebas y el aislamiento rápido de casos, el rastreo completo y la cuarentena de contactos, éste se ha contenido por debajo del umbral en el cual los sistemas sanitarios son incapaces de evitar el exceso de mortalidad. La pandemia también nos ha revelado con mayor claridad los problemas existentes y la necesidad de abordar un cambio del modelo del sistema sanitario en su conjunto, así como la necesidad de potenciar la promoción y prevención de la salud, recuperar a las y los profesionales, dotar adecuadamente de recursos humanos y tecnológicos y comprender la importancia de la coordinación de los recursos sanitarios y sociales.

El sistema sanitario se ha enfrentado durante la pandemia a una carga de trabajo aún mayor que la que ya soportaba. Por su importancia estratégica para el conjunto del sistema sanitario, es una prioridad asegurar un buen funcionamiento de la atención primaria (AP), para evitar su colapso y las trágicas consecuencias que tendría para las y los pacientes y la salud pública. Una AP con recursos, bien cualificada y organizada, puede reducir el impacto negativo de esta pandemia, y de otras emergencias de salud pública que puedan ocurrir en el futuro, en la salud global de la comunidad, e incluso, facilitar medidas menos restrictivas que paulatinamente nos permitan volver a una normalidad social, laboral y económica y disfrutar de la vida en salud. Una AP con una nueva orientación al paciente, que incremente sus actuaciones de promoción y prevención de la salud, así como la asistencia a domicilio y el uso de nuevas tecnologías, como la telemedicina.

Por todo ello, se necesitarán soluciones innovadoras que aumenten la capacidad del sistema de salud pública y de atención médica y sociosanitaria, tales como la reconfiguración sustancial de los centros sanitarios y sociosanitarios actuales y la readaptación de las instalaciones públicas y privadas existentes. Los servicios y sistemas sanitarios y sociales básicos deben mantenerse y, siempre que sea posible, ser reforzados.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y con el objetivo de dar una estructura a los compromisos del Gobierno regional en materia de sanidad, desde la Consejería de Sanidad se ha propuesto un modelo de trabajo amplio basado en cuatro pilares fundamentales que se trasladan y pasan a formar parte de las líneas estratégicas del Plan de Salud de Castilla-La Mancha:

- Sostenibilidad del sistema.
- Dedicación a las personas.
- Recuperación de las y los profesionales.
- Cambio de modelo.

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha ha de garantizar una sanidad pública, universal y gratuita para todas las personas. Por ello debe abordar el cambio de modelo con una estrategia global y coordinada acorde con los desafíos futuros de sostenibilidad, calidad y satisfacción de la ciudadanía.

2. Marco de referencia

2.1. Marco normativo y competencial.

En el ámbito nacional, las disposiciones más relevantes a tener en cuenta son las siguientes:

- *La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, desarrolla el derecho constitucional a la protección de la salud y establece las bases para la creación del sistema sanitario público en España. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es definido como “el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) convenientemente coordinados”, bajo los principios de universalidad, financiación pública, descentralización, equidad en el acceso, superando desequilibrios territoriales y sociales, e integración del sistema. En su artículo 54 establece que *“cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud”*.
- *La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, justifica la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. En ella se establece un marco legislativo para el principio de autonomía del paciente como base de la atención sanitaria. Además, desarrolla el derecho de acceso a los datos de salud, cuya protección se regula actualmente por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- *La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, establece el catálogo de prestaciones del SNS y tiene como objetivo garantizar en todo el territorio nacional las condiciones básicas comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Señala el contenido de la cartera de servicios común a todo el SNS, estableciendo también la posibilidad de que las CCAA fijen una cartera de servicios complementarios.
- *La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo considera profesionales del área sanitaria de formación profesional (FP) a los que estén en posesión de títulos de FP de la familia profesional sanidad. También establece los registros de profesionales sanitarios que permitan hacer efectivo los derechos de la ciudadanía respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.
- *La Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición*, establece instrumentos que contribuyan a generar un alto nivel de seguridad de los alimentos y los piensos para la prevención de los riesgos para la salud humana derivados del consumo de alimentos. Fija también las bases para la planificación, coordinación y desarrollo de las estrategias y

actuaciones que fomenten la información, educación y promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y en especial la prevención de la obesidad; establece los medios que propicien la colaboración y coordinación de las administraciones públicas competentes en materia de seguridad alimentaria y nutrición; y regula los procedimientos para la evaluación, la gestión y comunicación de los riesgos alimentarios, así como la regulación de procedimientos de actuación en supuestos de crisis o de emergencias.

- ***La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública***, reconoce el derecho a la igualdad y prohíbe toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública.
- ***El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones***, diferencia entre cartera común básica de servicios asistenciales, cubiertos de forma completa por financiación pública, la cartera común suplementaria, que incluye aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación del usuario (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente) y la cartera común de servicios accesorios. Establece que las CCAA deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo; siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una comunidad autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria. Esta norma modificó la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, incorporando determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica.

Por primera vez se introduce el concepto “asegurado”, que sustituye al concepto existente de titulares de derecho. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurados. Se rompe así con la tendencia a la universalización de la asistencia sanitaria en España, iniciada con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (el primer artículo, ***“son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”***) y continuada con la disposición adicional sexta (extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública) de la Ley 33/2011, de 4 de octubre.

- ***El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios***, tiene por objeto consolidar, en un texto único, las sucesivas modificaciones que se han ido incorporando, desde su entrada en vigor, en la citada ley. Incorpora al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre fármaco-vigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que regula todo lo relacionado con los medicamentos y productos sanitarios y la prestación farmacéutica del SNS.
- ***El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud***, modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de manera que son titulares

del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria *“todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español”*; y se reconoce este derecho con cargo a los fondos públicos en la forma que se determine reglamentariamente. Éste se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de la ciudadanía a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual. Además, se establece que las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Por tanto, las referencias hechas en otras normas al concepto de asegurado, a los efectos de la prestación de la asistencia sanitaria, se entienden hechas a aquellas personas que se encuentren en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

- *El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, determina que las prestaciones de la cartera de servicios comunes de Salud Pública, de Atención Primaria, de Atención Especializada, de prestación de atención de urgencias, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario se financiarán por las CCAA de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica vigente. Su Anexo V define la prestación farmacéutica, que comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad, de manera que se promueva el uso racional del medicamento.
- *El Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales*, establece que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá autorizar, con carácter excepcional, el acceso a medicamentos no autorizados en España y destinados a su utilización en España en determinadas condiciones.

En el ámbito de la comunidad autónoma, la Ley 9/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, recoge en su artículo 32 que, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, es competencia de la Junta de Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud y coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social (SS).

- *La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha*, configura el Sistema Sanitario, definido como el conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos a ellos vinculados. Tiene por objeto hacer efectivo, en el ámbito territorial de la comunidad autónoma, el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución Española, mediante la ordenación sanitaria; y delimitar las actuaciones y regular las estructuras que configuran el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, además de garantizar la participación ciudadana en dicho sistema. Su Título IV está dedicado al Plan de Salud de Castilla-La Mancha y regula sus objetivos, su contenido y el procedimiento que debe seguirse para su elaboración y aprobación. La ley crea también el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) como responsable de la provisión de servicios y encargado de la gestión de centros, servicios y establecimientos

sanitarios. Posteriormente, el Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (CLM) de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, transfirió a CLM las funciones y servicios del mismo, dando cumplimiento a lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha. El Sescam asumirá, inmediatamente después, estas transferencias. En síntesis, esta ley viene a consolidar un sistema sanitario público integrado, de cobertura universal, solidario y equitativo, que reconoce la importancia de los ciudadanos y ciudadanas tanto en la vertebración del propio sistema como en su condición de usuario del mismo, para lo que se establecen unas estructuras que han de responder con agilidad, eficacia, cercanía y calidad a sus demandas.

- ***La Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha***, regula, en el ámbito de las competencias de la comunidad autónoma, la asistencia farmacéutica prestada a la ciudadanía a través de las oficinas de farmacia, botiquines, servicios de farmacia de estructuras de atención primaria y centros de salud, servicios de farmacia hospitalarios y depósitos de medicamentos, servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en los centros sociosanitarios, depósitos de medicamentos en otros centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como en los centros penitenciarios. Asimismo se regulan en esta ley las entidades de distribución y los establecimientos autorizados para la dispensación de medicamentos veterinarios.
- ***La Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud***, reconoce el derecho de autonomía que asiste a los pacientes, mediante un instrumento que se conoce como instrucciones previas o voluntades anticipadas; regula, por tanto, el derecho de los usuarios a formular instrucciones expresas sobre su cuidado y tratamiento en situaciones en las que esté privado de su capacidad de decidir respecto a la donación de órganos en caso de fallecimiento, así como los cuidados y tratamientos sanitarios que desee o no recibir.
- ***La Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha***, profundiza en el desarrollo de los derechos y deberes de las personas en materia de salud, distinguiendo entre los pacientes y usuarios del sistema y los profesionales que prestan servicio en el mismo y estableciendo mecanismos que permitan a los ciudadanos y ciudadanas adoptar un papel protagonista en el proceso de toma de decisiones relativas a la asistencia sanitaria. Esta norma les permite no sólo conocer mejor sus derechos y obligaciones, sino también facilitar su ejercicio efectivo, incrementando su seguridad jurídica y la de los profesionales sanitarios en su quehacer diario. No obstante, también la ciudadanía debe ser consciente de sus responsabilidades en relación con la salud, por eso la Ley define sus deberes sobre el cuidado de la propia salud, la utilización adecuada de los servicios sanitarios y el respeto a los profesionales sanitarios y otras personas usuarias.
- ***La Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad entre Hombres y Mujeres de Castilla-La Mancha***, promueve la plena incorporación de las mujeres a la vida social, con el fin de superar cualquier tipo de discriminación o inequidad, y señala que la Administración sanitaria incorporará la perspectiva de género en todos los planes, estudios e investigaciones relacionados con la salud.
- ***La Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha***, tiene como objeto actuar frente a la violencia de género que, como manifestación de la desigualdad, la discriminación y las relaciones de poder asimétricas entre mujeres

y hombres, se ejerce sobre éstas por el solo hecho de serlo. La detección, prevención, formación y sensibilización es también responsabilidad de la institución sanitaria a través de sus profesionales, servicios y prestaciones.

2.2. Marco estratégico.

El **Plan de Salud (PS)** es el instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario de CLM. Establece las orientaciones básicas y actuaciones fundamentales del sistema sanitario, el conjunto de actuaciones del Servicio de Salud y los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud del Gobierno de la región.

El PS contempla el análisis de los problemas de salud y de la atención sanitaria de la comunidad autónoma y de la situación de los recursos existentes. Asimismo la evaluación de los resultados de planes anteriores, el establecimiento de los objetivos de atención a la salud, la definición de actuaciones, así como la estimación de los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, como a los medios materiales y personales precisos. Además, comprende los mecanismos de evaluación del desarrollo y resultados del PS y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo. El PS determina las instituciones o entidades responsables del cumplimiento de los diferentes objetivos y se rige por un cronograma de actuaciones dentro del periodo de vigencia del mismo (horizonte 2025).

El Sistema Sanitario de CLM tiene como objetivo último la mejora del nivel de salud individual y colectiva o, en su caso, su mantenimiento o recuperación, a través de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de que disponen las Administraciones públicas de la comunidad autónoma y otras instituciones y entidades privadas vinculadas al sistema.

Los **principales retos** a los que se enfrenta actualmente el sistema sanitario en nuestro contexto tienen que ver con:

1. La tendencia demográfica de envejecimiento.
2. La baja densidad y dispersión de la población.
3. Los patrones epidemiológicos tendentes al aumento de la cronicidad y la pluripatología.
4. La necesidad de una gestión más eficiente de los recursos.
5. Las mayores exigencias de calidad y seguridad en la atención.
6. La disminución de las desigualdades en la atención sanitaria.
7. La introducción y adecuada explotación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).
8. El reciclaje y motivación del factor humano como sostén del sistema.
9. El adecuado dimensionamiento de los recursos humanos y tecnológicos.
10. Promover y conseguir la equidad de género en salud.
11. El impacto de los cambios del medio ambiente y de las enfermedades emergentes sobre la salud.

Para hacer que este sistema sea sostenible, seguro y de calidad, deben adecuarse a las condiciones

sanitarias y sociales actuales tanto la estructura organizativa y funcional de la atención como el perfil profesional de los recursos humanos a las condiciones sanitarias y sociales actuales, así como el modelo de práctica clínica y gestión sanitaria. Todo ello según los **principios informadores** recogidos en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre:

- Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.
- Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.
- Igualdad efectiva de acceso a los servicios sanitarios para toda la ciudadanía de la comunidad autónoma.
- Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- Calidad de los servicios y prestaciones.
- Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos y ciudadanas.
- Concepción integral e integrada del Sistema Sanitario en CLM, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población.
- Descentralización, desconcentración, coordinación y responsabilidad en la gestión.
- Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.
- Responsabilidad y participación del colectivo de profesionales del ámbito de la salud en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.
- Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante una adecuada educación para la salud en CLM y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.
- Evaluación continua de las actuaciones y estructuras que configuran el sistema sanitario.

2.3. Género y Salud.

La **igualdad entre los géneros** es un principio de justicia social, un derecho humano universal avalado por la Constitución y regulado por la normativa y la legislación vigentes. Naciones Unidas (1997), define la incorporación de la perspectiva de género como “un proceso de evaluación de las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada”. Este organismo considera la inclusión transversal del enfoque de género una “estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas en todas las esferas (...), de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad”.

Integrar la perspectiva de género en salud significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y de los hombres en todas las fases del desarrollo de políticas, planes específicos y programas. Los marcos teóricos que incorporan el enfoque de género consideran la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, así como los factores de vulnerabilidad psicosocial; estos aspectos afectan de manera diferente a mujeres y hombres, generando a menudo discriminación, desigualdades e inequidades que repercuten directamente sobre el proceso de salud¹.

1. Velasco, Sara. 2009.

Las encuestas de salud identifican una peor salud percibida en las mujeres que en los hombres, un mayor padecimiento de problemas crónicos y una mayor restricción temporal de todas sus actividades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas circunstancias deben ser consideradas desigualdades e inequidades de género en salud, por ser discriminatorias, injustas y evitables, debiendo ser corregidas.

El II Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha, 2019-2024, con su objetivo general del eje 6, persigue mejorar la calidad de vida y la salud de las mujeres castellano-manchegas en su diversidad.

La transversalidad de género es la incorporación del enfoque de género en todas las políticas públicas; que se considere la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, así como los factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial; y que se contemple cómo esos factores afectan de forma diferente a hombres y mujeres y, a menudo, generan discriminación, desigualdades e inequidad que repercuten directamente sobre el proceso de salud y la expresión de la enfermedad.

La incorporación de la perspectiva de género implica:

- Identificar los determinantes de género en la salud, los sesgos introducidos en la clínica por la utilización de los estándares estadísticos de los parámetros biológicos y las relaciones desiguales y discriminatorias hacia las mujeres en el sistema sanitario.
- Modificar el sistema de valores sexistas ocasionado por el desconocimiento y los prejuicios, desarrollando una metodología que incorpore un enfoque biopsicosocial de la salud en el sistema sanitario.
- Fomentar la sensibilidad de género en el personal de la institución sanitaria a través del conocimiento y la formación, incorporando formación específica para profesionales sanitarios sobre género y salud.
- Promover y desarrollar programas de salud específicos para mujeres y niñas a través de la valoración de la diversidad y la interseccionalidad individual de los determinantes de la salud en todos los ámbitos de trabajo.
- Proveer recursos y medios para la prevención de la violencia de género y la atención sanitaria y sociosanitaria de las mujeres víctimas de la misma.
- Promover la atención comunitaria como metodología de participación de las propias pacientes en el proceso de transformación.
- Promover políticas estratégicas y prácticas en el sistema sanitario que favorezcan la corresponsabilización dentro del grupo familiar y social del rol de la persona encargada de los cuidados de menores y personas dependientes.
- Incorporar la perspectiva de género en los objetivos de la investigación sanitaria y en los trabajos de investigación que se concierten con otras entidades; así como en la especificación de cualquier tecnología.
- Promover una comunicación incluyente en el Sistema Sanitario de CLM.

3. Proceso de elaboración del Plan de Salud y metodología

3.1. Fases del proceso de elaboración.

En noviembre de 2016 se puso en marcha el proyecto de elaboración de un nuevo Plan de Salud de Castilla-La Mancha, que fue presentado al Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y aprobado en febrero de 2017. Posteriormente se constituyó una **Comisión de Coordinación del Plan de Salud** (en adelante Comisión), que ha trabajado bajo la responsabilidad de la persona titular de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria (DGPOIS). Con parte de las personas integrantes de la Comisión se constituyó el **grupo editor del PS**.

La Comisión, compuesta por profesionales de la Consejería de Sanidad y del Sescam, ha sido el equipo responsable de la coordinación del proceso de elaboración del PS, de la designación de **grupos de trabajo colaboradores** y del apoyo metodológico y soporte logístico de dichos grupos. Estos grupos son de carácter multidisciplinar e integrados por profesionales con conocimiento y experiencia reconocida en los temas a tratar, puntos de vista complementarios y capacidad de consenso y trabajo en equipo. Dichos profesionales pertenecen a distintos ámbitos; entre otros: atención primaria, atención hospitalaria, promoción de la salud, prevención, gestión de servicios de salud, trabajo social y tecnologías de la información. Además, se ha contado con el apoyo de profesionales de otros ámbitos, como el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.

La presentación pública del proyecto de PS se realizó por el Consejero de Sanidad en mayo de 2017. Posteriormente, se convocó a todas las personas integrantes de los grupos de trabajo una única vez en la Consejería de Sanidad y, tras una presentación conjunta, cada grupo tuvo una reunión con la dirección del mismo y las personas integrantes de la Comisión, con el fin de presentar las líneas generales del PS y exponer la metodología de trabajo y los plazos previstos en el desarrollo del mismo. Las personas que integran la Comisión han realizado también labores de enlace con uno o más grupos de trabajo, formando parte o no de los mismos.

Desde la Comisión se facilitó el acceso a la documentación básica de consulta y foros de comunicación, con distintos niveles de usuario, en coordinación con el Instituto de Ciencias de la Salud (ICS). También se propusieron unas instrucciones metodológicas básicas y el material de apoyo documental.

Entre diciembre de 2017 y febrero de 2018 se entregaron a la Comisión los trabajos realizados por los distintos grupos, siendo revisados por el grupo editor del PS. Durante los meses de febrero a mayo de 2018 se llevaron a cabo reuniones del grupo editor con cada uno de los directores y directoras de grupo y los y las enlaces de la Comisión para la revisión de los documentos aportados, incluyendo la actualización de algunos datos del análisis de situación, y la discusión de las modificaciones necesarias para su incorporación al primer borrador del PS.

En agosto de 2018 se presentó la primera propuesta de borrador del PS a la Comisión.

En noviembre de 2018 se hizo una presentación del trabajo realizado al Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad. Dada la amplitud y riqueza de las aportaciones realizadas por los grupos de trabajo y la dificultad para trasladarlas en detalle a un documento único, el Consejo decidió dar

a dicho trabajo, para su presentación y aprobación definitiva, un formato más estratégico. Este PS incluirá los planes específicos, de carácter más operativo, que se desarrollarán por separado a corto y medio plazo, recogiendo los objetivos e intervenciones concretas propuestas por los grupos de trabajo.

La elaboración del documento provisional del PS se llevó cabo durante los meses de diciembre de 2018 a febrero de 2019 y el borrador preliminar se presentó a todas las personas colaboradoras en marzo de 2019. Posteriormente, se elaboró el borrador definitivo.

3.2. Metodología.

Tras la evaluación del plan de salud anterior, la Comisión realizó una revisión de los enfoques desarrollados por otras CCAA en sus respectivos planes de salud, posteriormente se elaboró el análisis actualizado de la situación de salud en CLM, en el que se han tenido en cuenta:

- Los principales determinantes de salud, el estado de salud de la población y las características del sistema sanitario.
- Los problemas emergentes.
- Las oportunidades de mejora.

Se realizó un estudio de prioridades, en base a:

- La magnitud y distribución de los problemas de salud.
- La repercusión en la calidad de vida de los grupos afectados.
- Las desigualdades y grupos de especial vulnerabilidad.
- Las inequidades de género.
- Los recursos disponibles (sanitarios y otros complementarios).
- Las expectativas y demandas ciudadanas y profesionales.
- La evidencia científica disponible.
- La organización sanitaria de CLM.
- Los valores y principios de la política de salud.

Se reflexionó sobre el conocimiento y la capacidad real de intervención sobre los problemas priorizados, seleccionando aquellos a los que se pueda dar respuesta con eficacia y eficiencia en el marco temporal del PS, formulando posteriormente las estrategias consideradas de mayor impacto y trascendencia sanitaria y social y los objetivos del PS. Se han definido 4 líneas estratégicas y 17 objetivos estratégicos; así como las líneas generales de 9 planes específicos en las áreas identificadas como de especial relevancia.

El enfoque participativo del PS tiene como finalidad incorporar el conocimiento de las y los profesionales sobre los procesos internos, dar mayor coherencia a la planificación y la práctica, contar desde el principio con los líderes que después pondrán en marcha las intervenciones, mejorar la calidad del análisis y de la toma de decisiones y fortalecer la organización en todos sus niveles.

El cronograma de elaboración y ejecución del PS y del plan seguimiento y evaluación del mismo se recogen en los capítulos 9 y 10 de este documento.

3.3. Incorporación de planes y estrategias.

A lo largo del **proceso de implementación del Plan de Salud, se han de incorporar iniciativas, planes y estrategias que vayan surgiendo como desarrollo del mismo**. La DGPOIS, con el apoyo de la Comisión de Seguimiento del Plan, será la encargada de fomentar, evaluar e informar las propuestas, así como de integrarlas en la estructura y cronograma de implementación del PS y de establecer las pautas para su desarrollo y ejecución.

4. Análisis de situación

Se han incluido los datos básicos seleccionados sobre determinantes de salud, el estado de salud de la población castellano-manchega y la estructura sanitaria de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

4.1. Determinantes de salud.

4.1.1. Sociodemográficos.

4.1.1.1. Territorio y población.

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, con una superficie de 79.461 km², representa el 15,7% del territorio nacional.

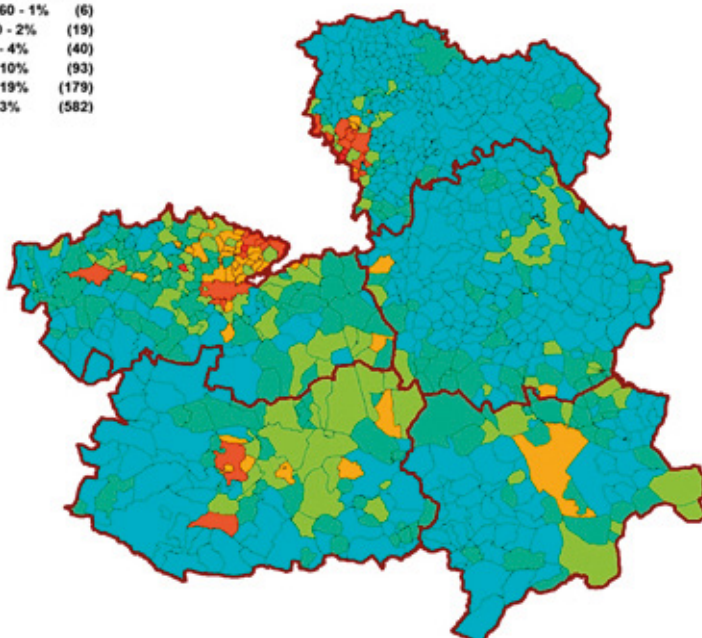
Según el Padrón Municipal de Habitantes (PMH) del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2019, CLM tenía una población de 2.032.863 habitantes, lo que representa el 4,3% de la población española. De esta población, un 8,5% era extranjera.

CLM se caracteriza por una baja densidad de población, 25,6 hab/km², muy por debajo de la española (92,9 hab/km²). Es la segunda con menor densidad de población entre las CCAA, después de Castilla y León.

Gráfico 1. Densidad de población. CLM. 2019

Fuente: INE. PMH 1 de enero 2019. Elaboración DGPOIS. Consejería Sanidad.

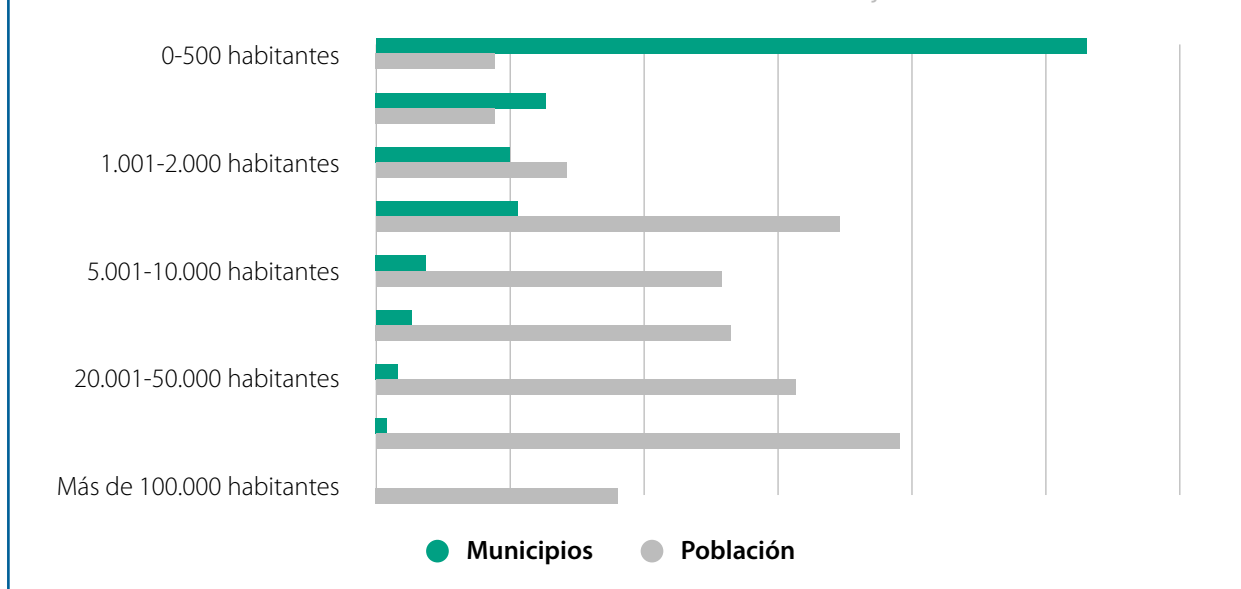
DENSIDAD DE POBLACIÓN		
590 a 1.760	- 1%	(6)
200 a 590	- 2%	(19)
80 a 200	- 4%	(40)
30 a 80	- 10%	(93)
10 a 30	- 19%	(179)
0 a 10	- 63%	(582)



La estructura territorial de CLM tiene un marcado carácter rural y el 48% del territorio está ocupado por municipios de escasa población. En 2019, un 69,7% de los municipios tenían menos de 1.000 habitantes y, de ellos, el 81,9% tenían menos de 500 habitantes (57,1% del total de municipios).

Gráfico 2. Distribución de la población por tamaño de los municipios. CLM. 2019

Fuente: INE. PMH 1 de enero 2019. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.



4.1.1.2. Estructura y movimiento natural de la población.

Castilla-La Mancha es la octava comunidad autónoma de España en cuanto a población se refiere. En el período comprendido entre 2007 y 2012, la población de CLM mostró una tendencia al crecimiento poblacional, tendencia que se ha invertido desde ese año y se mantiene a la baja, con un ligero repunte en 2019, especialmente en el medio rural.

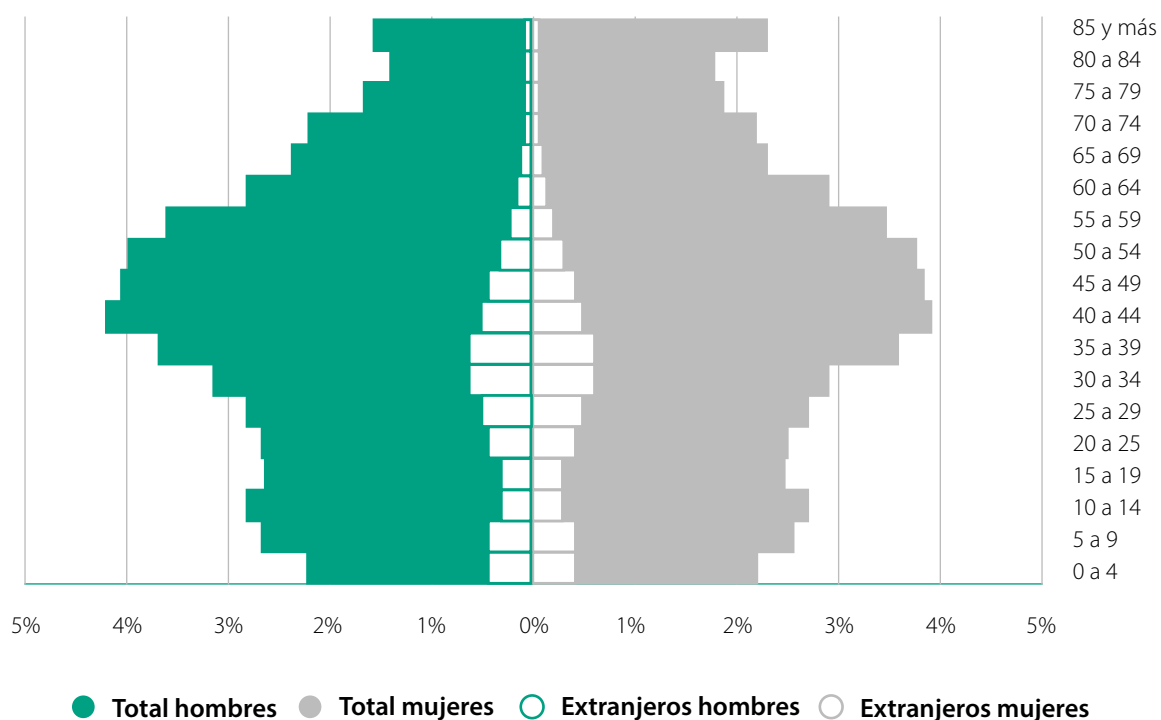
Las personas mayores de 64 años representaban en 2019 el 19,0% de la población. Los datos de proyecciones de población hasta 2031 vienen a demostrar el progresivo envejecimiento de la población castellano-manchega, que pasará a tener un 25,2% de población de 65 y más años de mantenerse esta situación demográfica.

Al igual que en el conjunto de España, el crecimiento vegetativo en CLM en 2019, según los datos del Movimiento Natural de la Población (MNP) del INE, fue negativo (-2,0 por 1.000 hab.) situación que se viene manteniendo desde 2015.

La tasa de dependencia en CLM en 2019 era de 54,2, similar a la del conjunto de España, tasa que viene aumentando desde el año 2014. Con los datos de proyección de la población hasta el año 2031, el índice de dependencia se elevaría al 60,9 (62,2 en España).

Gráfico 3. Estructura de la población, por edad y sexo, nacionales y extranjeros. CLM. 2019

Fuente: Servicio de Estadística de Castilla-La Mancha. Población PMH 1 de enero de 2019.



4.1.1.3. Proyección de la población de Castilla-La Mancha y envejecimiento poblacional.

Según las proyecciones de población del INE para CLM, la población total disminuiría un 6,9% entre 2016 y 2031 (1,2% a nivel nacional). Sin embargo, la reducción sostenida de la tasa de mortalidad en edades avanzadas está resultando en un aumento del número de estas personas en el conjunto de la población, siendo bastante superior el número de mujeres que alcanzan una edad avanzada, aunque la diferencia entre hombres y mujeres en años de esperanza de vida al nacer y a los 65 años ha disminuido en los últimos años y se estima que siga disminuyendo hasta 2065.

Tabla 1. Proyecciones del crecimiento de la población de 65 y más años. CLM. 2016- 2031

Fuente: INE. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Edad	2016	2031	Acumulado	% de crecimiento
65 y más	378.739	481.355	102.616	27,0
80 y más	138.225	147.264	9.039	6,5
85 y más	69.905	80.684	10.779	15,4

La esperanza de vida en Castilla La Mancha alcanzó en 2019 los 83,6 años (86,0 años en mujeres; 81,2 años en los hombres). La evolución de los años de vida saludables al nacer (AVSn) y de los años de vida saludables a los 65 años (AVS₆₅) se muestra a continuación.

Tabla 2. Evolución de los años de vida saludables al nacer y a los 65 años. CLM y España. 2017

Fuente: Informe del Ministerio de SCBS (2019) "Esperanzas de vida en España 2017".
Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Ámbito	AVS _n		AVS ₆₅	
	2017	Diferencia 2016-2017	2017	Diferencia 2016-2017
España	63,2	0,0	10,1	0,0
Castilla-La Mancha	60,1	-0,2	9,5	-0,2

Es previsible que la alta proporción de personas mayores cree necesidades adicionales de prestación de asistencia sanitaria y social, lo que entraña considerables costes y cambios estructurales. Además, los problemas característicos de las zonas rurales y las regiones con baja densidad de población, derivados de la lejanía o el aislamiento, la escasez de instalaciones o las condiciones del mercado laboral, determinan un mayor riesgo de pobreza y exclusión social.

4.1.2. Socioeconómicos.

4.1.2.1. Nivel de formación.

El nivel de formación de la población adulta (de 25 a 64 años) es un indicador relacionado con el desarrollo y los niveles de empleo de la sociedad actual y futura.

En CLM, a final de 2019, según la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE, el nivel de formación académica superior alcanzado por la población adulta (de 25 a 64 años) era de un 30% (frente a un 38,6% en el conjunto del país), siendo más elevado que en España el porcentaje que no alcanza la formación de segunda etapa de Educación Secundaria, 48,5% (38,7% a nivel nacional). El porcentaje de población que ha completado la formación de segunda etapa de Educación secundaria es similar en CLM y España (próximo al 22%).

En cuanto al abandono escolar temprano (entre los 18 y los 24 años), según los datos del Sistema Estatal de Indicadores de Educación (informe 2019), en 2018 el porcentaje de abandono temprano de la educación y la formación en España fue del 17,9%. El porcentaje de abandono sigue siendo claramente más elevado entre los hombres (21,7%) que entre las mujeres (14,0%). En CLM el abandono temprano fue del 20,5% (24,8% entre los hombres y 15,5% entre las mujeres).

4.1.2.2. Hogares y su entorno.

En cuanto a la composición de los hogares de CLM, los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) en el año 2019, realizada por el INE, señalan que, del total de hogares en CLM (783.400), el modelo de hogar que predomina es el de pareja con hijos que conviven en el hogar, seguido por los hogares unipersonales, los de las parejas sin hijos que convivan en el hogar y los hogares monoparentales. Este patrón es el mismo a nivel nacional, con la salvedad de que en CLM predominan los hogares de parejas con dos hijos sobre los de pareja con un hijo, al contrario que en el conjunto del país. El 89,9% de los hogares de CLM está integrado exclusivamente por personas españolas.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2017, el porcentaje de población que valora como “mucho problema” algunas situaciones del entorno de su vivienda relacionadas con el estado de salud se presenta en la siguiente tabla, así como la variación respecto a la encuesta anterior (2012). La peor valoración se refiere a la calidad de las aguas de consumo, valoración que ha empeorado respecto a la encuesta anterior.

Tabla 3. Valoración de la población (%) de algunos problemas del entorno de la vivienda. CLM. 2012-2017

Fuente: INE. ENSE 2012 y 2017. Problemas de vivienda y medio ambiente. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Problema ¹	Ambos sexos 2012/2017	Hombres 2012/2017	Mujeres 2012/2017
Agua de consumo de mala calidad	12,4/17,2	10,2/16,9	12,4/17,2
Calles poco limpias	3,1/10,8	2,3/11,5	3,1/10,8
Escasez de zonas verdes	9,5/6,4	7,3/6,1	9,5/6,4
Presencia de animales molestos	4,3/14,9	3,2/15	4,3/14,9
Delincuencia, violencia, vandalismo	1,5/2,8	0,64/3,4	1,5/2,8

¹ Mucho problema.

4.1.2.3. Economía.

Según datos del INE, en el Informe de la Contabilidad Regional de España de 2019, la tasa de crecimiento anual del Producto Interior Bruto (PIB) en 2019 (1,5%), situaba a CLM por debajo del nacional (2,0%) y el de la UE-27 (1,6%) y en la undécima posición por CCAA. En cuanto al PIB por habitante, el de CLM se situaba en 2019 en 21.004€, mientras que el de la media nacional era de 26.426€ (UE-27 31.160€). CLM se sitúa en el puesto decimoquinto en PIB por habitante entre las CCAA y las ciudades de Ceuta y Melilla.

Gráfico 4. Tasa de crecimiento anual del PIB por regiones. 2019

Fuente: INE. Contabilidad regional de España 2019.

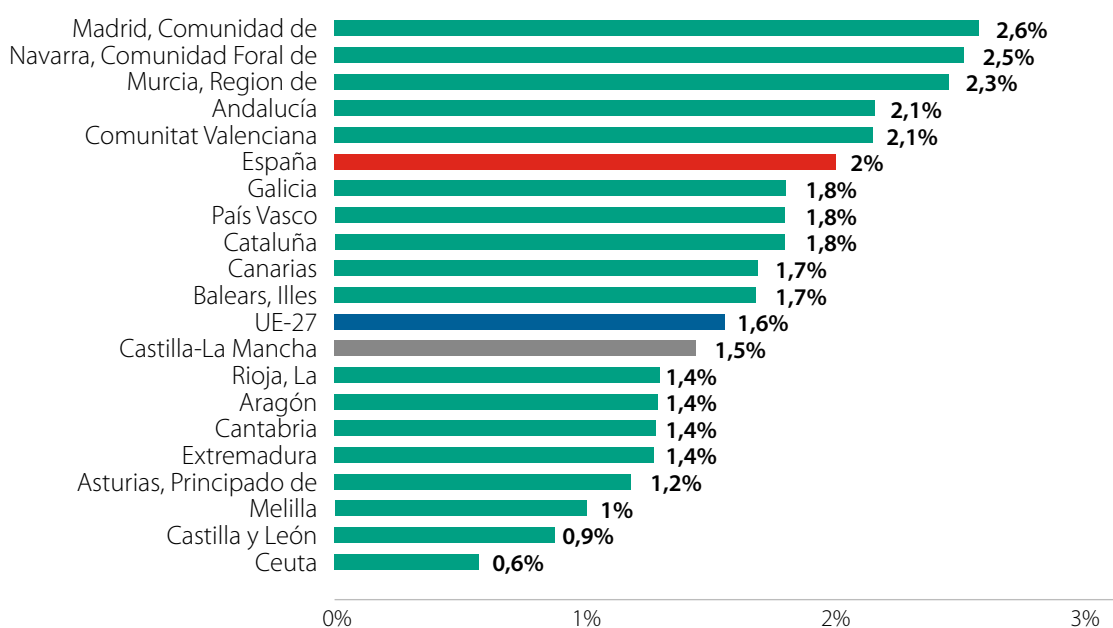


Gráfico 5. Evolución de la tasa de crecimiento interanual del PIB. CLM. 2008-2019

Fuente: INE. Contabilidad Regional de España 2019.

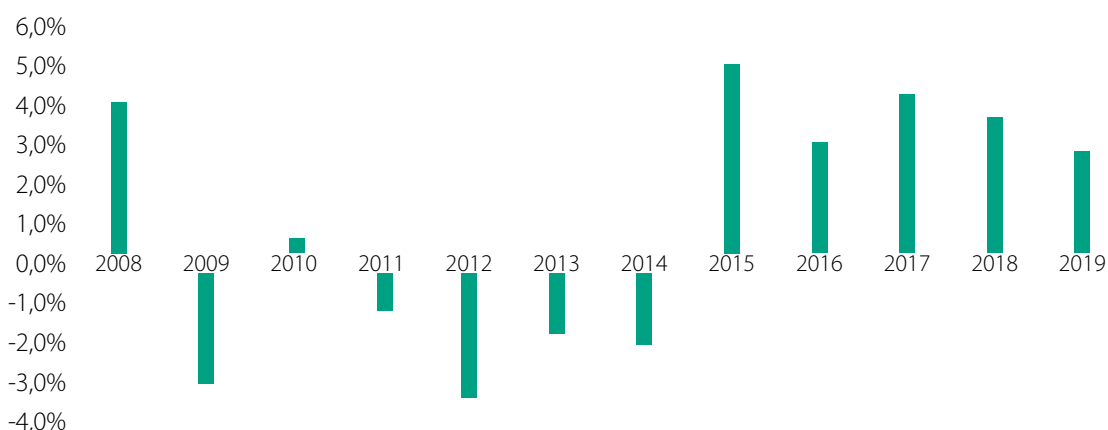
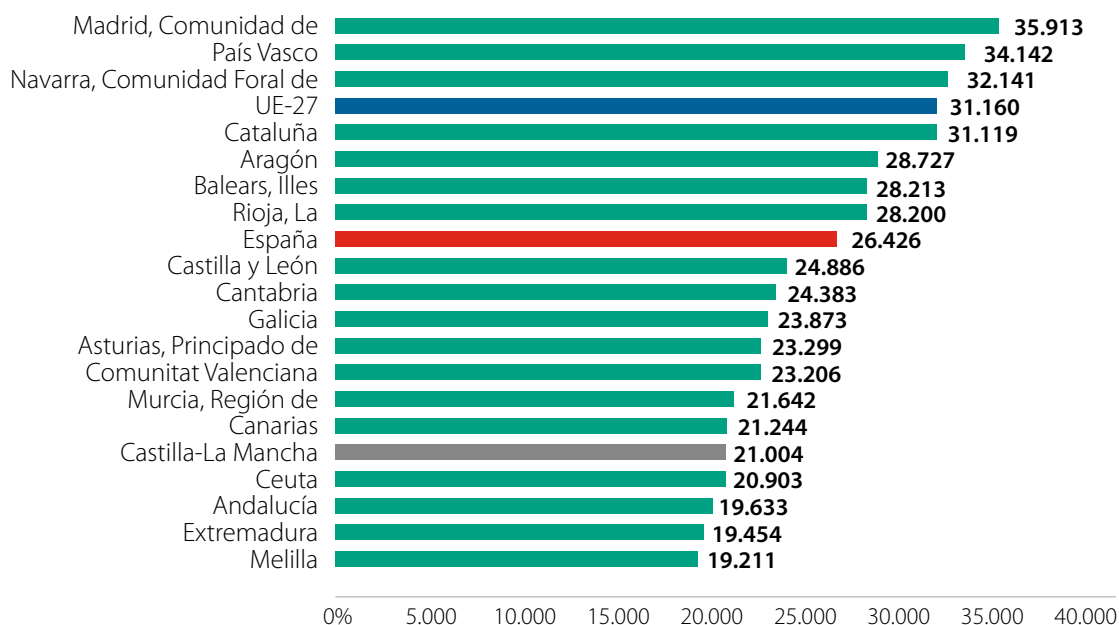


Gráfico 6. PIB per capita en euros por regiones. 2019

Fuente: INE. Contabilidad Regional de España 2019.



Las zonas escasamente pobladas y las regiones con baja densidad de población, como es el caso de CLM, se caracterizan por una economía frágil basada predominantemente en actividades relacionadas con la agricultura, niveles de renta inferiores a la media nacional o de la Unión Europea (UE) y aislamiento geográfico, con considerables dificultades de integración territorial con otras regiones; y sus economías tienden a crecer en mucha menor medida que la media de la UE o a estancarse, por lo que su desarrollo económico constituye un gran desafío.

4.1.2.4. Condiciones laborales, trabajo y desempleo.

En las zonas rurales de CLM, con baja densidad de población, los grupos de edad más jóvenes de la sociedad prefieren emigrar hacia las ciudades y regiones con una actividad económica más dinámica en busca de mejores perspectivas de empleo, ya que las oportunidades profesionales siguen siendo limitadas y se circunscriben a sectores específicos, como la agricultura y el turismo. A consecuencia de ello, se pierde mano de obra activa e iniciativas empresariales. El desempleo se encuentra, además, en la raíz del deterioro de las condiciones de vida de muchas personas y familias, con toda una serie de consecuencias relacionadas con la falta de ingresos, entre ellas, el deterioro de la salud.

Por otro lado, el envejecimiento poblacional se hace extensible a las características de la población activa y puede predisponer al desarrollo de enfermedades laborales y al aumento del riesgo de accidentes de trabajo.

La tasa de actividad² en Castilla-La Mancha, según la Encuesta de Población Activa (EPA), durante el primer trimestre de 2019 se situaba en el 58,6%, 0,27 puntos porcentuales por encima de la tasa nacional. La tasa de actividad de los hombres es del 65,6% y en mujeres se sitúa en el 51,6%. En términos interanuales, la tasa de actividad femenina en la región ha subido un 0,28%, mientras que la media nacional ha subido un 0,08%.

El número de personas ocupadas en Castilla-La Mancha durante el primer trimestre de 2019 se sitúa en 829.500, lo que supone un aumento del 6,72% (3,56 puntos de diferencia respecto la media nacional, que aumenta un 3,16%).

En cuanto a las tasas de paro³, en hombres era del 11,6%, lo que supone un descenso del 3,9% respecto al año anterior. La tasa de paro femenina ha bajado hasta los 21,0 puntos en Castilla-La Mancha, lo que supone un 6,3% menos que en el año anterior.

La mayor parte de la población castellano-manchega trabaja en el sector servicios (69,1%); seguido del sector industrial (16,0%); la construcción (8,2%); y la agricultura (6,7%).

4.1.2.5. Desigualdades, exclusión social y pobreza.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del INE de 2018, la situación económica de CLM durante los años de crisis ha supuesto un empobrecimiento de la calidad de vida y bienestar de personas y familias, unido a una distribución de la riqueza en la que la mayor parte se concentra en un pequeño porcentaje de la población. CLM ha sido la quinta comunidad autónoma (incluidas ciudades autónomas) con la renta media por persona más baja en 2017. En cuanto a las rentas medias por hogar, CLM estaba en el decimoquinto lugar (24.401 €), y por debajo de la media nacional (28.417 €). En CLM, en 2018, un 38,8% de los hogares no podía permitirse ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año, el 40,8% no tenía capacidad para afrontar gastos imprevistos, el 7,1% retrasaba los pagos relacionados con la vivienda principal y un 9,2% tenía mucha dificultad para llegar a fin de mes. La evolución de las rentas en CLM, entre 2009 y 2018, se presenta a continuación.

2. Porcentaje de personas de 16 años y más que está trabajando o en disposición de hacerlo o población "económicamente activa".

3. Parados son aquellas personas de 16 o más años que están sin trabajo, disponibles para trabajar y buscando empleo activamente.

Tabla 4. Evolución de las rentas (€). CLM. 2009-2018¹*Fuente: ECV (INE). Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Renta media por persona	9.631	9.892	9.105	8.878	8.425	8.545	8.498	8.731	9.533	9.533
Renta media por unidad de consumo²	14.712	15.130	13.720	13.307	12.673	12.824	12.725	13.106	13.604	14.305
Renta media por hogar	26.388	26.717	24.318	23.515	22.256	22.271	21.939	22.473	23.159	24.401

¹ La renta se refiere al año anterior de la encuesta.² Renta media por unidad de consumo: ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo (se toma la distribución de personas).

Las dos tablas muestran evolución positiva en todas las series de indicadores seleccionados, si bien, teniendo en cuenta el umbral de riesgo de pobreza calculado para 2018, en CLM el 29,9% de la población (26,1% a nivel nacional) estaba en riesgo de pobreza (indicador sintético de la desigualdad de renta disponible en relación con el conjunto de la población) y CLM se situaba en 2018 en el quinto lugar por CCAA en el indicador de "riesgo de pobreza" y en el sexto en crecimiento del indicador "carencia material severa".

El 12,3% de la población menor de 60 años residente en CLM vivía en 2018 en hogares con baja intensidad de empleo; es decir, quienes forman parte de ellos y están en edad de trabajar no lo han hecho durante el año anterior o lo han hecho por debajo del 20% de su potencial de trabajo.

Tabla 5. Riesgo de pobreza o exclusión social. CLM. 2009-2018*Fuente: ECV (INE) 2018. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE)	28,6	32,3	35,3	35,1	36,7	36,9	36,7	37,9	33,9	33,5
En riesgo de pobreza¹	24,8	28,3	29,4	30,0	31,3	28,4	28,5	31,7	28,1	29,9
Con carencia material severa	3,8	3,8	3,9	5,7	5,8	8,7	8,5	7,6	9,9	7,2
Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (0-59 a.)	6,0	11,3	14,8	15,3	19,9	14,9	15,6	18,8	12,8	12,3

¹ Renta año anterior a la entrevista.

Esta situación se traduce, entre otros aspectos básicos, en la dificultad de un numeroso grupo de población para configurar un nivel de vida normalizado acorde a los estándares actuales de la sociedad, que incluye el cuidado de la salud, el tratamiento de la enfermedad, la elección de productos para la vida cotidiana y el acceso a las actividades de tiempo libre.

Los factores psicosociales influyen en las actitudes, vivencias y formas de enfermar y de morir. Entre ellos se encuentran los determinantes psicosociales de género⁴. La desigualdad y los estereotipos sociales mantienen a las mujeres en posiciones de subordinación y desventaja; esta situación perpetúa la pobreza y aumenta el riesgo para su salud.

4.1.3. Medioambientales.

4.1.3.1. Calidad de las aguas de consumo humano.

Mediante la supervisión de las actuaciones de quienes las gestionan y la vigilancia sanitaria de las infraestructuras ligadas a los abastecimientos de agua de consumo humano, se asegura una mayor disponibilidad y accesibilidad de agua sana y limpia.

La tendencia observada a través de los controles realizados es de mejora progresiva en la aptitud del agua. No obstante, es necesario continuar con la vigilancia de los abastecimientos y el incremento de los recursos de captación, potabilización, tratamiento y distribución de las aguas de consumo humano.

La Red de Laboratorios de Salud Pública participa de manera fundamental en la vigilancia y control de aguas de consumo y dispone de un sistema de calidad con métodos analíticos acreditados por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

4.1.3.2. Calidad del agua de usos recreativos y recursos naturales.

Con la elaboración del censo oficial de piscinas y zonas de baño, se ha avanzado en la vigilancia sanitaria de estas instalaciones y sus entornos, así como en el control de la calidad de sus aguas. A pesar de este avance, el porcentaje de piscinas y zonas de baño con aguas no aptas para el baño se mantiene estable respecto a años anteriores.

4.1.3.3. Aguas residuales.

El saneamiento y depuración de aguas residuales, a través de las estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR), son esenciales tanto para la salud pública como para el medio ambiente. La Administración autonómica ha dotado a la red hidráulica de 211 EDAR, que están en explotación, y 19 en construcción, previstas en el programa integral de depuración que contará con 556 EDAR, con el objetivo de que la totalidad de las poblaciones tengan un tratamiento adecuado de sus aguas residuales.

Por otro lado, el uso racional de los recursos hídricos obliga a reutilizar las aguas residuales depuradas para otros usos, como el riego de cultivos, jardines, parques y limpieza viaria. Para ello, las aguas regeneradas deben cumplir con la calidad adecuada al uso al que se destinan, por lo que deben disponer de un informe previo de la autoridad sanitaria con carácter vinculante.

4. Velasco, Sara. 2008.

4.1.3.4. Residuos sólidos.

En el ámbito regional, el Plan Integrado de Gestión de Residuos de Castilla-La Mancha es el marco de referencia para la implantación en el territorio de CLM de las actuaciones necesarias para la prevención y correcta gestión de todos los residuos. El Plan tiene, entre sus objetivos estratégicos, el de *“minimizar los riesgos potenciales para la salud humana y el medio ambiente por medio de una gestión eficiente de los residuos basada en los principios de la economía circular”*. La consecución de los objetivos fijados en el Plan se aborda mediante nueve programas de actuación, incluyendo, en primer lugar, un programa transversal que recoge aquellos objetivos y medidas comunes a todos los tipos de residuos y, posteriormente, aquellos específicos para los flujos de residuos cuya magnitud, impacto ambiental asociado o requisitos legales requieren de medidas concretas.

Las Entidades Locales asumen la gestión de los residuos recogidos y tratados procedentes de los hogares y del sector servicios (comercios, oficinas e instituciones públicas o privadas). De acuerdo a los últimos datos de la Consejería de Desarrollo Sostenible, en 2018 se recogieron 921.070,91 tn de residuos domésticos en Castilla-La Mancha. De este total de residuos domésticos recogidos en la comunidad, el 12% se realiza mediante recogida de forma separada, quedando incluidos residuos de vidrio, papel y cartón, residuos plásticos, envases mixtos y embalajes mezclados y otros (residuos de madera, textiles, pilas y acumuladores, residuos animales y vegetales, residuos eléctricos, etc.).

4.1.3.5. Calidad del aire.

A través de la Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire en Castilla-La Mancha se miden contaminantes como los óxidos de azufre (SO_x), los óxidos de nitrógeno (NO_x), el monóxido de carbono (CO), el ozono troposférico (O₃), el material particulado (PM), así como de contaminantes como los compuestos orgánicos volátiles (COV's), el plomo (PB), los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP's) y determinados metales pesados. Actualmente, la Red consta de 12 estaciones fijas, repartidas por las cinco provincias de la región, y dos unidades móviles, que se usan como estaciones remotas para la realización de campañas de medición específicas.

Los últimos datos obtenidos de la evaluación de la calidad del aire en Castilla-La Mancha ponen de relieve que se cumplen en todo el territorio los valores límite de los niveles de partículas, NO₂, SO₂ y benceno. En cuanto al ozono, se registran superaciones del valor objetivo (120 µg/m³) puntual y de forma localizada, si bien esta superación de los valores legislados para este contaminante secundario se distribuye a lo largo de todo el territorio nacional y no solo en la región, tal y como lo recoge el actual Plan Nacional de Calidad del Aire y Protección de la Atmósfera 2013-2016 (Plan Aire 2013-2016), que pone de manifiesto la existencia de superaciones frecuentes y generalizadas de los valores objetivo de ozono troposférico en prácticamente toda la geografía española.

4.1.3.6. Calidad del suelo.

Se define suelo contaminado como aquel cuyas características han sido alteradas negativamente por la presencia de componentes químicos de carácter peligroso procedentes de la actividad humana, en concentración tal que comporte un riesgo inaceptable para la salud humana o el medio ambiente y así se haya declarado mediante resolución expresa. En la actualidad, CLM no tiene declarado ningún suelo contaminado, aunque dispone de un proyecto de recuperación

voluntaria. Este proyecto permite la descontaminación del suelo, para cualquier uso previsto de éste, sin la previa declaración del suelo como contaminado.

4.1.3.7. Seguridad alimentaria.

Corresponde a la Dirección General de Salud Pública (DGSP) la realización de los controles oficiales necesarios para asegurar el cumplimiento de la normativa de seguridad alimentaria por parte de las empresas y establecimientos alimentarios ubicados en CLM, así como garantizar una correcta información al consumidor, especialmente aquella con posibles repercusiones en su salud. Las actuaciones se realizan por profesionales de diferentes ámbitos, fundamentalmente personal farmacéutico y veterinario.

En 2018 CLM disponía de un censo total de establecimientos alimentarios que ascendían a 33.776. Los incumplimientos detectados en las inspecciones se refieren fundamentalmente a tres áreas: incumplimientos estructurales (0,90%), operacionales (2,30%) y de etiquetado (0,29%).

Igualmente, se realiza toma de muestras para la vigilancia y control de los riesgos alimentarios. En los muestreos realizados se detecta un porcentaje de incumplimiento del 1,8% de las muestras, del cual el 44% corresponde a contaminación biótica y el 56% a contaminación abiótica. Por sectores, el mayor porcentaje de incumplimiento se ve en el sector cárnico seguido del lácteo.

4.1.3.8. Zoonosis.

El crecimiento progresivo de la actividad cinegética en CLM ha determinado un aumento de la densidad de las poblaciones de las especies cinegéticas silvestres, situación que puede favorecer la propagación de enfermedades animales. Las zoonosis con mayor prevalencia en animales de abasto y silvestre de CLM son la tuberculosis y la triquinosis.

La vigilancia de la **tuberculosis animal** se centra en las industrias lácteas, mataderos y salas de tratamiento de caza y lidia. En el caso de la industria láctea, se vigila la gestión de las entidades proveedoras y el adecuado tratamiento de la materia prima. En el caso de la detección de tuberculosis en piezas procedentes de actividades cinegéticas durante las últimas temporadas de caza, la tendencia de la tasa de prevalencia en animales silvestres evidencia un crecimiento significativo.

La **triquinosis** es prácticamente inexistente en cerdo blanco debido al tipo de producción gestionada por integradoras y su sacrificio en mataderos, pero en animales silvestres está muy extendida. Los datos de prevalencia de infestación por triquina en los jabalíes de CLM permiten constatar el incremento de la misma, por lo que es necesario actuar en el sector primario y mantener la presión del control y vigilancia sobre la carne de caza y su trazabilidad. El total de piezas procedentes de CLM retiradas del mercado por positividad a Triquinosis durante las temporadas de caza 2017-2018 ha sido de 177. En CLM no se han notificado casos en humanos de triquinosis en 2017 ni en 2018.

La **brucelosis** es una zoonosis en vías de control y sujeta a programas de erradicación en animales. Debido al éxito de estos programas, la incidencia en humanos ha descendido drásticamente y su distribución geográfica se suele corresponder con la del ganado ovino y caprino en España. En

CLM se registraron 2 casos en humanos en 2017 (tasa de 0,10 casos por 100.000 hab., similar a la de España). No hay casos notificados en CLM durante 2018.

La **hidatidosis** es una zoonosis parasitaria en franco retroceso desde los años ochenta, cuando se pusieron en marcha programas de control y erradicación basados en la desparasitación y control de perros y en el control de vísceras en mataderos y de cadáveres en el campo, así como en la información a profesionales y población. En 2017 se declararon 17 casos en humanos en CLM (0,84 casos por 100.000 hab.; 0,18 a nivel nacional). En 2018 se notificaron 8 casos en humanos en CLM (tasa de 0,39 casos por 100.000 hab.; 0,15 a nivel nacional). Los datos de detección de hidatidosis en mataderos de la región muestran una clara tendencia descendente desde 2013.

Desde la confirmación, en el año 2000, del primer caso de **encefalopatía espongiforme transmisible** (EET) en España, CLM representa el 1% de los focos ocurridos en España desde entonces. El programa de vigilancia, tanto pasiva como activa, y la toma de muestras continúa actualmente, según se determina en el Programa Nacional plurianual de vigilancia, control y erradicación de la Encefalopatía Espongiforme Bovina.

Se vigilan, además, otras **zoonosis emergentes** como son Influenza Aviar, Fiebre Q, Virus Chikungunya, Virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo, Virus del Nilo Occidental y Virus Zika.

A su vez, desde la DG de Agricultura y Ganadería, se llevan a cabo en CLM programas de vigilancia, control y erradicación de enfermedades animales que incluyen, al menos, tuberculosis, brucelosis, EEB y salmonelosis.

4.1.3.9. Prevención del riesgo de legionelosis.

El desarrollo socioeconómico de la comunidad autónoma ha producido un aumento de instalaciones que utilizan agua en su funcionamiento con posibilidad de producir aerosoles, pudiendo convertirse en focos de propagación de *Legionella* y provocar brotes comunitarios y nosocomiales de cierta magnitud, susceptibles de generar una gran alarma social.

Actualmente se considera a todas las instalaciones de igual riesgo potencial. En 2018 se registraron en CLM 54 casos confirmados de legionelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 2,66 casos por 100.000 hab.

4.1.3.10. Riesgos químicos.

Para el control de riesgo químico en el conjunto de la cadena de suministro de productos químicos, desde el año 2009, CLM participa en los proyectos propuestos por la Agencia Europea de Productos Químicos (ECHA). Estos proyectos se basan en la comprobación del cumplimiento de la normativa europea en cuanto a las obligaciones, restricciones e información, a lo largo de la cadena de suministro. Asimismo se mantiene activo el nivel de vigilancia de incidencias notificadas a través del sistema de intercambio rápido de información sobre productos químicos y se han desarrollado campañas específicas de productos como pinturas, biocidas, limpiadores, productos de tratamiento de aguas de consumo y de piscinas, detergentes y tintas, etc.

4.1.4. Estilos de vida.

4.1.4.1. Consumo de drogas.

Según los datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2017-18, la sustancia más consumida en CLM por la población general es el **alcohol**. El 89,7% de la población de 15 a 64 años ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión en la vida, un 63,9% en el último año y algo más de la mitad en el último mes (53,4%). Estas cifras de consumo son inferiores, en los tres indicadores, al conjunto de España.

En cuanto al consumo abusivo de alcohol, el 17,5 % de la población de 15 a 64 años en CLM se ha emborrachado en el último año, proporción algo menor que la media nacional (18,6%). Respecto a la encuesta de 2015, este porcentaje ha aumentado considerablemente en la región, en más de 3 puntos porcentuales.

El **tabaco** es la segunda droga en cuanto a las prevalencias de consumo. En CLM, el 68% de la población ha fumado tabaco alguna vez en la vida, un 38,4% ha fumado en los últimos 30 días y, a diario, lo hacen el 34,7%, cifras inferiores a las de años anteriores. Se trata de porcentajes de consumo muy similares a los observados a nivel nacional. El número medio de cigarrillos fumados al día no ha variado respecto a la encuesta anterior y se sitúa en 12,7, cifra muy semejante a la media nacional (12,5).

El **cannabis** es la más sustancia ilegal más extendida. Aproximadamente 1 de cada 4 personas de 15 a 64 años en CLM ha consumido cannabis alguna vez en la vida (28,9%) y un 7,6% ha consumido cocaína (5,1% en la encuesta anterior).

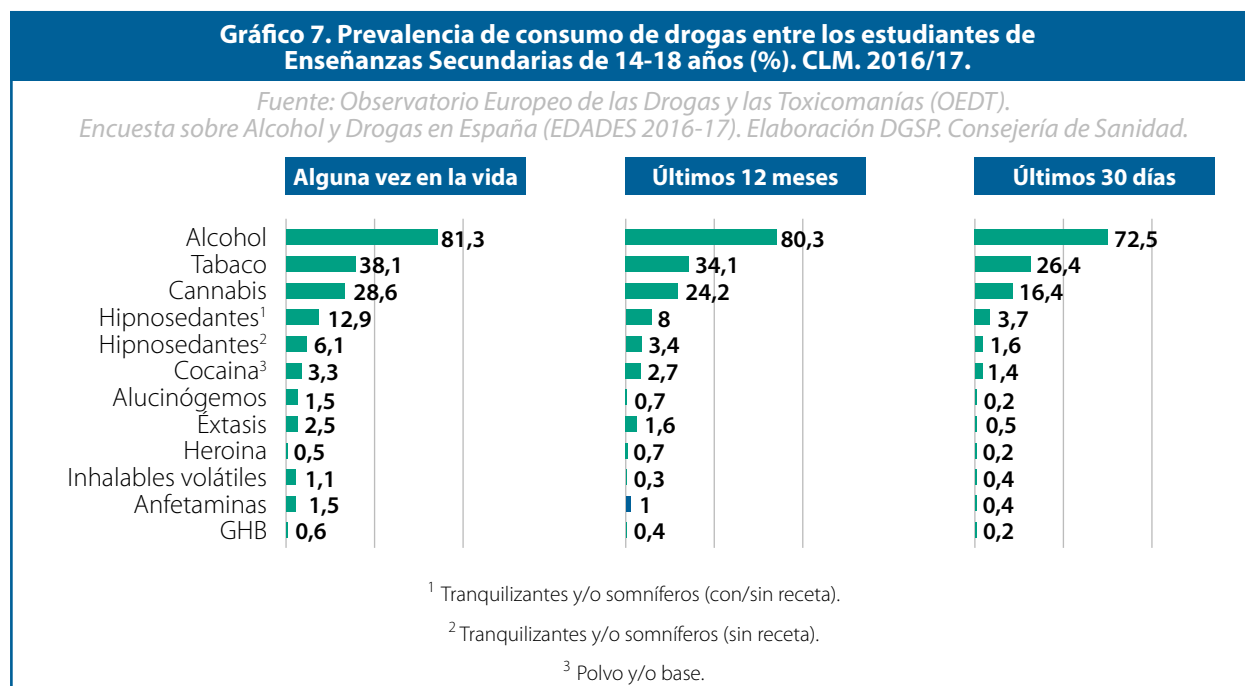
En cuanto al resto de sustancias ilegales, el porcentaje de población que ha consumido éxtasis, alucinógenos, anfetaminas o heroína es minoritario, situándose por debajo del 3%.

En la evolución de los consumos, se observan fluctuaciones a lo largo de los años que, en conjunto, muestran cierta estabilidad. En relación al territorio nacional todos los tramos temporales analizados reflejan un menor consumo en la región respecto a la media española.

Por lo que se refiere a la **población escolarizada** en CLM entre 14 y 18 años, las sustancias psicoactivas más extendidas son el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 80,3% de los alumnos de enseñanzas secundarias ha bebido alcohol en alguna ocasión en los últimos 12 meses, el 34% ha fumado tabaco y el 24% ha consumido cannabis alguna vez en el último año. El alcohol es la droga más aceptada. Su consumo se mantiene en valores similares a los de la encuesta anterior, si bien se aprecia un aumento de las cifras de consumo problemático, como el número de borracheras o atracones de alcohol (binge drinking). El abuso del alcohol entre los adolescentes es uno de los problemas que refleja con mayor claridad la encuesta: más de la mitad de los estudiantes (54,7%) se ha emborrachado alguna vez en la vida; en concreto, más de 1 de cada 4 se ha emborrachado con 14 años y 4 de 5 con 18 años. En relación al territorio nacional, los consumos de los estudiantes de la región continúan siendo superiores a los nacionales; también en lo que se refiere a los consumos más intensivos.

La cuarta sustancia más popular entre los estudiantes son los hipnosedantes (que comprenden tranquilizantes, sedantes y somníferos, con y sin receta médica) con una prevalencia del 8% para el tramo temporal de los últimos 12 meses.

La droga ilegal más importante, tras el cannabis, es la cocaína con un 3,3% de estudiantes que la han probado alguna vez en la vida. Respecto al consumo del resto de sustancias (como éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, etc.), no supera en ningún caso el 2,5% de prevalencia.



Los datos de evolución muestran una subida en los consumos de las sustancias más importantes respecto a la encuesta anterior. Especialmente significativo es el aumento del cannabis en el último año (con una subida de 4 puntos porcentuales), el consumo de tabaco en los últimos 12 meses y el uso de alcohol intensivo. También se observan consumos algo mayores en drogas ilegales minoritarias como el éxtasis, las anfetaminas e inhalables. Se mantienen en niveles similares a los estudios anteriores, la cocaína y los alucinógenos y por el contrario disminuye ligeramente el uso de hipnosedantes, con y sin receta médica.

4.1.4.2. Otras adicciones.

Existen hábitos y alternativas de ocio, que cuando se intensifican pueden derivar en lo que se han llamado **adicciones comportamentales o sin sustancia**. Dentro de estos hábitos encontramos como los más prevalentes entre la población adolescente, el juego con dinero y el uso abusivo de internet. Respecto al primero, cabe decir que el 6,4% de los estudiantes de 14 a 18 años indica haber jugado dinero en Internet en los 12 meses previos a la realización de la encuesta y cerca del 14,4 % fuera de Internet en dicho periodo, cifras muy similares a la media del territorio nacional. Este tipo de juegos está más extendido entre los chicos y, en general, aumenta a medida que se incrementa la edad.

Además, el uso de internet como alternativa de ocio está totalmente generalizado entre los alumnos de 14 a 18 años, con independencia del género o de la edad de los estudiantes. El tiempo medio dedicado a descargar música, vídeos, películas o series en un 34,2% de los casos es de 1 hora diaria. El uso de redes sociales para el 39% de los jóvenes ocupa 4 horas o más y utilizar mensajería, como WhatsApp, para la mitad de ellos también supone emplear 4 horas o más al día.

Especial mención merecen los juegos de realidad virtual, que constituyen una alternativa de ocio semanal para el 35,6% de los jóvenes. Se trata de un hábito notablemente más extendido entre los chicos (casi 6 de cada 10 juega semanalmente) que entre las chicas. Entre los que juegan, cada día que lo hacen emplean alrededor de 1 hora (18,8% en Castilla-La Mancha y 16,8% en España).

4.1.4.3. Hábitos alimenticios.

Según los datos referidos a CLM de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del INE de 2017, los hábitos alimenticios de los castellano-manchegos varían respecto del resto de los españoles en algunos de ellos, como el desayuno, así como en el consumo de algunos grupos de alimentos. Solo el 5,6 % de la población entre 1 y 14 años de CLM toma un desayuno completo, incluyendo algo líquido, fruta o zumo y pan, tostadas, galletas, cereales o bollería (13,5% a nivel nacional).

Con respecto al resto de los españoles, los castellano-manchegos ingieren en mayor proporción la cantidad recomendada de fruta fresca, carne, huevos, pescado, legumbres y lácteos. Sin embargo, son menos los castellano-manchegos que toman la cantidad recomendada de verduras, ensaladas y hortalizas. En el caso del consumo de embutidos y fiambres, dulces, comidas rápidas y aperitivos o comidas saladas para picar, los datos son superiores a las cantidades recomendadas.

En cuanto a los alimentos consumidos en los comedores escolares, en la actualidad se observa un déficit de consumo de legumbres y verduras.

En los últimos años se ha observado un aumento de la prevalencia de las alergias alimentarias. Gran parte de las reacciones alérgicas graves ocurren cuando se come fuera de casa. En CLM hay un elevado porcentaje de colegios que tienen entre su alumnado algún niño alérgico, fundamentalmente a huevos y derivados (31% de los centros), lácteos (28%), pescados y crustáceos (28%), frutas (24%), frutos secos (22%) y otros (28%). Si bien no todos los colegios ofrecen menús alternativos para todas las posibles alergias alimentarias, la oferta ha aumentado de forma considerable. Estos menús son similares, en composición, a los menús basales, por este motivo presentan las mismas deficiencias y mejoras que para el resto de escolares.

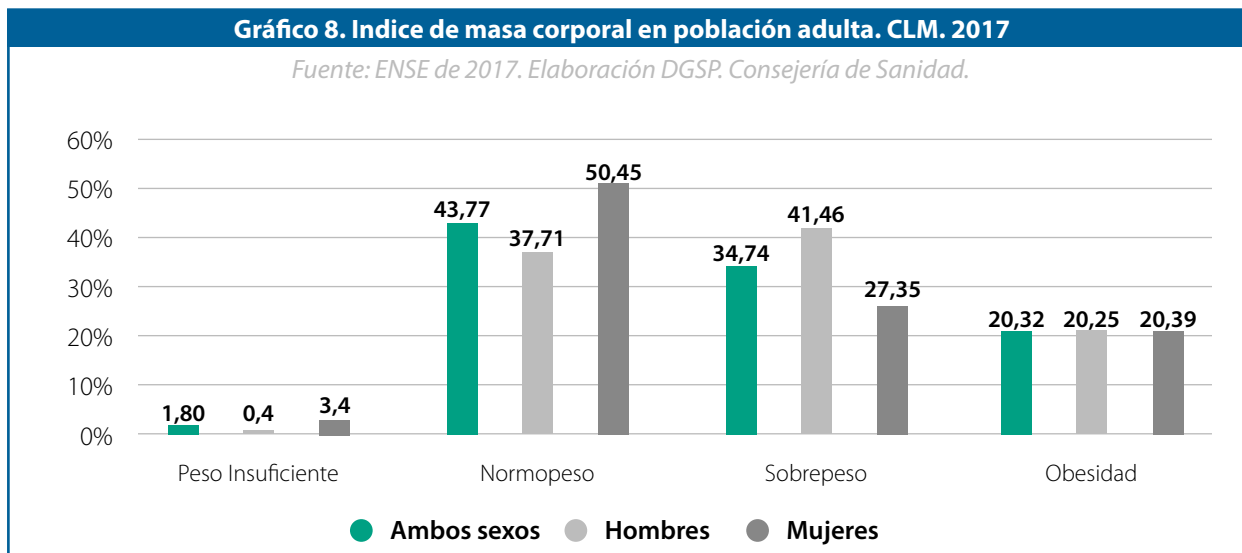
Además, un 32% de los colegios tienen entre su alumnado algún niño o niña celíacos. Se debe trabajar desde todos los ámbitos para el control adecuado de los alimentos aptos para la celiaquía y ampliar los controles relativos a las dietas sin gluten en comedores colectivos.

4.1.4.4. Actividad física, sobrepeso y obesidad.

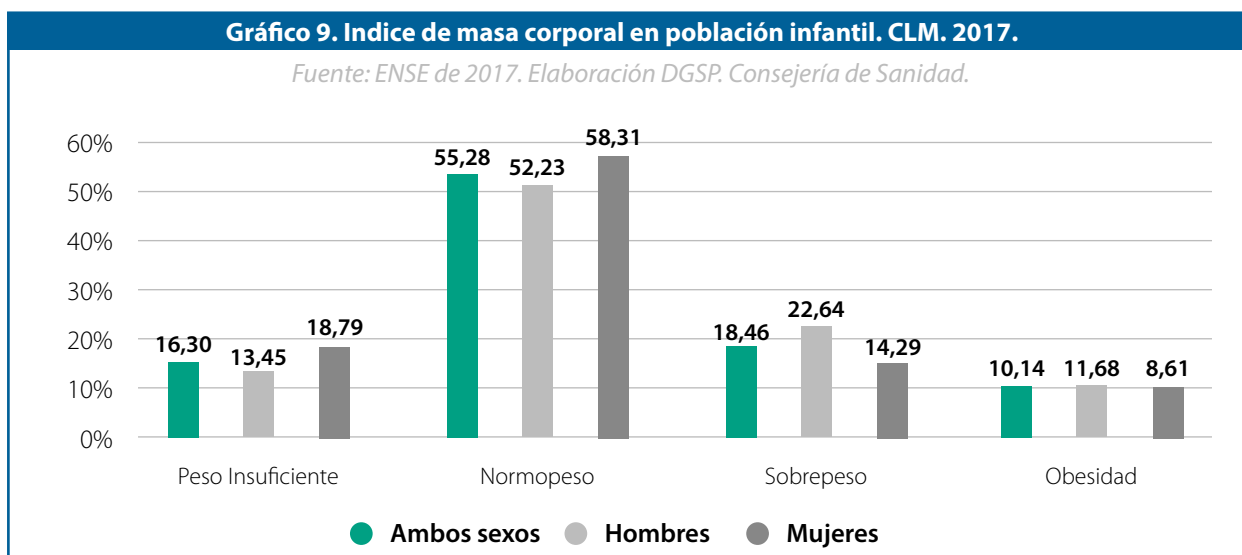
Según la ENSE de 2017, en CLM, el 55,1% de la población mayor de 18 años presenta sobrepeso u obesidad, porcentaje algo superior al nacional (54,5%) y más bajo que en la encuesta anterior, de 2012 (56,3%). Este porcentaje es especialmente relevante en los hombres, con un 61,7% de sobrepeso u obesidad.

En relación a la actividad física, existen diferencias por sexos, tanto en España como en CLM. Un 36% de la población entre 15 y 69 años de CLM tiene un nivel bajo de actividad física (35,3% en España), según las recomendaciones de la OMS sobre actividad física. El porcentaje de mujeres inactivas en CLM es del 38,4 (37% en España) frente al 33,7% de los hombres).

Teniendo en cuenta la actividad física en el trabajo o actividad principal de la población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a labores del hogar, un 37% de las personas en CLM están sentadas la mayor parte del día (38,3 a nivel nacional), un 3% más los hombres que las mujeres, diferencia casi inexistente a nivel nacional. Paralelamente, el sedentarismo (referido a la actividad física en el tiempo de ocio) es más frecuente en CLM (43,1%) que en el conjunto de España (36,0%) y es mayor en mujeres que en hombres.



En cuanto a la **población infantil** (2 a 17 años), el porcentaje de ésta que padece sobrepeso u obesidad ha ido en aumento en los últimos años, siendo en CLM del 28,6% (10,1% obesidad y 18,5% sobrepeso), la misma cifra que en el conjunto de España. Este porcentaje ha aumentado desde que se realizó la encuesta anterior en 2012 (26,8%).



4.1.4.5. Salud sexual y reproductiva.

Según la encuesta de fecundidad del INE de 2018, el 90,6% de las mujeres de CLM menores de 30 años no tenían ningún hijo (88% a nivel nacional). Tampoco el 12% de las de 40 y más años (19% a nivel nacional).

En 2018, según los datos del INE, hubo 362 **partos en mujeres menores de 20 años** residentes en CLM, 4 de ellos en menores de 15 años. La edad media de maternidad en CLM para el primer hijo en 2018 era de 32 años (31 años la nacional). El número medio de hijos por mujer es de 1,27 aproximadamente igual que en España.

La población estimada entre 15 y 44 años (INE) era en enero de 2017 de 403.973 mujeres en CLM. Según el informe "Interrupción Voluntaria del Embarazo" del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), los datos definitivos correspondientes al año 2017 revelan que se realizaron 3.023 IVE en CLM. De ellas, 2.189 se realizaron antes de la semana 9 de gestación, 659 entre las semanas 9 y 14, 173 entre las semanas 15 y 22 y 2 a partir de la semana 23.

La tasa de **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad en 2017 en CLM fue de 7,5 (10,5 a nivel nacional), invirtiéndose ligeramente la tendencia descendente de los últimos cinco años. Del total de IVE, en 2.674 casos la IVE fue "A petición de la mujer" y en los 349 casos restantes los motivos fueron "Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable", "Riesgo de graves anomalías en el feto" y "Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada".

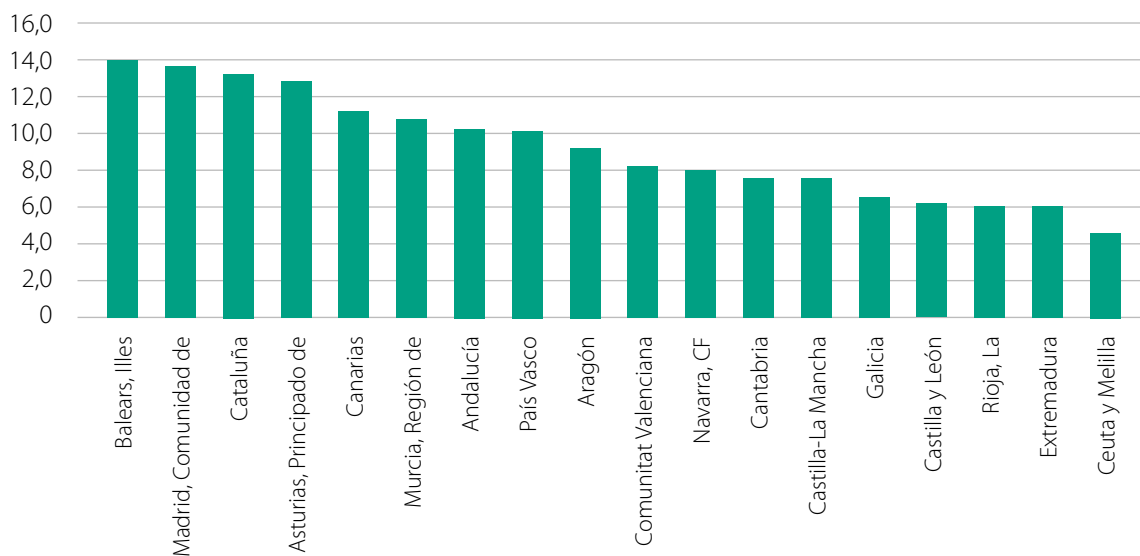
Tabla 6. I.V.E. Número de IVE según grupo de edad. CLM. 2017

Fuente: MSCBS. Informe 2018. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Edad	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Nº IVE	18	345	590	672	640	533	206	19

Gráfico 10. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según comunidad autónoma de residencia y total nacional. Año 2017.

Fuente: MSCBS. Informe 2018.



La distribución de las IVE en CLM según algunas características demográficas y sociales en 2017 fue la siguiente:

Tabla 7. Nº de IVE según nivel de instrucción. CLM. 2017*Fuente: MSCBS. Informe 2018. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.*

Estudios	Analfabeta sin estudios	Primer grado	ESO y equivalentes	Bachillerato / FP	Escuelas univ. y facultades	No clasificable	NC
Nº IVE	51	691	1.021	881	370	4	5

Tabla 8. Nº de IVE según situación laboral de la mujer. CLM. 2017*Fuente: MSCBS. Informe 2018. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.*

Situación laboral	Trabajo cuenta propia	Trabajo cuenta ajena	Pensionista	Estudiante	Desempleo/ sin empleo	Trabajo doméstico no remunerado	Otras	NC
Nº IVE	87	1.435	9	401	840	840	28	8

Algunos de los cambios asociados a la salud reproductiva en los últimos años son el aumento de los problemas de fertilidad, el mayor número de embarazos múltiples, debido a los tratamientos de fertilidad, y el incremento de morbilidad en el embarazo por el retraso de la maternidad.

La oferta de reproducción asistida en el ámbito del Sescam incluye el estudio de esterilidad, que se está realizando ya en los 14 hospitales de la red pública regional. De igual manera, en ocho hospitales se realiza la inseminación artificial con semen de pareja. Por otra parte, el Sescam está analizando en qué hospitales debe realizarse el proceso de inseminación con semen de donante. Igualmente, hay dos Unidades de Reproducción Humana Asistida que actualmente realizan fecundación in vitro en la región, ubicadas en los hospitales de Albacete y Toledo.

Se detecta un déficit en educación afectivo-sexual en jóvenes y en el acceso de éstos a los servicios sanitarios, considerando necesaria la promoción de una educación afectivo-sexual con enfoque de género, promoviendo modelos igualitarios y no sexistas que generen relaciones afectivas sanas desde el respeto al cuerpo de las personas, especialmente el de las mujeres.

Para garantizar el acceso a la anticoncepción y el derecho a decidir libremente sobre la reproducción, un aspecto esencial es el acceso a los servicios sanitarios de toda la población, especialmente de la más joven.

La salud sexual y reproductiva debe ser una prioridad en las políticas sanitarias, no sólo para prevenir los embarazos no planificados sino para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y en particular de las mujeres.

4.1.4.6. Hábitos de higiene bucodental.

Según la ENSE de 2017, el 11,24 % de la población de 3 y más años de CLM se cepilla los dientes tres o más veces al día, porcentaje notablemente inferior al correspondiente al conjunto de España (29,6%). El 60,3% de la población de CLM se cepilla los dientes dos veces al día y el 23% una vez al día. La proporción de población en CLM que nunca se cepilla los dientes es del 0,4%, porcentaje inferior al total nacional (1,8%).

4.2. Estado de salud.

4.2.1. Análisis de la mortalidad.

Los datos sobre defunciones en 2018 en CLM dieron una tasa bruta de mortalidad ajustada por edad, por todas las causas, de 425,56 fallecidos por 100.000 habitantes (440,57 en España). La evolución de las tasas ajustadas de mortalidad desde el año 1999 ha sido descendente, con un repunte desde 2014; las de CLM por debajo de las nacionales hasta 2018.

Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo. Causas más frecuentes. España y CLM. 2018

Fuente: MSCBS. Portal estadístico. Causa Muerte CIE 10. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Causas más frecuentes de defunción	España			Castilla-La Mancha		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Enf. isquémicas del corazón	32,4	49,1	18,6	26,3	39,1	14,8
Enf. cerebrovasculares	24,2	27,9	20,9	22,6	25,4	20,0
Tumor maligno de bronquios y de pulmón	32,8	55,5	13,9	32,4	58,5	8,8
Demencia¹	16,1	15,0	16,5	15,2	13,2	16,3
Insuficiencia cardiaca	35,9	41,6	30,6	36,6	36,9	29,9
Enf. crónicas de las VRI	13,9	24,9	6,3	16,3	30,6	5,7
Enf. de Alzheimer	12,1	9,6	13,5	11,3	9,2	12,8
Cáncer de colon	26,7	43,0	15,0	28,5	47,1	14,3
Enf. hipertensiva	9,8	9,2	10,0	8,6	9,7	10,4
Diabetes mellitus	8,9	10,6	7,4	9,1	10,6	7,6
Neumonía	8,8	12,3	6,5	9,8	12,6	7,7
Insuficiencia renal	5,8	7,3	4,9	6,2	7,9	5,0
Cáncer de mama	8,6	0,2	15,8	8,6	0,4	16,2
Cáncer de páncreas	9,1	11,1	7,2	8,6	11,1	6,2
Cáncer próstata	-	13,8	-	-	13,3	-

¹ F00 demencia en la enfermedad de Alzheimer G30.-/+, F01 demencia vascular, F02 demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte, F03 demencia, no especificada.

Las tasas ajustadas de mortalidad por algunos grupos de causas, en 2018, se presentan en la siguiente tabla. Se observa como primera causa el grupo de los tumores, seguido por las enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio, sistema nervioso y digestivo. Además, destacan las causas externas de morbilidad y mortalidad.

Tabla 10. Tasas Ajustadas de Mortalidad¹. Algunos grupos de causas. España y CLM. 2018

Fuente: MSCBS. Portal estadístico. Causa Muerte CIE 10. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Grupos de causas	España	C-LM
(A00-B99) Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,8	8,6
(C00-D48) Tumores	140,3	137,4
(D50-D89) Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1,9	2,2
(E00-E90) Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,6	13,0
(F00-F99) Trastornos mentales y del comportamiento	17,1	16,2
(G00-G99) Enfermedades del sistema nervioso	24,4	22,9
(I00-I99) Enfermedades del sistema circulatorio	112,2	101,9
(J00-J99) Enfermedades del sistema respiratorio	47,6	51,4
(K00-K93) Enfermedades del sistema digestivo	22,9	22,7
(L00-L99) Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1,5	1,9
(M00-M99) Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4,3	4,0
(N00-N99) Enfermedades del sistema genitourinario	11,4	12,5
(P00-P96) Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,6	1,9
(Q00-Q99) Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,1	2,0
(R00-R99) Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,7	10,7
(V01-Y98) Causas externas de morbilidad y de mortalidad	22,1	20,0

¹ Tasas ajustadas por edad (por 100.000 habitantes).

Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad por sexo. Algunas causas externas de defunción. España y CLM. 2018

Fuente: MSCBS. Portal estadístico. Causa Muerte CIE 10.

	España			Castilla-La Mancha		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Suicidio	6,2	9,4	3,1	4,9	7,3	2,6
Caídas accidentales	3,3	4,6	2,2	4,9	6,8	3,3
Accidentes de tráfico y transporte terrestre¹	3,9	6,3	1,6	4,1	7,0	1,0

¹ Incluye peatones, ciclistas, motoristas y ocupantes de vehículos.

Según las estadísticas de defunciones del INE, en CLM se produjeron 37 defunciones de menores de un año en 2018. Entre las causas de defunción destacan las "Afecciones originadas en el período perinatal" (18), que suponen el 48,6% de las defunciones de este grupo de edad, seguidas de las "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas" (12).

La tasa de mortalidad infantil en 2018 fue de 2,25 defunciones de menores de un año por 1.000 nacidos vivos (2,6 en España), dentro de la tendencia a la baja de los últimos 15 años.

4.2.2. Morbilidad. Problemas de salud más importantes.

La autovaloración del estado de salud es un buen predictor de morbilidad y del uso de los servicios sanitarios. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017, percibe su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno) en CLM el 75,6% de la población de todas las edades (el

78,8% de los hombres y el 72,4% de las mujeres); a nivel nacional, el 74% (el 77,8% de los hombres y el 70,4% de las mujeres).

El porcentaje de población de 15 y más años con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibidos en los últimos doce meses, según la misma encuesta, fue del 65,2% en CLM (61,8% de los hombres y 68,7% de las mujeres), un porcentaje ligeramente mayor que a nivel nacional (64,2%).

Los problemas de salud o enfermedades crónicas o de larga evolución más frecuentes en la población de 15 y más años en CLM, según los datos de la ENS de 2017 (considerados los últimos 12 meses), seleccionados aquellos que tienen una prevalencia mayor del 5%, son los que se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 12. Problemas de salud, enfermedades crónicas o de larga evolución más frecuentes en personas adultas por sexo. España y CLM. 2017

Fuente: INE y MSCSS. Encuesta Nacional de Salud 2017. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Problema de salud	España			Castilla-La Mancha		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Tensión alta	20,2	20,3	20,0	22,9	23,5	22,2
Dolor de espalda crónico (lumbar)	19,8	15,8	23,5	17,2	15,0	19,4
Colesterol alto	18,0	18,2	17,9	17,7	19,2	16,3
Artrosis (excluyendo artritis)	18,3	11,9	24,3	20,4	14,4	26,4
Dolor de espalda crónico (cervical)	15,8	9,7	21,5	9,2	7,0	11,4
Diabetes	7,8	8,6	7,1	7,5	8,8	6,2

Tabla 13. Problemas de salud, enfermedades crónicas o de larga evolución más frecuentes diagnosticadas por un médico en personas adultas por sexo. CLM. 2017.

Fuente: INE y MSCBS. Encuesta Nacional de Salud 2017. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Problema de salud	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Tensión alta	22,7	23,4	22,0
Dolor de espalda crónico (lumbar)	16,6	14,3	18,8
Colesterol alto	17,6	19,2	16,1
Artrosis (excluyendo artritis)	19,7	13,7	25,7
Dolor de espalda crónico (cervical)	9,1	7,0	18,1
Alergias crónicas (excepto asma alérgica)	13,3	11,0	15,5
Varices en las piernas	11,3	6,2	16,5
Migraña o dolor de cabeza frecuente	14,6	9,7	19,5
Depresión	7,0	3,5	10,6
Ansiedad crónica	6,1	3,2	9,1
Cataratas	5,7	3,7	7,7
Problemas de tiroides	4,4	1,3	7,5
Problemas de próstata		8,2	
Otras enfermedades del corazón	5,8	5,9	5,7
Diabetes	7,5	8,8	6,2
Asma (incluida asma alérgica)	4,3	3,4	5,2
Bronquitis crónica, enfisema, epoc	3,6	4,4	2,7
Osteoporosis	4,5	1,9	7,0

Es relevante destacar que, de las patologías más prevalentes tanto a nivel nacional como regional, tres corresponden a dolor crónico, dolor lumbar y cervical, de forma específica y asociado a la artrosis; y que dicha prevalencia es notoriamente superior en las mujeres.

La restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas dos semanas (población de 15 y más años), según la ENSE 2017 en CLM, fue del 19,1% (16,8% en hombres y 21,5% en mujeres), con una restricción media de días de 6,4 (+/- 4,5). La población total con limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos seis meses, tenía un problema físico en el 89,4% de los casos, un problema mental en el 6% de los casos y ambos tipos de problema en el 4,7% de ellos.

Entre los problemas de salud diagnosticados por un médico recogidos por la misma encuesta, referidos a la población de 0-14 años de CLM, destacan las alergias crónicas, excepto asma alérgica (7,9% de este grupo de población) y el asma (4,5%).

En cuanto a la **salud bucodental**, los indicadores muestran una evolución positiva en la última década, aunque persisten diferencias sociales, tanto en la frecuencia con que se visita al dentista como en el tipo de asistencia recibida, en el estado de la dentadura, en la frecuencia de cepillado y en el tipo de cobertura sanitaria dental utilizada. En conjunto, las clases sociales más desfavorecidas presentan mayores niveles de caries y necesidades de tratamiento periodontal y menores índices de restauración. En cambio, son más frecuentes en las clases altas los empastes, la presencia de fundas o prótesis y la conservación de todas las piezas naturales de la dentadura.

Según los resultados de la ENSE 2017, solo un 22,6% de las personas encuestadas de CLM conservaban todas las piezas dentales naturales (26,7% a nivel nacional). La proporción de personas con piezas dentales empastadas, extraídas o ausentes es mayor en CLM que en España, sobre todo en las mujeres. Sin embargo, es menor la proporción de personas con caries.

4.2.3. Morbilidad hospitalaria.

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE, en el año 2018, la población residente en CLM originó un total de 192.599 **episodios de hospitalización** (contabilizados al alta hospitalaria) con al menos un día de estancia en el hospital. De estos episodios, el 90,3 % (173.978) tuvo lugar en centros de la propia comunidad autónoma.

La gran mayoría de las altas hospitalarias en centros de CLM corresponden a la actividad de los hospitales públicos (92,6% en 2018).

Agrupando las altas hospitalarias según los capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-MC), las enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y circulatorio son las tres primeras causas de hospitalización. También hay que destacar el alto porcentaje que suponen las hospitalizaciones por las “complicaciones del embarazo, parto y puerperio”, las “lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas”, “las enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo” y las “neoplasias”.

La **frecuentación hospitalaria** de los castellano-manchegos es más baja que la de los españoles en su conjunto. En 2018 la tasa bruta de frecuentación en CLM fue de 855,83 altas hospitalarias/10.000 habitantes (1.043,94 en España).

Respecto a las tasas de **frecuentación hospitalaria por sexo y grupos** de edad, las mujeres tienen una tasa total de frecuentación superior a la de los varones, debido a la mayor frecuentación de éstas en los grupos de edad que se corresponden con la edad fértil, pero en el resto de grupos la tasa en varones supera a la de las mujeres. Si comparamos estas tasas con las de España, podemos observar que son muy parecidas en todos los grupos de edad en ambos sexos, estando un poco por encima en los menores de 1 año y siendo algo más bajas en ambos sexos en los restantes grupos de edad.

La tasa de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes (todas las causas) en 2018 fue de 8.569 (10.486 a nivel nacional).

La **estancia media** en 2018 fue de 7,78 días para el conjunto de los hospitales de CLM (8,28 a nivel nacional), algo mayor en hombres (8,47).

4.2.4. Morbilidad crónica atendida en atención primaria.

Se presentan a continuación el número de pacientes atendidos en atención primaria (AP) por presentar patologías crónicas o sus principales factores de riesgo de 2015 a 2019.

Se recogen los problemas que producen la mayor demanda, teniendo en cuenta que se solapan pacientes que presentan la patología y, además, uno o más de los factores de riesgo.

Tabla 14. Morbilidad atendida en atención primaria por las principales patologías crónicas y sus factores de riesgo. Nº de pacientes. CLM. 2015-2019

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS). Sescam.

Problema de salud	2015	2016	2017	2018	2019	Total
A.C.V.	1.215	1.133	1.168	1.100	1.115	5.731
Angina de pecho	1.100	978	1.001	890	867	4.836
Arteriopatía periférica	543	440	451	419	452	2.305
Diabetes	10.088	9.566	9.699	9.125	9.353	47.831
Dislipemia	19.825	19.702	18.758	16.329	16.844	91.458
Enf. renal	1.189	1.100	1.054	973	1.149	5.465
Epoc	2.736	2.382	2.430	2.175	2.085	11.808
HTA	24.204	22.533	23.123	21.096	22.161	113.117
I.A.M.	1.565	1.483	1.641	1.448	1.509	7.646
Inmovilización	3.189	2.675	3.415	3.060	2.766	15.105
Obesidad	8.422	8.022	8.628	7.578	7.484	40.134
Tabaquismo	9.484	9.867	9.596	8.254	8.817	46.018
Total general	83.560	79.881	80.964	72.447	74.602	391.454

4.2.5. Discapacidad.

La Encuesta de Integración Social y Salud (EISS) de 2012, supervisada por Eurostat, aporta información, armonizada y comparable a nivel europeo, sobre la interacción entre la condición de salud y la

participación social de la población española, de las personas con y sin discapacidad. Según esta encuesta, en la población española, el 16,7% de la población de 15 y más años manifestó algún grado de limitación en la participación social debido a su condición de salud. Por sexo, se observó una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad, pero es a partir de los 35 años cuando las diferencias se vuelven realmente significativas. En general, seis de cada diez personas con alguna discapacidad son mujeres.

La discapacidad aumenta considerable y progresivamente con la edad, ya que las limitaciones debidas a estados de salud se hacen más patentes. Hasta los 44 años la discapacidad se presenta en casi una de cada diez personas, frente a lo que ocurre entre las personas mayores de 74 años, en las que más de la mitad presentan problemas de discapacidad. Es en el grupo de personas mayores de 85 años en el que la discapacidad está más extendida, con cerca del 73% de personas limitadas por algún problema de salud.

En CLM, la prevalencia de discapacidad es la más cercana a la media nacional, con el 16,9%. En la región, 354.589 personas manifestaban algún grado de limitación en la participación social debido a su condición de salud, afectando más a las mujeres (230.501) que a los hombres (123.589).

4.2.5.1. Estado de salud de las personas con discapacidad.

Según la EISS, en CLM el estado de salud percibido por las personas con discapacidad, es peor en las mujeres. Se deben tener en cuenta las variables que se asocian a la vulnerabilidad por razones de género asociadas a las de discapacidad y cómo éstas influyen en la manera de enfermar de las mujeres y de los hombres con discapacidad, para detectar y analizar las posibles inequidades en salud e intervenir desde el sistema sanitario con medidas de “discriminación positiva o acción afirmativa”. Considerando la gravedad de la limitación, se observa que en CLM una de cada cinco personas con discapacidad está gravemente limitada y más de la mitad tiene alguna limitación, pero no se considera grave.

4.2.5.2. Barreras en la participación de las personas con discapacidad en Castilla-La Mancha.

En lo que respecta a los ámbitos de la vida en los que las personas con discapacidad ven limitada su participación, destaca la movilidad para salir de casa (64,8%) y las actividades culturales y de ocio (62,3%), seguido del uso de transportes (47,9%) y el acceso a un empleo adecuado (35,7%).

Respecto al género, afecta más al hombre que a la mujer el salir de casa y el uso del transporte, así como la situación económica. Las mujeres, por su parte, se ven más afectadas en el acceso y movilidad por edificios y en acciones formativas. Ello sugiere que en este tema siguen imperando ciertos factores culturales y económicos tradicionales.

4.2.5.3. Atención a la discapacidad.

En la población española, para la mitad de las personas con discapacidad, la falta de ayudas técnicas o personales es una barrera para la participación en las actividades cotidianas (49,6%). Esta circunstancia es mayor entre las mujeres (53,2%) que entre los hombres (46%).

En cuanto al registro administrativo de la discapacidad, en CLM el reconocimiento administrativo se realiza, según la normativa vigente, si el resultado de la valoración alcanza un grado igual o superior al 33%.

Tabla 15. Primera causa de discapacidad en personas con grado de discapacidad* reconocida >=33%. CLM. 2017

Fuente: Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (BEDPD). Acumulado a 31 de diciembre de 2017. Elaboración DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Causas más frecuentes de disfunción	Castilla-La Mancha	% sobre el total
Osteoarticular	63.111	7,1
Neuromuscular	14.613	4,6
Enfermedad crónica	14.698	2,6
Intelectual	10.384	3,8
Mental	9.510	1,8
Visual	8.545	3,8
Auditiva	5.678	3,1
Sordoceguera	11	2,9
Expresiva	360	2,2
Mixta	7.731	8,5
Otra	1.518	2,0

* Códigos de definición, diagnóstico y etiología INSERSO, agrupados según la estructura y función alterados.

La Resolución de 25/09/2018, de la Dirección-Gerencia del Sescam, *sobre reintegro de gastos por adquisición de medicamentos para pacientes menores de edad afectados por discapacidad igual o superior al 33%*, pretende garantizar la continuidad del tratamiento médico de todas las personas menores de edad afectadas por algún tipo de discapacidad en un grado igual o superior al 33%.

4.2.6. Salud Mental.

4.2.6.1. Análisis de situación y necesidades.

Desde el año 2000 la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM) ha dotado de dispositivos y ha integrado algunos pre-existentes, siguiendo el modelo de desinstitucionalización y abordaje comunitario para la atención integral a las personas con trastorno mental. La Red de Salud Mental de CLM está configurada por los dispositivos sanitarios dependientes del Sescam y por la red de dispositivos sociosanitarios gestionados o financiados desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, por lo que se hace necesario un funcionamiento coordinado entre ambas instituciones.

Al mismo tiempo, se ha trabajado conjuntamente con las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, creando recursos de rehabilitación y alternativas residenciales para los mismos, sin dejar de lado el desarrollo de posibilidades de integración laboral.

La prevalencia de los trastornos mentales está aumentando en todos los países. Según la Encuesta Mundial de Salud (WHO, 2015), en España hay 2.408.700 (5,2%) personas con depresión (8,7% de años vividos con discapacidad). Para la población de CLM, 106.164 personas podrían sufrir depresión en nuestra región. La depresión es más frecuente en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). La cifra

estimada de personas que viven con depresión se ha incrementado un 18,4% entre 2005 y 2015, fundamentalmente debido al incremento de la población en las franjas de edades en las que es más frecuente la depresión.

La prevalencia de trastornos de ansiedad en la población global se estima en un 3,6%. En España 1.911.186 (4,1%) personas sufren ansiedad, lo que supondría que en CLM 83.707 personas sufren dicho trastorno. Al igual que la depresión, la ansiedad es más frecuente en mujeres; un 5,5% de los varones y un 11,9% de las mujeres refieren haberla sufrido alguna vez en su vida.

Se ha estimado que al menos un 20% de niños y adolescentes en el mundo presentan algún tipo de trastorno mental; de ellos, al menos la mitad tiene una disminución importante en su funcionamiento familiar, social y escolar. El 2% de los varones mayores de 15 años y el 2% de las mujeres reconocen haber padecido alguna vez otros problemas de salud mental.

Los datos analizados en las consultas de atención primaria de todas las CCAA españolas muestran que, especialmente en los periodos de crisis económica, es en atención primaria donde se produce un mayor impacto en la demanda asistencial. Es conveniente intervenir sobre las personas que se hallan en mayor riesgo, evitar polimedicación y las duplicidades asistenciales relacionadas con la multimorbilidad.

4.2.6.2. Atención a la salud mental.

El eje del sistema de atención, tanto a personas adultas como a menores, son las Unidades de Salud Mental, que se interrelacionan con el Hospital de Día (HD), la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y la Unidad de Media Estancia (UME) o bien con los dispositivos sociosanitarios, según la gravedad y las necesidades de las y los pacientes.

Tabla 16. Dispositivos de atención infanto-juvenil por áreas sanitarias. CLM. 2020

Fuente: Sescam. Coordinación Regional de Salud Mental. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Dispositivos ¹	AB	CR	CU	GU	TO	Mancha Centro	Talavera de la Reina	CLM
USM-IJ	1	1	1	1	1	1	1	7
UVASI						1		1
HDI-J	1			1		1		3
Plazas	14			12		15		41
UHB I-J		1						1
Camas		15						15
CAEM					1			1
Plazas					13			13

¹ USM-IJ: Unidades de Salud Mental infanto-juveniles. UVASI: Unidades de valoración de abuso sexual infanto-juveniles. HD I-J: Hospitales de día infanto-juveniles. UHB I-J: Unidades de hospitalización breve infanto-juveniles. CAEM: Centros de atención especializada al menor.

Tabla 17. Dispositivos de salud mental para personas adultas por áreas sanitarias. CLM 2020

Fuente: Sescam. Coordinación Regional de Salud Mental. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad

Dispositivos ¹	AB	CR	CU	GU	TO	Mancha Centro	Puertollano	T. de la Reina	CLM
Unidades de SM	5	3	1	2	5	3	1	1	21
Consultas ambulatorias	5		4				1		10
	Dispositivos de hospitalización total y parcial								
UHB	1	1	1	1	1	1		1	7
Camas	26	28	15	16	38	10		14	147
UME	1	1	1	1	2 ²			1	7
Plazas	30	32	25	12	50			10	159
HD	1	1	1	1	1	1		1	7
Plazas	20	18	20	20	20	14		15	127
URR		1		2 ³					3
Camas		55		161					216

¹ UHB: Unidades de hospitalización breve. UME: Unidades de media estancia. HD: Hospitales de día. URR: Unidad Residencial y Rehabilitadora.

² El Alba, 30 plazas. Talavera, 20 plazas.

³ Instituto Enfermedades Neurológicas de Castilla-La-Mancha (IEN), 53 plazas. Alcohete, 108 plazas.

Otros dispositivos específicos de atención los constituyen las Unidades de Conductas Adictivas (UCA), 9 en CLM en 2021, que prestan un servicio sanitario ambulatorio y una atención integral a las personas con conductas adictivas, y las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), 2 en CLM con 15 plazas en 2021, que son centros o servicios sanitarios para la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Los recursos humanos provienen de dispositivos tanto sanitarios como sociosanitarios y de atención a drogodependientes.

Tabla 18. Recursos humanos en Salud Mental. CLM. 2019

Fuente: Sescam. Coordinación Regional de Salud Mental. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Categorías Profesionales	Nº Total
Psiquiatras	154
Psicólogos/as	134
Médicos/as	18
Enfermería	206
Trabajadores/as sociales	36
Terapeutas Ocupacionales	19
Auxiliares de Enfermería	362
Celadores/as	43
Auxiliares Administrativos/as	47
Otros	96

Es necesario completar y consolidar la red de dispositivos, sobre todo en lo que respecta a los hospitales de día infanto-juveniles y a la integración de las unidades de media estancia, así como la red de recursos residenciales y rehabilitadores.

4.2.7. Salud Laboral.

Las condiciones de empleo se han visto especialmente influidas por los años de crisis económica, dando lugar a un cierto incremento de horas de trabajo, de las tareas a desarrollar y de responsabilidades laborales, asociadas en buena parte de los casos a una reducción del salario, así como a un aumento de problemas de salud relacionados con la exposición a riesgos físicos y ambientales y con factores de riesgo psicosocial. Hay una creciente incidencia de riesgos ergonómicos, riesgos por exigencias de la organización del trabajo o por exposición a factores físicos o químicos.

Debido a ellos encontramos en el ámbito laboral de manera específica problemas de estrés, ansiedad, depresión, alteraciones musculoesqueléticas, dolor crónico, problemas en el entorno familiar y aumento de la siniestralidad, bajas laborales y pérdida del puesto de trabajo.

Por otro lado, la actividad laboral de la mujer es menos estable, peor pagada y con menores oportunidades de promoción. También trabajan en condiciones más precarias los inmigrantes.

Así mismo, el envejecimiento de la población trabajadora da lugar a más situaciones de Incapacidad Temporal (IT), mayor incidencia de enfermedades profesionales y mayor cantidad de accidentes laborales mortales.

4.2.7.1. Accidentes de trabajo.

El accidente de trabajo se define como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Aparte de las causas traumáticas, una parte también relevante de los casos tiene un origen menos definido en el tiempo, pues este tipo de accidentes pueden verse influidos por factores no exclusivos del entorno laboral, como las propias condiciones psicofísicas del individuo, sus hábitos de vida o de alimentación.

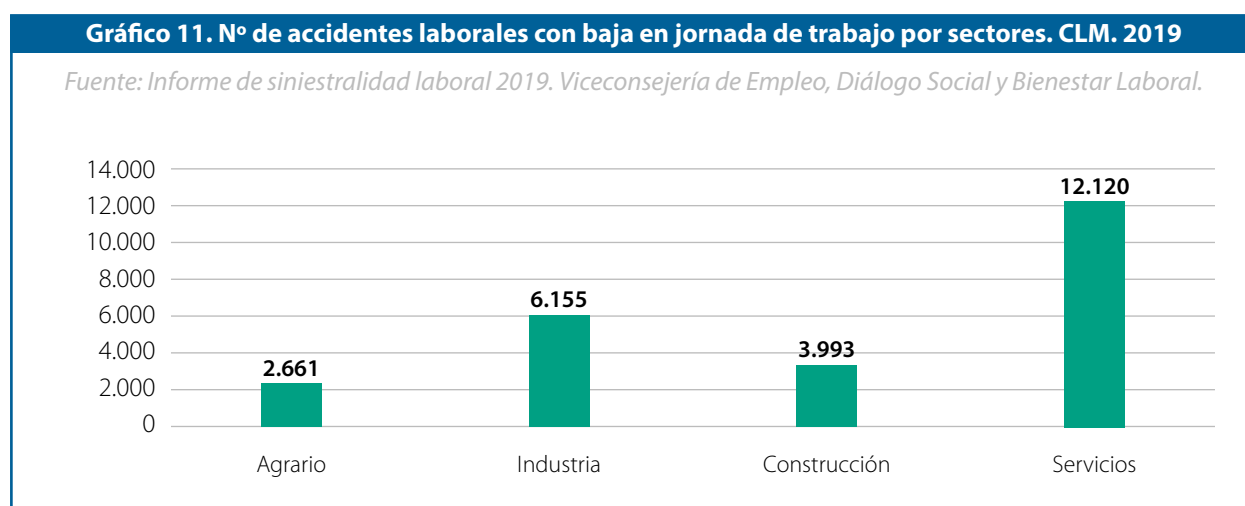


Tabla 19. Accidentes laborales con baja en jornada de trabajo por sector y gravedad. CLM. 2019*Fuente: Informe de siniestralidad laboral 2019. Viceconsejería de Empleo, Diálogo Social, y Bienestar Laboral.*

Sector	Nº de Accidentes	%	Leve	Grave	Mortal
Agrario	2.661	10,7	2.626	30	5
Industria	6.155	24,7	6.110	42	3
Construcción	3.993	16,0	3.937	51	5
Servicios	12.120	48,6	12.016	87	17
Total	24.929	100,0	24.689	210	30

Además, ocurrieron 1.877 accidentes in itinere en 2019. El 72% de ellos en el sector servicios (1.351 del total) que han producido 1.328 lesiones leves, 20 graves y 3 mortales.

La siniestralidad total ha crecido entre 2016 y 2019, experimentando un crecimiento del 3,9% entre 2016 y 2017; un 2,6% entre 2017 y 2018; y un 7,2% entre 2018 y 2019. La siniestralidad es mayor en el sector servicios, seguido de la industria, construcción y sector agrario.

4.2.7.2. Enfermedades profesionales.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales define como “daños derivados del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Las tablas siguientes presentan los datos del incremento de enfermedades profesionales declaradas, de las investigadas y de las confirmadas.

Tabla 20. Enfermedades profesionales declaradas e investigadas. CLM 2017-2018*Fuente: DGSP. Consejería de Sanidad.*

Enfermedades profesionales declaradas	2017	2018
Trabajadores	546.419	556.783
Enfermedades profesionales	421	442
Tasa bruta (por 10.000 trabajadores)	7,70	7,93
Enfermedades profesionales investigadas	2017	2018
Enfermedades investigadas	76	117
Con resultado de enfermedad profesional (%)	58	65,8
Con resultado de enfermedad no profesional (%)	42	34,2

Dentro de las enfermedades profesionales, se considera de especial atención las ocurridas por contacto con amianto. La exposición a las fibras de amianto puede ocasionar graves riesgos para la salud, relacionándose con asbestosis, mesotelioma o cáncer de pulmón. A esta gravedad, hay que añadir el largo período de latencia que puede transcurrir desde la exposición hasta la aparición de enfermedad, así como, hasta el momento, la incierta posibilidad terapéutica, una vez que se desarrolla la enfermedad.

4.2.8. Principales problemas de salud emergentes.

En el siguiente cuadro se muestran los problemas de salud emergentes más relevantes en las diferentes etapas de la vida determinados por los grupos de trabajo.

Infancia	Juventud
<ul style="list-style-type: none">• Obesidad (alimentación no saludable + sedentarismo)• Riesgo psico-social• Trastornos del comportamiento: violencia, maltrato, bullying• TDAH / TEA• Alergias e intolerancias alimentarias	<ul style="list-style-type: none">• Trastornos del comportamiento• Inicio consumo drogas• Trastornos adaptativos• Ciberadicciones• Accidentalidad• Accidentes de tráfico
Personas adultas	Personas mayores
<ul style="list-style-type: none">• Obesidad / sedentarismo• Trastornos emocionales• Diabetes mellitus• HTA• Dolor crónico• Morbilidad del cuidador/a• Resistencias a antibióticos• Hipermedicalización / dependencia del sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none">• Pluripatología y polimedicación• Dependencia• Demanda asistencial geriátrica• Soledad, aislamiento• Abusos y maltrato a la persona mayor• Morbilidad del cuidador/a

Elaboración: DGSP. Consejería de Sanidad.

4.3. Estructura sanitaria en Castilla-La Mancha.

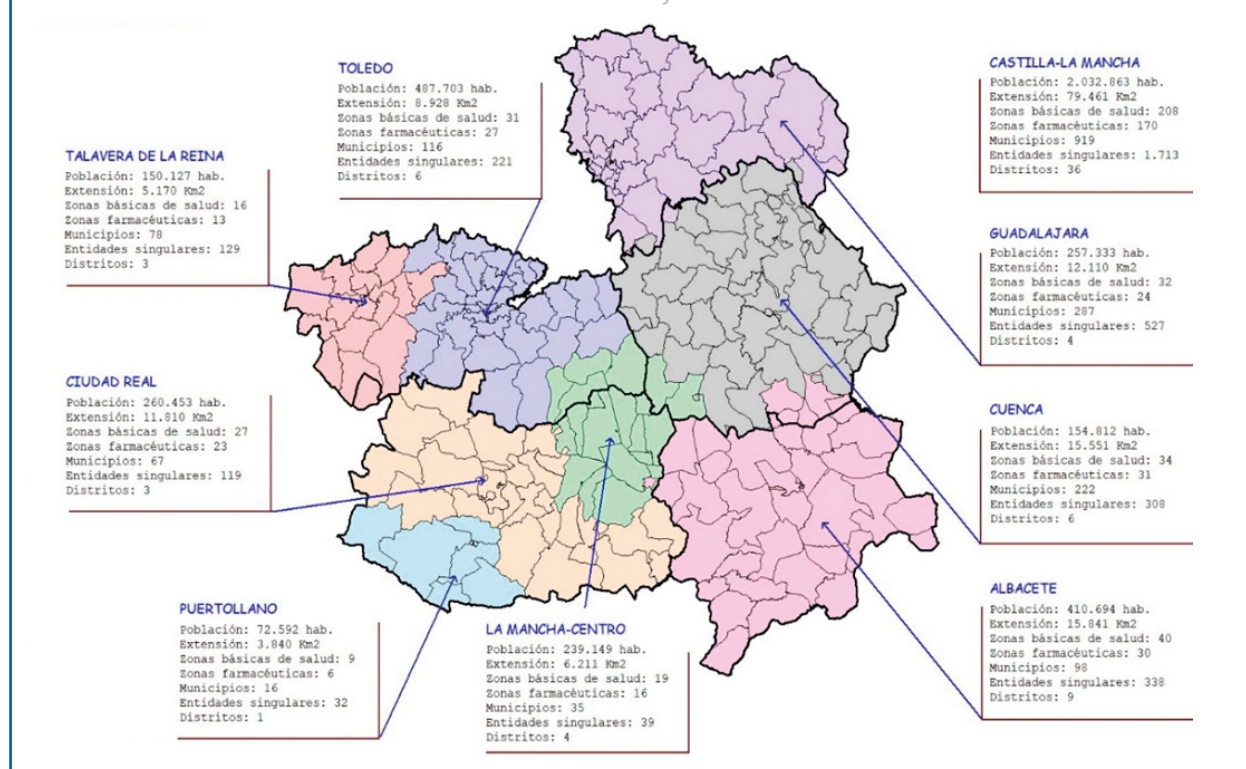
4.3.1. Organización territorial.

La ordenación territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha se estructura en:

- **Áreas de Salud:** Albacete, La Mancha-Centro, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina, Toledo y Puertollano. Los límites de las áreas de Salud son aprobados por el Consejo de Gobierno de CLM, a propuesta de la persona titular de la Consejería de Sanidad, teniendo en cuenta los factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, las vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias existentes.
- **Distritos de Salud:** prestan servicios de apoyo en salud pública a las Zonas Básicas de Salud. En ellos trabajan Veterinarios, Veterinarias, Farmacéuticos y Farmacéuticas Oficiales de Salud Pública, que realizan las funciones de inspección y control sanitario, protección de la salud pública y del medio ambiente y educación para la salud, entre otras.
- **Zonas Básicas de Salud (ZBS):** unidades territoriales básicas de la atención primaria de salud. En ellas desarrollan su actividad los equipos de atención primaria (EAP) dentro del centro de salud y los consultorios locales.

Gráfico 12. Estructura geográfica de la ordenación sanitaria de CLM. 2019

Fuente: DGPOIS. Consejería de Sanidad.



4.3.2. Ordenación funcional e infraestructuras sanitarias.

Los servicios sanitarios en CLM se prestan en el conjunto de centros, servicios y establecimientos que constituyen la red sanitaria pública de CLM, sin perjuicio de los convenios o conciertos que se puedan establecer con otras entidades.

Las ZBS constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la AP y en las que desarrollan su trabajo las y los profesionales del EAP y sus unidades de apoyo (fisioterapia, matronas, asistentes sociales, salud bucodental), garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios. Cuando las especiales condiciones socioeconómicas demográficas y de comunicaciones dificultan la creación de ZBS, pueden constituirse zonas especiales.

La delimitación de las ZBS se regula mediante orden de la Consejería competente en materia de sanidad. Además, se regulan los Puntos de Atención Continuada (PAC), centros de salud con urgencias de 24 horas, y los Puestos de Atención Permanente (PAP), consultorios locales con urgencias 24 horas.

Tabla 21. Centros de salud y consultorios locales de AP. CLM y España. 2019

Fuente: DGPOIS. Consejería de Sanidad. Población INE 1 de enero 2019.

	Centros de Salud (CS)	Consultorios Locales (CL)	Total	Ratio CL / CS	Tasa CS+CL por 100.000 hab.
España	3.050	10.115	13.165	3,3	28,2
CLM	203	1.125	1.328	5,5	65,3

La Atención Especializada (AE)⁵ se presta en los hospitales y en los Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (CEDT), en régimen de internamiento, ambulatorio o domiciliario.

Los centros de AE no integrados en la red pública se vinculan a la misma mediante la suscripción de convenios singulares, teniendo siempre en cuenta los principios de complementariedad de la red pública y la optimización y adecuada coordinación de los recursos.

Cada área de salud dispone, al menos, de un centro hospitalario que estará en disposición de ofertar los servicios adecuados a las necesidades de la población. Además, se regulan en AE las Áreas Hemoterápicas de Albacete, Ciudad Real y Toledo, que integran varias áreas de salud, con sus Centros Regionales de Transfusión (CRT) de referencia.

En CLM existen 28 hospitales y, de ellos, dos son complejos hospitalarios: Albacete y Toledo. Según la dependencia funcional, 16 hospitales pertenecen al Sescam, 4 a otras entidades públicas (Diputación, comunidad autónoma y mutua de accidentes de trabajo) y 8 son privados. Los hospitales públicos representan el 71,4% y los privados el 28,6% del total. Finalmente, hay 11 CEDT con sus ZBS de influencia.

Con carácter general, la organización funcional del Sistema Sanitario de CLM se articula a través de las Gerencias de Atención Integrada (GAI), que gestionan en su ámbito, de modo unitario, recursos sanitarios (centros sanitarios y recursos humanos y materiales) dependientes del Sescam que pertenecen a los ámbitos asistenciales de AP y AE para posibilitar la continuidad asistencial, procurando la máxima integración de la información.

Las GAI son las de Albacete, Alcázar de San Juan, Almansa, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Hellín, Manzanares, Puertollano, Talavera de la Reina, Tomelloso, Valdepeñas y Villarrobledo, con sus hospitales de referencia, y se muestran en el mapa a continuación.

5. A lo largo del documento se habla de Atención Especializada (AE) cuando la responsabilidad de la prestación está en los hospitales o en los CEDT, según establece la Ley de Ordenación Sanitaria de CLM; si bien ha de entenderse que la atención médica, tanto en AP como en AE, se presta por médicos especialistas según la normativa actual sobre formación médica especializada.

La ordenación funcional se completa con la Gerencia de Atención Primaria (GAP) y la Gerencia de Atención Especializada (GAE) de Toledo, la Gerencia de Coordinación e Inspección, la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS) y la Dirección de la Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos (HNP).

Los centros de salud son los puntos de referencia básicos para la atención a las urgencias sanitarias en coordinación, en su caso, con los centros hospitalarios y los servicios de emergencias.

El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispone de un Centro Coordinador, perteneciente a la GUETS, con objeto de asegurar la continuidad en la asistencia sanitaria urgente, no sólo en el tiempo, sino entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Cuando las características climatológicas, geográficas, demográficas, de infraestructura viaria o de carácter epidemiológico lo requieran, se pueden establecer otros PAP y PAC en el número y localización que se considere oportuno.

Gráfico 13. Gerencias del Servicio de Salud de CLM y sus hospitales de referencia. 2019.

Fuente: DGPOIS. Consejería de Sanidad.



4.3.3. Prestaciones. Personas beneficiarias del Servicio de Salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, definió como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de manera que son titulares del derecho a

la protección a la salud y a la atención sanitaria ***“todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español”***; y se reconoce este derecho con cargo a los fondos públicos en la forma que se determine reglamentariamente.

La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) es el documento que en la actualidad acredita a los beneficiarios del Servicio de Salud de CLM y por extensión del SNS.

La Orden de 23/03/2011, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de la tarjeta sanitaria individual en Castilla-La Mancha, establece que se emitirá la TSI a todas aquellas personas residentes que estén empadronadas en cualquiera de los municipios de la comunidad autónoma y tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Según los datos de Sescam (Área Tecnologías y Sistemas de Información), el número de TSI emitidas a 31 de diciembre de 2019 era de 1.942.859 lo que representa, para la población de CLM, aproximadamente un 95% de cobertura sanitaria pública.

CLM, en el ámbito de sus competencias, incorpora en su cartera de servicios, además de los contemplados en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud:

- Actividades en materia de prevención y promoción de la visión.
- Actividades en materia de prevención y atención podológica al pie del enfermo diabético.
- Atención dental a la población de CLM en edades comprendidas entre los 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas.
- Ayudas económicas para cojines anti escaras a pacientes de esclerosis múltiple y enfermedades degenerativas que cursen con inmovilidad total.
- Financiación de medicamentos para disfunción eréctil, en pacientes con lesiones medulares de CLM, tratados en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.
- Aportación reducida, al ser dispensadas por las oficinas de farmacia, para las fórmulas magistrales con cromoglicato disódico en forma oral y tópica prescritas a pacientes de CLM diagnosticados de Mastocitosis.

La Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, establece las garantías de respuesta en la atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente. Asimismo, tiene por objeto la regulación del derecho a la libre elección de médico, centro y servicio en el ámbito del Servicio de Salud. Serán beneficiarios de las garantías establecidas en esta ley quienes dispongan de tarjeta sanitaria correspondiente. La ley, en su artículo 3, deja pendiente el establecimiento de los procedimientos y técnicas de las diferentes especialidades en las modalidades de cirugía, consultas externas de especialistas y pruebas diagnósticas especializadas, así como los tiempos máximos de respuesta, que se garantizan en cada caso.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece las prestaciones, de la cartera de servicios comunes de Salud Pública, de Atención Primaria, de Atención especializada, de prestación de atención de urgencias, ortoprotésica, con productos dietéticos y de transporte sanitario.

4.4. Actividad asistencial sanitaria y sociosanitaria.

4.4.1. Atención Primaria.

La asistencia sanitaria en AP se presta a través de 204 ZBS en funcionamiento, con un total de 203 centros de salud y 1.109 consultorios locales.

La población con TSI es atendida por 1.347 médicas y médicos de familia y 237 pediatras, esto supone una ratio de 1.223 TSI por facultativo. Además, el total de profesionales de enfermería es de 1.462; es decir, 1.325 TIS por profesional de enfermería en promedio.

Dada la dispersión de la población de CLM, la distribución de tarjetas no es uniforme en toda la región, existiendo 35 cupos de más de 2000 TSI (la provincia de Toledo es la que más cupos tiene, siendo 20 el número de cupos de estas características) y cupos con menos de 500 TSI (180 en toda la comunidad), estando éstos más concentrados en la serranía de Cuenca y Guadalajara.

La actividad de AP en el año 2018 fue de 10.719.226 consultas médicas, un 0,8% más que el año anterior. La actividad de enfermería en consulta se ha mantenido constante, con una disminución 0,4% en consulta de enfermería y un descenso de 1,1% en las consultas a domicilio con respecto al año 2017.

Las urgencias tuvieron una actividad de 2.661.707 visitas durante 2018, un 2,2% menos que el año anterior, lo que significa que dicha actividad se mantiene estable.

Durante el año 2018 se realizaron un total de 874.385 interconsultas, lo que supone una tasa de 451,28 interconsultas por 1.000 habitantes; hay que reseñar que existe una gran variabilidad entre zonas, siendo las de más fácil acceso a servicios de AE las que tienen cifras más altas. El número de interconsultas en relación al año 2017 aumentó en un 0,7%.

En la siguiente tabla se muestran los indicadores básicos de actividad en AP durante 2018 en distintas consultas y para el control de factores de riesgo.

Tabla 22. Indicadores de actividad asistencial de los EAP. CLM. 2018

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS). Sescam.

Nº cirugías menores registradas a través de procedimientos de la aplicación Turriano (tasa x 1.000h)	6,58
Nº espirometrías registradas a través de procedimientos de la aplicación Turriano (tasa x 1.000h)	1,61
Nº electrocardiogramas registrados a través de procedimientos de la aplicación Turriano (tasa x 1.000h)	60,45
MEDICINA GENERAL	
% Consulta Demanda	90,5
% Consulta Programada	9,4
% de demora de consulta a demanda de profesionales de más de 1.000 TIS y que trabajen en un solo núcleo.	78,9
% de pacientes polimedcados	10,3
PEDIATRÍA	
% Consulta programada centro	16,3
ENFERMERÍA	
% Consulta programada	67,2
% Consulta domicilio	7

Otros indicadores de Actividad

DIABETES	
% Población con despistaje de diabetes realizado	4,9
% Diabéticos registrados en la aplicación Turriano en ≥ 14 años	9,1
% Personas diabéticas en AP con Hb glicosilada < 7	20,3
% Pacientes diabéticos con dieta prescrita	27,2
HIPERTENSIÓN	
% Población con despistaje de Hipertensión Arterial realizado	4,5
% Personas hipertensas registradas en la aplicación Turriano en ≥ 14 años	16,5
% Personas hipertensas en AP adecuadamente controladas (130/80 si diabetes o 140/90)	53
% Pacientes hipertensos con el despistaje actividad física de adultos realizado	35,8
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	
% Pacientes en AP de 40-65 años con su riesgo cardiovascular determinado	3,7
% Pacientes con cardiopatía isquémica (IAM y/o Angina de Pecho) tratados con Antiagregantes	52,9
% Pacientes con factor de riesgo de IAM y/o Angina de Pecho en tratamiento con hipolipemiantes	33,9
TABAQUISMO	
% Población con despistaje de tabaquismo realizado	2,2
% Personas fumadoras registradas en Turriano en ≥ 14 años	12,8
OBESIDAD	
% Población con despistaje de obesidad realizado	2,4
% Personas obesas registradas en Turriano en ≥ 14 años	12,8
SEGUIMIENTO DE EMBARAZO DE BAJO RIESGO	
Nº de mujeres incluidas en el protocolo de embarazo de bajo riesgo	14.222
VIOLENCIA DE GÉNERO	
Número de mujeres incluidas en protocolo de MVMT	71
Número de mujeres incluidas en protocolo activo de PMT	16
ALCOHOLISMO	
% Población con despistaje de alcoholismo realizado	2,6
% Bebedores excesivos registrados en Turriano en ≥ 14 años	0,07
INMOVILIZADOS	
Alcance del programa de personas inmovilizadas	37
RIESGO DE CAÍDAS	
Identificación riesgo de caídas en personas ≥ 65 años	11,4
Actuación ante el alto riesgo de caídas en personas ≥ 65 años	42,2
CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENFERMERÍA	
Continuidad de asistencia tras atención hospitalaria	20,7
ATENCIÓN A LA MUJER	
Nº de mujeres entre 35 y 64 años incluidas en protocolo de prevención de Ca de cérvix sin FR	361.380
% Mujeres en protocolo con al menos una citología cervicovaginal en los últimos 3 años	21,6
VACUNACIONES ADULTOS	
Cobertura de vacunación antigripal I ≥ 65 años	58,7
Cobertura de vacunación antigripal II (≥ 65 años)-Alcance de la oferta	72,7
Cobertura de vacunación antigripal III (pacientes diabéticos)	23,5
VACUNACIONES INFANTILES	
Cobertura vacunación infantil a partir de 4 años	78,4

Además, la AP tiene en su cartera de servicios actualmente otras prestaciones, como las de anticoagulación oral descentralizada, realización de ecografías y determinaciones de laboratorio.

En cuanto a la actividad de las unidades de apoyo en AP, en la tabla siguiente se presenta la actividad de las unidades de apoyo de área en 2019.

Tabla 23. Actividad de las unidades de apoyo de área. CLM. 2019

Fuente: DGAS. Sescam.

Unidad de apoyo	Actividad	Población ¹	Tasa de actividad/ 1.000 hab.
Unidad salud bucodental y odontólogo de cupo	392.228	1.947.725	201,37
Fisioterapia	627.237	1.947.725	322,035
Matronas	249.569	1.947.725	128,133
Trabajador Social	63.886	1.947.725	32,80

¹ Según Tarjeta Sanitaria

Existe un convenio en AP con profesionales optometristas y podólogos para poder ofrecer a las personas usuarias esta atención más específica.

4.4.2. Atención hospitalaria y en CEDT.

El sistema de información del Ministerio de Sanidad da unas cifras de altas por 1.000 hab. en 2018 de 84,1 en los hospitales públicos de la región (88,1 en España) y de 94,1 para la totalidad del sector hospitalario de CLM (114,6 en España), una de las menores entre las CCAA.

La frecuentación quirúrgica (intervenciones en hospitalización más cirugía ambulatoria por 1.000 hab.) fue de 60,9 en CLM (83,6 en España). En 2018 se produjo un incremento de actividad asistencial en cuanto a consultas externas, altas hospitalarias, intervenciones con hospitalización y actividad de los hospitales de día, disminuyendo la cirugía mayor ambulatoria, las urgencias ingresadas y la estancia media.

Tabla 24. Principales resultados de actividad en atención hospitalaria. CLM. 2016-2018

Fuente: Informe del SNS. 2018. Ministerio de Sanidad. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

Actividad	Indicador	2016	2017	2018
Hospitalización	Altas hospitalarias	181.887	172.788	191.398
	Estancia media global	6,5	6,54	6,87
	Índice de ocupación global	78,5	82,4	76,0
Consultas externas	Todas las especialidades	3.373.029	3.397.24	4.056.469
Cirugía	Intervenciones	136.654	128.029	160.748
	% Cirugía sin ingreso	62,2	65,7	58,67
Urgencias	Urgencias atendidas	909.304	886.473	1.110.743
	% Urgencias ingresadas	13,1	13,0	10,8
Hospital de Día	Total sesiones tratamiento	113.929	141.016	160.259

Se realizaron 13.336 partos (cesáreas más parto vaginal), con una tasa de cesáreas del 24,9%.

4.4.3. Actividad asistencial en salud mental.

La actividad asistencial en los últimos años, hasta 2019, se presenta en las siguientes tablas.

Tabla 25. N° de ingresos por tipo de unidad asistencial. CLM. 2014-2019						
<i>Fuente: Sescam. Coordinación Regional de Salud Mental. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.</i>						
Actividad	2014	2015	2016	2017	2018	2019
USM Infanto-Juvenil	177	166	176	279	213	204
UHB Personas adultas	3.186	3.304	3.129	3.376	2.497	3.370
UHB / TCA	214	200	144	273	133	145
Urgencias atendidas	13.570	13.870	10.968	12.739	7.891	12.463
Interconsultas	8.255	8.725	6.120	2.596	1.821	2.745

Tabla 26. Actividad de consultas externas de Salud Mental. CLM. 2018-2019				
<i>Fuente: Sescam. Coordinación Regional de Salud Mental. Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.</i>				
Unidad asistencial	Total 2018		Total 2019	
	Primeras Consultas	Consultas sucesivas	Primeras Consultas	Consultas sucesivas
USM Personas adultas	46.555	201.099	50.091	263.120
USM Infanto-Juvenil	10.116	53.925	14.106	64.647
UCA	6.706	73.277	9.915	81.120
Total	63.377	328.301	74.112	408.887

4.4.4. Intervenciones dirigidas a personas con adicciones.

Los tratamientos ambulatorios de personas con adicciones se realizan y coordinan desde las 9 UCA de los Servicios de Salud Mental del Sescam (Albacete, Almansa, Ciudad Real, Cuenca, Mancha Centro, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina y Toledo), como centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones, y desde 2 USM, Hellín y Valdepeñas.

En CLM hay dos tipos de centros de atención en régimen de internamiento que ofrecen atención a personas con drogodependencia en un medio estructurado:

- La UME "El Alba" (antes denominada comunidad terapéutica "El Alba"), de carácter público, especializada en patología dual.
- Comunidades terapéuticas de entidades privadas sin ánimo de lucro, en las que la Consejería de Sanidad, a través de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, financia un determinado número de plazas.

Las comunidades terapéuticas son centros sociosanitarios en régimen de internamiento cuyo objetivo principal es facilitar a las personas con trastorno mental o con conductas adictivas su

rehabilitación e inserción sociolaboral. En 2019 había en CLM 7 comunidades terapéuticas concertadas, con un total de 150 plazas.

En la población penitenciaria hay una mayor concentración de personas con drogodependencias. Las UCA, USM y los equipos de intervención psicosocial de los centros penitenciarios son los encargados de valorar la necesidad de este recurso para el usuario y promover la solicitud de plaza. El programa realizado en los centros penitenciarios de nuestra región consiste en el desarrollo de una intervención individualizada, integral e intensiva, sobre las personas reclusas con drogodependencia, en dos modalidades:

- Intervención ambulatoria/centro de día en módulos terapéuticos de los 6 centros penitenciarios de CLM, con los programas de intervención psicosocial en personas en tratamiento con metadona, programa de deshabituación y programa de reincorporación social.
- Intervención en la unidad terapéutico-educativa del Centro Penitenciario de Herrera de La Mancha (comunidad terapéutica intrapenitenciaria).

En 2019 se beneficiaron del programa 1.017 personas internas en centros penitenciarios, todas ellas en la modalidad de tratamiento ambulatorio.

En la actualidad, se están llevando a cabo tratamientos con sustitutivos opiáceos (clorhidrato de metadona y buprenorfina-naloxona) en 18 centros de tratamiento (9 UCA, 2 USM, 1 UME, 6 servicios médicos de centros penitenciarios) acreditados para la prescripción de opiáceos para el tratamiento de personas dependientes de los mismos.

Durante 2019, se realizaron 1.675 tratamientos con sustitutivos opiáceos (1.355 con metadona y 320 buprenorfina/naloxona).

Existe un programa de dispensación de metadona en oficinas de farmacia, regulado a través del Anexo al Convenio de colaboración en materia de drogodependencias entre la Consejería de Sanidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha. En 2018 había 93 oficinas de farmacia acreditadas para elaborar, conservar y dispensar la medicación utilizada en los tratamientos con agonistas opiáceos, participando en el programa 28 farmacias, con un total de 76 pacientes y 735 dispensaciones (se contabilizan como una sola dispensación todas las que se realizan durante el mes a una persona).

Se dispone de otros recursos sociosanitarios y programas específicos de atención a personas con drogodependencia gestionados por asociaciones o entidades privadas sin fin de lucro que complementan la atención integral a las personas con adicciones. Estos recursos llevan a cabo programas en coordinación con las UCA y las USM y son de los siguientes tipos:

- Viviendas supervisadas de apoyo al tratamiento.
- Centros de día de apoyo al tratamiento de personas con drogodependencia.
- Programas de asesoría jurídica.
- Programas de apoyo psicológico profesional al tratamiento ambulatorio realizado en las UCA.
- Programas de inserción sociolaboral.

El programa de educación de calle dirigido a personas con drogodependencia tiene por objeto mejorar la calidad de vida y las condiciones sociales de estas personas, especialmente de aquellas

que se encuentran en situación de exclusión, así como reducir los daños asociados al consumo de drogas, promover el abandono de su consumo y facilitar la incorporación de las personas consumidoras a los programas y recursos terapéuticos existentes.

4.4.5. Urgencias, emergencias y transporte sanitario.

El dispositivo de asistencia sanitaria para atender las demandas urgentes de salud de la ciudadanía cuenta, además de con los PAC y los PAP de atención primaria y los servicios de urgencias hospitalarias, con los servicios de urgencias, emergencias y transporte sanitario, que trabajan de forma coordinada con el 112.

CLM dispone de 26 UVI móviles, 4 soportes vitales con enfermería (SVE) y 4 helicópteros medicalizados, así como de 137 ambulancias de soporte vital básico (SVB) para dar respuesta inmediata a situaciones que requieren una asistencia sanitaria urgente.

Según los datos de la GUETS, el 87,3% de los incidentes registrados en el 112 en 2018 implicaron al sector sanitario. Las activaciones de los recursos asistenciales y el motivo y lugar de atención fueron los siguientes:

UVI MÓVILES: Se realizaron un total de 28.498 activaciones efectivas de las UVI móviles, de las cuales, 20.430 fueron con asistencia. De las asistencias:

- 9.739 se trasladaron en UVI móvil.
- 5.543 se trasladaron con otros recursos.
- 5.148 se dieron de alta "in situ".

SOPORTES VITALES CON ENFERMERÍA: Se realizaron un total de 2.285 activaciones efectivas de los Soportes Vitales con Enfermería (SVE), de las cuales 1.801 fueron con asistencia. De las asistencias:

- 1.332 se trasladaron en SVE.
- 208 se trasladaron con otros recursos.
- 261 se dieron alta "in situ".

HELICÓPTEROS: Se realizaron un total de 2.272 activaciones efectivas de los helicópteros sanitarios, de las cuales 1.343 fueron con asistencia. De las asistencias:

- 892 se trasladaron en helicóptero.
- 310 se trasladaron con otros recursos.
- 141 se dieron de alta "in situ".

Tabla 27. Distribución de atenciones urgentes según el motivo. CLM. 2013-2018

Fuente: GUETS. Sescam.

Año	Accidente Tráfico	Accidente Laboral	Otros Accidentes	Patología Médica
2013	6,8%	0,6%	1,2%	91,3%
2014	6,8%	0,6%	1,4%	91,1%
2015	6,7%	0,5%	1,3%	91,3%
2016	7,2%	0,6%	1,3%	90,7%
2017	7,2%	0,7%	1,3%	90,8%
2018	7,3%	1,0%	0,6%	91,1%

Los tiempos de respuesta de las UVI móviles en 2018 para el conjunto de CLM, según los datos de la GUETS, descendieron desde los años anteriores. Han mejorado especialmente en las categorías de menos de 10 minutos (54% de las asistencias) y entre 10 y 20 minutos (25,2% de las asistencias). Entre 20 y 30 minutos están el 15,9% de los casos y en un 6,7% el tiempo de respuesta fue mayor de 30 minutos.

4.4.6. Red de Hemodonación, Hemoterapia y Hemovigilancia (RHHH) de Castilla-La Mancha.

De acuerdo con el Decreto 18/2005, de 15 de febrero, por el que se crea la Red de Hemodonación, Hemoterapia y Hemovigilancia de Castilla-La Mancha, se pusieron en funcionamiento tres centros de transfusión, ubicados en los complejos hospitalarios universitarios de Albacete, Ciudad Real y Toledo. Estos centros de transfusión garantizan la cobertura de las necesidades de componentes sanguíneos de los servicios de transfusión hospitalarios, públicos o privados, de la comunidad autónoma, para asegurar la actividad asistencial y quirúrgica diaria y garantizar que los stocks de todos los hospitales estén preparados para cualquier eventualidad extraordinaria. Los centros de transfusión están integrados en la estructura de los complejos hospitalarios, por lo que incluyen entre sus funciones las del servicio de transfusión del hospital en el que se ubican.

Aunque los tres centros funcionan de forma independiente, se coordinan a través de la figura del Coordinador de la Red, manteniéndose además un fichero unificado de donantes de sangre de CLM. Existe, además, un "Programa de Gestión de Banco de Sangre" con conexión on-line entre los centros y servicios de transfusión de los hospitales públicos. La RHHH siempre ha sido autosuficiente, algo favorecido por los altos índices de donación.

Los centros de transfusión mantienen colaboración con las hermandades de donantes de sangre de CLM para la promoción de la donación de sangre y sus componentes.

Existen unos órganos superiores de consulta y dirección de la RHHH, que son el Consejo de Dirección y la Comisión Consultiva. Así mismo, se ha dado un impulso a la formación y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Transfusión en los hospitales de CLM formados por un equipo multidisciplinar que incluye la dirección del centro, hermandad de donantes y profesionales implicados en los procesos transfusionales.

A partir de junio de 2014 se dispone de sangre en el helicóptero de Ciudad Real, para la transfusión extrahospitalaria de sangre, en colaboración con la GUETS. Se realiza control de calidad de las bolsas y seguimiento de las condiciones en vuelo, garantizando la seguridad, trazabilidad y calidad de los componentes sanguíneos.

4.4.6.1. Promoción y organización de la hemodonación.

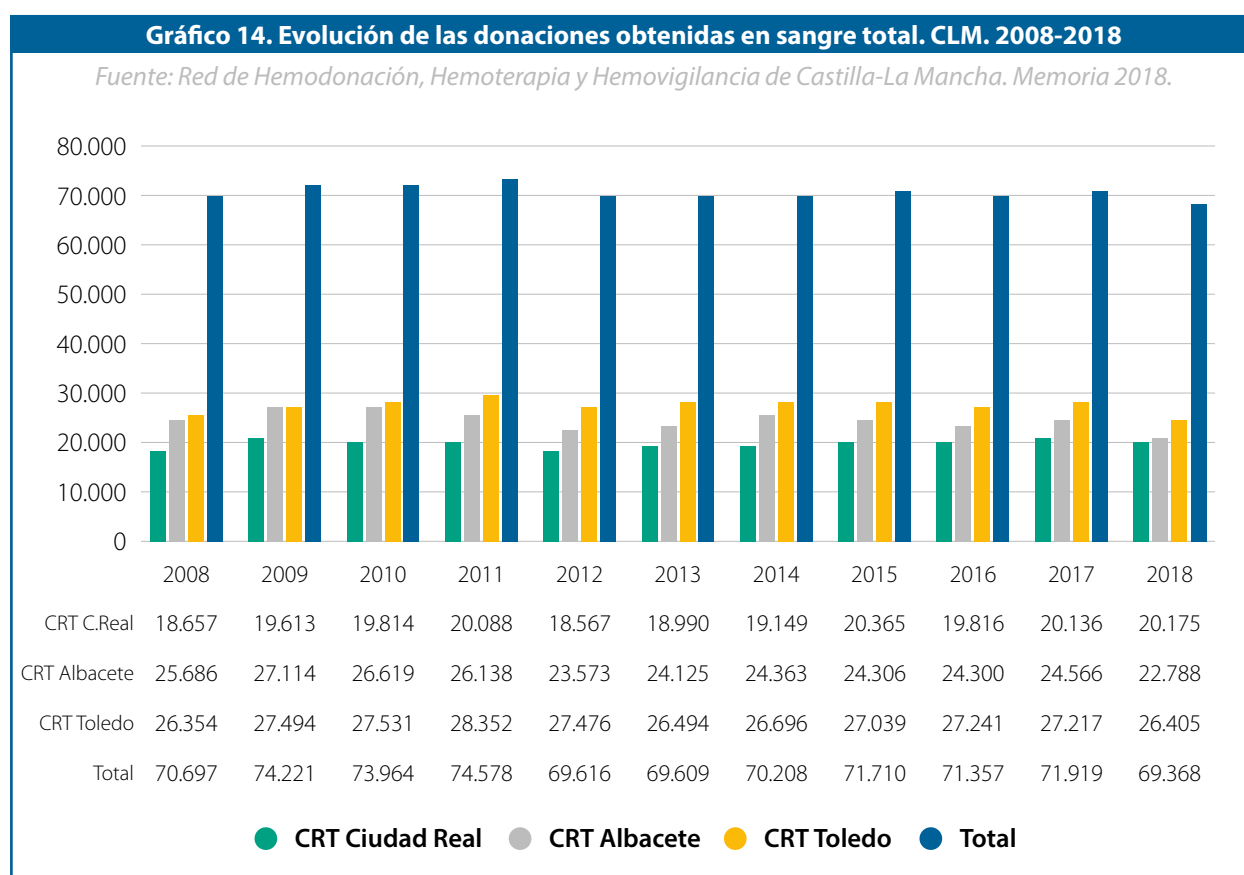
La promoción de la donación de sangre en CLM se realiza en colaboración con las Hermandades de Donantes de Sangre, en virtud del convenio de colaboración con el Sescam que asigna un presupuesto para soporte de material y personal administrativo.

En CLM se elabora un Plan de Hemodonación anual, diseñado y aprobado por el Consejo de Dirección de la RHHH. La organización se centra en el funcionamiento de los puntos fijos de

extracción hospitalarios. En las localidades que no existe un punto fijo de extracción en el hospital se realizan colectas extrahospitalarias en los centros de salud, consultorios, centros de especialidades y centros sociales de la región, planificadas por los tres centros de transfusión de la comunidad.

A lo largo de 2018 fueron atendidos en nuestros centros un total de 76.192 ofrecimientos para donar sangre total, de los que el 67,6 % se presentaron en las colectas programadas periódicamente en localidades de nuestra región en las que no existen puntos fijos de donación y 32,4 % en los puntos fijos hospitalarios.

En el 8,9% de los casos, las y los donantes fueron excluidos por diversas causas, siendo la más común el valor de hemoglobina inferior a los límites mínimos establecidos. Existen pequeñas diferencias en la proporción de excluidos entre los centros, pero en todos ellos es superior en los puntos fijos, estando dentro de los estándares marcados por la OMS.



En 2018 se realizaron 2.187 plasmaféresis, 70 más que en el año 2017, y 734 plaquetoaféresis, 81 más que en 2017. Se realizan en los puntos fijos de los Centros de Transfusión de Albacete, Cuenca y Toledo; éste también en colectas extrahospitalarias.

En el 2018 se iniciaron los procesos de aféresis en el Punto Fijo de Talavera de la Reina, obteniendo 36 plaquetoaféresis.

El índice de donación en CLM era en 2018 de 35 donaciones por 1.000 habitantes, similar al nacional, la mayoría de sangre total; si bien en los cinco últimos años ha aumentado la distribución de componentes sanguíneos.

El plasma fresco congelado es un componente excedentario, transfundiéndose una baja proporción de las unidades obtenidas, pero de su fraccionamiento industrial se obtienen hemoderivados de gran utilidad terapéutica. Desde 2012 existe un contrato entre el Sescam y la empresa Grifols para el fraccionamiento industrial del plasma fresco congelado obtenido en CLM. Los hemoderivados obtenidos de dicho fraccionamiento son distribuidos en los servicios de farmacia de los hospitales de cada área, en cantidad proporcional al volumen de plasma enviado por cada centro.

4.4.6.2. Actividad transfusional.

El Comité Hospitalario de Transfusión (CHT) se encarga de la elaboración de procedimientos adaptados a las actividades clínicas que se realizan en cada hospital y de la trazabilidad, hemovigilancia y seguridad transfusional.

En 2018, en los hospitales públicos de CLM se han transfundido un total de 66.034 concentrados de hematíes, 9.858 pools de plaquetas y 63.181 unidades de plasma fresco.

4.4.7. Donación y trasplante de órganos, tejidos y células.

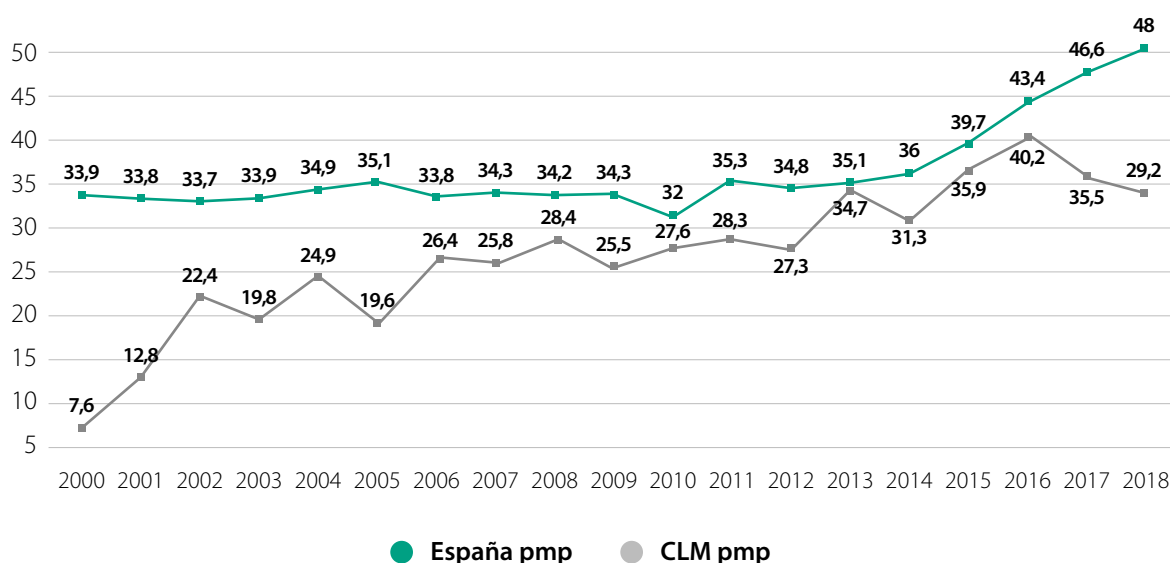
El Decreto 2/2011, de 25 de enero, de la Red de Trasplantes de Castilla-La Mancha, creó un recurso organizativo con capacidad para la ordenación y la planificación de la política de trasplantes y para el control y garantía de calidad de las actividades del proceso de donación-trasplante en CLM. La Red de Trasplantes es el conjunto de recursos sanitarios, humanos y materiales implicados en el proceso de donación-trasplante, con fines terapéuticos, de órganos, tejidos y células de origen humano.

Según la información de la memoria de actividad de la Unidad Autonómica de Coordinación de Trasplantes (UACT) de 2018, el número de personas con carné de donante de órganos se incrementó desde 2006, que era de 235 personas, siendo en 2018 de 1.599. La edad media de las personas donantes en CLM en 2018 es de 63,1 años. Por sexos, el 61% de ellas son hombres y el grupo sanguíneo mayoritario es el 0 (51% del total). La causa de muerte de las personas donantes fue en el 73% de los casos por accidentes cerebrovasculares (ACVA), en el 12%, por traumatismo craneal (no tráfico), en el 2%, por traumatismo craneo encefálico (TCE) de tráfico y en el 10%, anoxia.

En el año 2018, en CLM se registraron 59 donaciones de órganos, lo que supone un descenso del 18% con respecto al año 2017. De las 59 donaciones, el 79,7% fueron multiorgánicas y en un gran porcentaje de ellas se donaron también tejidos. El número de donaciones del año 2018 se corresponde con una tasa de donación en la comunidad autónoma de 29,2 donantes por millón de población (pmp), por debajo de la nacional desde el año 2000. En el año 2018, las negativas familiares a la donación de órganos en muerte encefálica en CLM fueron del 21,1%, y por donación en asistolia del 19,1%, porcentaje que se va reduciendo en años sucesivos, acercándose al nacional.

Gráfico 15. Tasa de donantes de órganos en España y CLM. 2000-2018 (pmp)

Fuente: Unidad Autónoma de Coordinación de Trasplantes (UACT). Sescam.



En cuanto a las donaciones de progenitores hematopoyéticos, en 2018 fueron enviadas a bancos para su almacenaje 77 unidades de sangre de cordón umbilical y fueron procesadas el 27,3% de las mismas.

En 2018 hubo 1.252 donantes de médula ósea (61,32 por 100.000 habitantes).

En relación a los trasplantes de órganos, el de riñón es el que más actividad genera. Desde 2003 se han realizado 502 trasplantes renales en el Hospital General Universitario de Albacete y 411 en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo. En 2017, se realizó el primer trasplante renal de donante vivo en CLM.

Tabla 28. Órganos generados de cadáver y pacientes trasplantados. CLM. 2017- 2018

Fuente: Unidad Autónoma de Coordinación de Trasplantes (UACT). Sescam.

	Pacientes Trasplantados 2017	Órganos válidos 2017	Pacientes Trasplantados 2018	Órganos validos 2018
Riñones	121	92	97	86
Hígado	34	45	28	33
Corazón	10	9	12	10
Pulmón	12	4	12	10
Páncreas	4	2	6	2
Multivisceral	2	0	1 intestino	0

Tabla 29. Situación de los pacientes en lista de espera para trasplante de órgano sólido no renal. CLM. 2018¹*Fuente: Unidad Autónoma de Coordinación de Trasplantes (UACT). Sescam.*

	Trasplantados	Lista de espera	Éxitos	Exclusión	Total
Riñones	12	3	0	2	17
Hígado	12	17	1	0	30
Corazón	28	32	5	4	69
Pulmón	6	6	1	0	13
Páncreas	97	151	0	2	250
Multivisceral	1	1	1	0	3
Total	156	210	8	8	382

¹ A 31 de diciembre de 2018.

Hay ocho centros sanitarios públicos en los que se realiza extracción e implante de córneas. En 2018 se realizaron un total de 150 donaciones de córnea; hay un flujo importante de córneas entre estos centros, de las cuales un 21% son desestimadas.

También se realizaron implantes de tejido osteo-tendinoso en 292 pacientes.

Finalmente destacan los implantes de membrana amniótica en 77 pacientes, en los siete centros autorizados. Existen dos hospitales públicos que cuentan con bancos de membrana amniótica.

4.4.8. Programas de Salud Pública.

La Salud Pública comprende todas las actividades que tienen relación con la salud de la población, el estado sanitario del medio ambiente y el funcionamiento de los servicios de salud. Además de la planificación y gestión de los mismos, tiene como objetivo asegurar la protección y promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad a través de programas de salud dirigidos a la comunidad.

Los programas y actuaciones de protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad que realiza la Consejería de Sanidad de CLM se organizan a través de la DGSP.

4.4.8.1. Detección precoz neonatal de enfermedades congénitas, endocrinas y metabólicas.

Estas enfermedades se manifiestan en forma de discapacidad intelectual o alteraciones psíquicas y físicas de distinta índole, de mayor gravedad cuanto más tarde se establezca el diagnóstico y el tratamiento.

Los programas de detección precoz neonatal han demostrado una alta eficacia preventiva al permitir el diagnóstico inmediato de estas patologías y la instauración temprana del tratamiento oportuno.

El programa de detección precoz neonatal de enfermedades congénitas, endocrinas y metabólicas (PDPECM) se inició en CLM en el año 1989.

La Orden SSI/2065/2014, de 6 de noviembre, actualizó la Cartera Común Básica de Servicios del SNS incluyendo 7 patologías. Sin embargo, se observa una gran variabilidad entre CCAA tanto en las

enfermedades cribadas, muchas de ellas sin cumplir los criterios exigidos para su inclusión, como en los protocolos y procedimientos utilizados.

Esta cartera común básica comprende las siguientes patologías:

- Hipotiroidismo congénito (HTC).
- Fenilcetonuria (PKU).
- Fibrosis Quística (FQ).
- Deficiencia de acil coenzima A deshidrogenasa de cadena media (MCADD).
- Deficiencia de 3-hidroxi acil coenzima A deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD).
- Acidemia glutárica tipo I (AG-I), Anemia falciforme (AF).

Además de las 7 enfermedades señaladas, 11 CCAA y las 2 Ciudades Autónomas han incorporado un número mayor de enfermedades a sus programas de cribado, las cuales forman parte de sus respectivas carteras de servicios complementarias.

La Orden 138/2018, de 21 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan las enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas objeto de detección precoz en los recién nacidos, determina las enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas a cribar en todos los recién nacidos en el ámbito territorial de CLM.

El programa se basa en la realización de pruebas analíticas mediante la toma de muestra de sangre capilar obtenida del talón del recién nacido; se realiza entre las 48 y 72 horas de vida. Las patologías objeto de detección, a partir de noviembre de 2018, son 24.

La participación en el PDPECM de CLM se mantiene por encima del 99% desde 2009.

4.4.8.2. Detección precoz de hipoacusia neonatal.

En CLM, el Programa de Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal (PDPHI) comenzó a realizarse en el año 2003; permite detectar la mayoría de los déficits auditivos en recién nacidos que pueden ocasionar trastornos en la audición y el desarrollo del lenguaje.

El programa se basa en la realización de la prueba de otoemisiones acústicas transitorias (OEAT) antes del alta hospitalaria, como primera fase del mismo.

El criterio de calidad del cribado poblacional recomienda obtener una participación del 95%. La evolución de la participación de recién nacidos en el PDPHI de CLM desde 2009 se mantiene por encima de esta cifra.

4.4.8.3. Programa de vacunaciones infantiles y vacunación en personas adultas.

Los programas de vacunación constituyen una poderosa y efectiva herramienta de prevención primaria de las enfermedades infecciosas y gracias a ellos es posible contribuir al control y eventual erradicación de determinadas enfermedades transmisibles, así como conseguir notables mejoras en la salud de la población.

En CLM, el programa de vacunaciones se dirige de manera sistemática a la población infantil; también a los grupos de riesgo que cumplen las recomendaciones de inmunización en la edad adulta.

La cobertura necesaria para interrumpir la transmisión del germen causante de una enfermedad entre la población susceptible es diferente en cada una de ellas.

Se considera aceptable un nivel de primovacunación en la población infantil en torno al 95%. La cobertura de primovacunación en CLM en menores de 1 año (3 dosis administradas) está por encima de esa cifra desde 2009.

Con el objetivo de prevenir la morbimortalidad por gripe y enfermedad por neumococo en la población, se realiza inmunización en grupos susceptibles y de riesgo de población adulta, principalmente durante la campaña de vacunación antigripal.

4.4.8.4. Programa de detección precoz de Cáncer de Mama.

El Programa de detección precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) se inició en la comunidad autónoma en 1992, alcanzándose el 100% de la cobertura territorial en 1997.

En la actualidad se invita a participar en el mismo a mujeres sin signos o síntomas de patología mamaria con edades comprendidas entre 45 y 70 años y residentes en CLM.

La prueba de cribado, mediante mamografía, se realiza con periodicidad bienal.

El estándar de participación recomendado para conseguir reducciones en la mortalidad del 25% es del 70%, indicándose como cifra óptima el 75%, que se ha relacionado con una reducción del 30% en la mortalidad.

La tasa de detección de neoplasia es del 2,5‰ (nivel deseable mínimo de 1,1‰).

Tabla 30. Datos de actividad del PDPCM. CLM. 2019

Fuente: DGSP. Consejería de Sanidad.

Población diana	151.790
Citās válidas	145.932
Asistentes	114.139
Participación (%)	78,21
Rescreening	2.132
Revisiones precoces	3.045
Derivaciones	660

4.4.8.5. Programa de detección precoz de Cáncer de Colon y Recto.

El cáncer colorrectal representa, tanto en España como en CLM, la tercera neoplasia más frecuente en varones, después del cáncer de próstata y pulmón, y la segunda en mujeres, después del cáncer de mama. Todas las CCAA iniciaron sus programas de cribado entre 2008 y 2015. En el primer año del programa comunicaron coberturas entre el 0,7% y el 14,1%. Según datos de la reunión anual de

la Red de Cribado de Cáncer del año 2017, la cobertura evolucionó entre los años 2009 y 2016, del 4% al 39% en el conjunto de las CCAA.

El programa de cribado se inició en CLM en abril de 2015 con una primera fase en tres Gerencias (Cuenca, Guadalajara y Talavera de la Reina), con un porcentaje de cobertura en estas tres áreas sanitarias del 24,6% y una cobertura global referida a toda la comunidad autónoma del 6,6%.

A lo largo del año 2016, tras una exhaustiva planificación con los recursos disponibles, se hizo extensivo a toda CLM como objetivo estratégico y, para ello, se contó con la participación en comisiones técnicas de profesionales de los diferentes servicios implicados (digestivo, análisis clínicos, anestesia y anatomía patológica), que establecieron los ritmos y circuitos de gestión del programa.

Este programa está dirigido a mujeres y hombres de entre 50 y 69 años, residentes en la comunidad autónoma, que no tengan patología previa de colon y recto ni se hayan realizado una colonoscopia en los últimos cinco años.

El cribado se realiza con una prueba de detección de sangre oculta en heces (TSOH) cada dos años, un test inmunoquímico cuantitativo y, a pacientes cuyo test resulta positivo, se les recomienda la realización de una colonoscopia.

Desde el inicio del programa en la región hasta finales del 2018, se ha invitado a participar a 400.063 personas, con la realización de 136.818 Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) y 8.364 colonoscopias, habiéndose detectado un total de 5.754 lesiones adenomatosas o cancerosas.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto (PDPCCR) ha permitido detectar un total de 1.226 lesiones de alto riesgo o tumores malignos en fases precoces.

En CLM, los principales indicadores del PDPCCR de los años 2016, 2017 y 2018 son los siguientes:

Tabla 31. Indicadores del programa de detección precoz de Cáncer de Colon y Recto (PDPCCR). CLM. 2016-2018

Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha

Indicadores PDPCCR		2016	2017	2018
Participación	Tasa de participación (test de invitaciones válidas)	38,6	33,3	28,3
	Proceso			
	Tasa de positivos	9,8	8,0	8,1
	Tasa de aceptación de colonoscopia	93,7	95,3	90,5
	Tasa de colonoscopias completas	95,0	95,7	97,6
Lesiones (%)	Tasa de adenomas (cualquier tipo)	60,0	48,7	66,5
	Tasa de adenomas de alto riesgo	18,3	15,1	17,8
	Tasa de cáncer invasivo	4,7	4,6	5,2

4.4.8.6. Programa de prevención de las drogadicciones.

Tiene por objeto la prevención del inicio del consumo de drogas, legales e ilegales, mediante programas dirigidos tanto a menores de edad (sobre todo tipo de drogas, pero centrados en el inicio del consumo de tabaco, alcohol, cannabis e hipnosedantes) como a población adulta (orientados sobre todo al inicio de otras sustancias ilegales).

El programa de prevención selectiva e indicada del consumo de drogas y programas de educación de calle dirigidos a personas con drogodependencias se realiza en colaboración con los ayuntamientos de más de 10.000 habitantes. Este programa se concreta en acciones específicamente ajustadas a las condiciones de cada localidad y a las características de riesgo de cada grupo. Mediante resolución de la DGSP se convocan subvenciones para que esos ayuntamientos desarrollen dichos programas.

Uno de los ejes centrales de la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas durante 2018 fue el ámbito escolar. Para ello se ha continuado con el proceso de implementación del programa "Construye tu mundo", de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), que se inició en 2011. Este programa permite una intervención a largo plazo, con actividades que comienzan al principio de la educación infantil y que se mantienen hasta el final de la ESO.

La formación de padres y madres se realiza básicamente en colaboración con la FAD y consiste en la organización de cursos de formación en los que se tratan distintos aspectos relacionados con la educación familiar.

4.4.8.7. Vigilancia epidemiológica.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) se nutre de los resultados que aportan los servicios de vigilancia de las CCAA y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE).

El Sistema de Vigilancia de la Gripe en CLM está formado por una red centinela de 49 médicas y médicos de familia y 10 pediatras de Atención Primaria de las cinco provincias que, junto al laboratorio de apoyo del Centro Nacional de Microbiología (CNM), informan de forma oportuna sobre la evolución de la actividad gripal en la comunidad autónoma, basándose en la vigilancia epidemiológica y microbiológica de la enfermedad. Esta Red está integrada en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE).

Los médicos centinela notifican a los servicios de epidemiología de la comunidad autónoma, de forma individualizada y con una periodicidad semanal o diaria, aquellos síndromes gripales que cumplen con la definición de caso y pertenecen a sus poblaciones de referencia. Asimismo, recogen muestras clínicas de algunos de los casos de gripe para su confirmación virológica durante el periodo de vigilancia.

Los casos declarados de EDO en CLM y tasas por 100.000 habitantes, según los datos recogidos por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 32. Casos notificados de EDO¹ y tasas por 100.000 hab. CLM y España. 2018

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (declaración individualizada). Red Nacional de Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología. Año natural 2018; Entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2018. Datos exportados el 16/10/2019. No se han notificado casos fiebre amarilla, peste, polio, rabia ni síndrome de rubéola congénita.

EDO	Castilla-La Mancha		España	
	Nº Casos	Tasas	Nº Casos	Tasas
Campilobacteriosis	933	45,94	19.439	41,60
Infección por C. trachomatis	78	3,84	5.993	12,82
Dengue²	3	-	201(6)	(0,01)
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	28	1,38	351	0,75
Enfermedad meningocócica	17	0,84	403	0,86
Enfermedad neumocócica invasora	220	10,83	3.765	8,06
Enfermedad por virus Zika²	1	-	32	-
Encefalopatía Espongiforme Transmisible Humana	7	0,34	65	0,14
F. Exantemática Mediterránea	51	2,51	290	0,62
Fiebre Q	10	0,49	400	0,86
F. Tifoidea y Paratifoidea	4	0,20	27	0,06
Giardiasis	105	5,17	3.863	8,27
Gripe³	31.647	1.558,35	731.376	1.565,01
Hepatitis A	60	2,95	1.704	3,65
Hepatitis B	8	0,39	390	0,83
Hepatitis C	48	2,36	1.410	3,02
Herpes Zoster	10.397	511,96	-	-
Hidatidosis	8	0,39	69	0,15
Infección gonocócica	152	7,48	6.438	13,78
Infección por C. Trachomatis	78	3,84	5.993	12,82
Legionelosis	50	2,46	1.533	3,28
Leishmaniasis	15	0,74	301	0,64
Listeriosis	21	1,03	420	0,90
Paludismo²	23	-	851(2)	(0,01)
Parotiditis	416	20,48	8.960	19,17
Salmonelosis	748	36,83	9.109	19,49
Sarampión	1	0,05	188	0,40
Shigelosis	8	0,39	374	0,80
Sífilis (no congénita)	93	4,58	3.377	7,23
Tos ferina	784	38,61	3.628	7,76
Tuberculosis	149	7,34	4.389	9,39
Varicela³	4.697	231,29	68.469	146,51
Yersiniosis	36	1,77	662	1,42

¹ Solo se recogen las EDO de las que se ha notificado algún caso en CLM. ² Sólo se calculan las tasas de los casos autóctonos, que van entre paréntesis. ³ Los casos proceden de la declaración semanal agregada.

Según el **Registro Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**, a fecha de 30 de junio de 2019, en CLM los casos acumulados desde el año 1981 sumaban un total de 1.724, de los cuales 1.425 son varones, y el modo principal de transmisión es el consumo de drogas por vía parenteral.

Tabla 33. Casos acumulados de SIDA¹ por modo de transmisión y sexo. CLM. 2018.*Fuente: Registro Nacional de SIDA (actualización a 30 de junio de 2019).*

Modo de transmisión	Hombres	Mujeres	Total
HSH	157	-	134
Heterosexual	221	112	333
PID	891	132	1.023
Materno-Infantil	8	9	17
Hemoderivados	23	3	26
Transfusión	9	4	13
Otros/NC	116	39	155
Total	1.425	299	1.724

¹ Casos acumulados desde 1981. HSH: Hombres que mantienen relaciones con hombres. PID: Personas que se inyectan drogas. NC: No consta.

En cuanto a la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), CLM aporta datos a los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH desde 2008.

En 2018 se notificaron 72 nuevos diagnósticos de infección por VIH, lo que supone una tasa de 3,55 de nuevas infecciones por 100.000 habitantes.

La evolución de nuevos diagnósticos, así como el modo de transmisión se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 34. Nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. CLM. Años 2010-2018.*Fuente: Registro Nacional de SIDA (actualización a 30 de junio de 2019).**Datos no corregidos por retraso de notificación.*

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total ¹
Nº casos	112	89	81	86	79	93	68	86	72	1.030
Tasas	5,4	4,3	3,9	4,2	3,9	4,5	3,3	4,23	3,55	

¹ Total desde 2008.

La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente (47,2%), seguida de la heterosexual (23,6%) y la que se produce en personas que consumen drogas por vía parenteral (2,8%), un patrón similar al que se produce a nivel nacional. La distribución por sexo de nuevos diagnósticos de infección ha crecido en los varones un 4% desde 2009, en relación con las mujeres. Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres ocupan el primer lugar en cuanto al mecanismo probable de infección. Por ello, el colectivo de HSH es prioritario para los programas de prevención, especialmente el grupo entre 25 y 34 años donde las tasas son más elevadas.

4.4.9. Atención sociosanitaria.

Durante las distintas etapas de la vida de las personas, se producen problemas que requieren de la atención del sistema de salud y de los servicios sociales, tanto en el ámbito preventivo como en el de la intervención. Por ello, es necesario el fomento de un espacio de trabajo sociosanitario para el desarrollo de un proceso conjunto, integrador, coordinado y mantenido en el tiempo.

La situación de necesidad detectada en la persona en cada momento estará condicionada por el grado de autonomía, el nivel de salud, el tipo de redes de apoyo y el entorno en el que viva. Determinar si una persona o unidad familiar se encuentra en una situación de riesgo y hace necesaria la actuación de ambos sistemas supone el análisis de algunas variables, como son:

- Condiciones de la vivienda que afectan al estado de salud de la persona o familia.
- Sistema de relación en la unidad familiar.
- Violencia.
- Prostitución.
- Ingresos económicos insuficientes.
- Conductas adictivas.
- Personas sin hogar.
- Dependencia para las actividades de la vida diaria.
- Deficiencia de autocuidados.

4.4.9.1. Prestación de servicios sociales en el Servicio de Salud.

La puerta de entrada al sistema público de servicios sociosanitarios está en el nivel de atención primaria, donde se atienden las demandas directas de las personas o instituciones con el fin de darles a conocer los servicios y las prestaciones del sistema público sanitario y de servicios sociales u otros sistemas de protección social, en relación con las situaciones de necesidad, autonomía e integración social.

Independientemente de las prestaciones de los servicios sociales dependientes de la Consejería de Bienestar Social y de las entidades locales (acompañamiento, atención a la familia o unidad de convivencia, ayuda a domicilio, tele-asistencia...), la Consejería de Sanidad, a través del Sescam, tiene en su cartera de servicios, tanto en AP como en centros hospitalarios, unidades de trabajo social que desarrollan su labor en coordinación con los anteriores.

4.4.9.2. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, que contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en diciembre de 2018 CLM contaba con 57.838 personas beneficiarias de la prestación en todos los grados (I, II y III), lo que supone el 89% de las solicitudes registradas, y 7.126 solicitudes pendientes de valoración, un 11% del total.

4.4.9.3. Red de recursos de atención sociosanitaria.

La red de recursos de atención sociosanitaria tiene como objetivo la prestación de servicios de prevención, rehabilitación y apoyo social y laboral a las personas con trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución o en riesgo de exclusión social. Esta red dispone de dispositivos residenciales y centros de rehabilitación, así como de servicios y programas, gestionados por la Fundación Sociosanitaria de Castilla- La Mancha (FSCLM), dirigidos a personas con necesidades de atención.

Tabla 35. Programas y servicios de la FSCLM, según áreas de actividad. CLM. 2018.

Fuente: Fundación Sociosanitaria de Castilla- La Mancha. Elaboración DGPOIS . Consejería Sanidad.

Ámbito	Servicios y Programas
ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Dispositivos residenciales: Residencias Comunitarias y Viviendas Supervisadas. Plazas concertadas con Residencias de Mayores.
FORMACIÓN E INSERCIÓN LABORAL	Programa Incorpora. La FSCLM es la entidad coordinadora a nivel regional.
ATENCIÓN A MENORES	Centro de Atención Especial al Menor.
ATENCIÓN A PERSONAS CON LA CAPACIDAD DE OBRAR MODIFICADA	Programa Regional de Atención Tutelar.
ADICCIONES	Comunidades terapéuticas. Programa de Intervención en Centros Penitenciarios.
RIESGO DE EXCLUSIÓN	Centros de atención a personas en riesgo de exclusión social debido a problemas de salud.
SENSIBILIZACIÓN Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA	Acciones orientadas a la participación activa, disminuir el estigma y velar por los derechos humanos.

Los dispositivos residenciales y centros de rehabilitación son Viviendas Supervisadas, Residencias Comunitarias y Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), distribuidos en las diferentes áreas sanitarias.

Tabla 36. Dispositivos residenciales sociosanitarios especializados. CLM. 2018.

Fuente: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Elaboración DGPOIS . Consejería Sanidad.

Dispositivos	AB	CR	CU	GU	TO	Mancha Centro	T. de la Reina	Puertollano	CLM
CRPSL	5	3	2	1	4	2	1	1	19
Residencias Comunitarias	1	--	1	--	1	1	1	--	5
Nº de plazas	48	--	44	--	29	40	38	--	199
Viviendas Supervisadas	10	3	4	5	6	4	2	--	34
Nº de plazas	61	18	24	25	36	22	11	--	197
Nº de plazas concertadas en Residencias Mayores	24	--	--	7	--	10	--	--	41

Los datos de actividad de la FSCLM, en el periodo 2013-2018, se resumen en la tabla siguiente. Destaca el incremento de plazas residenciales y de personas atendidas en los recursos especializados en la atención a personas con trastorno mental grave.

Tabla 37. Datos de actividad de la FSCLM. Personas atendidas y plazas. 2013-2018.
Fuente: Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Elaboración DGPOIS. Consejería Sanidad.

Dispositivo / Programa	Nº de personas atendidas por años (nº de plazas)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)	2.035	2.078	2.088	2.029	2.158	2.160
Viviendas Supervisadas (VS)	212 (168 pl.)	209 (176 pl.)	210 (180 pl.)	204 (180 pl.)	214 (181 pl.)	227 (197 pl.)
Residencias Comunitarias (RC)	184 (152 pl.)	198 (153 pl.)	176 (159 pl.)	195 (159 pl.)	180 (159 pl.)	234 (199 pl.)
Residencias de Mayores	19 (18 pl.)	18 (18 pl.)	20 (18 pl.)	19 (18 pl.)	23 (18 pl.)	43 (41 pl.)
Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM)	17 (13 pl.)	23 (13 pl.)	20 (13 pl.)	20 (13 pl.)	17 (13 pl.)	18 (13 pl.)
Programa Regional de Acción Tutelar (PRAT)	47	54	62	78	80	67
Comunidades terapéuticas (CT)	405 (167 pl.)	387 (150 pl.)	377 (137 pl.)	377 (145 pl.)	380 (148 pl.)	386 (148 pl.)
Programas de intervención en adicciones en centros penitenciarios	893	1.040	1.067	1.016	1.043	1.068
Programa Incorpora	237	231	248	272	441	487
Centros residenciales para personas en riesgo de exclusión social	49 (34 pl.)	59 (33 pl.)	53 (35 pl.)	44 (36 pl.)	54 (40 pl.)	47 (40 pl.)
TOTALES	4.098 (552 pl.)	4.297 (543 pl.)	4.321 (542 pl.)	4.254 (551 pl.)	4.590 (559 pl.)	4.737 (638 pl.)

4.4.9.4. Centros de atención a personas mayores.

La residencia es un centro de atención integral personalizada, continuada y cuidados sociales y sanitarios adecuados a la situación de dependencia y a las necesidades particulares de las personas usuarias, que se prestan en interrelación con los servicios sociales y de salud de su entorno.

Sus principales objetivos son promover el envejecimiento activo y la autonomía de las personas mayores y propiciar su desarrollo personal, así como servir de apoyo a los familiares de las personas residentes y usuarias de los centros y ayudar a la conciliación de la vida social y laboral de las familias que conviven con sus mayores, mediante servicios específicos.

Tabla 38. Residencias de mayores de la red pública por provincia y número de plazas. CLM 2019.*Fuente: Consejería de Bienestar Social. Elaborado DGPOIS.*

Provincia	Nº Residencias	Nº Plazas totales
ALBACETE	34	2.987
CIUDAD REAL	59	4.699
CUENCA	35	2.738
GUADALAJARA	29	2.739
TOLEDO	106	7.632
TOTALES	263	20.795

4.4.9.5. Prestaciones de ayuda a domicilio, teleasistencia domiciliaria y atención a personas sin hogar.

La prestación de ayuda a domicilio (SAD) tiene por objeto atender a las situaciones de dependencia, ya sean laborales, económicas, educativas, sanitarias, personales o sociales, que dificulten que la persona o unidad familiar pueda desenvolverse con autonomía en su domicilio y entorno habitual, favoreciendo las condiciones necesarias que hagan posible la permanencia en su medio habitual de convivencia en condiciones adecuadas.

Tabla 39. Prestación de ayuda a domicilio (SAD). CLM. 2019.*Fuente: Consejería de Bienestar Social. Servicio de Planificación y Gestión de la Atención Primaria.*

Provincia	Convenios firmados con entidades locales	Auxiliares de SAD contratados
AB	88	1.218
CR	98	1.582
CU	192	900
GU	112	418
TO	193	1.786
TOTAL	683	5.904

La Teleasistencia tiene por finalidad facilitar la permanencia en el domicilio a las personas que se hallen en situación de vulnerabilidad, ya sea por su situación de dependencia, discapacidad, edad o aislamiento social. Para ello se proporcionan una serie de atenciones personalizadas que puedan mejorar sus condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana, potenciar su autonomía, así como detectar, prevenir, y en su caso, intervenir ante posibles situaciones de riesgo, mediante la instalación en el domicilio de terminales telefónicos conectados a una central receptora de avisos.

Tabla 40. Prestación de Teleasistencia domiciliaria. CLM. 2020.

Fuente: Consejería de Bienestar Social. Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Provincia	TIPOS DE DISPOSITIVOS ESPECIALES						Nº Total de terminales
	Móvil	Detector gas	Detector humo	Detector movimiento	Detector caídas	Adaptados (comunicación no oral)	
AB	23	52	157	38	92	5	9.030
CR	21	12	43	8	84	3	11.308
CU	19	24	51	5	44	2	5.383
GU	46	2	73	2	27	-	4.761
TO	96	141	314	13	100	12	14.135
TOTAL	205	76	638	66	347	22	44.617

En relación a la situación sanitaria de las personas sin hogar, según la Estrategia Nacional de Personas Sin Hogar de 2015, no existen datos para conocer cuál es la mortalidad y morbilidad asociada a las personas sin hogar en España, pero estudios en diversos países en los últimos años permiten formarse una idea aproximada⁶, a pesar de su diversidad metodológica.

Las conclusiones principales son las siguientes:

- Existe una persistente relación entre la carencia de vivienda y el aumento de mortalidad.
- Las personas sin hogar tienen una mortalidad entre 3 y 4 veces superior a la de la población general.
- La esperanza de vida de las personas sin hogar está entre 42-52 años, aproximadamente 30 años menos que la población general.
- La probabilidad de mortalidad prematura de personas sin hogar aumenta si la persona está expuesta continuamente a espacios públicos (pernoctando o viviendo durante el día), es joven o padece SIDA.
- Las mujeres jóvenes sin hogar tienen una mortalidad prematura mucho más alta respecto al resto de los subgrupos; esta mortalidad está más de cuatro veces por encima de la de la población general. Su exposición a incidentes directa o indirectamente letales es muy alta.
- Las muertes suceden a lo largo de todo el año, no sólo vinculado al frío del invierno.
- Las muertes prematuras de personas sin hogar están principalmente asociadas a cuadros médicos crónicos más que a enfermedades mentales o abuso de sustancias.

No obstante, hay un cuadro trimórbido que multiplica el riesgo de mortalidad precoz: abuso de sustancias, enfermedad mental y enfermedad crónica.

En CLM los dispositivos de atención son de dos tipos: de urgencia, que prestan básicamente asistencia, alojamiento y manutención; y los residenciales, que tienen por finalidad facilitar a las personas residentes procesos de inclusión social.

6. Hibbs et al., 1994; Hwang et al., 1997; Barrow et al., 1999; Cheung & Hwang, 2004; O'Connell, 2005; Morrison, 2009) 13.

4.4.9.6. Centros de atención a personas con discapacidad.

Las residencias para personas con discapacidad son centros de atención integral personalizada, continuada y de cuidados sociales y sanitarios adecuados a la situación de dependencia y a las necesidades particulares de las personas usuarias de este tipo de centros, que se prestan en interrelación con los servicios sociales y de salud de su entorno.

Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias, basándose en los principios de integración social, normalización, calidad y ética. Su misión se concreta en proporcionar apoyos personalizados a cada una de las personas atendidas en sus diferentes servicios y programas.

Con todo ello se pretende no solo una mejoría clínica o un aumento de las capacidades de la persona, sino que éstas puedan alcanzar metas personales que mejoren así su satisfacción y bienestar.

Tabla 41. Residencias para personas con discapacidad por provincia y número de plazas. CLM. 2019.

Fuente: Consejería de Bienestar Social.

Provincia	Nº Residencias	Nº de plazas totales
ALBACETE	6	262
CIUDAD REAL	10	515
CUENCA	5	193
GUADALAJARA	3	155
TOLEDO	5	200
TOTALES	29	1.325

4.4.10. Calidad de la atención y seguridad del paciente.

La gran complejidad de los procesos asistenciales del ámbito sanitario conlleva que la calidad asistencial se constituya como un derecho de la ciudadanía y un reto permanente para organizaciones y profesionales sanitarios. Los sistemas de gestión de calidad se centran en la detección de áreas de mejora, el mantenimiento de la "cultura de calidad" y la mejora continua. Constituyen un resultado clave de la satisfacción de profesionales y de clientes internos y externos, destacando la del paciente y la persona usuaria.

El Sescam puso en marcha, en el año 2009, la implantación de modelos de gestión basados en la Norma ISO 9001 y en el modelo EFQM para mejorar los procesos de sus centros y servicios. Durante los años 2010 y 2011 se realizó un importante avance en la implantación en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, así como en algunas unidades de investigación, docencia, formación y calidad y atención al usuario. Los sistemas de calidad de las gerencias han ido gradualmente incrementando su alcance en el número de servicios y de procesos certificados. Desde el año 2013 hasta el 2018 se ha pasado de 47 a 118 servicios.

Otra de las líneas estratégicas en calidad implica potenciar la atención y los cuidados basados en la evidencia. La Consejería de Sanidad suscribió un convenio de colaboración en el año 2016

con el ISCIII con el objetivo de instaurar las Guías de Buenas Prácticas de Cuidados Enfermeros del Instituto Joanna Briggs, creado por la Asociación de Profesionales de Enfermería de Ontario (Regional Nursing Association of Ontario, RNAO) y cuyo centro colaborador en España es el ISCIII.

La seguridad del paciente constituye una de las más importantes dimensiones de la calidad asistencial. El Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Sescam para los años 2009-2012 y las recomendaciones establecidas en la estrategia de seguridad del paciente del SNS 2015-2020, han marcado las directrices para las intervenciones:

- Creación de la Red de personas expertas y profesionales de seguridad del paciente. Esta red ha elaborado la Estrategia de Seguridad del Paciente de Castilla-La Mancha 2019-2023.
- Promoción de una cultura de seguridad. Desde el año 2008 se vienen desarrollando diferentes talleres, seminarios, reuniones, jornadas y actividades formativas a nivel regional.
- Promoción de la gestión de riesgos clínicos y los sistemas de notificación para el aprendizaje. Se han creado las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Clínicos (UFGCR) en todas las gerencias del Sescam para gestionar de forma adecuada los riesgos relacionados con la atención sanitaria e impulsar las medidas de buenas prácticas establecidas.

Desde 2010 se ha implantado un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos relacionados con la asistencia sanitaria (SINASP), desarrollado por el Ministerio de Sanidad. En la actualidad todos los centros sanitarios del Sescam lo están utilizando.

Se coordinan y difunden buenas prácticas desde las gerencias del Sescam, a través de:

- Programa de higiene de manos del Sistema Nacional de Salud.
- Programa de seguridad en las Unidades de atención a pacientes críticos. Proyectos Zero.
- Estrategia de cirugía segura.
- Proyecto código sepsis.

4.4.11. Calidad percibida de la atención sanitaria.

Respecto a la calidad percibida, se han mantenido las acciones del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente en colaboración con el Servicio de Participación Ciudadana y Atención al Usuario, además de la participación en el "Plan Dignifica". En 2017, estas acciones fueron las siguientes.

Campo	Acciones	Acciones
Gestión	Plan Dignifica	<ul style="list-style-type: none"> Participación en el grupo de coordinación del plan. Participación en el grupo de trabajo sobre "intervenciones sin sangre". Educación para la salud de población inmigrante (colaboración con CEPAIM).
Investigación	Impacto de la mediación intercultural (colaboración con la U.A.H.).	<ul style="list-style-type: none"> Actualización del proyecto iniciado en 2014. Presentación a la convocatoria MAPFRE.
	Derechos de los pacientes (colaboración con la UA de Cataluña y con la S.E.A.U.S).	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de la encuesta en varios hospitales.
	Atención al dolor agudo en los hospitales (colaboración con la S.E.C.A.).	<ul style="list-style-type: none"> Participación en el grupo de trabajo.
Docencia	Curso on-line "barreras culturales y lingüísticas" (Sescam).	<ul style="list-style-type: none"> Organización e impartición del curso.

Desde la creación de la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria (DGCHAS), se han venido realizando encuestas de satisfacción de pacientes del Sescam en los ámbitos de atención primaria y atención hospitalaria (consultas externas, hospitalización y urgencias). Estas encuestas se realizan cada dos años.

La valoración media de la satisfacción con el servicio recibido se sitúa por encima del 8 en todos los casos, Los aspectos que se han valorado en relación con la atención y calidad del servicio han sido los siguientes.

EN ATENCIÓN PRIMARIA

- La facilidad para conseguir la cita con su médica/o de familia o pediatra cuando la ha solicitado.
- La puntualidad de su médica/o al atenderle teniendo en cuenta el horario de su cita.
- La claridad de la información proporcionada por su médica/o.
- La amabilidad de las y los profesionales sanitarios que le han atendido.
- Valoración de la atención y el servicio recibido en la consulta con carácter global.

EN CONSULTAS EXTERNAS

- La facilidad para realizar los trámites administrativos necesarios para acceder a la consulta.
- La puntualidad de la consulta teniendo en cuenta la hora de su cita.
- La claridad de la información proporcionada por su médica/o.
- El trato de las y los profesionales sanitarios que le han atendido.
- Valoración de la atención y el servicio recibido en la consulta con carácter global.

EN HOSPITALIZACIÓN

- A. La facilidad para realizar los trámites administrativos de ingreso.
- B. La utilidad de la información recibida al ingreso.
- C. La utilidad de la información recibida al alta.
- D. Valoración de la atención y el servicio recibido en la consulta con carácter global.

EN URGENCIAS

- A. El tiempo que ha transcurrido hasta que ha sido atendido.
- B. La calidad de la atención sanitaria recibida.
- C. La claridad de la información proporcionada por su médica/o.
- D. El trato de las y los profesionales sanitarios que le han atendido.
- E. El estado de las instalaciones del servicio de urgencias.

4.4.12. Participación ciudadana.

La ciudadanía en general debe desempeñar un papel cada vez más importante en el sistema sanitario público; su participación e implicación en la toma de decisiones, no sólo a nivel clínico individual, sino en el establecimiento conjunto de prioridades con las personas responsables de la gestión sanitaria, exige un cambio en las fórmulas, métodos y canales para que la opinión del ciudadano pueda influir en las políticas sanitarias, en el diseño de los servicios y en la toma de decisiones.

Las principales herramientas para fomentar la participación ciudadana en CLM son las Redes de Personas Expertas y Profesionales, el Plan Dignifica y la Escuela de Salud y Cuidados.

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre del 2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha creó, en su artículo 23 el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha.

Asimismo en el Decreto 13/2005, de 1 de febrero de 2005, de los órganos de participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, se regulan los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona.

Las personas que padecen una enfermedad crónica son el principal elemento para generar un proceso de cambio en el modelo de organización y gestión del sistema sanitario. La información y capacitación en salud de pacientes, familiares y personas encargadas de los cuidados son herramientas imprescindibles para adquirir conocimientos, responsabilidad, autonomía y participación, consiguiendo un mayor conocimiento sobre la enfermedad, una mejor adherencia al tratamiento, un uso más racional de los servicios sanitarios y una mejor relación profesional sanitario-paciente.

A través de las asociaciones de familiares de personas afectadas por determinadas enfermedades, así como de las asociaciones de pacientes, es posible la participación y el protagonismo eficaz de la ciudadanía en el funcionamiento de los servicios de salud. La participación de estas asociaciones se ha potenciado durante los últimos años, mejorando la coordinación con la Administración y aumentando la cobertura de recursos asistenciales, rehabilitadores y de promoción y prevención.

Los servicios prestados incluyen actividades que atienden necesidades específicas de determinadas patologías, tales como fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, atención social y psicológica; en conjunto, suponen un total de 71 centros de día y una cifra de alrededor de 1.370 profesionales.

De igual manera, desarrollan actividades de promoción, prevención, asesoramiento, información, mediación e investigación. Durante el año 2017 se beneficiaron de estas actuaciones un total de 86.000 personas.

4.4.13. Participación de profesionales de los centros sanitarios.

Los recursos humanos constituyen el principal activo de las organizaciones, por lo se contempla la participación directa de profesionales de los centros sanitarios de CLM a través de diversos órganos, redes e instituciones:

- Redes de personas expertas y profesionales del Sistema Sanitario de CLM, reguladas mediante Orden de 4 de diciembre de 2015, de la Consejería de Sanidad, y desarrolladas desde 2016: Urgencias, Imagen Médica, Cuidados Paliativos, Seguridad del Paciente, Educación para la Salud, Escuela de Salud y Cuidados, Oncohematología y Salud Mental.
- Colegios profesionales.
- Comités y comisiones regionales. Entre otras: Comisión de Formación Continuada, Comisión Regional de Bibliotecas, Comité Sectorial de Seguridad y Salud Laboral del Sescam, Mesa Sectorial de personal de instituciones sanitarias, Comisión Regional de Trasplantes, Red de Hemodonación, Hemoterapia y Hemovigilancia de Castilla-La Mancha.
- Sociedades científicas.
- Juntas técnico-asistenciales, comisiones centrales de garantía de calidad y comisiones clínicas de centros.
- Comisiones de docencia de centros o unidades docentes.
- Comités de centros o área sanitaria. Entre otros: Comités de Ética Asistencial (CEA), Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC), Comités Éticos de Investigación con Medicamentos (CEIm), Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Clínicos (UFGRC), Comités de Seguridad y Salud Laboral.

4.5. Recursos humanos y tecnológicos.

4.5.1. Recursos Humanos.

Entre 2010 y 2015, se produjo una disminución en el número de efectivos en las plantillas del Sescam; sin embargo, en 2016 se produjo un moderado aumento (729 personas en número absoluto), sobre todo en personal sanitario no facultativo. En la siguiente tabla se aprecia, además, que existe un mayor porcentaje de mujeres tanto en personal sanitario como de gestión y servicios.

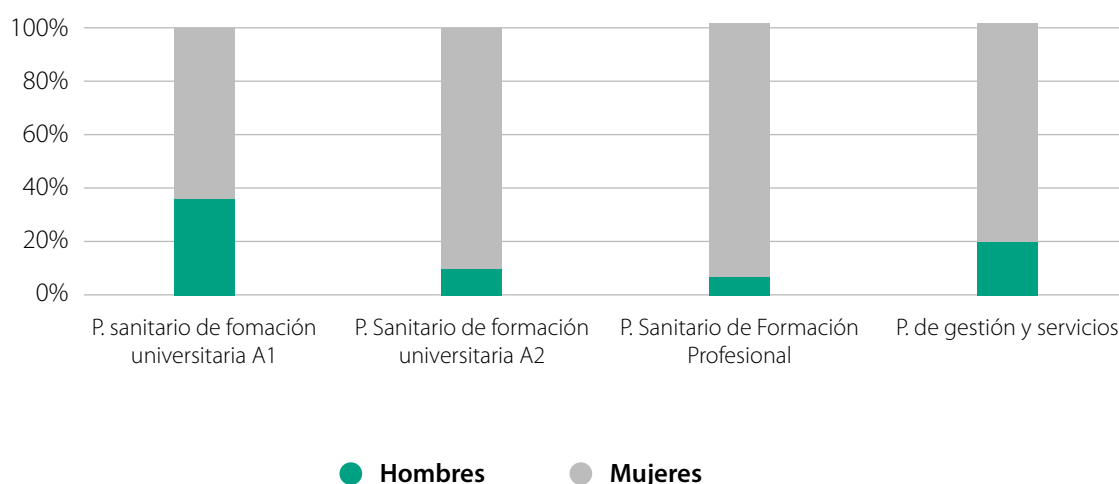
Tabla 42. Recursos humanos de las instituciones sanitarias del Servicio de Salud. Distribución por sexo según tipo de personal. CLM. 2019.

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Sescam.

Provincia	Hombres	Mujeres
PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA A I	44,8%	55,2%
PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA A II	17,1%	82,9
PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL	7,5%	92,5%
PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	35,3%	64,7%

Gráfico 16. Recursos humanos de las instituciones sanitarias del Servicio de Salud. Distribución por sexo según tipo de personal. CLM. 2019.

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Sescam.



Existen 25.325 plazas básicas entre las categorías de personal sanitario y personal de gestión y servicios. Esto, unido a las 154 plazas de personal directivo existentes, conforma un total de 25.479 plazas de profesionales en el Sescam.

Tabla 43. Recursos humanos de las instituciones sanitarias del Servicio de Salud de CLM. Plantilla orgánica. 2019.

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. SESCAM.

PLAZAS BÁSICAS Categoría / Puesto de Trabajo	ÁMBITO DE ATENCIÓN				
	Primaria	Hospitalaria	Emergencias	Inspección	Total
PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA					
MÉDICO/A DE FAMILIA	1.367				1.367
PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA	244				244
ODONTOESTOMATÓLOGO/A	74				74
MÉDICO/A PEAC	453				453
MÉDICO/A SUAP	19				19
TÉCNICO/A SALUD PÚBLICA	14				14
FARMACÉUTICO/A DE A.P.	33				33
MÉDICO/A DE EMERGENCIAS (UME)			175		175
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA		3.289		1	3.290
MÉDICO/A DE ADMISIÓN, ARCHIVOS Y DOCUMEN.CLÍNICA		42			42
MÉDICO/A DE URGENCIAS		308			308
OTRAS CATEGORÍAS MÉDICAS DECLARADAS A AMORTIZAR		7			7
INSPECTOR/A FARM. SERV. SANIT. Y PRESTACIONES				15	15
INSPECTOR/A MÉDICO SER. SANITARIOS Y PRESTACIONES				41	41
ENFERMERO/A	1.474	5.191			6.665
ENFERMERO/A PEAC	440				440
ENFERMERO/A SUAP	16				16
ENFERMERO/A DE EMERGENCIAS			185		185
ENFERMERO/A ESPECI. EN ENF. OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA	80	164			244
ENFERMERO/A INSPECTOR/A SERV. SANIT.S Y PRESTACIONES				33	33
FISIOTERAPEUTA	133	267			400
LOGOPEDA		10			10
TERAPEUTA OCUPACIONAL		79			79
TOTAL	4.347	9.357	360	90	14.154
PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL					
TÉCNICO/A SUPERIOR SANITARIO	73	960			1.033
TÉCNICO/A MEDIO SANIT.: CUIDADOS AUX. DE ENFERMERÍA	91	3.775			3.866
TOTAL	164	4.735	0	0	4.899
PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS					
CELADOR/A	159	1.699	1		1.859
PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	3	1.129	0	0	1.132
PERSONAL DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	646	2.093	14	21	2.774
PERSONAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	8	167	4	2	181
OTRO PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	3	208	0	3	214
TRABAJADOR/A SOCIAL	44	68			112
TOTAL	863	5.364	19	26	6.272
TOTAL PLAZAS BÁSICAS	5.374	19.456	379	116	25.325
	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZ.	ATENCIÓN INTEGRADA	ÁMBITO REGIONAL	TOTAL
PERSONAL DIRECTIVO	12	7	126	9	154
TOTAL: PERSONAL DIRECTIVO Y PLAZAS BÁSICAS					25.479

Tabla 44. Plazas dotadas¹ en la Consejería de Sanidad de CLM. 2019.

Fuente: Consejería de Sanidad.

	Plazas con titulación universitaria o FP Área sanitaria	Plazas de sanitarios locales		Plazas con Tit. Universitaria, FP Área sanitaria y Sanitarios locales	Plazas con otras titulaciones	Total Plazas
		Veterinaria	Farmacia			
SSCC	111	3	0	114	182	296
AB	53	49	15	117	67	184
CR	37	67	16	120	42	162
CU	42	61	16	119	37	156
GU	101	35	12	148	106	254
TO	53	87	21	161	56	217
Total	397	302	80	779	490	1.269

¹ Personal funcionario y laboral (Administración sanitaria y Salud Pública).

4.5.2. Dotación tecnológica.

La alta tecnología constituye un gran recurso en el proceso de diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades. Las tecnologías de diagnóstico, monitorización o terapia han demostrado su capacidad para mejorar la eficiencia de los procesos clínicos, su calidad y la seguridad de pacientes y profesionales.

Respecto al total de equipos de alta tecnología instalados en hospitales de Castilla-La Mancha, en el año 2019, hubo un aumento del número de equipos de Resonancia Magnética (de 22 a 23) y Densitómetros Óseos (de 9 a 10) con respecto al año 2018; por el contrario, disminuyó el número de Mamógrafos (de 28 a 27). La tasa más alta correspondió a los equipos de hemodiálisis (5,46/100.000 hab.), seguida de los equipos de TAC (1,92/100.000 hab.) y las Resonancias Magnéticas (1,33/100.000 hab.).

4.6. Formación e investigación.

4.6.1. Formación.

4.6.1.1. Actividades de formación continuada y acreditación en la Consejería de Sanidad.

Existen varias entidades implicadas en la formación continuada del Sistema de Salud de CLM: el Sescam y sus gerencias, el Instituto de Ciencias de la Salud (ICS), la Escuela de Administración Regional (EAR) y los colegios profesionales y sociedades científicas, así como la Universidad.

El diseño de los programas de formación se ha desarrollado en base a necesidades específicas de cada una de las entidades proveedoras y a la demanda de profesionales.

La Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Castilla-La Mancha se creó mediante el Decreto 24/2008, de 12 de febrero, de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. El Decreto contempla la creación de la Comisión Permanente, que es el órgano ejecutivo de las propuestas de acreditación de las actividades formativas de esta modalidad de formación de las profesiones sanitarias.

La formación continuada en aspectos relacionados con la salud está orientada prioritariamente al entorno clínico-asistencial. La orientada a las competencias en salud pública, sistemas de información y del impacto de los determinantes en el nivel de salud de la población y las desigualdades en salud es escasa.

Los datos generales del sistema de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias de CLM indican que el número de actividades acreditadas, sobre el total, supera el 95%.

4.6.1.2. Formación continuada en el ámbito del Sescam.

El Plan Anual de Formación Continuada del Sescam pretende favorecer la adaptación de las y los profesionales a los nuevos conocimientos, técnicas y tecnologías dentro de un entorno en permanente cambio, con el fin de dotar a las y los profesionales de las competencias necesarias para que éstos desarrollen correctamente su actividad, e impulsar y fomentar la excelencia de los servicios sanitarios.

La Agenda de Formación Continuada es una herramienta que permite poner a disposición de las y los profesionales, a través de la página Web del Sescam, la información general de las acciones formativas (organizadas por áreas de conocimiento) que se ofertan anualmente, tanto por los servicios centrales como por las distintas gerencias del Sescam.

Asimismo, el sistema integrado de organización y gestión de la formación continuada (SOFOS) es una aplicación que permite el acceso en tiempo real a todas las acciones formativas incluidas en los planes anuales de Formación Continuada, así como la tramitación de solicitudes de inscripción, selección y matriculación de toda la oferta formativa.

4.6.1.3. Formación sanitaria especializada.

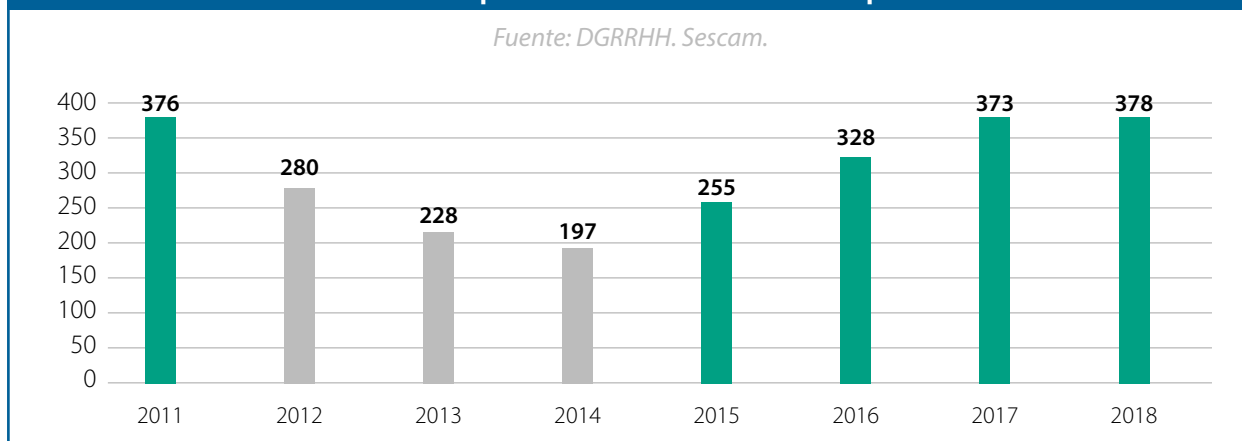
Castilla-La Mancha tiene acreditados para la docencia siete hospitales, dos unidades docentes regionales y seis unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria.

La capacidad máxima anual es de 439 plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE), 121 de especialidades enfermeras y 318 del resto de especialidades. La última oferta de plazas de

Formación Sanitaria Especializada en la convocatoria de 2018 para Castilla-La Mancha ha sido de 378 plazas. En la siguiente gráfica se muestra la evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada (FSE), siendo la comunidad autónoma que más ha incrementado su oferta en plazas MIR, un 92% en el periodo 2014-2018.

La gestión de la formación sanitaria especializada, incluyendo la oferta de plazas, la realiza la Dirección General de Recursos Humanos del Sescam, a través del Servicio de Formación Sanitaria Especializada.

Gráfico 17. Evolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada. CLM. 2011-2018.



Según el libro Oferta y necesidad de especialistas médicas/os en España 2010-2025, el número de especialistas por 100.000 habitantes en CLM es de 259,3, frente a 232,9 del conjunto de España en 2009. Los datos varían mucho según la especialidad.

Según el RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, las CCAA adoptarán las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente. Asimismo establece que las CCAA regularán sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial.

Anualmente se realiza una valoración del funcionamiento de las distintas unidades docentes, en la que se tienen en cuenta varios criterios, agrupados en cuatro bloques:

- Estructura de la unidad docente.
- Aspectos relativos a los tutores (ratio tutor/residente, dedicación, etc.).
- Plan General de Calidad Docente de la unidad.
- Resultados docentes (publicaciones, mediana de orden de elección, resultado de la encuesta de opinión de residentes, etc.).

4.6.1.4. Actividad formativa desde otras instituciones.

En el marco del Acuerdo de Formación para el Empleo de las Administraciones Públicas, la **Dirección General de la Función Pública**, a través de la EAR, elabora anualmente el Plan de Formación para sus empleados públicos. El Plan de Formación incorpora el Programa de Formación Específica, que tiene como finalidad dar cumplimiento a los requerimientos específicos de formación de cada Consejería y del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha, a través de un conjunto de acciones formativas dirigidas a la adquisición de conocimientos especializados o a la mejora de las competencias profesionales dirigidas a sus empleadas y empleados.

4.6.1.5. Bibliotecas.

Además de las 9 bibliotecas ubicadas en hospitales de CLM, la Biblioteca del Instituto de Ciencias de la Salud de Talavera de la Reina es referente de la Consejería de Sanidad, de los Servicios Centrales del Sescam, de la Gerencia de Coordinación e Inspección y de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario.

Según la Orden 25/2018, de 6 de febrero, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Biblioteca Regional de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha y se establece el funcionamiento de las bibliotecas especializadas en ciencias de la salud de Castilla-La Mancha, se entiende por Biblioteca Regional de Ciencias de la Salud (BRCS) el conjunto formado por las bibliotecas especializadas en ciencias de la salud (BECS) existentes en la comunidad, que funcionarán como una red regional coordinada. La BRCS depende funcionalmente de la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad. La BRCS contará también, para el ejercicio de sus funciones, con la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud (BVCS) de Castilla-La Mancha, como recurso para prestar servicios bibliotecarios a través de internet a profesionales sanitarios, que sustituirá a la página web de la eBiblioteca del Sescam, ya desactualizada y cuyo diseño impide su gestión/actualización por los responsables de las BECS.

4.6.2. Investigación.

4.6.2.1. Organización de la investigación e innovación sanitaria en Castilla-La Mancha.

En la organización de la investigación sanitaria en CLM, participan los siguientes organismos:

- Consejería de Sanidad.
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).
- Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos para la Investigación y la Integración, (FHNP).
- Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).
- Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).

CLM participa, al igual que el resto de CCAA, en las principales convocatorias de ayudas a la investigación sanitaria.

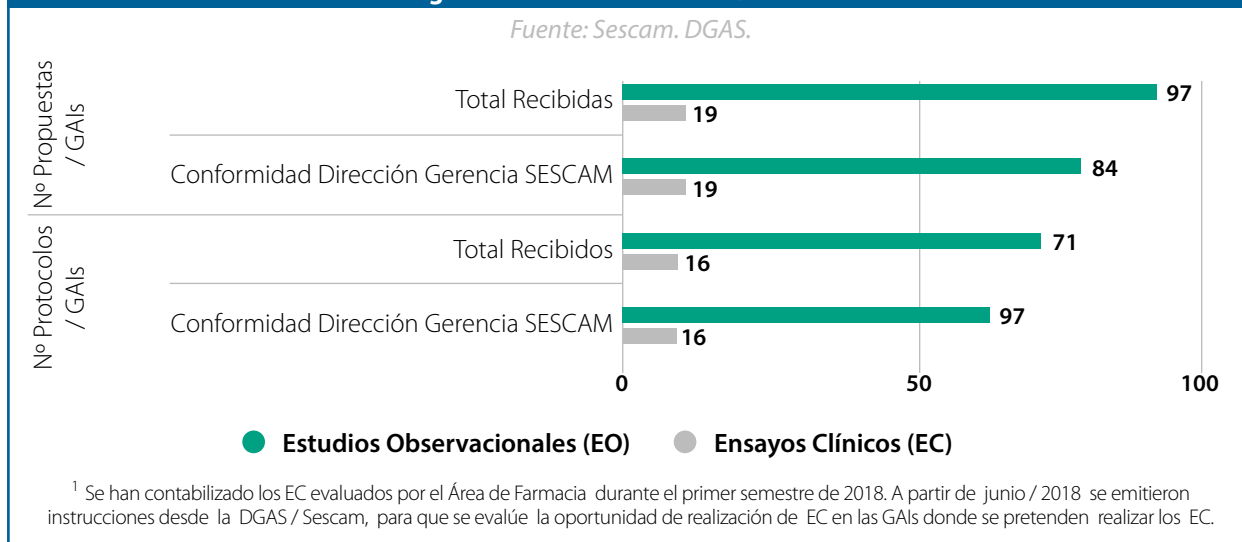
Entre las convocatorias internacionales, las más importantes son las pertenecientes al Programa marco Horizonte 2020 (H2020) de financiación de la I+D+I de la Unión Europea.

A nivel nacional, las convocatorias a las que se acude son las de la Acción Estratégica en Salud (AES), gestionada por el Instituto de Salud Carlos III, así como a las del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO).

El personal investigador de CLM también participa en convocatorias de organismos privados, (BBVA, Fundación MAPFRE, entre otras...). Además, en el año 2016, la Consejería de Sanidad resolvió una convocatoria de ayudas para la incorporación de personal investigador postdoctoral gestionada por la FHNP.

A continuación, se resumen los resultados de la actividad en el año 2018, en relación con el tipo de estudio (ensayos clínicos, estudios observacionales) y tipo de promotor.

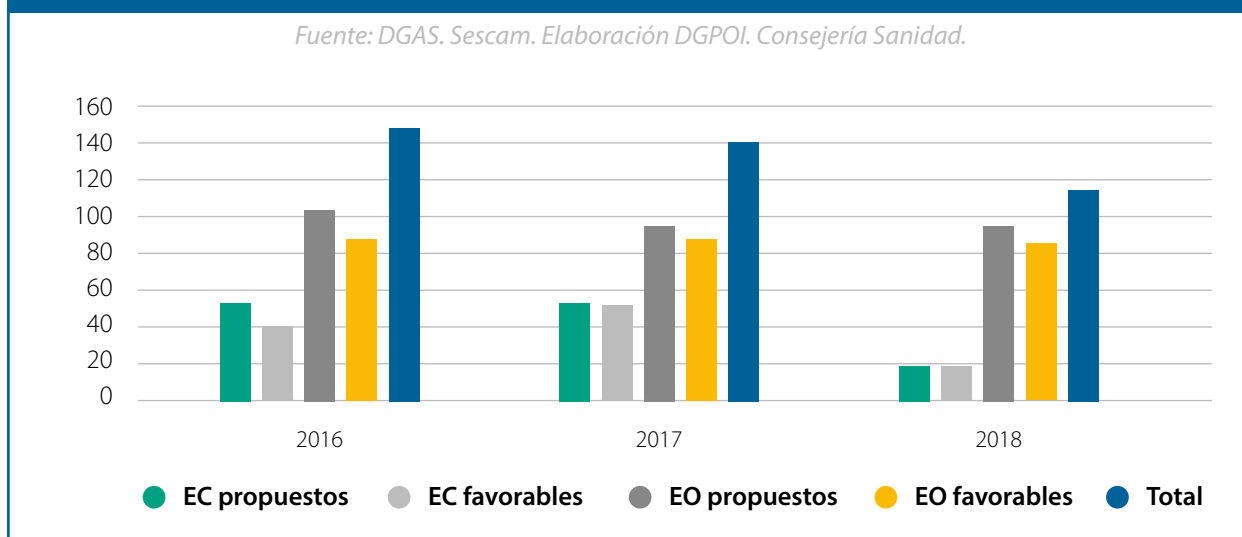
Gráfico 18. Estudios de Investigación con Medicamentos/Productos Sanitarios. Sescam. 2018¹



Los promotores de estos estudios, de conformidad con la Dirección Gerencia del Sescam, han sido en el 46% de los casos empresas farmacéuticas, siendo el resto promotores independientes (54%).

En el siguiente gráfico se muestra la evolución del número de solicitudes presentadas a convocatorias de investigación de estudios con medicamentos y productos sanitarios en centros del Sescam: ensayos clínicos (EECC) y estudios observacionales (EO) propuestos, y los evaluados favorablemente en el periodo 2016-2018.

Gráfico 19. Ensayos clínicos (EC) y estudios observacionales (EO) propuestos y evaluados favorablemente desde el Sescam. 2016-2018.



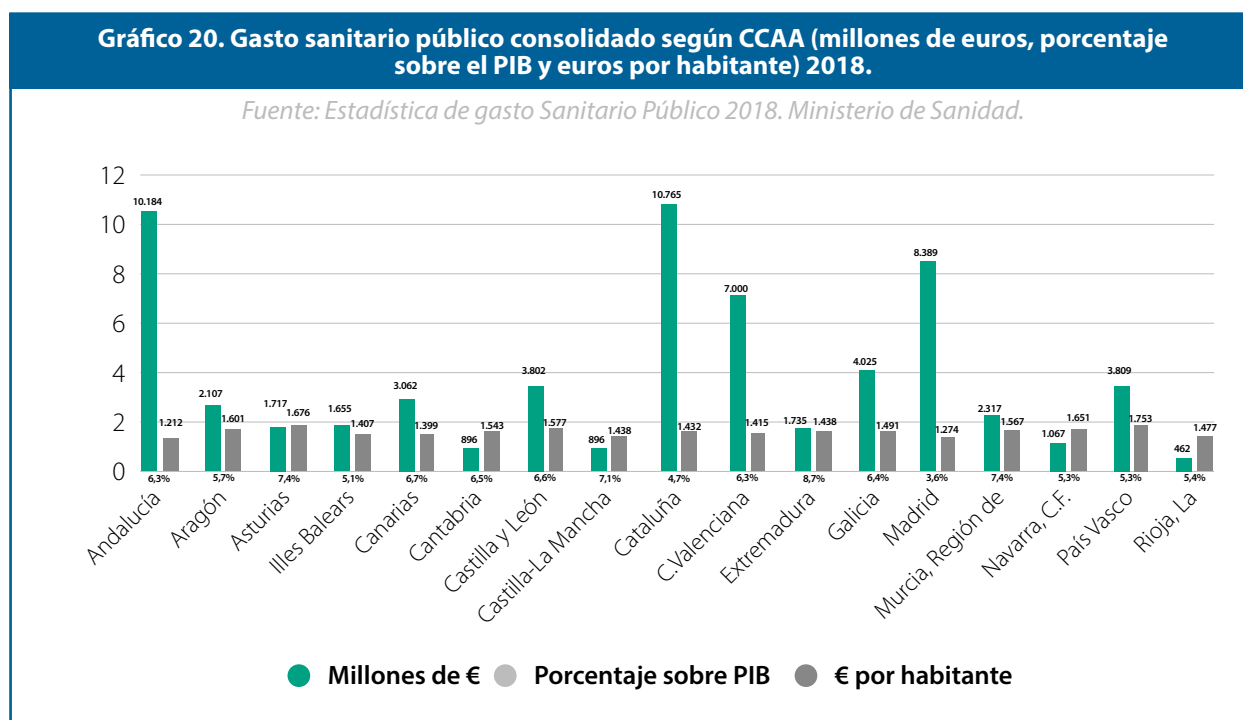
La UCLM imparte formación en investigación como parte de su oferta educativa en ciencias de la salud (estudios de grado, másteres, doctorados). Además, durante el curso académico se imparten numerosas jornadas, seminarios, cursos y conferencias de temática sanitaria dirigidos a alumnado, personal en formación e investigador. Estas sesiones se organizan desde los departamentos, centros docentes y centros e institutos de investigación. Los centros e institutos de investigación de la UCLM que participan en estas actividades son el Centro de Estudios Sociosanitarios, el Centro Regional de Investigaciones Biomédicas y el Instituto de Investigación en Discapacidades Neurológicas.

4.7. Gasto sanitario.

El sistema de financiación de la prestación sanitaria en España se realiza mediante la aportación de recursos de las Administraciones públicas, fundamentalmente por transferencias desde los Presupuestos Generales del Estado y aportaciones de las CCAA. La prestación sanitaria tiene carácter no contributivo y el copago solo se utiliza en las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y de productos dietéticos.

En 2019, el gasto público en sanidad en España creció un 1,22% respecto al año anterior, lo que representó el 15,3 % del gasto público total.

Las administraciones autonómicas son los agentes que soportan una mayor carga en la financiación sanitaria pública. Según las estadísticas del MSCBS, en CLM, el gasto sanitario público ascendió, en el ejercicio 2018, a 2.919 millones de €, lo que supone el 7,1% del PIB regional para ese año (6,4% en España). El porcentaje del gasto sanitario público total que se dedicó en CLM a la Atención Primaria fue del 16,9% (13,9% en España); un 57,3% a la servicios hospitalarios y especializados (62,8% en España); y un 16,6% a Farmacia (13,9% en España).



Sobre la prestación farmacéutica a través de receta médica del SNS, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud "Estadística de Gasto Sanitario Público 2019". MSSSI (2019), el gasto farmacéutico por receta en 2019 se situó en 10.793 millones de €, superior al 2018, con un porcentaje acumulado del 2,98%. A nivel de la comunidad autónoma, durante el año 2019, el gasto farmacéutico en CLM, correspondiente a la facturación de recetas médicas oficiales, fue de 524.400.476 €, experimentando un aumento del 2,61% respecto al año 2018.

Con respecto al consumo de medicamentos en los hospitales de la red pública del SNS, el gasto en 2019 ascendió a 7.373 millones de €, superior en un 11,49% al del 2018. En Castilla La Mancha ascendió en un 5,9% respecto a 2018.

Tabla 45. Gasto en medicamentos a través de receta oficial del SNS. 2018-2019.

Fuente: MSSSI.

Gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud			
Comunidad Autónoma ¹	2019	2018	%19/18
Andalucía	1.901.248.392	1.833.104.265	3,72
Aragón	334.153.466	329.659.667	1,36
Asturias	283.502.502	278.627.448	1,75
Baleares	226.503.930	206.236.472	9,83
Cantabria	150.192.082	146.188.098	2,74
Castilla-La Mancha	524.400.476	511.059.972	2,61
Castilla y León	631.617.526	615.244.492	2,66
Cataluña	1.502.210.554	1.458.441.450	3,00
Canarias	530.135.478	492.690.467	7,60
Extremadura	323.647.975	319.797.407	1,20
Galicia	718.874.665	710.044.629	1,24
Madrid	1.279.972.067	1.240.010.341	3,22
Murcia	377.194.397	347.441.674	8,56
Navarra	136.378.627	136.725.213	-0,25
C. Valenciana	1.290.480.224	1.266.051.029	1,93
País Vasco	479.313.203	487.192.921	-1,62
La Rioja	73.445.002	72.965.794	0,66
Ceuta	15.946.302	15.934.038	0,08
Melilla	14.735.402	14.514.870	1,52
Nacional	10.793.952.270	1.481.930.247	2,98

¹ No se considera la estructura poblacional de las CCAA, por lo que las comparaciones entre ellas deberán interpretarse con esta reserva.

Tabla 46. Consumo de medicamentos en los hospitales de la Red Pública del SNS. 2018-2019.

Fuente: MSSSI.

Consumo de medicamentos en los hospitales de la red pública del Sistema Nacional de Salud (en euros)			
Comunidad Autónoma ¹	2019	2018	%19/18
Andalucía	1.901.738.850	1.023.475.040	6,67
Aragón	237.196.692	216.509.664	9,55
Asturias	198.992.320	180.811.559	10,06
Baleares	192.278.812	181.928.068	5,69
Cantabria	300.517.448	269.099.695	11,68
Castilla-La Mancha	110.965.683	104.664.232	6,02
Castilla y León	396.039.855	371.148.392	6,71
Cataluña	280.864.655	265.226.236	5,90
Canarias	1.337.840.297	1.013.280.548	32,03
Extremadura	747.5014.959	696.962.737	7,25
Galicia	175.052.381	167.099.512	4,76
Madrid	496.147.440	456.569.950	8,67
Murcia	1.088.402.886	988.018.477	10,16
Navarra	227.974.296	206.422.304	10,44
C. Valenciana	111.776.224	107.425.933	4,05
País Vasco	309.424.508	299.095.640	3,45
La Rioja	51.665.777	48.254.124	7,07
Ceuta	9.231.757	8.200.447	12,58
Melilla	9.607.795	9.236.939	4,01
Nacional	7.373.219.635	6.613.429.497	11,49

¹ No se considera la estructura poblacional de las CCAA, por lo que las comparaciones entre ellas deberán interpretarse con esta reserva.

4.8. Medicamentos, productos sanitarios y farmacias.

4.8.1. Prescripción de medicamentos.

Es el conjunto de actuaciones encaminadas a que las y los pacientes reciban, de forma adecuada a sus necesidades clínicas, los medicamentos y productos sanitarios en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad, de manera que se promueva el uso racional del medicamento.

En pacientes no hospitalizados comprende la prescripción de aquellos medicamentos que han sido autorizados y registrados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, las fórmulas magistrales y los preparados oficiales elaborados por las oficinas de farmacia según lo establecido en el Formulario Nacional, así como las vacunas antialérgicas y bacterianas.

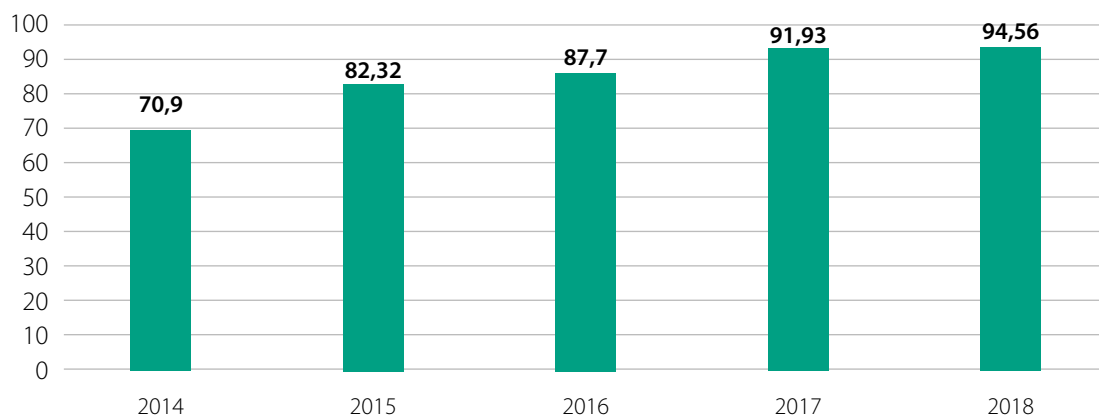
Mediante el procedimiento de visado las administraciones sanitarias verifican la conformidad del tratamiento prescrito en el SNS con las condiciones de utilización autorizadas en la ficha técnica del medicamento y las indicaciones terapéuticas financiadas de acuerdo con el procedimiento que determinen en el ámbito de sus competencias.

Desde junio de 2018 los aplicativos informáticos permiten el visado electrónico de recetas e-visado por autocontrol del facultativo prescriptor o bien por visado de Inspección sin que las personas tengan que desplazarse con los correspondientes documentos en papel para obtenerlo. Las recetas electrónicas autovisadas ya pueden dispensarse en cualquier oficina de farmacia de las comunidades autónomas que formen parte del proyecto de interoperabilidad de receta electrónica del SNS.

El siguiente gráfico muestra la evolución de la cobertura en receta electrónica desde su implantación.

Gráfico 21. Evolución de la cobertura de consumo de receta electrónica en el Sescam. 2014-2018.

Fuente: Memoria de la Gerencia de Coordinación e Inspección. Sescam. 2018.



4.8.2. Dispensación de medicamentos en situaciones especiales.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá autorizar, con carácter excepcional, el acceso a medicamentos no autorizados en España y destinados a su utilización en nuestro país, cuando no se encuentre un medicamento autorizado en España con igual composición, cuando esté en una forma farmacéutica que no permita el tratamiento del paciente, cuando no

exista en el ámbito nacional un medicamento autorizado que constituya una alternativa adecuada para ese paciente o cuando resulte necesaria la obtención de un medicamento no autorizado en España por causa de desabastecimiento de la alternativa autorizada.

La solicitud de acceso individualizado a un medicamento no autorizado en España se presenta a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios a través de la Consejería de Sanidad.

Durante el año 2019 se efectuó la dispensación de un total de 14.892 envases de medicamentos de estas características.

Tabla 47. Dispensación de medicamentos extranjeros. CLM. 2013-2019.

Fuente: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Recetas dispensadas	4.352	8.393	7.944	6.225	4.092	4.476	6.361
Envases de medicamentos dispensados	7.008	14.021	14.705	12.984	10.066	11.070	14.842

4.8.3. Red de farmacias centinela de Castilla-La Mancha.

Fruto de la colaboración entre la Consejería de Sanidad y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, en enero de 2016 se puso en marcha un programa de notificación de errores de medicación y su posterior análisis, basado en la creación de la Red de Farmacias Centinela de Castilla-La Mancha. Forman parte de la Red un total de 59 oficinas de farmacia: 12 en Albacete, 15 en Ciudad Real, 6 en Cuenca, 8 en Guadalajara y 19 en Toledo.

Durante el año 2018, se han recibido un total de 104 notificaciones de errores de medicación, de las cuales han sido validadas 100. En cuanto a la causa de los errores, la mayor parte de los mismos, el 26%, se deben a problema de interpretación en las prescripciones, seguido del 18% de factores humanos de lapsus o despistes. Esto supone una variación respecto a lo ocurrido en 2016, donde la causa más frecuente de los errores se debía a factores humanos de lapsus o despistes. Dichos errores son originados fundamentalmente en la prescripción un 86% de los casos, aunque también en la dispensación un 12%, a diferencia del año anterior, donde la mayoría se originaban en la dispensación. También es importante destacar la gran variabilidad de notificaciones relativas al lugar donde se produce el error de la medicación, destacando la consulta médica un 78% de los casos y el centro de salud un 12%, de manera similar a como ocurría en 2017.

4.9. Autorización, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La DGPOIS tiene entre sus actividades la resolución de expedientes relacionados con la autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de CLM, así como la vigilancia, control e inspección de los mismos. En este sentido, desarrolla estas actuaciones sobre un total de 8.046 centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Anualmente se publica el Plan de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

Tabla 48. Centros, servicios y establecimientos sanitarios autorizados. Distribución por provincias. CLM. 2019.

Fuente: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

	AB	CR	CU	GU	TO	Total
CSES con internamiento	8	9	2	6	11	36
CSES sin internamiento	1.126	1.373	754	880	1.548	5.681
CSES en tramitación	27	32	37	24	85	205
Vehículos de Transporte sanitario	161	281	143	96	161	842
Oficinas de farmacia	242	310	173	147	384	1.256
Distribuidores de medicamentos	3	4	1	9	9	26
Total	1.567	2.009	1.110	1.162	2.198	8.046

4.10. Otros establecimientos públicos objeto de control.

La existencia de un riesgo asociado a determinadas prácticas relacionadas con el embellecimiento del cuerpo que implican la perforación de la piel o mucosas, como son las técnicas de Tatuaje, Micropigmentación, Anillado o Perforado (Piercing) realizadas en ámbitos no sanitarios, puede acrecentarse por la falta de formación sanitaria específica de las y los profesionales que las realizan. Asimismo de los centros de bronceado.

Esto hace necesario regular las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos públicos en los que, de una forma habitual o esporádica y exclusiva o conjuntamente con otras actividades, se desarrollen algunas de estas prácticas y la formación sanitaria adecuada de las y los profesionales que las realizan.

En CLM, la Consejería de Sanidad realiza homologación de cursos de formación para profesionales que se dediquen a la realización de estas actividades, elaboración de informes previos a la autorización de apertura de establecimientos donde éstas se realizan, así como inspección periódica de control. Durante la actividad inspectora se realiza observación de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos, la formación del personal aplicador de estas técnicas y el control del instrumental y los equipos. Ello ha permitido la reducción progresiva de establecimientos que no cumplen la normativa al respecto.

4.11. Control de la Incapacidad Temporal.

La Incapacidad Temporal (IT) se define como aquella situación del trabajador que se encuentra impedido para el trabajo y recibiendo asistencia sanitaria de la SS y una prestación económica (subsidio). Para garantizar un correcto uso de la prestación, el Sescam dispone de la Inspección Sanitaria que, mediante diferentes actuaciones, busca adecuar de la duración de los procesos de IT al tiempo necesario para la recuperación del trabajador. La Inspección Sanitaria se ha centrado durante el año 2018 en los siguientes grandes apartados:

1. Cumplimiento de los acuerdos establecidos con el INSS.

Del cumplimiento de los acuerdos establecidos con el INSS, los objetivos para el ejercicio 2018 se centraban en:

- Mejorar los tiempos de transmisión de los partes de IT y la calidad de la información de los mismos. En este sentido se ha consolidado la transmisión de partes de IT y se ha continuado trabajando en corregir errores en el contenido de la información, especialmente en los números de colegiado.
 - Emitir todos los informes de tres y nueve meses de pacientes en situación de IT, así como su accesibilidad por los médicos inspectores del INSS, a través de la aplicación informática TURRIANO. En el ejercicio 2018 se han emitido un total de 23.284 informes.
 - Incorporar al sistema de gestión informatizada las propuestas de alta (PA) médica (Protocolo IV).
 - Formar en IT a los facultativos del ámbito de la atención primaria y a los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Facilitar el acceso telemático de los médicos inspectores del INSS a las historias clínicas electrónicas de atención primaria y hospitalaria.
 - Informar a ciudadanos sobre la prestación de IT. Para ello se ha actualizado la información existente en la página web del Sescam, así como la proporcionada a través de las pantallas informativas de sus centros asistenciales.
 - Contener el aumento, respecto al año 2016, de los indicadores de racionalización del coste de la IT, comparando los datos propios de la Comunidad con la media nacional. La evolución a nivel nacional de los indicadores de racionalización en el año 2018 ha sido de subida respecto de los años previos, 2015, 2016 y 2017, por lo que el resultado de los objetivos ha sido parcial.
2. Pilotaje de un programa de detección de la enfermedad profesional en trabajadores en situación de IT, cuyo objetivo ha sido desarrollar programas específicos de detección de enfermedades profesionales a través del control de la IT sobre el personal del propio Sescam y personal funcionario y laboral de las diferentes Consejerías (excepto los que tienen cobertura con MUFACE), de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Además de estas tareas prioritarias, dentro de las actividades de control de la IT, se han desarrollado e implementado una serie de actuaciones, como es el Sistema de información de los indicadores de la IT, que permite a cada facultativo de atención primaria del Sescam conocer su situación.

Las tablas I y II recogen la evolución, desde el 2016 al 2018, de los datos (promedios mensuales) relacionados con el número de trabajadores activos, por provincias e indicadores de IT.

Tabla 49. Evolución de la IT por provincias (I). CLM. 2016-2018¹.

Fuente: Servicio de Inspección. Sescam.

Provincia	Trabajadores activos			Bajas			Altas		
Año	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
AB	128.794	132.790	136.642	17.563	14.211	14.439	16.801	13.583	14.154
CR	155.592	160.079	164.148	20.147	16.516	15.961	19.563	15.681	15.987
CU	70.716	72.864	75.126	85.40	6.477	6.988	8.251	6.313	6.292
GU	84.275	87.156	90.617	28.010	26.292	26.401	26.415	24.287	24.472
TO	209.098	216.097	223.092	43.009	32.199	37.990	40.928	30.490	36.337
CLM	648.476	668.987	689.625	117.269	95.695	101.779	111.958	90.354	97.242

¹ Datos poblacionales de IT.

Tabla 50. Evolución de la IT por provincias (II). CLM. 2016-2018.

Fuente: Servicio de Inspección. Sescam.

Provincia	I.B. ¹			P.B. ²			D.M.B. ³			D.M.A. ⁴		
Año	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
AB	1,14	0,86	0,88	2,41	2,17	2,21	64,93	71,35	76,34	0,71	0,59	0,66
CR	1,08	0,83	0,81	2,42	2,1	2,04	66,41	70,86	77,44	0,7	0,57	0,63
CU	1,01	0,76	0,78	2,07	1,75	1,72	61,03	68,99	72,25	0,59	0,52	0,50
GU	2,77	2,02	2,43	2,34	2,02	2,12	26,87	32,11	28,73	0,7	0,61	0,64
TO	1,71	1,32	1,42	2,33	2,11	2,17	41,4	47,36	48,16	0,68	0,59	0,64
CLM	1,51	1,18	1,23	2,34	2,04	2,09	47,32	51,23	53,26	0,68	0,58	0,63

¹ Incidencia mensual de bajas. ² Prevalencia mensual. ³ Duración media de las bajas. ⁴ Días de baja por trabajador activo.

Durante el año 2018, recogiendo la experiencia de años previos, se ha continuado con el control de la IT de los trabajadores de Castilla-La Mancha, diferenciando tres grupos de población: IT general, trabajadores del Sescam y resto de trabajadores de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, con sus programas específicos:

- Seguimiento y control de la IT de la población general y en procesos de corta duración (IT General).
- Seguimiento y control de la IT del personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
- Seguimiento y control de la IT del personal de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (Administración JCCM).

5. Identificación de las características del sistema sanitario de CLM. Principales ámbitos de interés y principios básicos del Plan de Salud

5.1. Análisis DAFO.

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • COMPROMISO DE LAS Y LOS PROFESIONALES CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. • ACCESIBILIDAD PARA LA POBLACIÓN. • MADUREZ Y EXPERIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN. • CULTURA DE BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA Y CALIDAD DE LAS Y LOS PROFESIONALES Y DE LA ORGANIZACIÓN. • PERSONAL ALTAMENTE CUALIFICADO. • ÓPTIMA FORMACIÓN DE LAS NUEVAS GENERACIONES DE PROFESIONALES. • ESTRUCTURA SANITARIA CONSOLIDADA. • GRUPOS DE EXPERTOS/AS COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO. 	<ul style="list-style-type: none"> • PREVALECE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA ATENCIÓN AL PACIENTE. • SISTEMA DE SALUD CENTRADO EN LA DEMANDA CON POCO ENFOQUE COMUNITARIO. • PERSISTENCIA DE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD. • DÉFICIT DE CALIDAD DE LOS REGISTROS. ESCASA FORMACIÓN E INTERÉS DE LAS Y LOS PROFESIONALES EN LOS SISTEMAS DE REGISTRO. • ESCASA FORMACIÓN EN METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN. • ROLES PROFESIONALES ANTIGUOS NO ADAPTADOS AL NUEVO CONTEXTO. • FALTA PRIORIZACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA. • CONDICIONES DE TRABAJO POCO FAVORABLES PARA LA INTEGRACIÓN DE ÁMBITOS ASISTENCIALES. • FALTA DE LIDERAZGO TRANSFORMADOR EN LOS NIVELES DIRECTIVOS INTERMEDIOS. • DIFICULTADES PARA EL RECAMBIO GENERACIONAL EFICAZ.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • LEGISLACIÓN SANITARIA: UNIVERSALIDAD, EQUIDAD. • COMPROMISO INSTITUCIONAL CON EL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD. • VOLUNTAD DE INTEGRACIÓN CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SESCOAM. • COMPROMISO INSTITUCIONAL CON LA SOSTENIBILIDAD. • PROTAGONISMO CRECIENTE DE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES. • VALORACIÓN POSITIVA DE LA POBLACIÓN. • CONCIENCIACIÓN CIUDADANA CRECIENTE DEL COSTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> • ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. AUMENTO DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE. • AUMENTO DE LA POBLACIÓN CON PLURIPATOLOGÍAS CRÓNICAS. • DESPOBLACIÓN Y DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN. • CRISIS ECONÓMICA. • EXCLUSIÓN SOCIAL. • DISCAPACIDAD. • DEPENDENCIA DEL SISTEMA SANITARIO: HIPERDEMANDA DE SERVICIOS SANITARIOS. • DIFICULTADES PARA LA DOCENCIA, FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN EL CONTEXTO DE CRISIS.

Elaboración DGSP. Consejería de Sanidad.

5.2. Áreas de interés.

- a. El refuerzo de la educación sanitaria, la promoción de la salud y las actuaciones preventivas, desarrolladas preferentemente en el entorno más cercano a la ciudadanía y pacientes y con el apoyo de las nuevas tecnologías.
- b. La humanización de la asistencia sanitaria mediante el acompañamiento a las personas, la ampliación de la atención domiciliaria, el aumento de la seguridad de los procesos, la atención integral y continuada, la participación individual y colectiva en la toma de decisiones y la mejora en la accesibilidad a la información.
- c. La implicación de profesionales en las vertientes de formación, docencia, práctica clínica, investigación e innovación.
- d. La reorientación del sistema hacia la integralidad y continuidad de la atención, con especial énfasis en:
 - El mayor conocimiento y abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad.
 - La mejora de la red de atención a la salud mental.
 - La atención a la recuperación y la rehabilitación.
 - La atención sociosanitaria.
- e. El refuerzo de la Atención Primaria de Salud como eje principal del sistema.
- f. La planificación y gestión eficientes de los recursos humanos y materiales y de los procesos asistenciales.
- g. El aprovechamiento eficiente de las herramientas de explotación electrónica de la información, para mejorar el conocimiento de los datos clínicos, la evaluación de los resultados de salud y la gestión de los servicios.

5.3. Principios básicos.

a. Las personas como eje central del sistema de salud.

Promover la implicación de la ciudadanía en el cuidado de su salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad, para conseguir personas menos dependientes del sistema sanitario. La cultura de la prevención y promoción de la salud debe impregnar las actuaciones del sistema sanitario no solo desde la perspectiva individual, sino con un enfoque más poblacional. Así mismo, las personas en todas sus dimensiones, y no solo la enfermedad, deben constituir el centro de la práctica asistencial de las y los profesionales.

b. Integración entre ámbitos asistenciales, salud pública, comunitarios y sociosanitarios.

Los objetivos y actuaciones propuestas deberán buscar la atención integral e integrada de los problemas de salud de la población presentes y futuros, con un abordaje más poblacional y comunitario, reorientando los esfuerzos de la Atención Primaria hacia la atención comunitaria y garantizando la continuidad de la atención.

c. Garantía de sostenibilidad del sistema sanitario público.

Todas las actuaciones propuestas deberán ir orientadas a preservar la calidad del sistema sanitario público y su sostenibilidad presente y futura. Estas actuaciones están relacionadas con la mejora de la gestión y organización y con la inversión eficiente, así como con el desarrollo de modelos integrados de asistencia y de salud pública y de coordinación entre ámbitos asistenciales y los servicios sociales.

d. La equidad en salud.

El logro de la equidad en salud implica que cada persona tenga la misma posibilidad de desarrollar plenamente su potencial de salud, independientemente de la diversidad de las personas, de sus condiciones y género; como consecuencia, la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud y la enfermedad entre grupos poblacionales definidos, social, económica, demográfica o geográficamente.

Dadas las características demográficas de CLM, la equidad alcanza también al acceso, uso y calidad de los servicios sanitarios prestada en todos sus ámbitos, condicionando al mismo tiempo el coste de dichos servicios.

e. Calidad y seguridad de la atención en el marco de la humanización de la asistencia.

La humanización en el contexto sanitario busca ofrecer una atención integral y de calidad, basada en la persona, más allá de los aspectos técnicos de la atención sanitaria, teniendo en cuenta el entorno familiar y a las y los profesionales sanitarios, ya que son parte esencial de los cuidados. Existe, además, una relación muy importante entre humanización de la asistencia y seguridad del paciente. La participación de pacientes y familias en las decisiones y la comunicación efectiva entre éstos y las y los profesionales son fundamentales en la mejora de los resultados y la seguridad del paciente.

5.4. Condiciones para la aplicabilidad del Plan de Salud.



Elaboración: Consejería de Sanidad.

6. Líneas estratégicas y formulación de objetivos estratégicos

Las líneas estratégicas deben orientar las reflexiones técnicas, la participación y la toma de decisiones a nivel operativo, así como las prioridades de intervención, para dar una respuesta a las necesidades sanitarias y sociosanitarias actuales y futuras de la población. Estas líneas estratégicas sirven de guía en la formulación de los objetivos y líneas de actuación.

Al definir las estrategias para este PS, se han tenido en cuenta las Estrategias de Salud del Sistema Nacional de Salud, el diagnóstico de situación de Castilla-La Mancha, los problemas de salud emergentes y las prioridades establecidas por la política sanitaria del Gobierno de Castilla-La Mancha, incorporando la perspectiva de género como garante de la equidad entre mujeres y hombres en el sistema sanitario de la región.

La evolución demográfica y social, el cambio de patrón epidemiológico y la limitación de recursos frente a las demandas crecientes de la ciudadanía obligan a actuar sobre todos aquellos factores que contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario, como son las desigualdades en salud, la discapacidad, la responsabilidad de las personas sobre su propia salud, la calidad de vida relacionada con la salud, el envejecimiento saludable, la satisfacción de la población con los servicios recibidos y la calidad de las intervenciones sanitarias.

Este PS pretende dar respuesta a los compromisos y prioridades de la política sanitaria de CLM, integrar y dar coherencia a las numerosas aportaciones de los distintos grupos de trabajo que han participado en el mismo, dar continuidad a algunas propuestas de proyectos anteriores y avanzar en los desafíos globales más importantes para modernizar nuestro sistema sanitario (envejecimiento, cronicidad, inversión), para mantener así la mejora continua de la asistencia sanitaria.

El PS tendrá distintas etapas de implantación y un seguimiento continuo. Se desarrollará en planes específicos, manteniendo la participación de distintos profesionales y sectores en su puesta en marcha, desarrollo y adaptación en los próximos años.

Pilares y políticas sanitarias como base del Plan de Salud.

Sostenibilidad	Humanización	Profesionales	Modelo
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento presupuestario • Infraestructuras • Tecnología • Promoción de la salud • Prevención de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de Expertos y Profesionales • Escuelas de Salud y Cuidados • Plan Dignifica • Participación 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento y estabilidad • Docencia • Investigación • Formación continua • Calidad y seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • AP resolutive • Continuidad • Orientación comunitaria • Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> a Coordinación b Sistemas de información c Cronicidad d Atención integral

Elaboración: Consejería de Sanidad.

6.1. Línea estratégica 1: Sostenibilidad del Sistema Sanitario

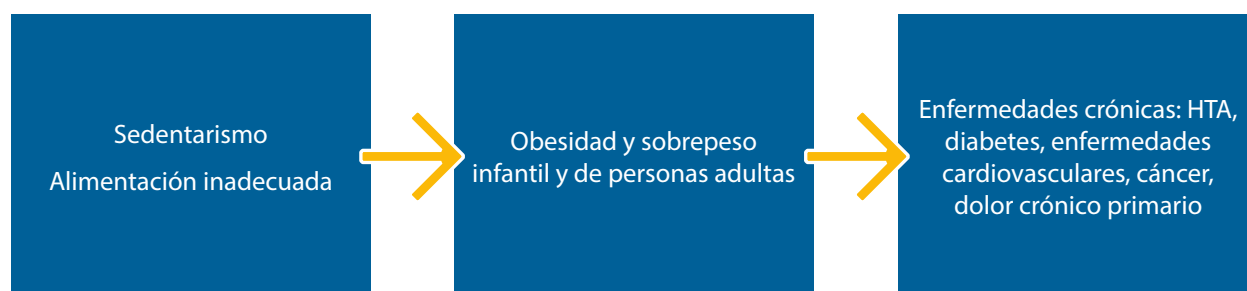
El Sistema Sanitario ha logrado un gran nivel de desarrollo en sus características fundamentales: cobertura universal, cartera de prestaciones amplias y coste-efectivas y niveles razonables de eficiencia, equidad y accesibilidad. Sin embargo, la sostenibilidad del sistema público de salud es un aspecto que preocupa a todos los agentes del sector. No parece que estén en discusión los valores sobre los que se ha definido y construido, si bien es poco probable que se pueda mantener a futuro sin realizar profundas transformaciones que ayuden a adaptar el actual modelo de prestación asistencial a las nuevas demandas, además de mejorar la productividad y funcionamiento del sistema y mejorar y optimizar su gestión.

El modelo debe tender a la transparencia y la toma de decisiones basada en la evidencia, con una gestión profesional y en constante innovación para la búsqueda de soluciones que aporten valor y eficiencia al sistema.

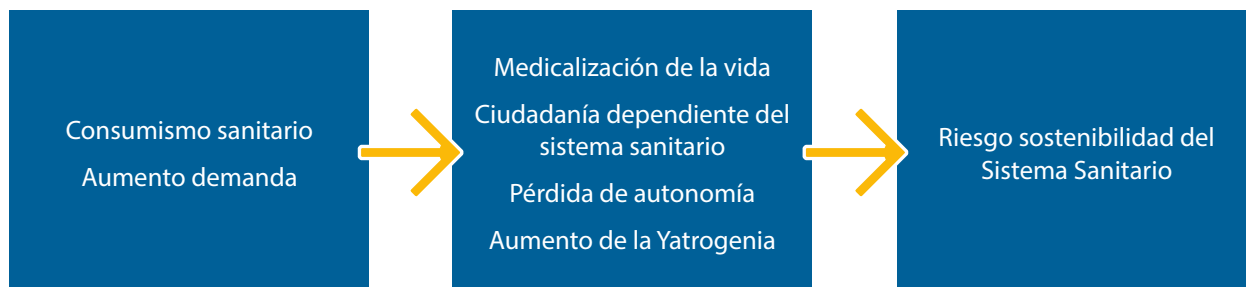
En CLM, al igual que en el resto de las CCAA o los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la presión del gasto sanitario es importante, con un continuo deslizamiento al alza, siendo los motivos diversos pero recurrentes: la aparición de tecnologías más caras, un mayor peso de la asistencia sanitaria frente a la prevención de la enfermedad y protección de la salud y el incremento del coste del sector sanitario y de la prestación media por persona. Hay, además, otros factores, como son los importantes cambios demográficos, el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y el cambio experimentado en las últimas décadas en las expectativas ciudadanas. Todo ello provoca un aumento de la demanda sanitaria y un incremento en el coste de los elementos que configuran la oferta, que se prevé que siga aumentando. En CLM, además, el coste y la complejidad de los servicios se ven especialmente incrementados por la dispersión y aislamiento de una gran parte de la población.

A priori, no hay razones ni económicas ni de otra índole por las cuales las regiones o los países no deban dedicar una mayor proporción de recursos a la atención sanitaria. El aumento de la participación pública en el gasto puede justificarse si la demanda sigue creciendo y también si la inversión en innovación y tecnología sanitaria es compensada por una mayor calidad o productividad. La gestión y el control del gasto sanitario van a seguir siendo una parte crítica de las políticas para garantizar la viabilidad de las finanzas públicas, atendiendo al mismo tiempo las demandas de bienestar de las ciudadanas y ciudadanos. A pesar ello, la solución no puede limitarse a incrementar el gasto en salud, por lo que siempre será preciso tomar y asumir decisiones difíciles en cuanto a las prioridades.

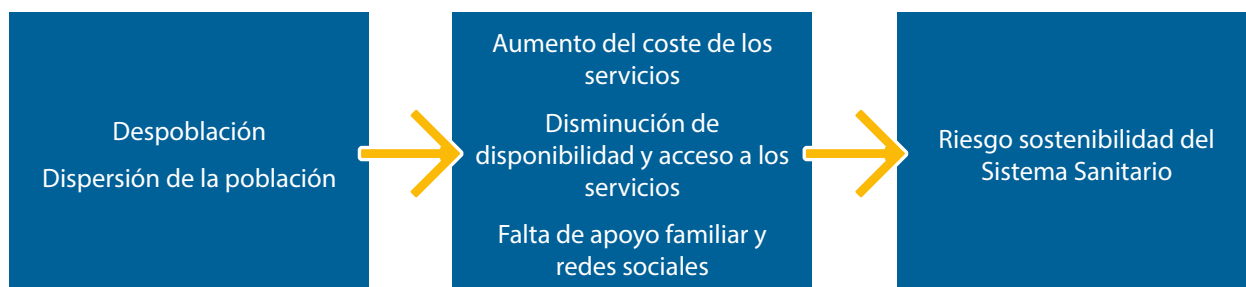
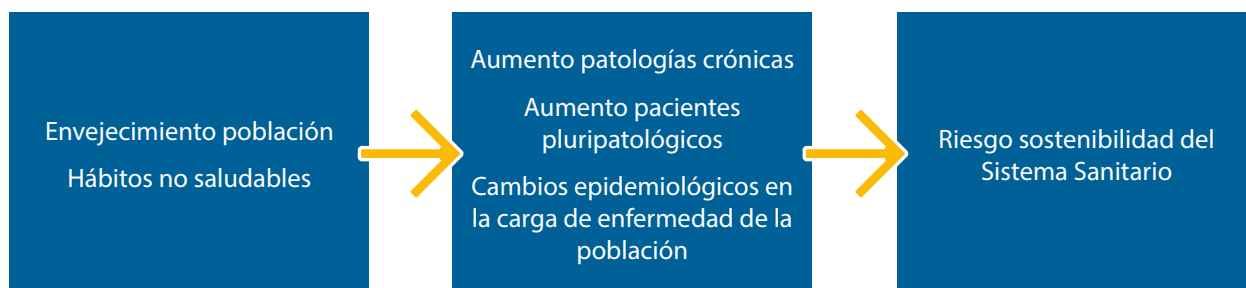
Las enfermedades crónicas tienen determinantes y factores de riesgo comunes, que están directamente relacionados con el estilo de vida de las personas y el entorno en el que viven.



El consumismo sanitario creciente ha generado un notable incremento de la demanda de atención sanitaria, ciudadanía excesivamente dependiente del sistema sanitario, más yatrogenia y riesgo para la sostenibilidad del sistema.



Además, la nueva realidad epidemiológica y demográfica de CLM y el aumento de la población dependiente requieren de mayor intervención de los servicios sociosanitarios.



Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

El reto de la sostenibilidad en el ámbito de las políticas de gasto sanitario plantea cuestiones relacionadas con la solidaridad intergeneracional, el envejecimiento de la población, la tasa de natalidad, la edad de jubilación, la tasa de actividad, el nivel de renta o el de formación; factores que van a influir en la demanda de asistencia sanitaria ahora y en las próximas décadas y cuyos efectos y soluciones deben ser previstos.

Los responsables sanitarios tienen el deber de conjugar el acceso de la ciudadanía a aquellos avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud con la sostenibilidad del sistema. Hemos de considerar en este punto el papel que juega la corresponsabilidad de la persona en las decisiones sobre su salud.

Finalmente, en este proceso es necesario tener un marco de máxima transparencia y generar un debate público en el que sea posible discutir acerca de las contribuciones, costes y valor de las prestaciones sanitarias. En este sentido, es preciso implementar una cultura de evaluación de resultados, arraigada en la organización y en la sociedad, con impacto en las decisiones de la gestión pública.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

6.1.1. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mejorando su efectividad y eficiencia.

Para configurar una sanidad sostenible, de calidad y con capacidad de respuesta frente a las nuevas y crecientes demandas, es imprescindible adaptar los recursos disponibles a las nuevas necesidades y mejorar la accesibilidad a las prestaciones, vigilando la variabilidad en la práctica asistencial que puede implicar desigualdades en el acceso a los recursos sanitarios.

Es fundamental la actualización y difusión de la lista de prácticas ineficientes entre profesionales, basadas en la evidencia científica y no en criterios únicamente economicistas. Desinvertir en estas prácticas ayudará a la reinversión posterior o redistribución de recursos hacia otras que sí aportan valor en salud.

Es obligación del Servicio de Salud evaluar sus servicios, prestaciones y tecnologías, desde el punto de vista de los resultados de salud alcanzados y de su rendimiento económico y social. Las evaluaciones deben conllevar consecuencias como la retirada de tecnologías obsoletas y aparataje cuyo volumen de utilización lo convierte en altamente ineficiente.

Si bien es cierto que la vida y la salud son valores absolutos a proteger, no es menos cierto que existen también otras necesidades y que los recursos no son ilimitados. Ello hace que, por un lado, se deba conseguir una financiación adecuada y realista para los servicios sanitarios y, por otro, minimizar el mal uso de los recursos. Es necesario, asimismo, controlar el gasto sanitario, mediante el análisis de eficiencia y una memoria económico-financiera de toda implementación o cambio organizativo o asistencial que se realice.

Para corresponsabilizar a cada uno de los implicados del sistema sanitario, se debe dar a conocer el funcionamiento del Servicio de Salud, los recursos con los que se sostiene, sus límites y las responsabilidades de uso, así como poner en valor que la materialización de los derechos que las ciudadanas y ciudadanos adquirimos individualmente en materia de salud provienen de la solidaridad colectiva organizada.

6.1.2. Aumentar la prevención primaria, basada en las actividades de promoción y educación para la salud en todas las etapas y en todos los entornos de la vida.

Durante la etapa infantil, muchos de los problemas de salud tienen relación con las carencias formativas de padres y madres en aspectos relacionados con la parentalidad positiva y los cuidados de hijas o hijos durante esta etapa de la vida, así como con la brecha de género y las diferencias existentes en los roles sociales vigentes en relación al cuidado de los mismos.

En la etapa escolar y la adolescencia, las intervenciones se centrarán en la mejora de los hábitos alimenticios y el fomento del ejercicio físico, así como la reducción de la influencia de los factores de riesgo para la salud que son más relevantes en este período. Entre ellos, tiene especial importancia el desarrollo de hábitos que aseguren una adecuada salud bucodental, la prevención del inicio del consumo de drogas y otros comportamientos adictivos (juego y uso inadecuado de las nuevas tecnologías), la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, la prevención de la violencia de género y el acoso escolar y la prevención de comportamientos desadaptativos, vinculados o no al consumo, entre otros.

Durante la etapa adulta, la intervención se centrará en desarrollar la capacidad y la responsabilidad de las personas sobre su propio cuidado, así como en reducir el sedentarismo y la obesidad, promover hábitos saludables y el cuidado de la salud en el ámbito laboral y reducir el consumo de drogas y de otros comportamientos adictivos.

Otras intervenciones destinadas a la protección de la salud se centrarán en los peligros asociados al medio ambiente y sus efectos sobre la salud de las personas. Están relacionadas fundamentalmente con la seguridad alimentaria, los riesgos de enfermedades transmitidas o vehiculadas por los alimentos y la información alimentaria al consumidor. Es necesario promover asimismo el consumo de bienes y servicios más saludable y seguro, favoreciendo la concienciación de la población en materia de consumo responsable, y reducir las situaciones de vulnerabilidad o pobreza energética.

6.1.3. Incrementar las actuaciones de prevención secundaria, relacionadas con los factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades.

En el momento actual, las enfermedades crónicas producen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS, siendo la principal causa de mortalidad y de pérdida de calidad de vida; asimismo estas enfermedades generan el mayor volumen de trabajo a los servicios asistenciales.

Las intervenciones de detección precoz de enfermedades, riesgo sociosanitario, dependencia y discapacidad contribuyen de manera efectiva a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Éstas están enfocadas no solo a tener mayor impacto en la disminución de la mortalidad y morbilidad por las patologías más prevalentes, sino también a aspectos tan relevantes como la discapacidad y la dependencia, la responsabilidad de las y los pacientes sobre su propia salud, la calidad de vida relacionada con la salud o el envejecimiento saludable. Además, para la implementación de actuaciones de prevención y detección desde la perspectiva de género, hay que analizar los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud de hombres y mujeres de forma diferente.

6.2 Línea estratégica 2: Humanización de la Asistencia Sanitaria

La humanización de la asistencia sanitaria constituye uno de los cuatro pilares de las políticas sanitarias en CLM, siendo un compromiso adquirido por el Gobierno Regional con la ciudadanía. Desde este compromiso, se han desarrollado diferentes iniciativas y metodologías, tales como la Escuela de Salud y Cuidados o las Redes de Expertos y Profesionales de CLM.

El grado de cumplimiento de estas iniciativas y programas en los últimos años ha sido favorable, si bien requiere un desarrollo sistemático integrándolas en una estrategia regional de humanización de la asistencia. Además, se hace necesario dar un paso más hacia la ordenación de las actuaciones de humanización, mediante el desarrollo de modelos organizativos que potencien el impulso de estas actuaciones, así como su regulación.

Por ello, la Consejería de Sanidad y el Sescam impulsan el desarrollo del Plan Específico de Humanización de la Asistencia Sanitaria como la directriz que oriente y encamine los esfuerzos de los agentes implicados, así como la tramitación de la normativa de ordenación de actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria en CLM que dé legitimidad a sus políticas y metodologías.

Los avances legislativos de los últimos años, con la proclamación de nuevos derechos y garantías de la ciudadanía y la publicación de normativa sobre humanización contribuirán a la implementación de un nuevo modelo de relación clínico-asistencial en el que el paciente asume una posición protagonista en la relación con el profesional sanitario (modelo de atención centrado en la persona), basada en la confianza, la dignidad de la persona, el respeto mutuo y la igualdad de género.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

6.2.1. Promover una atención centrada en la persona.

Reconocer la singularidad y orientar las actuaciones a la mejora de la calidad de vida de personas y sus familiares, fomentando la seguridad y confianza en el sistema sanitario, con un tratamiento sensible desde la perspectiva de género.

6.2.2. Desarrollar de manera efectiva y sistemática los derechos y deberes de pacientes y profesionales del ámbito sanitario.

Estos derechos y deberes están regulados en la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Se realizarán actuaciones orientadas a mejorar la gestión de la información, tanto asistencial como no asistencial, como el proceso de consentimiento informado y el registro de las voluntades anticipadas, garantizando el derecho a la confidencialidad del paciente. Se fomentará la revisión de los diferentes procesos que aseguren el adecuado cumplimiento de otros derechos del paciente, como la intimidad y la dignidad en la atención, con especial sensibilidad en momentos, como la infancia, adolescencia o al final de la vida, o colectivos de mayor vulnerabilidad.

6.2.3. Mejorar la capacidad de la organización.

Se crearán herramientas organizativas y de gestión integrada, descentralizada, interdisciplinar y eficiente que permitan impulsar las políticas de humanización en los centros sanitarios de CLM dependientes del Sescam.

6.2.4. Fomentar la participación ciudadana y avanzar en la corresponsabilidad del paciente.

La participación de la ciudadanía en el ámbito de la salud requiere de la incorporación de los actores sociales, a través del asociacionismo y el empoderamiento de las y los pacientes, al análisis y toma de decisiones sobre las políticas en el ámbito sanitario. De este modo se pretende favorecer que el funcionamiento de los servicios sanitarios se oriente hacia las personas, fortaleciendo así la cultura de participación en las políticas sanitarias para establecer la misión y objetivos de éstas.

6.2.5. Priorizar proyectos de humanización para colectivos específicos y de mayor vulnerabilidad.

La humanización es especialmente importante cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad en las etapas de la vida atendidas desde los distintos ámbitos de la asistencia sanitaria. Igualmente hay que potenciar iniciativas y proyectos para colectivos con especiales necesidades.

6.2.6. Desarrollar habilidades y competencias de profesionales del ámbito sanitario.

Las y los profesionales son los principales agentes de humanización. La organización se enfocará en acciones y medidas para el desarrollo de sus habilidades y competencias en comunicación, bioética, habilidades sociales y emocionales. Igualmente, la organización fomentará el cuidado del profesional y la prevención del “síndrome del desgaste profesional”.

6.3. Línea estratégica 3: las y los profesionales como valor esencial del sistema

El principio de que las personas son el principal activo y más valioso de las organizaciones se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. Las y los profesionales son el principal capital del sistema sanitario; profesionales competentes, con conocimientos, destrezas y actitudes, dentro de un sistema de salud orientado no sólo a la asistencia, sino también a la formación, docencia e investigación.

Si los conocimientos, las aptitudes y destrezas suman, la actitud y los valores multiplican. La motivación y satisfacción laboral resultan esenciales en este sentido, influyendo decisivamente en la calidad de los servicios prestados y en los resultados finales.

Del análisis de situación realizado, se han identificado y priorizado aspectos en relación con la calidad de la docencia y la gestión de estructuras de formación, así como la adecuación de la oferta de plazas de formación profesional, de grado y especializada. En este marco, se han definido los objetivos y actuaciones que conforman el proyecto de un plan específico de profesionales del sistema sanitario.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

6.3.1. Promover la formación de profesionales del sistema sanitario.

Entre las principales líneas de actuación, están vincular la formación continuada de profesionales a las líneas estratégicas del Plan de Salud, impulsar la coordinación y cooperación con otras entidades e instituciones proveedoras de formación y aumentar la participación e implicación de las y los profesionales en su desarrollo formativo y profesional, así como en la investigación.

6.3.2. Impulsar la motivación, participación e implicación de las y los profesionales en el sistema sanitario.

Para lograr el éxito de la organización sanitaria, es imprescindible favorecer la motivación, participación, implicación y satisfacción del personal, reforzando la idea de pertenencia al Sistema de Salud, su autoestima y autorrealización.

Las y los profesionales son el verdadero motor y fuerza de empuje del sistema; es necesario que vuelvan a sentirse corresponsables del mantenimiento y mejora del mismo, considerando los retos sanitarios actuales y futuros de una sociedad cambiante y cada vez más compleja.

6.4 Línea estratégica 4: cambio del modelo organizativo del Sistema Sanitario

El reto de esta línea estratégica es desarrollar un modelo de atención integral e integrada, mejorando progresivamente la accesibilidad geográfica y funcional, su eficacia y capacidad de respuesta global y su adecuación a problemas concretos de carácter prioritario en CLM. Este modelo debe tener orientación comunitaria y ofrecer soluciones innovadoras para la atención a las personas, la mejora del desarrollo profesional y la calidad y seguridad en la práctica profesional.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

6.4.1. Potenciar el papel de la Atención Primaria de Salud como eje principal del sistema.

Es preciso recuperar y mantener los principios y valores de la Atención Primaria de Salud para garantizar la accesibilidad, integralidad y continuidad asistencial para toda la población en condiciones de equidad, calidad y seguridad, así como dotarla de los medios y recursos humanos suficientes y adecuados para aumentar su capacidad resolutive y preventiva en el entorno natural de la persona.

6.4.2. Mejorar la coordinación, comunicación y la continuidad de la atención entre ámbitos asistenciales y reorientar la atención hacia un modelo de atención integral e integrada.

Las intervenciones que se plantean en el marco de esta estrategia están relacionadas fundamentalmente con la mejora de la coordinación, comunicación y la continuidad de la atención entre ámbitos asistenciales. Debido a los cambios en las características de las personas usuarias del sistema de salud en las últimas décadas, los servicios de salud se encuentran en un proceso constante de adaptación.

6.4.3. Mejorar la explotación de los sistemas de información para la evaluación de los resultados de salud y la toma de decisiones.

Se deben utilizar las TIC como una herramienta que ayude a garantizar la continuidad asistencial de los cuidados, más allá de la asistencia hospitalaria y de atención primaria. Además, se deben impulsar medidas que incluyan la inversión económica para la creación de una estrategia digital que mejore los sistemas de información y el empoderamiento del paciente, de la persona cuidadora y de la ciudadanía; y que permitan crear nuevos ámbitos de comunicación y relación entre profesionales sanitarios y planificar actividades de formación en nuevas tecnologías dirigidas a personas encargadas de la gestión y profesionales sanitarios.

6.4.4. Implantar el uso racional de las nuevas tecnologías de la información.

La Administración sanitaria de CLM debe afrontar el reto del proceso de modernización y racionalización del sistema de salud a través de las TIC en salud, para mejorar la explotación de los sistemas de información en la evaluación de los resultados de salud y la toma de decisiones, implantando el uso racional de las nuevas tecnologías.

En CLM, las TIC han desarrollado e implantado sistemas como la historia clínica electrónica, la receta electrónica o la imagen médica digital, lo que ha contribuido a mejorar la eficiencia del sistema y a reducir los costes y el consumo de los recursos sanitarios. Sin embargo, se observan oportunidades de mejora en los sistemas de información (SI), relacionadas con la interoperabilidad de los sistemas, el registro de la información, la accesibilidad de la misma y la participación ciudadana.

6.4.5. Potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

La utilización de modelos de gestión de calidad facilita el adecuado funcionamiento de una organización y son herramientas imprescindibles para alcanzar una gestión más eficaz. La calidad asistencial se constituye en reto permanente para las organizaciones, quienes se encargan de su gestión y las y los profesionales sanitarios.

Una de las dimensiones básicas de la calidad asistencial es la seguridad del paciente, un aspecto cada vez más importante en un entorno de gran complejidad. Por ello, la Estrategia de Seguridad del Paciente de CLM para los años 2019-2023, las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020 y el propio Plan de Salud marcarán las directrices para las intervenciones desarrolladas e impulsadas desde la Consejería de Sanidad en este ámbito.

6.4.6. Orientar la organización del sistema hacia el conocimiento y el abordaje de la cronicidad y prevención de la fragilidad.

El envejecimiento y la pluripatología, con el aumento progresivo de la fragilidad de las personas, dan lugar a situaciones de dependencia cada vez más frecuentes y complejas, por lo que se plantea la necesidad de introducir nuevas formas de organización de los servicios sanitarios y sociales para prestar una atención coordinada adecuada y de calidad desde ambos sistemas, de manera que se garantice la continuidad de los cuidados, incluidos los de larga duración, la convalecencia, la rehabilitación y la mejor reinserción posible a la vida social y laboral.

Las situaciones de desprotección provocadas por carencias de ingresos, vivienda, empleo, violencia física, psicológica, estructural, se pueden cronificar en el tiempo y precisan igualmente una acción coordinada de ambos sistemas.

6.4.7. Impulsar la atención integral de calidad a la salud mental, mejorando la coordinación entre instituciones y la integración de las personas.

El Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 (PSM) presta especial atención a las actuaciones integrales de promoción, prevención y tratamiento, que promuevan el bienestar y el funcionamiento efectivo de las personas en la comunidad.

Propone un cambio a un modelo sostenible y centrado en la persona, incidiendo de forma expresa en la humanización, en la reconversión del rol profesional y la mayor resolución clínica, enfrentando nuevos retos en aspectos como la formación, la seguridad o el uso adecuado de recursos.

6.4.8. Desarrollar un modelo integral de recuperación y atención sociosanitaria.

La organización del sistema de salud ha de orientarse hacia el tratamiento de enfermedades crónicas, con continuas reagudizaciones y grados variables de discapacidad. El deterioro propio de la edad conlleva fragilidad, dependencia y nuevas necesidades de atención, que solo pueden abordarse mediante soluciones organizativas innovadoras de los servicios sanitarios y sociales que garanticen la integración y continuidad en la prestación de servicios. También se deben tener en consideración, entre otras situaciones, la carencia de recursos económicos y las dinámicas familiares que no permiten la protección de las personas y repercuten en un deterioro de su estado en cualquier momento del ciclo vital.

7. Desarrollo de las estrategias en planes específicos

En el escenario descrito, concurren intervenciones y procesos interrelacionados y dependientes con otros que se configuran como proyectos independientes. Se define pues una estructura con planes específicos, que se han considerado de claro impacto sobre las personas usuarias del sistema sanitario, y dos ejes transversales, uno para desplegar los mecanismos de integración, coordinación y evaluación de la organización y, otro, para proporcionar el soporte interno y las herramientas para el desarrollo de los planes. Se introducirá en ellos, de manera transversal, el enfoque de género, tal como se indica en el capítulo correspondiente de este documento.



7.1. Plan de sostenibilidad y cambio de modelo sanitario

En las últimas décadas, debido a los cambios en las características de las personas usuarias, los sistemas de salud se encuentran en un proceso constante de adaptación y una acelerada transformación para responder a las necesidades asistenciales de las y los pacientes. Por otro lado, el crecimiento del gasto sanitario ha ido en progresivo aumento año tras año debido a la presión de diferentes factores como el aumento de la demanda sanitaria y un incremento en el coste de los elementos que configuran la oferta. Esta presión, lejos de disminuir en un futuro próximo, se prevé que seguirá en aumento.

El dinamismo de este proceso genera desadaptaciones y pérdidas de eficiencia en la provisión de servicios, generando tensiones en el sistema de salud. Varias son las fuentes que podemos identificar como origen de tales tensiones:

- Los avances de la medicina y de la atención sanitaria, que han logrado que personas con condiciones graves de salud, que hace unas décadas fallecían, alcancen estadios más avanzados de la enfermedad con frecuentes reagudizaciones que requieren ingreso hospitalario, llegando algunas de ellas a ser dependientes del hospital.

- Los cambios sociológicos de las personas usuarias del sistema, que entienden la salud como un derecho legítimo e inalienable de la persona y urgen al sistema de salud a continuas adaptaciones en pos de una asistencia de mayor calidad y adaptada a sus necesidades.
- El envejecimiento de la población. La transición demográfica a la que hemos asistido en las últimas décadas acarrea de manera sincopada la transición epidemiológica y de cuidados de salud.

En relación a esto último, la complejidad de la atención clínica del paciente mayor está marcada por el deterioro cognitivo, la fragilidad y la discapacidad; y el resultado del envejecimiento en la actualidad es el incremento exponencial de estas tres condiciones de salud.

Dicha complejidad hace necesario un espacio de continuidad asistencial que implica la organización coordinada de los procesos en torno a las necesidades de las personas y que requiere del concurso de múltiples disciplinas y especialidades.

Un aspecto estrechamente ligado a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios es la mejora de la calidad de vida a través de cambios en los hábitos y estilos de vida de la ciudadanía, así como una mayor proactividad y prevención para mantener a la población lo más sana posible o en estadios más estables o controlados de su enfermedad, junto con el desarrollo de la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su propia salud y en la toma de decisiones al respecto.

El impacto de estos factores sobre los costes sanitarios es tan importante como la necesidad de que otras instancias sociales e institucionales, además de las sanitarias, participen en la lucha efectiva contra los hábitos nocivos para la salud, ya que su repercusión en el ahorro sanitario y en la mejora de la salud colectiva sería considerable.

La transformación hacia un modelo mejor preparado para afrontar la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas es imprescindible si se pretende que el sistema de salud sea sostenible y pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria.

En este sentido, es necesario implementar nuevos modelos de gestión basados en la atención integrada y la coordinación de los procesos asistenciales y desarrollar actuaciones orientadas a fomentar la adquisición de hábitos de vida saludables que prevengan el desarrollo y aparición de estas enfermedades.

Además, se incluirán las TIC como una herramienta fundamental al servicio del sistema de salud, tanto a nivel de paciente como de profesionales clínicos o personas encargadas de la gestión, con el fin de garantizar la continuidad de los cuidados más allá de la asistencia hospitalaria y los centros de salud, permitiendo una mayor orientación a la cronicidad y prevención de la fragilidad.

El modelo sanitario de la comunidad autónoma debe vertebrarse sobre la base del impulso de la atención primaria y el aumento de su capacidad preventiva y resolutive, centrado en la persona como un todo y como parte de un contexto familiar, comunitario y social que en buena medida determina y condiciona su situación. Este modelo potencia la asistencia a las personas con enfermedades crónicas, mejorando la coordinación con los servicios sociales en el propio entorno de la misma, impulsa las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia; e implica a las y los profesionales en la gestión de los recursos.



Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

El cambio de modelo debe orientarse a:

- Proporcionar un sistema de cuidados que garantice la continuidad, gradualidad e individualización de la asistencia sanitaria, especialmente dirigido a personas con condiciones crónicas de salud con el objetivo de optimizar sus estándares de salud, evitando lagunas asistenciales y una mala utilización de los recursos.
- Disponer de un modelo de atención altamente coordinado entre los servicios sociales y sanitarios, interdisciplinar y adaptado a la trayectoria clínica y la complejidad del paciente en cada momento, pudiendo para ello incorporar en este trabajo, a lo largo de la vida de la persona, a otras administraciones, como la educativa o la laboral.
- Entender a la persona como un sujeto social y mantener o mejorar su capacidad funcional para salvaguardar su rol en la sociedad y favorecer la permanencia en su entorno socioafectivo, evitando su aislamiento social.
- Mantener la dignidad y los derechos de las y los pacientes durante todo el proceso de cuidados.
- Potenciar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de programas que fomenten los hábitos saludables y el autocuidado de las personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha considerado imprescindible el desarrollo de un plan específico centrado en el abordaje de la sostenibilidad y el cambio de modelo sanitario, que genere la confianza y credibilidad necesaria para acometer su implementación en un entorno estable y seguro, más allá del ciclo del presupuesto anual.

OBJETIVOS GENERALES.

El Plan se estructura en torno a las siguientes áreas de actuación:

1. Eficiencia organizativa y de gestión. Inversión en salud.
2. Promoción y protección de la salud.
3. Prevención secundaria en relación con los factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades.
4. Coordinación, comunicación y continuidad de la atención.
5. Explotación de los sistemas de información y uso racional de las nuevas tecnologías de la información.
6. Calidad asistencial y seguridad del paciente.

A. Eficiencia organizativa y de gestión. Inversión en salud.

OG.1 Realizar las reformas necesarias en el modelo de gestión sanitaria de CLM que mejoren la organización de los procesos asistenciales.

El incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, asociado al envejecimiento de la población, hacen necesaria la mejora de la organización de la actividad asistencial hacia nuevos modelos de gestión basados en la atención integrada e integral, centrados en la persona y en las necesidades reales de la población, la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales y la optimización de los recursos.

Para hacer realidad la transformación sanitaria que proponen estos modelos, es preciso realizar un análisis estratégico para su implantación gradual y para la implicación de gestores, profesionales y ciudadanía.

OG.2 Promover y mejorar los procesos de gestión del conocimiento en los ámbitos científico y de la práctica asistencial.

La organización, ante el aumento constante de la demanda asistencial y el incremento del nivel de exigencia de la sociedad, se ve comprometida a conocer cuándo la aplicación de una tecnología o un procedimiento es adecuada a las necesidades de la población, y difundir esta información, reduciendo la utilización inapropiada.

Para ello, resulta necesario fomentar e implantar una cultura de planificación y evaluación en la organización y reforzar el papel de la evaluación de las tecnologías sanitarias en la toma de decisiones, tanto para la incorporación de nuevas tecnologías en la cartera de servicios como para la retirada de aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no tienen demostrada utilidad y que generan costes innecesarios.

De igual forma, resulta imprescindible hacer partícipes de la organización y capacitar a las y los profesionales para el desempeño de sus funciones y su papel en el nuevo modelo de gestión sanitaria, con apoyo de las nuevas tecnologías digitales; además, contribuir a la correcta gestión de los flujos de información y conocimiento en torno a la investigación e innovación, con objeto de que generen valor de retorno en la organización y redunden en la sostenibilidad del sistema.

OG.3 Adecuar las decisiones de la organización a las necesidades sanitarias reales de la población.

Dar respuesta y protección a las necesidades reales de salud, presentes y futuras, es un propósito indiscutible para hacer sostenible el sistema sanitario; para ello, es necesario conseguir una financiación adecuada y realista. Los responsables sanitarios tienen el deber de conjugar el acceso de la ciudadanía a aquellos avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud con la sostenibilidad del sistema sanitario público. En este sentido, es necesaria la implementación generalizada de la evaluación de resultados de las políticas públicas, así como la evaluación económica de la gestión sanitaria y el control y eficiencia del gasto sanitario.

OG.4 Mejorar la ordenación de las prestaciones sanitarias.

Es un profundo error pensar que la sostenibilidad del Sistema Sanitario es sólo cuestión de provisión exponencial de recursos; tan importante como la disposición de medios adecuadamente dimensionados es la organización funcional de esos recursos.

Para ello, teniendo en cuenta las prestaciones básicas, hay que definir la cartera de servicios a nivel regional de acuerdo al modelo de prestación de servicios sanitarios que sea sostenible, que permita optimizar la utilización de los recursos clínicos y asistenciales para su uso eficiente.

OG.5 Minimizar las ineficiencias en las adquisiciones de bienes y servicios.

Instaurar un sistema regional centralizado de compras que facilite una economía de escala y que garantice la calidad y eficiencia en la adquisición de servicios.

Esta centralización debe, a su vez, estar organizada para que las adquisiciones sean dinámicas y se demore su uso ante necesidades fundamentalmente asistenciales.

Este sistema ofrece varios aspectos que contribuyen a la sostenibilidad del sistema: a) economía de escala; b) concentración de conocimiento y control en las adquisiciones; c) disminución de la variabilidad clínica y asistencial.

OG.6 Racionalizar la creación, mantenimiento y uso de las infraestructuras sanitarias.

La vasta extensión de la región y la dispersión de los recursos asistenciales hacen necesario un mayor esfuerzo en la racionalización de las infraestructuras. El punto de partida debe ser el conocimiento de la situación real, con la elaboración de un catálogo actualizado para la correcta planificación de las nuevas actuaciones en infraestructuras sanitarias en función de las necesidades.

Mejorar la eficiencia energética en las nuevas infraestructuras y en las ya existentes debe ser un objetivo fundamental de la organización. Es pertinente realizar auditorías energéticas que permitan la medición de resultados y la planificación de actuaciones en todo lo relativo a infraestructuras, equipos y servicios ligados a su gestión y utilización, con la doble finalidad de hacer un uso eficiente de los recursos disponibles y posibilitar la mejora de la prestación asistencial.

OG.7 Compartir la responsabilidad en las prestaciones, cuidados de la salud y uso de los servicios.

Es fundamental dar a conocer el funcionamiento del Sescam y corresponsabilizar a cada uno de los agentes implicados en el Sistema Sanitario (pacientes, profesionales sanitarios y gestores) en su correcta utilización y sostenibilidad.

OG.8 Racionalizar el uso de los medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que hay Uso Racional de los Medicamentos (URM) cuando las y los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad.

La prioridad de cualquier sistema sanitario es mejorar el estado de salud de la ciudadanía y optimizar los recursos disponibles para conseguir el máximo rendimiento sanitario, siendo los medicamentos la tecnología sanitaria más utilizada.

Las sociedades occidentales han convertido en gran medida al medicamento en un elemento de consumo, minimizándose en ocasiones los potenciales riesgos para la salud de una sociedad polimedicada; por eso hay que plantear acciones que vayan dirigidas a aumentar la seguridad del paciente.

Es necesario transmitir desde las instituciones sanitarias que no todo lo nuevo es innovador, que el coste-oportunidad existe y que los recursos son limitados a la vez que las necesidades amplias; por ello, las decisiones farmacoterapéuticas han de estar siempre basadas en un riguroso análisis de las alternativas y selección con criterios de eficiencia.

El coste-efectividad de los tratamientos debe estar basado en la utilización de herramientas como la evaluación sistemática de la eficacia incremental o valor terapéutico añadido, así como los umbrales de disposición a pagar por AVAC (años de vida ajustados por calidad en el análisis coste-utilidad de los medicamentos).

Es importante transmitir estos conceptos y generar cultura crítica, muy especialmente en los ámbitos de las terapias oncohematológicas, terapias con medicamentos biológicos y patologías asociadas a los hábitos de vida no saludables, como la obesidad y diabetes, así como las asociadas al envejecimiento poblacional.

Cobra especial relevancia en este objetivo, la definición e implementación de un Plan regional específico, llamado a establecer las líneas de actuación para una política integral del medicamento que contribuya a:

- La mejora de la calidad del proceso asistencial.
- La evaluación y seguimiento de resultados en salud.
- La optimización y eficiencia de los recursos empleados.
- El aprendizaje continuo, la docencia y la investigación.

B. Promoción y protección de la salud.

Las líneas de actuación que se plantean se basan en desarrollar objetivos centrados en las tres grandes etapas de la vida:

- **La etapa infantil, hasta el inicio de la etapa escolar.**

Durante esta etapa, se pretende lograr que los padres y madres tengan información suficiente para mantener los cuidados necesarios durante el embarazo y la infancia, que la mayoría de las madres mantengan la lactancia natural hasta los 6 meses de edad y que los padres y

las madres sean conscientes de la importancia de los vínculos afectivos para el desarrollo psicológico y social del niño, mejorando su capacidad e implicación para establecer tales vínculos.

- **La etapa escolar y la adolescencia.**

Durante esta etapa de la vida, las intervenciones han de centrarse en el entorno natural de los menores, en la mejora de los hábitos alimenticios, en el fomento del ejercicio físico y en la reducción de la influencia de los factores de riesgo para la salud que son más relevantes en este período. Entre ellos, tiene especial importancia el desarrollo de hábitos que aseguren una adecuada salud bucodental, la prevención del inicio del consumo de drogas y otros comportamientos adictivos (juego y uso inadecuado de las nuevas tecnologías), así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, los problemas relacionados con la orientación e identidad sexual, la prevención de la violencia de género y el acoso escolar, la prevención de comportamientos desadaptativos, vinculados o no al consumo, etc.

- **La etapa adulta.**

Durante este período de la vida la intervención se centrará en desarrollar la capacidad y la responsabilidad de las personas en su propio autocuidado, así como en reducir el sedentarismo y la obesidad, promover el cuidado de la salud en el ámbito laboral y reducir el consumo de drogas y de otros comportamientos adictivos.

OG.9 Promover estilos de vida saludables en la etapa infantil, escolar y adolescente/ juvenil.

Este objetivo pretende mejorar las actitudes y los comportamientos de escolares, adolescentes y jóvenes en relación a la alimentación, facilitar la práctica del ejercicio físico y la reducción de la influencia de los factores de riesgo para la salud más relevantes en esta etapa. Del mismo modo, se considera imprescindible la intervención prioritaria y coordinada entre administraciones desde el momento en que se detecten situaciones o comportamientos con posibles consecuencias significativas socio-sanitarias, tales como el riesgo de aislamiento y exclusión provocado por comportamientos disruptivos o el uso abusivo de las nuevas tecnologías, trastornos emocionales etc.

OG.10 Fomentar los estilos de vida saludable en la vida adulta.

Aumentar el empoderamiento y la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud, con el fin de reducir el sedentarismo y la obesidad, reducir la prevalencia del consumo de drogas y otros comportamientos adictivos.

OG.11 Optimizar la inmunidad de grupo e individual frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

Con este objetivo se pretende aumentar las coberturas vacunales infantiles en los 4, 6, 12 y 14 años de edad por encima del 95%.

OG.12 Reducir los efectos nocivos del medio ambiente sobre la salud humana.

La finalidad de este objetivo es asegurar la calidad del agua de consumo humano, controlar las instalaciones que supongan peligro de contaminación, así como reducir el riesgo asociado al uso y consumo de productos químicos, es decir, contribuir a la mejora de la gestión de los riesgos ambientales.

OG.13 Mejorar la seguridad de los alimentos.

El objetivo pretende reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades relacionadas con los alimentos, así como la mejora de los sistemas de control oficial de riesgos.

OG.14 Promover un consumo de bienes y servicios más saludable y seguro.

Este objetivo tiene como fin la promoción del uso, consumo y prestación de servicios seguros para prevenir el impacto de los determinantes económicos y sociales del consumo sobre la salud. Con ello se intentará mejorar los patrones de consumo responsable en la población.

C. Prevención secundaria en relación con los factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades.

Las estrategias, actividades y programas para ganar salud y prevenir la enfermedad son imprescindibles en una sociedad que envejece y deben estar dirigidas a la prevención de enfermedades, lesiones y discapacidad, actuando sobre los factores de riesgo y determinantes de la salud, en las distintas etapas de la vida de las personas y los entornos en los que éstas viven.

Por todo ello, es el momento de superar el modelo biomédico, centrado en atender la creciente demanda de la persona individual y buscar el abordaje comunitario de la salud como estrategia para la responsabilización de la ciudadanía sobre su propia salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad.

OG.15 Mejorar y consolidar los programas de cribado en la edad infantil de acuerdo a los estándares europeos, así como detectar y tratar precozmente patologías prevalentes y emergentes en la edad infantil y adolescente/juvenil.

Este objetivo es amplio y se puede concretar en el aumento del número de patologías cribadas, de tipo metabólico, auditivo, alteraciones visuales, hipertensión arterial infantil y displasia evolutiva de cadera. Asimismo la detección precoz de trastornos del espectro autista y el resto de trastornos del neurodesarrollo, trastornos del desarrollo psicomotor, enfermedad celiaca, hipercolesterolemia, detección precoz de situaciones de violencia, maltrato, acoso escolar en la infancia, familia, escolar y social. Por último, detección precoz y reducción de la obesidad infantil y del adolescente.

OG.16 Detectar precozmente conductas de riesgo en jóvenes y prevenir el suicidio.

El objetivo se plantea para intentar detectar y atender las conductas de riesgo en jóvenes, como son los trastornos de la conducta alimentaria, el inicio precoz de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el juego y el uso inadecuado de las nuevas tecnologías, el acoso escolar y el ciberacoso, así como los problemas relacionados con la identidad sexual.

También se plantea la detección precoz de conductas de riesgo para disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en este grupo de edad, así como la puesta en marcha del cribado de infecciones de transmisión sexual.

OG.17 Optimización de los programas poblacionales de detección de cáncer de mama, colon y cérvix.

La función de este objetivo es incrementar la tasa de participación, consolidación, diagnóstico y adherencia regional de la población en estos programas, llegando a toda la población diana.

OG.18 Detección y abordaje precoz de la violencia de género.

Elaboración de protocolos de actuación para la prevención y el abordaje precoz de estas situaciones, en coordinación con los servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales.

OG.19 Prevención y abordaje de la sobrecarga en personas encargadas de los cuidados.

El objetivo es prevenir la sobrecarga de las personas encargadas de los cuidados, garantizando la atención integral y coordinada a las personas que cuidan de pacientes crónicos complejos y paliativos.

OG.20 Mejorar la salud y prevenir el deterioro y la dependencia de la población mayor de 70 años, promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones.

Detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en esta etapa de la vida.

Protocolizar la atención domiciliaria de la población dependiente con deterioro funcional y de personas mayores de 70 años en situación de fragilidad, así como de las personas que se encargan de sus cuidados.

D. Coordinación, comunicación y continuidad de la atención.

Existen distintos niveles en la continuidad asistencial:

- Continuidad de la información. Integración y accesibilidad de las distintas fuentes de información de la persona que sean relevantes para la organización de los cuidados (historia clínica, contactos con el sistema de salud, aspectos sociales etc.).
- Coordinación de los cuidados. La concertación y sincronía de los servicios relacionados con la atención a la salud en torno a la persona. Es la atención centrada en la persona, que puede ser puntual y limitada en el tiempo (ej. embarazo o intervención quirúrgica) o continuada (ej. persona con enfermedad crónica).
- Continuidad de soporte. Implica que el equipo asistencial que da soporte al paciente se adapte a las necesidades cambiantes de salud y que dependiendo de su gravedad y complejidad exista una transición sin discontinuidad entre los equipos de soporte de base en atención primaria y hospitalaria. Este soporte al paciente en el domicilio será organizado, coordinado y prestado por profesionales de atención primaria.
- Coordinación institucional. Armonización de la normativa y ordenanzas y de la gestión de recursos y planes de cuidados para favorecer la continuidad asistencial.

La coordinación, comunicación y continuidad son aspectos especialmente importantes en la atención clínica del paciente mayor, con tres condiciones de salud que marcan la complejidad de la misma: el deterioro cognitivo, la fragilidad y la discapacidad. El hecho distintivo del “envejecimiento del envejecimiento” no es el incremento de la comorbilidad sino el incremento exponencial de esas tres condiciones de salud.

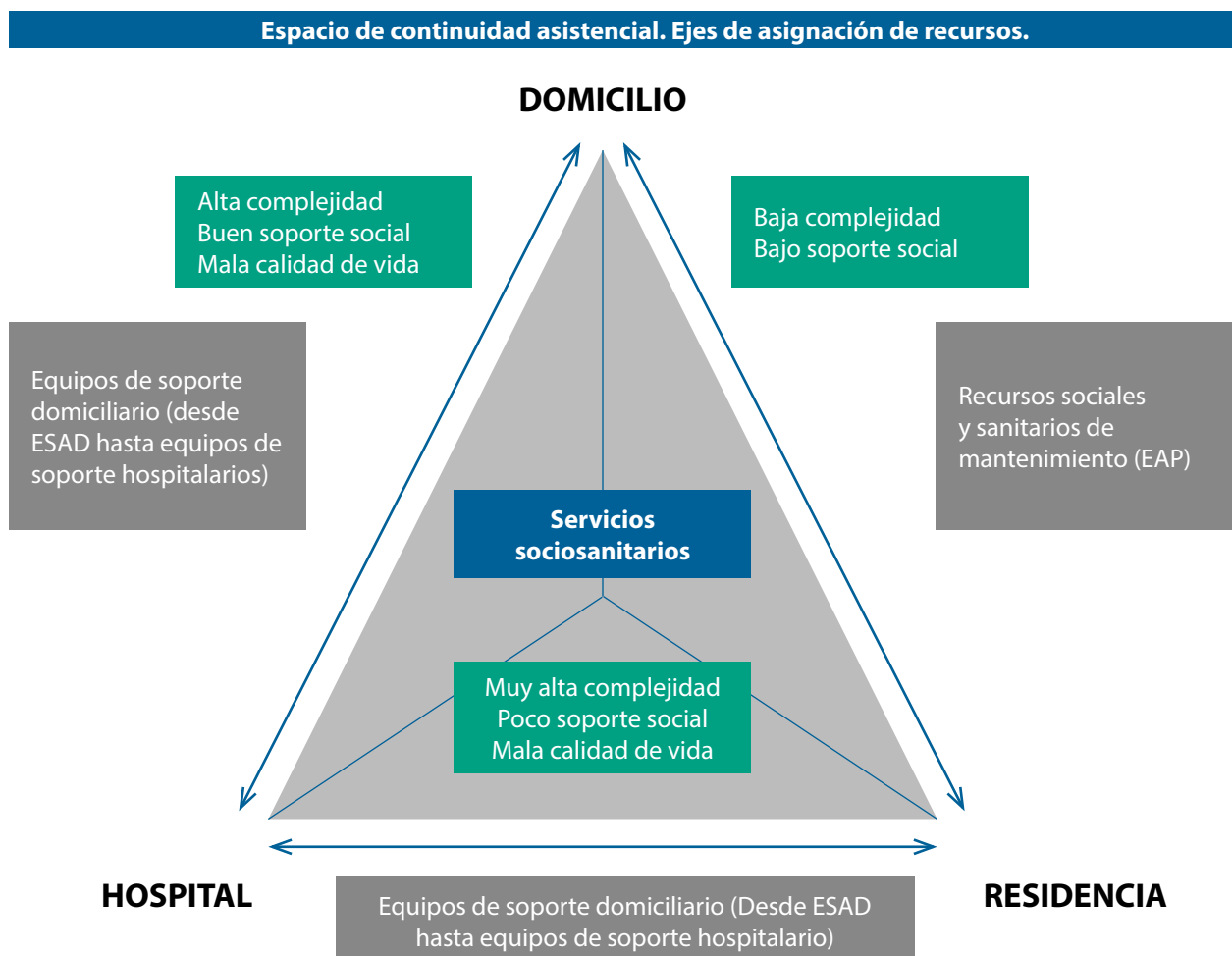
La complejidad de manejo del paciente mayor justifica la necesidad de coordinar las actuaciones de los equipos de atención hospitalaria y los de atención primaria o de las instituciones en las

que residen. Esta situación plantea la conveniencia de mantener la continuidad asistencial entre ambos ámbitos mediante la comunicación directa entre los equipos, utilizando informes claros y detallados dirigidos a los equipos de atención primaria o la institución de personas mayores, que permitan prestar la atención adecuada.

El espacio de continuidad asistencial es un espacio virtual de asignación de recursos que está constituido por tres ejes:

- El eje de soporte social, caracterizado por la gradación de los recursos sociales, formales o informales, para el emplazamiento de una persona, desde el domicilio hasta la institucionalización (ayuda a domicilio, teleasistencia, atención residencial, etc.).
- El eje de soporte sanitario, caracterizado por la gradación de los cuidados, desde el cuidado puntual a la atención continuada y desde el soporte domiciliario/residencial (ESAD) por los equipos básicos de salud (EAP) hasta el soporte hospitalario.
- Por último, el tercer eje tiene que ver con la valoración de las características del paciente en cuanto a calidad y esperanza de vida y los beneficios de la hospitalización (residencia de mayores, institución psiquiátrica etc.).

Dependiendo de estos tres ejes, una persona puede ser emplazada en el sitio adecuado con el soporte que precise. Así, un paciente mayor con deterioro funcional y cognitivo severo que vive en su domicilio, con buen soporte social y con patología aguda subsidiaria de ingreso hospitalario, tiene su asignación óptima de cuidados en el soporte domiciliario de base hospitalaria.



Los objetivos generales se resumen en:

OG.21 Mejorar el análisis de situación de las necesidades del paciente o la paciente y su entorno para poder adecuar los recursos disponibles, según un modelo de atención integrada e integral, mediante el trabajo coordinado entre administraciones y servicios.

Proporcionar un sistema de cuidados que garantice la continuidad, gradualidad e individualización de la asistencia sanitaria; especialmente dirigido a personas con condiciones crónicas de salud, con el objetivo de optimizar sus estándares de salud evitando lagunas asistenciales y una mala utilización de los recursos.

Este sistema debe estar altamente coordinado entre servicios sociales y sanitarios, debe tener un carácter interdisciplinar y adaptado en cada momento a la trayectoria clínica y a la complejidad del paciente.

OG.22 Definir el papel y la participación de las distintas administraciones en el proceso de continuidad asistencial.

Es necesario definir los espacios de continuidad asistencial y armonizar la aplicación de las ordenanzas para asegurar la eficacia de las transiciones del sistema.

La clave es entender a la persona como un sujeto social y mantener o mejorar su funcionalidad para salvaguardar su rol en la sociedad, favorecer la permanencia en su entorno socio-afectivo, evitar su aislamiento social y mantener su dignidad y sus derechos como paciente durante todo el proceso de cuidados.

E. Explotación de los sistemas de información y uso racional de las nuevas tecnologías de la información.

Existe un consenso amplio sobre que las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) se revelan en la actualidad como una palanca fundamental de desarrollo económico y social.

El efecto transformador e integrador de las TIC y de la sociedad del conocimiento afecta de forma muy particular a las personas en situación de dependencia, que necesitan mejorar la accesibilidad y los servicios personalizados en el domicilio. La e-inclusión y la e-accesibilidad pueden ejercer de fuerza integradora para los colectivos dependientes y grupos vulnerables (invidencia y otras discapacidades, personas con enfermedades crónicas, pacientes con trastorno mental, personas mayores dependientes o víctimas de violencia de género).

En CLM se ha avanzado mucho en el desarrollo e implantación de las TIC en los servicios a la ciudadanía y en la Administración. Más específicamente, en el ámbito de los servicios sanitarios, se han desarrollado e implantado sistemas como la historia clínica electrónica, la receta electrónica o la imagen médica digital, lo que ha contribuido a mejorar la eficiencia del sistema y a reducir los costes y el consumo de los recursos sanitarios. Sin embargo, se observan oportunidades de mejora en los sistemas de información (SI) relacionadas con la interoperabilidad de los sistemas, el registro de la información, la accesibilidad de la misma y la participación ciudadana, con el fin de seguir avanzando en la transformación digital en el ámbito de la salud.

Además, se deben impulsar medidas que incluyan la inversión económica para la creación de una estrategia digital que mejore los sistemas de información, el empoderamiento del paciente,

de la persona encargada de los cuidados y de la ciudadanía, que permita crear nuevos ámbitos de comunicación y relación entre profesionales sanitarios y planificar actividades de formación en nuevas tecnologías dirigidas a personas encargadas de la gestión y otros profesionales de la sanidad.

OG.23 Adaptar y desarrollar los actuales sistemas de información sanitaria para que sean útiles en la detección, coordinación y seguimiento de las situaciones que precisan una continuidad en la atención.

Las líneas de actuación para seguir avanzando en la transformación digital en el ámbito de la salud y así lograr una gestión más eficiente del sistema de sanitario y de los procesos asistenciales están relacionadas, entre otras, con:

- Conseguir la interoperabilidad o integración de los sistemas de información de los distintos ámbitos asistenciales junto con el sistema de servicios sociales para lograr una visión única y regional de todos los sistemas.
- Disminuir la variabilidad en el registro de la información sanitaria para obtener datos útiles y consistentes, susceptibles de ser analizados y comparados.
- Proporcionar información accesible y adecuada que facilite la toma de decisiones, tanto para la gestión sanitaria, como para la mejora de la práctica clínica.
- Garantizar el acceso de cada paciente a sus datos sanitarios y sociosanitarios mediante el “Portal de Salud de la Persona”, así como facilitar indicadores de calidad mediante el “Portal Estadístico”, impulsando la participación de las personas en su proceso de salud-enfermedad.

F. Calidad asistencial y seguridad del paciente.

Dentro de la apuesta por un cambio de modelo sanitario sostenible, la seguridad y la calidad de la atención clínica son aspectos que merecen especial consideración.

La seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial y sin duda también resulta clave de cara a la satisfacción de las y los pacientes o calidad percibida.

La utilización de modelos de gestión de calidad facilita la gestión integrada de una organización. Estos modelos son instrumentos que sirven de guía para realizar una gestión más eficaz de las organizaciones, al centrar el foco de la gestión en los procesos.

La gran complejidad de los procesos asistenciales en el ámbito sanitario hace que la calidad asistencial se constituya a la vez como un derecho de la ciudadanía y un reto permanente para las organizaciones y profesionales sanitarios.

OG.24 Potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Las líneas de actuación a desarrollar para la consecución de este objetivo se centran fundamentalmente en:

- Mejora de la gestión de la asistencia utilizando las herramientas de gestión de la calidad.
- Gestión de la calidad y la seguridad del paciente mediante estructuras estables y específicas.
- Instauración y mantenimiento de prácticas seguras que hayan probado su eficacia en la disminución de riesgos clínicos.

- Difusión y afianzamiento de la cultura de seguridad basada en la prevención y el aprendizaje de los errores.
- Promoción y facilitación de la gestión de riesgos clínicos en todos los centros sanitarios de la región y fomento del uso del SINASP (Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente).

7.2. Plan de humanización de la asistencia sanitaria

La humanización de la asistencia sanitaria se refiere a la capacidad de los sistemas de salud para desarrollar modelos organizativos y procesos asistenciales que sitúen a las personas en el centro del sistema.

Además de articular el conocimiento y las competencias científico-técnicas para dar respuesta al legítimo derecho a una asistencia de calidad, el sistema sanitario debe fomentar una cultura de humanización centrada en la ética y en el reconocimiento de los derechos de pacientes, con un trato amable, respetuoso y comprensivo, promoviendo la participación y corresponsabilidad de todos los agentes implicados: pacientes, profesionales, familias, asociaciones e instituciones.

Ya en 1984, el INSALUD elaboró el primer plan de humanización. Diferentes leyes a nivel nacional han buscado la eliminación de barreras para favorecer la dimensión humana en el ámbito sanitario. En este mismo sentido, en CLM, la Administración regional ha incorporado a su acervo normativo derechos y aspectos esenciales de la humanización de la asistencia sanitaria, unificando la normativa, además de establecer mecanismos que permiten a la ciudadanía adoptar un papel protagonista en la toma de decisiones relativas a la salud y en la gestión de su propio proceso de enfermedad.

La Consejería de Sanidad publicó el Plan Dignifica, como catálogo de actuaciones de humanización en el año 2015, que junto a las Redes de Expertos y Profesionales de Castilla-La Mancha, como órgano asesor, y la Escuela de Salud y Cuidados constituyeron las herramientas esenciales para aumentar el nivel de humanización de la asistencia en la región.

El grado de cumplimiento del Plan Dignifica en 2018 superó el 80% de sus objetivos desde su publicación, si bien cada gerencia ha desarrollado múltiples y muy variadas metodologías y experiencias de humanización. Pero es necesario dar un paso más hacia la ordenación de las actuaciones de humanización en las gerencias mediante el desarrollo de modelos organizativos, así como de su regulación.

La Consejería de Sanidad y el Sescam impulsan este **Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria** como la directriz que orienta y encamina los esfuerzos de los agentes de humanización para potenciar la dimensión humana de la asistencia en CLM.

El Plan define un modelo organizativo que se recogerá en un decreto de ordenación. En el modelo se estructuran los órganos y agentes implicados para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de los diferentes proyectos de humanización a desarrollar:

- El **Consejo Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria**, como órgano de diseño, seguimiento y evaluación de las políticas del Sistema Sanitario público en esta materia.
- La **Comisión Regional Técnica de Humanización**, como órgano técnico de seguimiento y evaluación, compuesto por diferentes agentes implicados en los proyectos de humanización

de cada gerencia y liderados por la persona responsable de la coordinación de la humanización de la asistencia sanitaria en la Consejería de Sanidad, así como otros agentes vinculados a los proyectos de humanización. En definitiva, un espacio de participación técnica de carácter regional de aquellos agentes que impulsan los programas, proyectos y líneas de actuación en materia de humanización en nuestro sistema de salud.

- La **Comisión de Humanización de cada gerencia**, encargada de diseñar, implementar y evaluar las medidas priorizadas por la Comisión Regional y establecidas en el Plan de Humanización. Esta comisión será el espacio de participación de cada gerencia, en el que se establezca la metodología para el desarrollo de los proyectos/programas a realizar anualmente. La composición de las comisiones de humanización en las gerencias se adaptará a las necesidades y recursos de cada una de ellas y creará los diferentes grupos de trabajo operativos de cada área o servicios, con representación de los agentes de humanización implicados en el proyecto.

Cada gerencia facilitará en el análisis, las propuestas de trabajo y la implementación de las medidas propuestas por el tejido asociativo, fomentando así su empoderamiento y corresponsabilidad, vertebrando sus actuaciones con otros espacios de participación ciudadana, como son los Consejos de Salud.

- La **coordinación del plan en cada gerencia**, órgano unipersonal, con una dependencia funcional de la dirección, que actúa como agente clave en la coordinación, implementación y seguimiento del plan de cada gerencia. El plan de humanización de cada gerencia es el documento escrito que recoge las actuaciones sistemáticas a implementar en cada organización sanitaria con carácter anual, así como los proyectos de humanización de cada servicio o unidades. Los objetivos y actuaciones recogidos en este plan serán vinculados a los acuerdos de gestión de la gerencia, determinando sus indicadores de evaluación y el alcance perseguido.

El Plan contempla la participación de agentes facilitadores para su diseño, desarrollo e implementación, siendo estos:

- La **Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha**, definida como el espacio que permite el acceso a la información y formación en materia de salud, favoreciendo la participación de pacientes, familiares, ciudadanía, asociaciones y profesionales de la salud de la región. La Comisión de Humanización de cada gerencia fomentará la asignación de un profesional sanitario que articule los programas de escuela de salud en su ámbito de actuación para el desarrollo de talleres.
- Las **Redes de Expertos y Profesionales** del Sistema Sanitario de CLM que, con carácter consultivo y composición multidisciplinar, asesoran en el diseño, implementación y desarrollo de las políticas de humanización.

Los comités consultivos de las diferentes Redes de Expertos y Profesionales son unidades funcionales que integran tanto a profesionales como a representantes de la ciudadanía. Estos comités elaboran informes en sus respectivas áreas de actividad sobre las actuaciones que impulsan la dimensión humana de la asistencia sanitaria y participan activamente a través de la Comisión Regional Técnica elevando sus recomendaciones.

- Los **Servicios de Información y Atención al Usuario**, como agentes esenciales de humanización y canal de participación de la ciudadanía trasladando sus demandas, expectativas y satisfacción percibida. Estos servicios participarán activamente en la Comisión Técnica Regional.

Ámbitos de la asistencia sanitaria en los que se van a desarrollar actuaciones del Plan de Humanización:

- Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia.
- Humanización en la urgencia.
- Humanización en la hospitalización.
- Humanización en las unidades de cuidados intensivos.
- Humanización en la atención de la salud mental.
- Humanización y el paciente oncológico.
- Humanización ante el final de la vida.
- Humanización y enfermedades raras.
- Humanización y colectivos vulnerables.

Se abordarán todos los momentos claves por los que pasa la persona en relación a sus necesidades y su interacción con los centros y servicios públicos sanitarios de la región.

Las actuaciones incluidas en el plan contemplarán las siguientes **dimensiones**:

- a. La comunicación e información a la ciudadanía. La Administración sanitaria garantizará que las personas atendidas estén correctamente informadas, adecuando la información a la persona, generando un clima de confianza y preservando la confidencialidad e intimidad. Desde las comisiones de humanización se diseñarán e implementarán las acciones y procedimientos que garanticen este derecho.
- b. La asistencia sanitaria integral e integrada en lo sanitario y sociosanitario convenientemente coordinados. Desde las comisiones de humanización se participará en el desarrollo de las medidas para garantizar la continuidad de cuidados.
- c. Profesionales como parte activa de la humanización. Desde la comisión de humanización de cada gerencia se promoverá y coordinará la formación de profesionales en aras a la capacitación en habilidades y técnicas de comunicación, bioética o todos aquellos contenidos orientados a mejorar el nivel de humanización en la relación con pacientes y con profesionales o agentes que tengan implicación en los procesos asistenciales.
- d. Los servicios generales, confort e infraestructuras. La Administración sanitaria promoverá la mejora de las instalaciones, condiciones de confort y accesibilidad, señalización y gestión de los servicios generales tales como hostelería, limpieza, dietética, lencería, mantenimiento. Para ello, las comisiones de humanización plantearán aquellas medidas en este ámbito con una repercusión en los niveles de humanización de la asistencia.
- e. La participación ciudadana. La Administración sanitaria promoverá la participación ciudadana, siendo las comisiones de humanización un escenario efectivo de participación de las asociaciones de pacientes y resto de agentes facilitadores.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Promover una atención centrada en la persona.

Con este objetivo se pretende desarrollar diferentes líneas de actuación orientadas a mejorar las relaciones clínico-asistenciales, mediante una atención individualizada, empática, amable

y compasiva que minimice los efectos negativos que conlleva la necesaria protocolización y tecnificación de la asistencia sanitaria, mediante:

- Impulso de iniciativas y metodologías centradas en la persona en los centros y servicios sanitarios, participando activamente en la revisión de sus procesos y procedimientos.
- Desarrollo de iniciativas que faciliten una atención individualizada.
- Promoción de iniciativas que garanticen una atención adecuada a los familiares.
- Desarrollo de las actuaciones que aseguren un tratamiento sensible desde la perspectiva de género.

OG.2 Desarrollar de manera efectiva y sistemática los derechos y deberes de pacientes y profesionales del ámbito sanitario.

Estos derechos y deberes, regulados en la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla- La Mancha, se concretarán mediante:

- Implementación de los procedimientos que aseguren la transmisión de la información a familiares en servicios claves (atención pediátrica, atención de urgencias, unidades de cuidados intensivos, etc.).
- Asegurar y adecuar la información al paciente para la toma de decisiones clínicas y la mejora de los procedimientos de consentimiento informado.
- Desarrollo de actuaciones orientadas a asegurar el cumplimiento del derecho a la información del paciente.
- Desarrollo de actuaciones orientadas a asegurar el cumplimiento del derecho a la intimidad de las y los pacientes.
- Revisión de los protocolos y procedimientos que ayuden a garantizar el derecho de las personas más vulnerables, como pacientes al final de la vida, personas con problemas de salud mental y atención sanitaria en la infancia y adolescencia.
- Desarrollo de actuaciones necesarias para proteger el derecho de las personas expresar sus voluntades anticipadas.
- Revisión de los procedimientos y actuaciones para mejorar la información de carácter no asistencial.
- Mejora de los mecanismos que aseguren los derechos de las y los pacientes a la libre elección de profesional, centro y servicio.
- Desarrollo de actuaciones que mejoren el acondicionamiento de espacios para preservar la intimidad.
- Revisión y mejora de los procedimientos que garanticen la confidencialidad de los datos de la historia clínica.
- Fomento entre profesionales de las organizaciones sanitarias de comportamientos orientados a la humanización de la asistencia sanitaria desde el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas en el ámbito sanitario.
- Fomento de la formación en bioética de profesionales sanitarios integrando el humanismo sanitario en su actividad laboral.

OG.3 Mejorar la capacidad de la organización.

Se aprobará por el gobierno regional un decreto que defina los órganos de diseño, evaluación y seguimiento, así como las herramientas organizativas y de gestión para impulsar las iniciativas que

potencian la dimensión humana de la asistencia sanitaria, por lo que cada gerencia adecuará sus sistemas organizativos a la nueva normativa.

Se establecerá, entre otros, como puntos de actuación destacados:

- La definición, implementación y seguimiento de los proyectos prioritarios como marco común de referencia de actuaciones de humanización impulsadas desde la Consejería de Sanidad.
- La creación, coordinación y apoyo en la conformación de los diferentes órganos de participación.
- La revisión de los procesos organizacionales relacionados con la humanización en los ámbitos señalados como líneas estratégicas específicas.
- El diseño y desarrollo de herramientas de gestión que homogenicen y faciliten la implementación de los Planes de Humanización en cada gerencia.

OG.4 Fomentar la participación ciudadana y avanzar en la corresponsabilidad del paciente.

Se fomentará la participación a través de:

- El marco de la comisión de humanización de cada gerencia, con la representación del tejido asociativo de cada territorio, así como la creación de nuevas fórmulas de participación ciudadana, para favorecer que los servicios sanitarios se orienten hacia las personas.
- El desarrollo de actuaciones orientadas a favorecer la colaboración eficaz de pacientes y familias en la prevención y tratamiento de las enfermedades y en la calidad de vida de las personas a través de la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha.
- El impulso de las iniciativas del tejido asociativo orientadas a la mejora de la calidad de vida, la atención social y sanitaria y la integración de las personas con enfermedades crónicas y sus familiares, así como otros colectivos de especial vulnerabilidad.

OG.5 Priorizar proyectos de humanización para colectivos específicos y de mayor vulnerabilidad.

- Potenciar iniciativas y proyectos dentro de cada ámbito de la asistencia sanitaria para colectivos con especiales necesidades, como son las enfermedades raras, la salud mental y las y los pacientes oncológicos y crónicos complejos.

OG.6 Desarrollar habilidades y competencias en profesionales del ámbito sanitario.

- Identificar las necesidades formativas en la humanización de la asistencia sanitaria.
- Aumentar la sensibilización sobre las competencias de los y las profesionales, para mejorar la humanización de la asistencia sanitaria.
- Diseñar e implementar programas de formación en bioética y humanización.
- Conocer el impacto del programa de capacitación en humanización.

7.3. Plan de atención primaria de salud

La Atención Primaria (AP) ha sido y es reconocida nacional e internacionalmente como el nivel básico de atención, que permite el acceso de la población a una atención sanitaria integral y longitudinal con mayor equidad y menores costes. Ya, desde la declaración de la conferencia internacional de Alma Ata en 1978, se define a la Atención Primaria como el eje central del sistema sanitario, destacando su papel como garante de la accesibilidad, del uso eficiente de los recursos y de la corresponsabilidad del paciente y la comunidad:

“La atención primaria de salud es la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad”.

En nuestro país la AP experimentó un gran desarrollo desde los años 80, con su reforma y el desarrollo de los centros de salud y los Equipos de Atención Primaria (EAP) y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

En la AP, tal y como reconoce la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, se integran las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social; actuando el EAP como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

La profesionalización del trabajo desarrollado por estos equipos se vio reforzada con la creación, en 2010, de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, cuya formación se ha desarrollado de forma conjunta y coordinada con la de los médicos/os especialistas de familia en Unidades Docentes Multiprofesionales.

Los principales valores y objetivos de la AP no han cambiado esencialmente desde los años 80 del siglo XX:



Estos objetivos no han conseguido en muchos casos desarrollarse plenamente y, sobre todo, en la actualidad y tras una etapa de estancamiento, estamos asistiendo a una progresiva pérdida de peso de la AP dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Pese a que la AP recibe año tras año muy buena valoración por parte de la población y por parte de todas las instituciones, esta realidad no siempre se ha acompañado del suficiente apoyo político y presupuestario de las distintas administraciones; seguimos imbuidos en un modelo excesivamente hospitalocentrista.

En el siglo XXI, tras el expansionismo hospitalario de la primera década, sufrimos un momento de crisis económica y recortes que han caracterizado la segunda década. De este contexto de crisis ha sido la AP la que ha salido más perjudicada dentro del SNS y a la que le está costando más recuperarse, cuando precisamente apostar por la AP permite un uso más eficiente de los recursos sin que se vea afectada negativamente la salud de la población.

En este sentido, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (La Atención Primaria de Salud en España en 2025. OMC; 2017), los y las profesionales de AP apuntan como principales problemas: la falta de apoyos políticos, una financiación insuficiente, la dificultad de acceso a determinados medios diagnósticos y terapéuticos, el escaso nivel de participación en la toma de decisiones sobre la gestión de los centros de salud, un cierto desprestigio de la especialidad y el empeoramiento de las condiciones laborales y retributivas. Todo ello ha conllevado una situación de desánimo de estos equipos de profesionales. En los últimos años, se añade la necesidad creciente entre el personal de enfermería especialista de que se reconozca su especialización para acceder a las plazas de AP.

Además, la AP afronta retos importantes, como el cambio del perfil de pacientes asociado al envejecimiento de la población (cronicidad, pluripatología, fragilidad) y la medicalización de la sociedad. Asimismo ha de poder desarrollar plenamente aspectos relacionados con la gestión y la calidad de la atención, la prevención cuaternaria y la seguridad del paciente, la investigación, la docencia y la formación.

Es necesario abordar de forma urgente un cambio de modelo sanitario para reforzar el papel de la AP como verdadero eje vertebrador del sistema sociosanitario, que conlleve cambios de organización y gestión y que le permita contar con financiación suficiente para afrontar todos estos retos.

La AP necesita recursos suficientes, con plantillas estables de profesionales ajustadas a las necesidades poblacionales; renovación y dotación de medios diagnósticos y terapéuticos y de infraestructuras; y el refuerzo de la docencia y la investigación.

Asimismo son necesarios cambios en el modelo de gestión de los equipos, incrementando la participación de estos equipos de profesionales de AP, tanto en sus propios procesos como en los procesos asistenciales integrados como garantes de la continuidad asistencial.

También es preciso un cambio cultural, superando la actual terminología de Atención "Especializada" como nivel de atención complementario a la Atención Primaria, ya que estos términos pueden dar lugar a equívocos cuando en ambos niveles ejercen profesionales especialistas.

El cambio de modelo debe dar respuesta a los desafíos siguientes:

- Prevención de la variabilidad injustificada de la práctica clínica. Atención basada en la evidencia.
- Prevención del daño que genera el uso excesivo de servicios sanitarios. Prevención cuaternaria y desarrollo de la seguridad del paciente.

- Garantía de acceso a los grupos de alta necesidad y baja utilización de los recursos.
- Reducción o eliminación de la realización de actividades de bajo valor.
- Proactividad en la prevención de la enfermedad y la discapacidad y la promoción de la salud.

En CLM, además, la AP afronta específicamente las dificultades condicionadas por la baja densidad y la dispersión geográfica de la población, de marcado carácter rural. Aunque la ratio de 1.223 tarjetas sanitarias (TSI) por facultativo cumple con los estándares de las sociedades científicas (1.500 TIS por facultativo), existe mucha variabilidad y las mencionadas condiciones de dispersión y ruralidad condicionan la poca uniformidad de los cupos atendidos.

El acceso a pruebas diagnósticas por la/el médica/o de AP presenta una importante variabilidad según la gerencia donde se realice la actividad asistencial, lo que puede ocasionar retrasos en el diagnóstico y que el paciente tenga que acudir varias veces a un centro hospitalario sin necesidad.

La opinión de los y las profesionales es claramente favorable a la implantación de la telemedicina, mediante consulta telefónica, correo electrónico o ambas simultáneamente. La plena integración de las comunicaciones electrónicas entre la ciudadanía y el sistema sanitario se presenta como complementaria a la visita presencial o como facilitadora de la accesibilidad y la comunicación médico-paciente.

La mayor o menor satisfacción y motivación de los equipos de profesionales de AP está condicionada por la sobrecarga asistencial, la falta de personal, la escasa capacidad de resolución, los escasos recursos en infraestructura y equipamientos, las dificultades para una adecuada relación con el paciente, el exceso de trabajo y las condiciones retributivas y contractuales.

Asimismo la carga burocrática que actualmente soportan las consultas de AP resulta en general excesiva y origina gran malestar entre los y las profesionales, haciendo imprescindible una seria revisión de las actividades administrativas y la eliminación de aquellas que sean innecesarias.

La AP debe influir en la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario; para ello es necesaria la implicación de los equipos de profesionales en la gestión y mejorar la accesibilidad y la capacidad de resolución de las necesidades sanitarias del ciudadano. Modernizar, reordenar y potenciar la AP para adecuar la oferta de servicios a las necesidades, demandas y expectativas de la población deben ser objetivos prioritarios en el contexto del PS, haciendo que este nivel sea el responsable del proceso asistencial del paciente.

Finalmente, cualquier cambio debe contar con el consenso de los y las profesionales involucrados y la participación de la ciudadanía.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Impulsar la AP como eje vertebrador de la asistencia sanitaria.

Es necesario un cambio de modelo, basado en la atención primaria, para hacer frente a los retos del futuro. Para ello, es preciso que disponga de una financiación adecuada, de plantillas suficientes y adaptadas a ese cambio de modelo y de una inversión en tecnología, dispositivos y estructuras que hagan este nivel de atención más resolutivo en las condiciones demográficas y territoriales actuales y futuras. Entre las líneas de actuación en este ámbito destacan:

- Adecuación del número de profesionales de AP de todas las categorías a las necesidades poblacionales.
- Adecuación del número de TIS por cupo médico, de pediatría y de enfermería.
- Aumento de la estabilidad de los y las profesionales que trabajan en AP.
- Recuperación de la unidad básica asistencial (UBA), asistencia coordinada entre medicina y enfermería.
- Incremento del liderazgo y la visibilidad de la AP, garantizando la presencia de profesionales de AP en los distintos órganos de decisión y mejorando la visibilidad de la AP en los medios.
- Desarrollo de canales de comunicación interniveles e integración de la información.

OG.2 Potenciar el liderazgo de la AP en la atención a pacientes crónicos.

Como ya se ha mencionado, la población está envejeciendo y se prevé que, en un futuro próximo, aumente la cronicidad, la fragilidad y la dependencia de nuestra población. Debe ser una prioridad impulsar la atención integral y coordinada a las personas con enfermedades crónicas, mejorando nuestros circuitos de información y protocolos de atención a estos pacientes, a menudo pluripatológicos y polimedcados, con repetidos ingresos y altas hospitalarias. Asimismo es fundamental, para una mejor atención a las personas con enfermedades crónicas en AP, favorecer que la persona atendida sea capaz de autocuidarse y conocer su enfermedad; y “cuidar al cuidador”, apoyarle y formarle para que pueda prestar una mejor atención. Deben desarrollarse planes de autocuidados de los principales problemas de salud, así como mejorar la adherencia y corresponsabilidad de pacientes en la utilización responsable de los medicamentos. Desde los EAP debe liderarse y coordinarse la atención a las personas con enfermedades crónicas.

OG.3 Disminuir la variabilidad clínica injustificada.

Cuando la variabilidad no está justificada da lugar a actuaciones clínicas alejadas de la evidencia científica, de la eficiencia y de la seguridad del paciente.

La protocolización de los principales problemas de salud y de los procesos asistenciales nos ayuda a disminuir la variabilidad, sirve de apoyo a los clínicos y aclara las responsabilidades de cada nivel de atención. Garantizar que los procesos asistenciales clave están protocolizados y establecer los circuitos necesarios requiere la implicación de los y las profesionales, además de promover la cultura de la atención basada en la evidencia (ABE), adaptada a las necesidades cambiantes del modelo de atención, y el uso racional en la toma de decisiones, ya que sus actuaciones conllevan la gestión de recursos, incluida la prescripción fármaco-terapéutica.

Es necesario impulsar la formación en ABE y en las prácticas de “no hacer” en la formación clínica de los equipos profesionales en ciencias de la salud, así como impulsar la actividad investigadora en el ámbito de la AP y las ayudas a grupos de investigación noveles y consolidados, dotándoles de recursos para que puedan desarrollar su labor investigadora.

OG.4 Aumentar la capacidad resolutive de la atención primaria.

Resulta necesario posibilitar el uso de pruebas diagnósticas a profesionales de AP, así como dotar a este nivel de atención de la tecnología cuya efectividad haya sido demostrada en su ámbito. Garantizar el acceso a las pruebas complementarias (imagen, laboratorio, etc.) contempladas en los procesos asistenciales definidos y protocolizar los procesos quirúrgicos, incluidos en la cartera

de cirugía menor en los centros de salud, requiere de la incorporación de medios materiales y formativos en este ámbito.

La burocracia debe ser simplificada y cada nivel debe ser responsable de la que genera, utilizando las nuevas tecnologías y desarrollos informáticos necesarios. Con ello se podría aumentar el tiempo de atención de los y las profesionales a los y las pacientes. Así mismo, los avances tecnológicos pueden contribuir a la mejora de la atención a las y los pacientes y a aumentar la accesibilidad. Entre las líneas de actuación para desarrollar este objetivo destacan:

- La revisión y mejora de infraestructuras y dotación de aparataje de centros y consultorios. Desarrollo de planes de revisión y renovación.
- El incremento del catálogo de pruebas diagnósticas y tratamientos accesibles desde AP.

OG.5 Implicar a las y los profesionales en la gestión de los recursos.

Facilitar que los y las profesionales sanitarios y sanitarias se impliquen en la gestión de los recursos, mediante el desarrollo de modelos de trabajo que aumenten su capacidad de decisión en la gestión de los mismos, tiene que conducir a una mayor satisfacción de dichos profesionales y a un uso más eficiente de los medios disponibles. Entre las líneas de actuación destacadas en este objetivo, se contemplan:

- El incentivo de las figuras de gestión de los centros de salud (coordinador médico o coordinadora médica y responsable de enfermería).
- El impulso y desarrollo de la gestión por procesos.

OG.6 Impulsar la atención comunitaria mediante actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la fragilidad, dirigidas a la comunidad.

El modelo sanitario tiene que ser proactivo y trabajar con la población antes de que enferme, impulsando medidas preventivas y educando a la población en hábitos saludables.

La AP debe ser protagonista y liderar los cambios que se proponen, colaborando con la comunidad para conseguir poblaciones más comprometidas en el cuidado de la salud, más responsables y menos medicalizadas.

Especialmente, tienen un papel relevante las actuaciones en la promoción de estilos de vida saludables y conductas seguras, potenciando la coordinación entre el ámbito sanitario, el familiar, el educativo y los servicios sociales; a nivel local y en cada una de las etapas de la vida.

OG.7 Mejorar la coordinación con los servicios sociales en la prestación de atención residencial.

Se requiere el desarrollo de actuaciones específicas tanto para el personal de las instituciones, como para los residentes, dependientes, discapacitados y otras personas con elevado riesgo social.

Las personas dependientes tienen muchas necesidades de salud y elevado consumo de recursos sanitarios. Muchas de ellas, por su situación basal, viven en residencias de mayores y la atención sanitaria es con frecuencia prestada casi en exclusiva por el sistema sanitario.

Mejorar la coordinación entre sistemas implica también la integración de los sistemas de información de servicios sociales y sanitarios y el desarrollo de nuevas TIC.

OG.8 Potenciar la atención al paciente en su domicilio.

Se debe potenciar la atención del paciente en su domicilio como elemento propio de la AP; una atención centrada en el paciente y en su entorno familiar y social, incluyendo el diagnóstico de las necesidades sociosanitarias y la coordinación con los servicios sociales de atención primaria.

OG.9 Potenciar la docencia, la formación y la investigación en atención primaria.

Resulta imprescindible reforzar las actividades y estructuras relacionadas con la formación, docencia e investigación en AP.

7.4. Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad

En CLM, al igual que sucede en el resto de España, el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en la salud pública y en la atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que, en la actualidad, las enfermedades prevalentes sean las crónicas de larga duración y, generalmente, de progresión lenta. Estas producen una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas encargadas de los cuidados, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad.

Además de la tendencia al envejecimiento poblacional, los cambios en la composición del estrato de población mayor (marcado incremento de las personas de más de 80 años, que se espera se duplique en los próximos 10 años) tendrán un impacto directo en el patrón de prevalencia de enfermedad y en las necesidades de recursos.

En CLM, el número medio de patologías crónicas por persona es de 5,1, por encima de las 4,8 que se producen de media en España. Estas cifras se incrementan a partir de los 55 años, especialmente en la franja de edad superior a los 85 años.

La pluripatología no es el único factor que añade complejidad a la gestión de la atención a las personas con enfermedades crónicas. Como parte del tratamiento al que se somete al paciente pluripatológico, es habitual que se incluyan diversos medicamentos (paciente polimedicado).

En este escenario de marcado envejecimiento de la población, otras condiciones de salud, más propias del envejecimiento, incrementan la complejidad de los cuidados clínicos.

La prevalencia de fragilidad, entendida como síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores, aumenta asimismo de manera exponencial a partir de los 65 años, siendo este síndrome un importante predictor de eventos adversos graves en las personas mayores, como el deterioro en la movilidad, las caídas, la comorbilidad o la pérdida de capacidades para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, como consecuencia, mayor frecuencia de hospitalización e institucionalización.

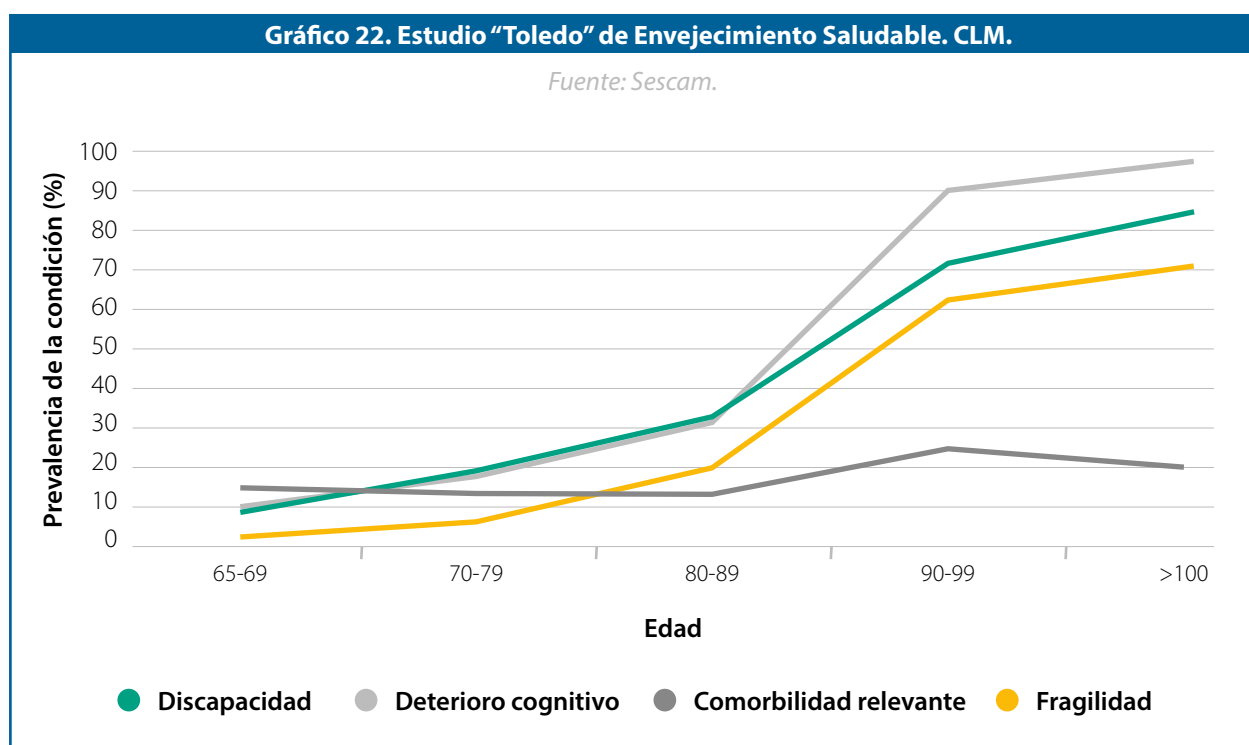
La discapacidad y la dependencia generadas por esta transformación cambiarán en un futuro próximo el escenario en que operan nuestros servicios de salud, que tendrán que dar respuesta a una creciente demanda de servicios y a necesidades cada vez más diversas, con el consiguiente incremento en la actividad sanitaria y sociosanitaria y en la utilización de recursos.

Es necesario establecer objetivos y recomendaciones que permitan orientar la organización de los servicios asistenciales hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de los factores de riesgo de enfermedad y el retraso de las limitaciones en la actividad.

El cambio de enfoque pasará a centrarse en las personas, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente para la población en su conjunto y para cada individuo en particular; a garantizar la atención integral y la continuidad en los cuidados; a adaptarse a la evolución de la enfermedad del paciente y favorecer su autonomía personal, su calidad de vida y el retraso de la dependencia.

En el gráfico del Estudio “Toledo” de Envejecimiento Saludable se puede ver la distribución según edad, a partir de los 65 años, de la prevalencia de morbilidad, discapacidad, deterioro cognitivo y fragilidad en el partido judicial de Toledo.

Como se puede observar, mientras que la prevalencia de multimorbilidad (2 o más patologías “relevantes” del índice de Charlson) se incrementa moderadamente con la edad, la discapacidad, el deterioro cognitivo y la fragilidad sufren un incremento exponencial y son estas tres entidades las que principalmente determinan el gasto en salud en personas mayores de 65 años.



El Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad ha de contemplar la estratificación de la población en función de su nivel de riesgo frente a la enfermedad crónica y según el nivel de complejidad de la cronicidad y la presencia de fragilidad: pacientes crónicos de baja complejidad, crónicos complejos y crónicos de elevada complejidad.

El marco guía para la detección de la fragilidad debe estar acorde con la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, publicada en 2012 y el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” (2014) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El cribado inicial para determinar la situación de fragilidad/limitación funcional se realizará en base a pruebas de ejecución o desempeño. Esta valoración la realizará el personal de enfermería o, alternativamente, de medicina de AP, preferentemente en una consulta programada.

La estrategia general parte de la identificación y valoración de las personas con discapacidad o dependencia para realizar las ABVD, primer escalón en el cribado de fragilidad. Estos pacientes son ya complejos de por sí, independientemente de su cronicidad o multimorbilidad, y deberían ser incorporados a este programa.

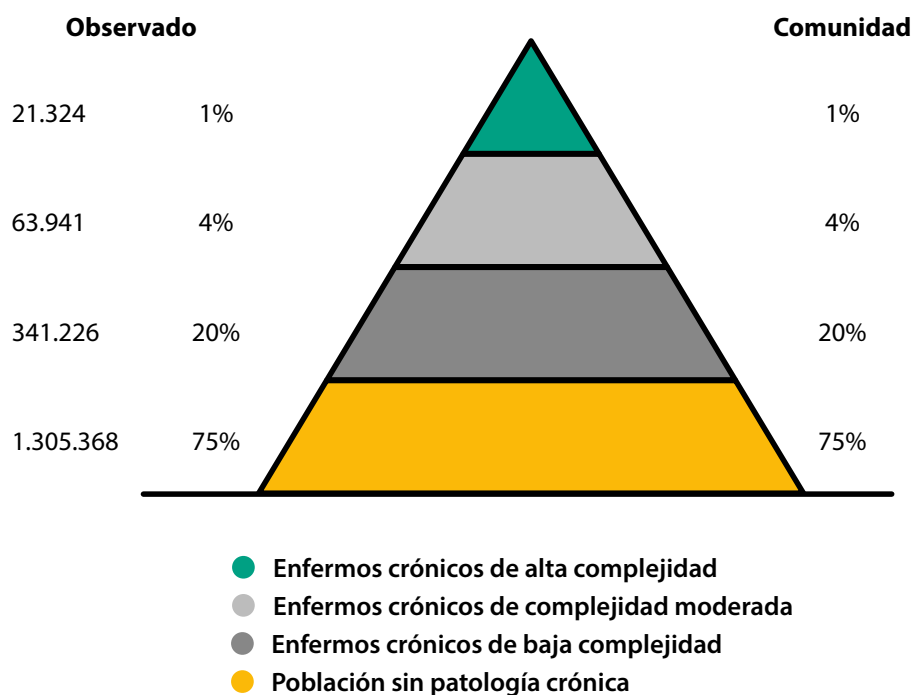
Las y los pacientes independientes, segundo escalón en el cribado de fragilidad, también están en riesgo de eventos adversos de salud al margen de su estado de cronicidad, por lo que deberían ser también incorporados a este programa. Es en este grupo poblacional en el que medidas como el ejercicio físico, la nutrición y el control de la polifarmacia cobran mayor relevancia.

El Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad de CLM va a permitir identificar a las personas que necesitan una actuación sanitaria, incluso antes de que hayan desarrollado alguna patología, captarlas e incorporarlas a un proceso formativo, en el caso de personas sanas con factores de riesgo, o a un proceso asistencial normalizado para el caso de personas que hayan desarrollado una o más patologías crónicas.

Se fomentará la capacitación y la autonomía del paciente y de la persona encargada de sus cuidados en el control de la o las patologías que padece y se reordenarán los medios asistenciales disponibles (recursos, profesionales,...) en función de las necesidades sociales y clínico-asistenciales de las personas.

Gráfico 23. Estratificación poblacional por GMA¹. CLM. 2017.

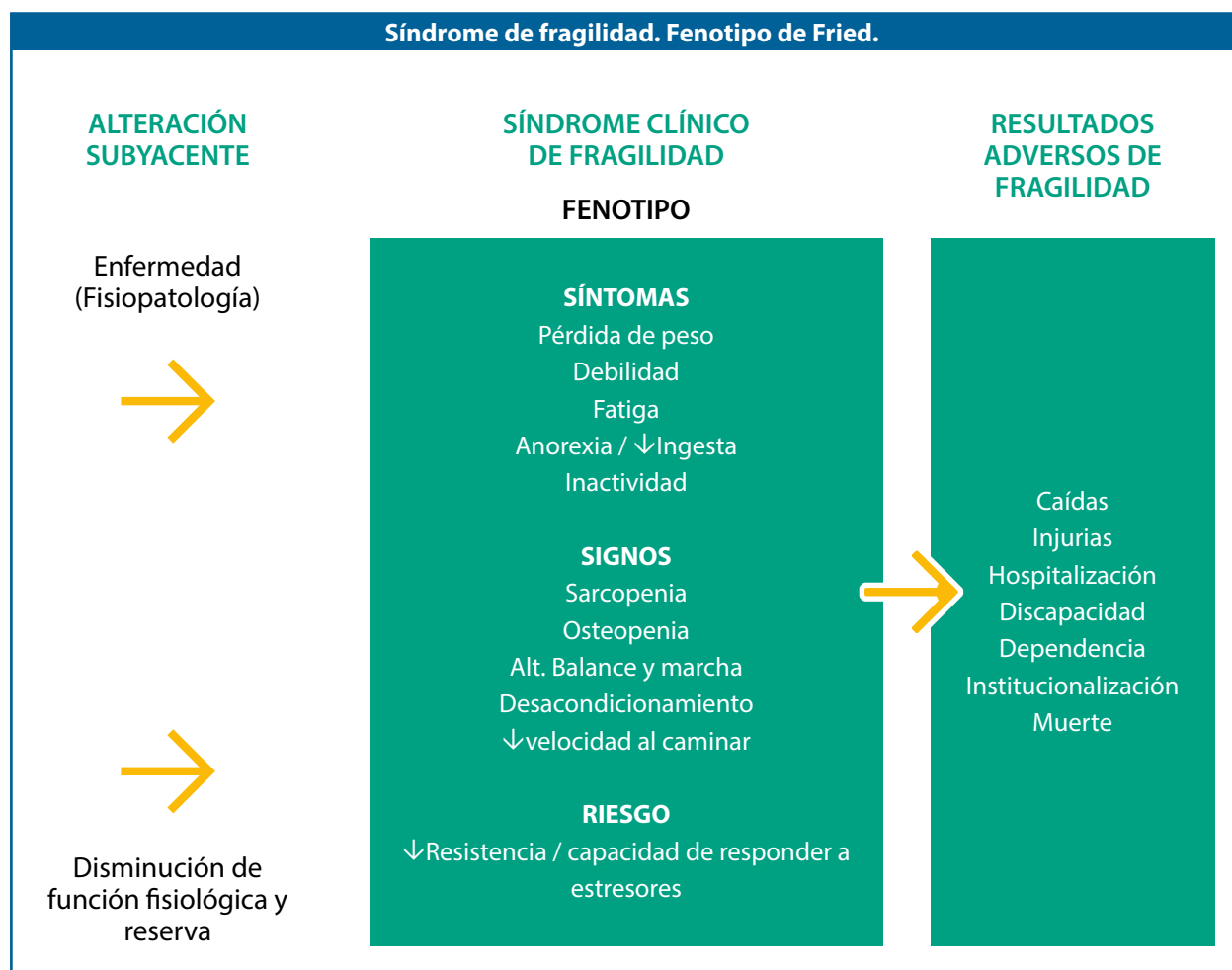
Fuente: Sescam.



¹ Grupos de Morbilidad Ajustados

Se han utilizado diferentes constructos para definir la fragilidad, pero el más generalizado es el fenotipo de Fried, según el cual, una persona será frágil si cumple tres o más criterios, prefrágil si cumple uno o dos y robusto si no cumple ninguno.

Por orden decreciente de frecuencia, los criterios de fragilidad más prevalentes en la comunidad son la debilidad, la lentitud, la baja actividad, el agotamiento y la pérdida de peso. Sin embargo, el criterio que se asoció con más intensidad al desarrollo incidente de fragilidad en sujetos no frágiles fue la pérdida de peso, seguido del agotamiento, la debilidad, la baja actividad y la lentitud.



El estudio FRADEA (fragilidad y dependencia), para estimar la prevalencia de fragilidad en el área urbana de Albacete y analizar sus factores asociados, propone establecer el valor pronóstico de los criterios de fragilidad en la aparición de efectos adversos en personas mayores.

La atención a las personas con enfermedades crónicas se articulará sobre un conjunto de elementos fundamentales:

- Segmentación de pacientes, una vez realizada la estratificación de la población, para ajustar la respuesta del sistema a las necesidades específicas de cada persona.
- Redefinición de los procesos asistenciales desde el punto de vista integral, teniendo en cuenta que la persona es el centro del sistema y a partir del mismo deben de organizarse los recursos para una mejor asistencia.

- Potenciación del papel de la atención primaria como elemento coordinador de los flujos de actuación sobre pacientes.
- Impulso de la corresponsabilidad del paciente y de la persona que cuida, gracias a un incremento en la capacitación de los mismos, entre otras actuaciones.
- Establecimiento de mecanismos de priorización y coordinación que faciliten una adecuada continuidad de las y los pacientes entre los diversos recursos asistenciales.
- Refuerzo en este modelo del papel de la enfermería como consultor del paciente y de la persona que cuida; y como persona que gestiona las transiciones del paciente entre ámbitos asistenciales.
- Potenciación de los sistemas de información actuales como herramienta que facilite el acceso a la información y la trazabilidad del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial.

El Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad de CLM propone:

1. Prevenir y retrasar la aparición de enfermedades crónicas.
2. Disminuir la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones asociadas a patologías crónicas.
3. Mejorar la calidad de vida de la persona y su entorno.
4. Disminuir las frecuentaciones innecesarias de los recursos asistenciales (sobre todo en atención hospitalaria).
5. Difundir las mejores prácticas en el manejo de la enfermedad.
6. Favorecer el envejecimiento saludable de la población.
7. Prevenir y minimizar el riesgo asociado a la fragilidad como limitación funcional en la población mayor de 70 años.

Para la consecución de estos objetivos se desarrollarán las siguientes líneas de actuación, en las que participan la atención primaria y hospitalaria, así como los servicios sociales y todas las disciplinas que intervienen en el cuidado de estos pacientes desde su captación y valoración inicial, por los y las profesionales de atención primaria, hasta la atención hospitalaria y su continuidad en el entorno habitual de la persona, ya sea domiciliario o residencial:

- a. Proporcionar un marco de actuación para la prevención y el manejo de las condiciones crónicas de salud, basado en tres ejes principales: prevención, atención individualizada y centrada en la persona y educación para la salud.
- b. Visionar las condiciones crónicas de salud como un constructo social que ayude a desarrollar políticas para la población general y grupos de riesgo tendentes a:
 - Normalización de la enfermedad crónica en la sociedad.
 - Mantener el rol social de las personas con enfermedades crónicas.
 - Favorecer las conductas de salud en el ámbito laboral.
 - Disminuir la desigualdad social y de género y minimizar sus efectos sobre la salud.
- c. Promocionar un envejecimiento activo como vía principal de lucha contra la pérdida de funcionalidad y autonomía y la prevención de la discapacidad.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Detectar y valorar a las personas mayores frágiles para intervenir precozmente en la prevención del deterioro funcional.

El concepto de envejecimiento saludable comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, tanto física como cognitiva, y el mantenimiento del bienestar emocional. Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad con graves consecuencias médicas. Para promover un envejecimiento saludable y conseguir ganar años de vida en buena salud y libre de discapacidad, es necesario detectar e intervenir precozmente sobre la fragilidad, un estado previo a la discapacidad sobre el que se puede actuar si se detecta oportunamente, asimismo sobre el riesgo de caídas.

OG.2 Actuar sobre los principales factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de los eventos adversos de salud.

Se ha de introducir el concepto de fragilidad en la historia clínica. A su vez, se ha de trabajar en actividades preventivas sobre los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de los eventos adversos de salud, como fragilidad, tabaquismo, consumo de alcohol, inactividad física o nutrición, tanto en el ámbito educativo como en las personas mayores de 65 años.

OG.3 Estratificar la población mediante herramientas de agrupación según morbilidad y función.

Para el desarrollo de este objetivo se etiquetará a cada paciente en base a un nivel de morbilidad acorde con sus patologías y habrá que validar que dicha agregación se corresponde con la realidad. Lo importante es identificar a pacientes con factores de riesgo determinados (DM, HTA, hipercolesterolemia, etc.), así como identificar a pacientes con mayor riesgo de eventos adversos de salud, fragilidad y discapacidad.

OG.4 Garantizar la visión global y el abordaje integral y longitudinal del paciente con enfermedad crónica en cada una de las fases de la historia natural de su enfermedad.

Es fundamental establecer medidas que permitan mejorar la capacidad resolutoria del equipo profesional de AP, proporcionando a este nivel una adaptación organizativa y de gestión de recursos materiales y humanos para dar una mejor respuesta y prestar una mayor dedicación a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención continuada de pacientes en riesgo en su contexto biopsicosocial.

Se ha de remodelar el desarrollo de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno, realizando modificaciones en la organización de las consultas para generar visitas no presenciales por parte de pacientes y las personas encargadas de sus cuidados mediante el uso de las TIC.

Impulsar la labor de la enfermería en la atención de pacientes en riesgo, potenciando su papel en autocuidados y como profesionales gestores de casos, como garantes de la continuidad asistencial entre AP y otros ámbitos asistenciales (AH, sociosanitaria, etc.).

OG.5 Optimizar la terapia farmacológica en pacientes en riesgo, con especial atención a los polimedicados.

El objetivo es conseguir una mayor relación beneficio/riesgo, optimizando los beneficios esperados de los tratamientos y disminuyendo los efectos adversos, así como mejorar la adherencia a los mismos.

Se han de promover estrategias de revisión sistemática de la medicación para minimizar los problemas relacionados con medicamentos (PRM), evitando duplicidades, infray sobredosificaciones e interacciones, para lo cual es fundamental potenciar la participación de los farmacéuticos y farmacéuticas en el control de pacientes polimedicados junto al resto del equipo de AP.

OG.6 Desarrollar circuitos para la atención temprana y de calidad y garantizar la continuidad asistencial en pacientes en riesgo.

El desarrollo de estos circuitos y su implantación tiene como finalidad conseguir una correcta continuidad asistencial entre AP y AH, por tanto, se ha de facilitar la fluidez de la información entre profesionales de los distintos ámbitos sanitarios a los que el paciente puede acceder, con el fin de evitar reagudizaciones.

OG.7 Promover el autocuidado y garantizar la atención a la persona que cuida.

Es fundamental formar a los y las pacientes en su autocuidado, especialmente en aquellos en riesgo de fragilidad y grupos específicos de crónicos. Esta formación puede realizarse a través de cursos y Escuela de Pacientes.

También hay que fomentar la formación, apoyo y atención a las personas encargadas de los cuidados, mediante grupos de atención a las mismas y cursos, reuniones o consultas específicas.

OG.8 Desarrollar tecnologías que permitan un acercamiento al paciente en riesgo y mejoren la comunicación en el sistema sanitario-paciente.

El desarrollo de sistemas de información para la prescripción, codificación y clasificación de pacientes es fundamental a la hora de implantar servicios de consulta no presenciales que faciliten la comunicación entre los y las pacientes, el personal médico y el personal de enfermería, así como la comunicación entre el personal farmacéutico, el personal médico y el personal de enfermería.

OG.9 Garantizar la formación, investigación e innovación en el ámbito de la atención sanitaria a pacientes en riesgo de eventos adversos de salud.

Es fundamental el fomento de la investigación en fragilidad, función, multimorbilidad, polifarmacia, deterioro cognitivo, nutrición y características de los procesos de cuidados (autocuidado, cuidado formal e informal), así como la formación integral de los y las profesionales en cada una de esas competencias. Para ello se han de crear plataformas colaborativas entre ámbitos asistenciales para el conocimiento y gestión de riesgos.

OG.10 Fomentar e impulsar el desarrollo de políticas sociales y laborales que minimicen el impacto de las condiciones crónicas de salud en la sociedad y que garanticen la igualdad de las personas en su entorno social.

Hay que liderar una transformación en el ámbito laboral hacia un entorno saludable, impulsando el conocimiento de la salud laboral en materia de condiciones crónicas en salud, como son la

obesidad, sedentarismo y enfermedad cardiovascular, entre otras, y fomentar cambios en la legislación laboral que eviten prácticas no saludables en las empresas.

También es imprescindible el desarrollo de estrategias de intervención para prevenir la aparición o agravamiento de condiciones crónicas de salud producidas por desventajas sociales, especialmente en grupos vulnerables como pueden ser las personas mayores en soledad, pacientes psiquiátricos, etc.

Se han de impulsar políticas de inclusión que salven estas desventajas.

OG.11 Desarrollar actuaciones para el abordaje integral de las enfermedades raras o poco frecuentes, para aumentar el conocimiento sobre la situación de estas enfermedades en CLM y facilitar una atención sanitaria integral a las personas afectadas.

Es necesario poner nuevos recursos a disposición de las y los pacientes que padecen estas enfermedades, dar una mayor visibilidad a las mismas, que los y las profesionales y la población general tomen conciencia de que estas enfermedades raras son parte de nuestro entorno y, como tal, hay que tratarlas y atenderlas con las mayores garantías posibles.

Hay que seguir trabajando para aumentar la sensibilización de todos los sectores hacia estas patologías, siendo uno de los pilares fundamentales la colaboración con las asociaciones de afectados y familias. Además, definir los circuitos asistenciales que mejoren el diagnóstico de estos pacientes y fomentar la investigación y la formación de los y las profesionales que los atienden.

OG.12 Definir un modelo de atención en el periodo final de la vida, para mejorar la calidad de vida de las personas que precisan cuidados paliativos y la de sus familias.

El modelo debe estar basado en la atención integral de las necesidades de las y los pacientes cuando la enfermedad se encuentra en fases avanzadas y terminales.

Los cuidados paliativos deben incluir a todos los pacientes y las pacientes que lo precisen. Asimismo debe adecuarse un nivel específico de atención ante situaciones de especial complejidad con una atención continuada, experta y de alta calidad.

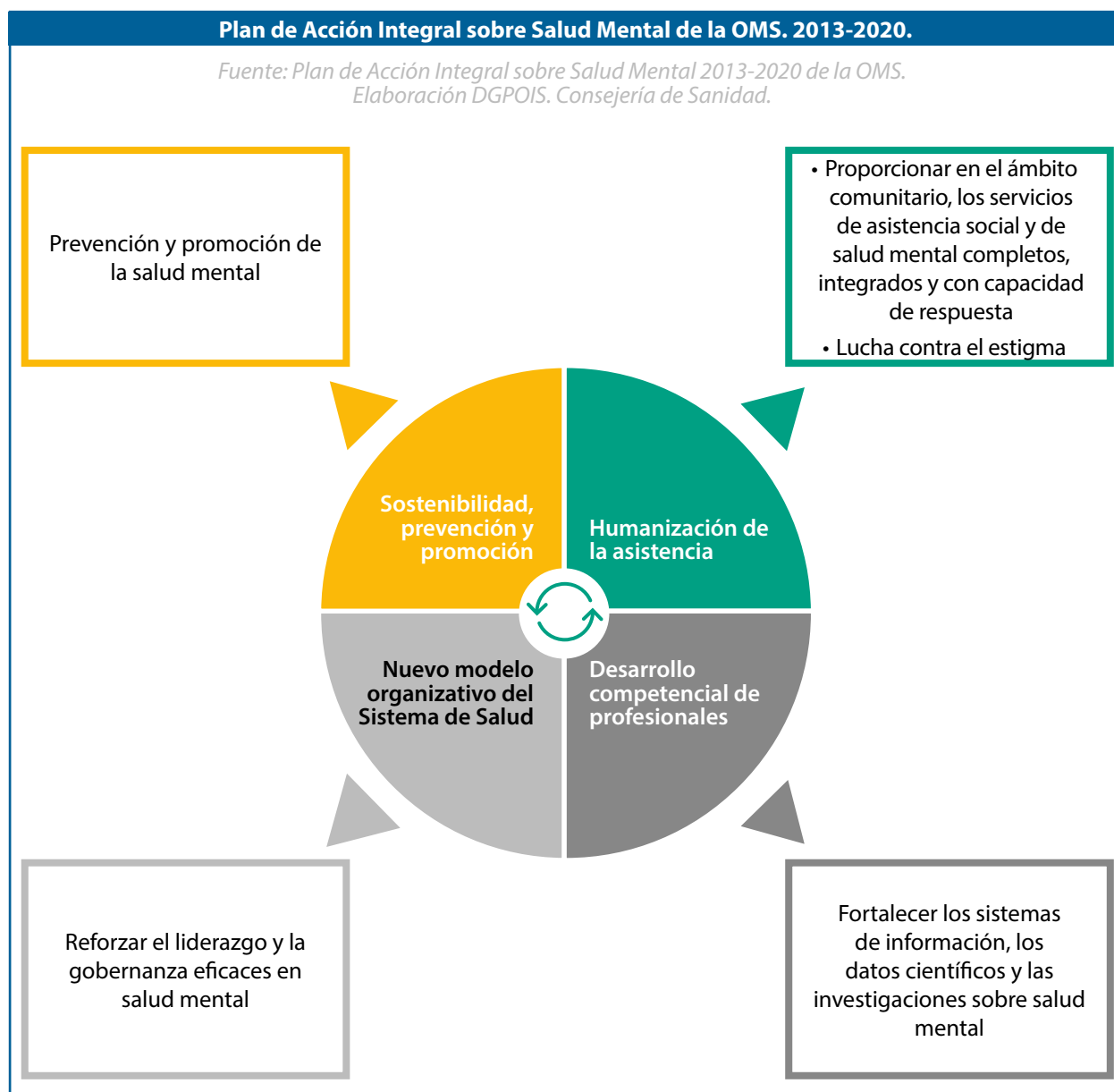
La continuidad asistencial y la integración de niveles siguen siendo imprescindibles para estas personas, con necesidades complejas y frecuentes cambios de ubicación.

Por último, es necesaria la implementación de actuaciones para dar visibilidad a los cuidados paliativos dentro de la organización, como recomienda la estrategia en el marco del Sistema Nacional de Salud.

7.5. Plan de atención a la salud mental

La atención a la salud mental, entendida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad (OMS), es una de las prioridades de las políticas sanitarias y sociales a nivel internacional, nacional y regional. En el marco de los pilares estratégicos de la política sanitaria de CLM, el PSM 2018-2025 incorpora aspectos conceptuales de los ejes del *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020* de la OMS.

La salud mental se ve afectada por una serie de determinantes socioeconómicos y de género para los que son necesarias estrategias y actuaciones integrales de promoción, prevención y tratamiento, que promuevan el bienestar y el funcionamiento efectivo de las personas en la comunidad.



El actual Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 (PSM) presta especial atención al bienestar mental de las personas como aspecto fundamental y para el desarrollo de nuestra sociedad. Se hace cada vez más necesario asumir una serie de retos: por un lado, implementar fórmulas de gestión sanitaria y sociosanitaria, innovadoras e integrales, que respondan a los cambios sociales de un modo más eficiente y próximo a la persona, mediante los modelos de atención integrada en red; y, por otro, conjugar las habilidades técnicas de profesionales sanitarios y sociosanitarios con la capacidad de investigar y gestionar el conocimiento, tanto en base a la evidencia científica como a la propia realidad socio-sanitaria en la que desarrollan su labor.

Se propone un cambio de modelo que pase por la búsqueda de la sostenibilidad, con el objetivo de tomar decisiones que ofrezcan valor con retorno, pero también centrándonos en la persona, en la reconversión del rol profesional, en una mayor resolución clínica y en los nuevos retos en aspectos como la docencia, la seguridad, la humanización, la equidad de género o el uso adecuado de recursos.

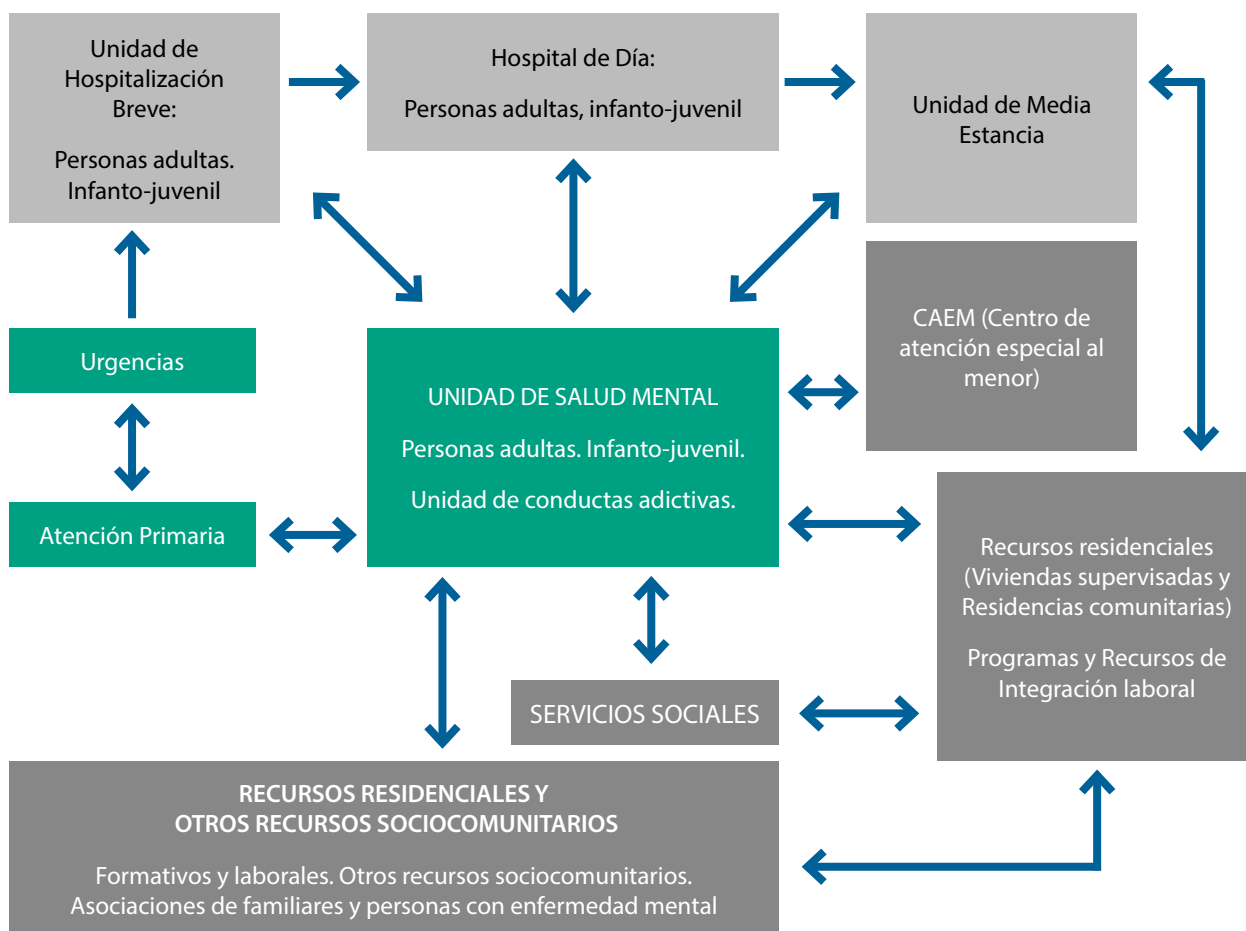
El Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 ha de continuar el modelo de atención comunitaria y proceso de desinstitucionalización iniciados tras la reforma psiquiátrica en España, adaptándose a la realidad actual. Pero, además y sobre todo, ha de incorporar aspectos clave que superan la reorganización y optimización de los servicios en aras de lograr una participación real y efectiva de las personas en la comunidad.

La incorporación de la “voz” de las personas con problemas de salud mental es fundamental en el diseño de los planes de intervención y los procesos de toma de decisiones y en el desarrollo, prestación y evaluación de programas y servicios. Por otro lado, hemos de adoptar la perspectiva de los derechos humanos, un aspecto clave recogido el PSM 2018-2025. En este sentido, se hace necesario que el cambio de modelo esté orientado hacia la humanización de la asistencia y de las instituciones. Asimismo ha de prestar especial atención a la inserción laboral, entendida como un derecho fundamental de todas las personas.

El modelo de salud mental regional ha evolucionado hacia la implementación progresiva del modelo comunitario, que supone avanzar hacia la desinstitucionalización, con disminución de camas de larga estancia, expansión de las Unidades de Salud Mental (USM) para hacerlas más accesibles y creación de dispositivos intermedios entre la hospitalización breve y el retorno a la comunidad, como los Hospitales de Día y Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

La atención a la salud mental en CLM cuenta con una red de dispositivos en permanente crecimiento técnico y profesional, en estrecha relación con los ámbitos de AP, atención hospitalaria y los recursos comunitarios. En general se ha crecido en el número de camas, en el caso de los dispositivos sanitarios, y también en el número de plazas residenciales de residencias comunitarias y viviendas supervisadas, aunque la demanda supera a la dotación actual.

La Red de Salud Mental de Castilla-La Mancha, de carácter comunitario, está configurada por los dispositivos sanitarios dependientes del Sescam y por la red de dispositivos sociosanitarios gestionados desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. El primer contacto con el sistema se establece a través de los EAP y los servicios de urgencias. El eje del sistema, tanto en personas adultas como en las menores, son las Unidades de Salud Mental (USM), que se interrelacionan con el Hospital de Día (HD), la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y la Unidad de Media Estancia (UME) o bien con los dispositivos sociosanitarios, según la gravedad y las necesidades del paciente.



Fuente: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

En algunos casos se requiere el ingreso prolongado en centros específicos.

Para cumplir con los objetivos propuestos de atención y mejora a la salud mental, el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025 se estructura en torno a **4 ejes** y **10 líneas estratégicas**; las líneas de actuación se concretarán en el desarrollo de planes específicos.

Eje I. Liderazgo y gobernanza. Nuevo modelo organizativo del sistema de salud.

- Línea estratégica 1: reforzar el liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental. Fomentar la coordinación y el trabajo en red.
- Línea estratégica 2: promover los derechos humanos, la participación y la autonomía de las personas con trastorno mental y sus familias.

El eje I contiene 18 líneas de actuación.

Eje II. Servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. Humanización de la asistencia.

- Línea estratégica 3: adecuar los recursos mejorando el análisis de necesidades del paciente y la continuidad asistencial; modelo de atención integrada e integral.
- Línea estratégica 4: trabajar por la mejora del ambiente terapéutico y las intervenciones orientadas a la recuperación de la persona.

El eje II contiene 14 líneas de actuación.

Eje III. Sostenibilidad, promoción y prevención.

- Línea estratégica 5: analizar y gestionar la demanda.
- Línea estratégica 6: colaborar con otras instituciones para poner en marcha estrategias para la prevención y promoción en salud mental.
- Línea estratégica 7: intervenir de forma temprana en la detección de primeros episodios psicóticos y otras condiciones de riesgo de patología mental grave.

El eje III contiene 22 líneas de actuación.

Eje IV. Gestión del conocimiento.

- Línea estratégica 8: mejorar las competencias profesionales.
- Línea estratégica 9: fortalecer los sistemas de información y los datos científicos.
- Línea estratégica 10: fomentar la generación de conocimiento en salud mental a través de la investigación.

El eje IV contiene 6 líneas de actuación.

El propósito del PSM-CLM 2018-2025 es avanzar en la organización del modelo de atención a la salud mental, orientado hacia la desinstitucionalización y la atención comunitaria. Para ello, se intervendrá de forma temprana y se actuará siguiendo el modelo de atención integrada e integral que toma en consideración los aspectos de salud física y salud mental, así como las necesidades psicosociales.

Desde esta perspectiva, la atención a la patología mental grave compleja requiere, en determinadas circunstancias (dependencia, desorganización conductual, carencia de contención sociofamiliar, etc.), cuidados sanitarios y sociosanitarios prolongados.

Para continuar con el desarrollo de este modelo de atención, es preciso llevar a cabo actuaciones estructurales y organizativas:

- Alternativas residenciales: crecer en cuanto al número de plazas.
- Unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación: integrar todos los dispositivos de media estancia; crear una Unidad de Media Estancia que disponga de programas específicos para personas con patología mental grave y alteraciones conductuales severas.
- Tratamiento intensivo ambulatorio: crear programas de tratamiento intensivo en Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Programas asistenciales específicos: desarrollar programas específicos para la intervención comunitaria y mejorar la continuidad asistencial.

7.6. Plan Regional de Adicciones

El consumo de drogas en los últimos años se ha caracterizado por:

- La extensión del consumo entre jóvenes y adolescentes.
- La creciente incorporación de las mujeres a dichos consumos.

- El uso recreativo de las drogas asociado al ocio y la diversión.
- La consolidación de la asociación de la cultura juvenil con el consumo de drogas como algo intrínseco e inevitable.
- La normalización y banalización de los efectos del uso de drogas.
- El consumo compulsivo (“atracones”) y simultáneo de varias sustancias (policonsumo).

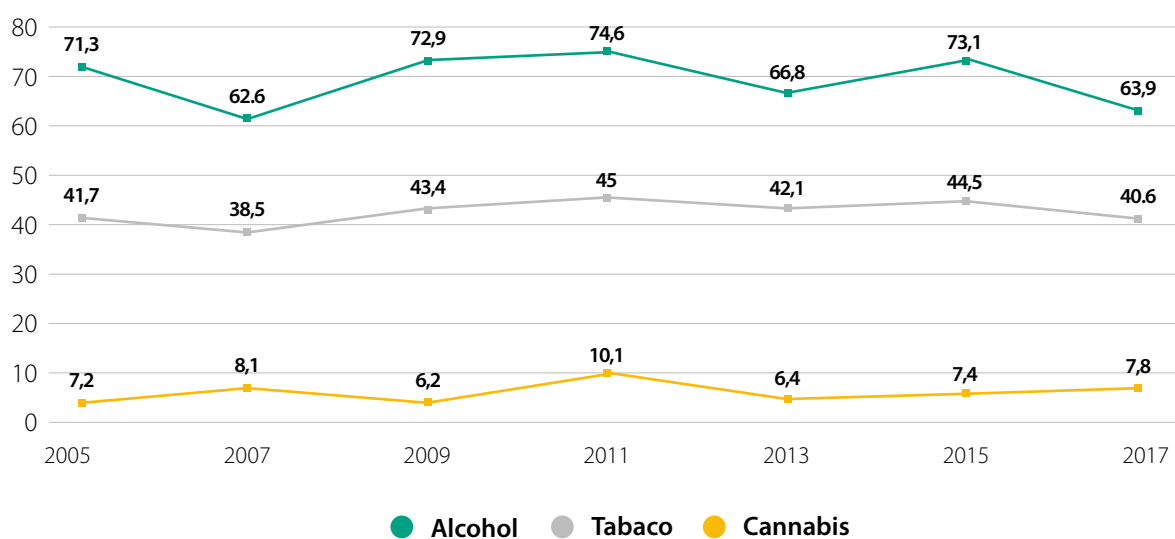
En CLM, el alcohol es la droga más extendida. En general, las prevalencias de consumo de alcohol muestran una cierta tendencia descendente en los últimos años. Sin embargo, los consumos más intensivos y problemáticos se han incrementado desde 2013, especialmente entre los hombres de 15 a 34 años. En población escolar (14 a 18 años), también es el alcohol la sustancia más consumida.

La segunda droga en cuanto a las prevalencias de consumo es el tabaco, siendo más frecuente el consumo diario en los hombres (40%) que en las mujeres (30%). Se trata de porcentajes de consumo muy similares a los observados a nivel nacional. Se ha observado una disminución del consumo de tabaco en todos los indicadores en los últimos años, aunque todavía no se puede hablar de una tendencia a la baja consolidada.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la sustancia más extendida, observándose un ligero aumento en los últimos años. Entre los escolares también es la tercera sustancia más consumida, con un ligero incremento en los últimos años.

Gráfico 24. Evolución del consumo de drogas¹. CLM. 2005-2017.

Fuente: DGSP.



¹ Alguna vez en los últimos 12 meses en población de 15-64 años, (%).

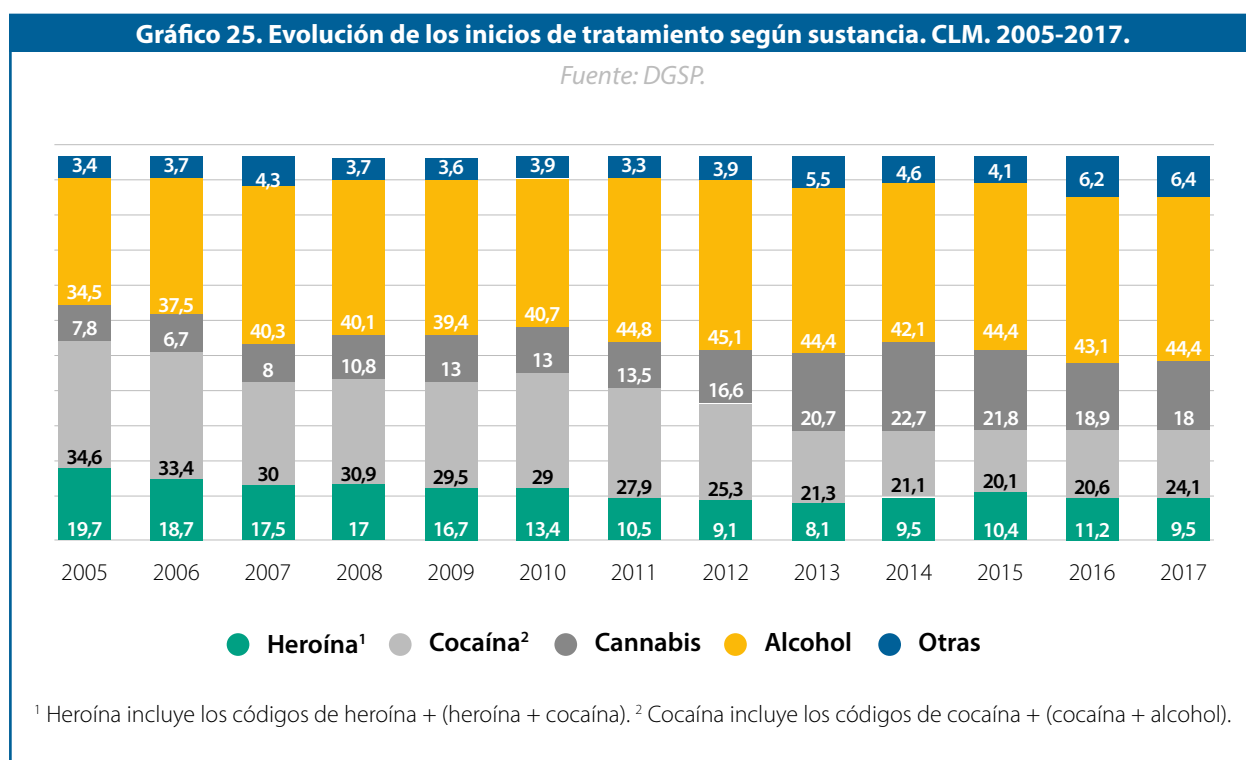
En cuanto al resto de sustancias ilegales, el 7% de la población de 15 a 64 años en CLM ha probado la cocaína en alguna ocasión (3% en población escolar), siendo el consumo diario de esta droga más frecuente entre los hombres (2%) que entre las mujeres (1%). El resto de consumos de sustancias ilegales son minoritarios, ya que no llegan al 3% de consumo alguna vez en la vida. También es relevante el consumo de medicamentos hipnosedantes (tranquilizantes o somníferos), con o sin receta médica. Este consumo en CLM es inferior a la media nacional, siendo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Por otro lado, el policonsumo, o uso de dos o más sustancias en un mismo período de tiempo, está cada vez más extendido entre jóvenes estudiantes. Así un 41% ha consumido dos o más sustancias, según el indicador del último año y un 16% tres.

En cuanto a las adicciones sin sustancia, en CLM el 2% de la población de 15 a 64 años ha jugado dinero a través de Internet en el último año (4% en hombres y 0,2% en mujeres), llegando al 6% cuando se trata de escolares de 14 a 18 años. Esta cifra es mucho mayor cuando nos referimos al juego presencial o fuera de Internet, que representa el 63% en la población de 15 a 64 años (68% en hombres y 58% en mujeres) y el 14% de los escolares. Igualmente, el 2% de la población hace un uso compulsivo de internet (1,5% en hombres y 2,5% en mujeres), especialmente entre jóvenes de 15 a 34 años.

Para hacer frente a esta situación, la Administración regional viene desarrollando desde hace años programas de prevención en los ámbitos escolar, familiar, laboral y comunitario. Al mismo tiempo ha puesto en marcha diversos recursos y programas asistenciales, cuyo elemento central son las 9 Unidades de Conductas Adictivas (UCA) localizadas en Albacete, Almansa, Ciudad Real, Alcázar de San Juan, Puertollano, Cuenca, Guadalajara, Toledo y Talavera de la Reina.

Las UCA disponen de un equipo multiprofesional y se coordinan con el resto de recursos existentes en la región en materia de adicciones. En 2017 se trataron un total de 8.537 personas, con un número de inicios de tratamiento relativamente estabilizado desde hace años (2.703 por drogodependencias y 168 por adicciones sin sustancia). La sustancia que más frecuentemente motiva el tratamiento es el alcohol (42% de los inicios de tratamiento en 2017), seguido de la cocaína (24%) y el cannabis (18%).



Junto a las UCA existen diversos recursos y programas terapéuticos, tanto en régimen de internamiento (unidades de hospitalización breve, comunidades terapéuticas y centros residenciales de apoyo al tratamiento) como ambulatorio (Unidades de Salud Mental, centros de día, programas

en centros penitenciarios, programas de reducción del daño, de educación de calle, de inserción laboral, de asesoría jurídica, etc.).

Especialmente relevante es la función desarrollada por el Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha, que tiene por objeto la recogida de toda la información disponible sobre adicciones, la promoción de investigaciones y estudios y el mantenimiento de un sistema de indicadores que permita conocer la evolución de las adicciones en la región.

La información sobre las adicciones en CLM y los recursos y programas existentes en esta materia puede encontrarse en <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/quienes-somos>

Independientemente de los avances realizados en la atención a las adicciones, el análisis de la situación en CLM pone de manifiesto diversos aspectos en los que es necesario incrementar los esfuerzos y que se reflejan en los objetivos del plan.

Las acciones consiguientes se organizarán en cinco áreas fundamentales:

- Prevención.
- Intervención en personas con adicciones.
- Formación.
- Investigación y sistemas de información.
- Coordinación y participación.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas, tanto en población escolar como en población adulta.

Las sustancias más consumidas, alcohol, tabaco y cannabis, deben ser los objetivos fundamentales de la prevención. Es necesario realizar un mayor esfuerzo preventivo sobre las personas y los grupos de mayor riesgo, priorizando los programas de prevención selectiva e indicada.

Se deberán tener en cuenta las características diferenciales de hombres y mujeres para incluir la perspectiva de género.

Las adicciones no comportamentales tienen una importancia creciente, por lo que es necesario incluirlas en las intervenciones preventivas.

OG.2 Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas y otras conductas adictivas.

La importancia del consumo experimental pone de manifiesto la necesidad de un mayor esfuerzo preventivo, especialmente en la población escolar.

OG.3 Mejorar la detección precoz de las adicciones y el acceso a los tratamientos, contrarrestando las dificultades que existen para mujeres y otros colectivos en situación de especial vulnerabilidad.

Es esencial la detección precoz de los problemas asociados a los comportamientos adictivos, así como la intervención temprana sobre los mismos que tenga en cuenta las necesidades de los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad o con más dificultad para el acceso al tratamiento.

OG.4 Mejorar los resultados del tratamiento de las personas con adicciones y la calidad de vida de las personas usuarias de drogas.

Favorecer un tratamiento accesible y de calidad para todas las personas que lo requieran, así como la recuperación, especialmente en menores, mujeres, personas sin hogar y personas con patología dual.

Hay que promover la evaluación y la mejora continua de la actividad asistencial.

OG.5 Mejorar los conocimientos y la capacitación de los diferentes colectivos profesionales que intervienen en la prevención de las adicciones y en la atención a las personas con comportamientos adictivos.

Es esencial la formación de los y las profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, especialmente en lo que se refiere a su intervención con colectivos en situación de vulnerabilidad.

OG.6 Mejorar los sistemas de información que permitan conocer la evolución de las adicciones y sus consecuencias en Castilla-La Mancha.

Es necesario disponer de información actualizada sobre las adicciones, su alcance y sus características, con el fin de diseñar intervenciones más eficaces.

OG.7 Potenciar la investigación en materia de adicciones y la difusión de sus resultados.

Mejorar el conocimiento de los factores que influyen en las adicciones y en su abordaje y disponer de un mayor conocimiento de los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad permitirá diseñar intervenciones más adecuadas en función de las características individuales y colectivas.

OG.8 Favorecer la participación de la comunidad y de las entidades sin fin de lucro en el afrontamiento de los problemas asociados a los comportamientos adictivos.

Es necesario mejorar la concienciación de la población en relación a la importancia de los comportamientos adictivos, no solo de las personas más jóvenes, sino también de las adultas. La población en general debe protagonizar el cambio cultural necesario para que los comportamientos adictivos sean menos probables. Mejorar la capacitación de los agentes sociales que intervienen en adicciones, incrementando la efectividad de sus intervenciones.

OG.9 Mejorar la coordinación y la participación de las distintas administraciones, incrementando la efectividad y la eficiencia de las actuaciones.

Es necesario mejorar la regulación sobre el tabaco, el alcohol y otros comportamientos adictivos, especialmente el juego, limitando su publicidad y el acceso de menores a los mismos. Asimismo la coordinación entre los distintos departamentos y entre las distintas administraciones, con el fin de ofrecer respuestas integrales a la problemática generada por las adicciones.

7.7. Plan Integral de Atención Sociosanitaria

La importancia de la atención sociosanitaria viene determinada por el aumento de los grupos de población en situaciones complejas y la necesidad de multidisciplinariedad y continuidad de la atención en dichas situaciones. Al mismo tiempo, garantizar el máximo bienestar, autonomía y, por tanto, calidad de vida de estas personas requiere facilitar la atención en el domicilio y en su entorno habitual, siempre que sea posible.

Estos colectivos tienen en común la larga duración de los cuidados requeridos y, entre ellos, se encuentran las personas mayores dependientes, las personas con condiciones crónicas de salud o con enfermedad en fase terminal, lo que da idea de la dificultad de articular propuestas innovadoras, eficientes y sostenibles para abordar la organización y coordinación de las estructuras sociosanitarias y sus servicios.

Las situaciones de dependencia, por ejemplo, plantean en el momento actual serios problemas de coordinación dentro del sector salud (atención primaria y hospitalaria) y entre el sector salud y los servicios sociales. La solución a estos problemas pasa, como mínimo, por:

- La superación de la fragmentación por criterios geográficos o de planificación.
- La búsqueda de formas de colaboración, coordinación o integración a distintos niveles.
- El aumento del aprovechamiento de los recursos.
- La mejora de las competencias profesionales.
- La superación del enfoque exclusivamente clínico y de procesos agudos.

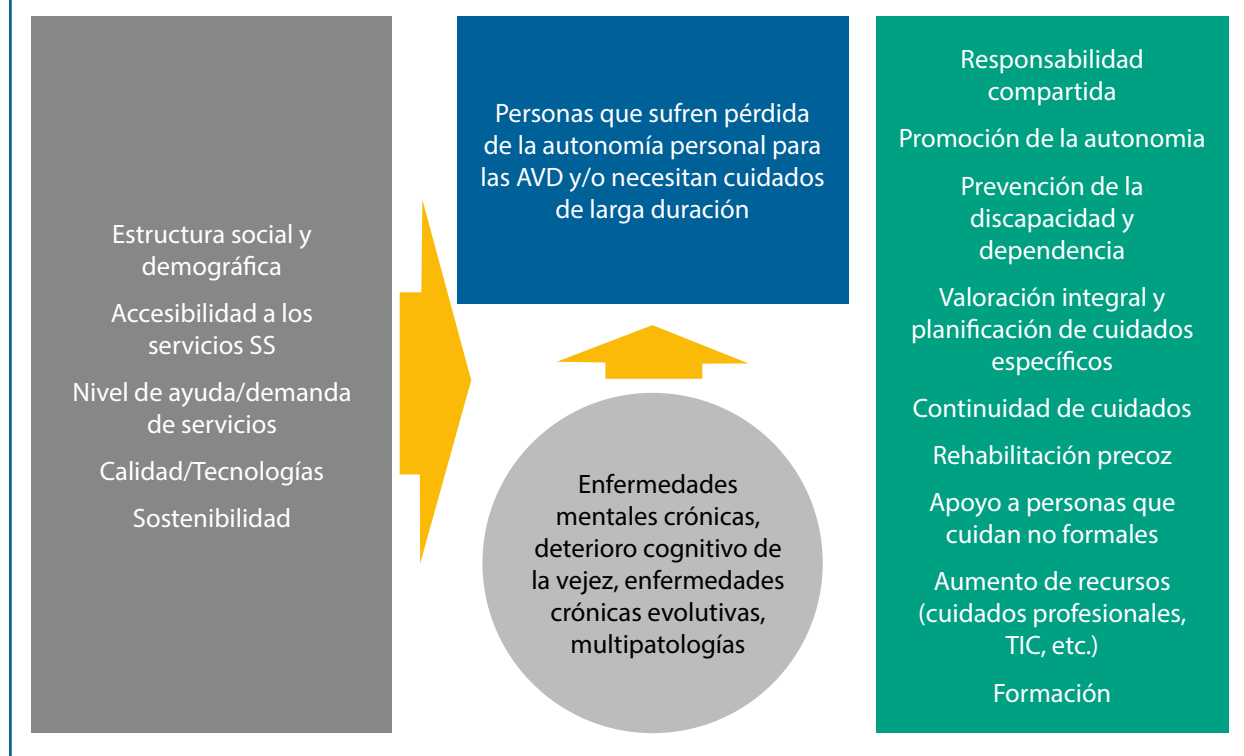
En CLM, la atención sociosanitaria está condicionada especialmente por la despoblación y el aislamiento, con amplias zonas geográficas de baja densidad y dispersión de la población. Las migraciones de personas jóvenes a la ciudad, los cambios en el ambiente laboral, la incorporación de la mujer al mundo laboral, en un entorno de grandes cambios socioeconómicos y de valores, han modificado la estructura y las formas de convivencia familiar y social. Ello conlleva la pérdida del papel de la familia como soporte, lo que unido al aumento de las personas en situación de dependencia que, en muchos casos, viven solas, aumenta la necesidad de un apoyo formal o profesional.

En España, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud define la **prestación sociosanitaria** como *«el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social»*. La ley estipula que las prestaciones sociosanitarias incluirán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

A partir de 2004, se empezó a trabajar en un **modelo de atención sociosanitaria** para CLM, definiendo, entre otros aspectos, los grupos de riesgo o personas destinatarias de las prestaciones, las características de la atención, los recursos y las personas que los gestionan, los criterios de acceso y puertas de entrada, los sistemas de información y los instrumentos de valoración multidisciplinar de las personas usuarias con discapacidad o en situación de dependencia, así como las herramientas para la continuidad asistencial.

Elementos del modelo de atención sociosanitaria.

Elaboración DGPOIS.



La continuidad de los cuidados estará garantizada por la coordinación de ambos sistemas de servicios; pero lo sanitario y lo social deben interactuar continuamente y estar íntimamente ligados, especialmente en la atención a las personas con pérdidas funcionales y a las personas afectadas por enfermedades mentales.

La consecución de objetivos depende del reconocimiento de que la salud, el bienestar y la calidad de vida se asocian a diferentes dimensiones de la vida de las personas y que son conceptos multifactoriales, complejos y transversales a todas las políticas públicas. Por tanto, depende del grado de coordinación que se consiga en los niveles políticos, financieros, organizativos y operativos.

La estratificación social, además, crea inequidades según género en el acceso a los recursos y en el patrón de utilización de los mismos, ya sean de educación, mercado de trabajo, participación social y política o salud, todos ellos factores de exclusión social.

Una política centrada en la necesidad de cuidados prolongados debe garantizar la provisión de servicios sanitarios y sociales según los principios de:

- Equidad de acceso y disponibilidad de servicios.
- Garantía de calidad en la prestación de la asistencia.
- Dignidad y aceptabilidad para las personas usuarias y profesionales.
- Participación y respeto a la autonomía de las y los pacientes.
- Eficiencia y coste-efectividad sostenible.
- Integralidad y continuidad.
- Multidisciplinariedad.

Cuando hablamos de **integración sociosanitaria** tenemos que tener presente que:

- La integración de los servicios sanitarios y sociales es la base de la implantación de los servicios previstos en la Ley de servicios sociales de CLM, en la que se integran las prestaciones y servicios establecidos en la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia; y en el Plan de Atención a la Salud Mental.
- Un sistema de servicios integrados debe disponer de un “Mapa de procesos sociosanitarios” que recoja las carteras de servicios social y sanitaria.
- Un sistema de servicios integrados incluye un punto de entrada único, un gestor de caso, la evaluación especializada y un equipo interdisciplinario.
- La gestión y la evaluación de resultados del sistema de servicios integrados necesita un buen sistema de información que permita la imputabilidad de responsabilidades.
- Se debe evitar la duplicidad en las responsabilidades y en la prestación de servicios y los presupuestos por instituciones.
- La integración debe hacerse en los niveles políticos, de gestión y de provisión de servicios, con presupuestos conjuntos definidos en función de las necesidades de la población que reside en un territorio.
- Es necesario tener un “Mapa sociosanitario” de referencia en el que la unidad territorial sea el Área sociosanitaria.
- La gestión integrada sociosanitaria debe desarrollarse a través de las Gerencias de Área como único órgano de gestión de todos los recursos sociosanitarios disponibles en el Área.
- El medio natural de la persona es su domicilio, su entorno habitual, por lo que la mayoría de las medidas de atención sociosanitaria que se pongan en marcha deben tener en cuenta este aspecto.

El **propósito** de este Plan integral de atención sociosanitaria es desarrollar una red integrada de cuidados y servicios de salud y sociales, eficaces, efectivos y con capacidad de respuesta global; atención centrada en las personas, en la continuidad de cuidados y en la innovación, mejorando progresivamente la accesibilidad de los ciudadanos y ciudadanas a los dispositivos y recursos e incorporando estrategias y tecnologías innovadoras para la atención, a la vez que se mejoran las competencias profesionales y la calidad y la seguridad de las prácticas profesionales.

El **desarrollo del Plan** contemplará la implantación de estrategias tendentes a mejorar la continuidad asistencial, referidas a:

- Los flujos de información.
- La gestión de personas usuarias.
- El despliegue y desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación.
- La implantación y gestión de funciones múltiples: calidad, medio ambiente, seguridad laboral, logística, conocimiento.
- La gestión de los procesos sociosanitarios.
- La atención de cuidados de larga duración en domicilio.
- La continuidad del proceso asistencial y de cuidados.
- El plan de cuidados conjunto entre el sistema de protección de servicios sociales y de salud para la asignación de las prestaciones establecidas en el catálogo de servicios sociales y de salud.

- La implicación de la ciudadanía en la gestión de los servicios sociosanitarios.
- La implicación de los y las profesionales en base a acuerdos de gestión.

El **perfil de la persona con necesidades sociosanitarias** propuesto en los últimos años en distintos foros de nivel nacional, en los que participan CCAA, organizaciones profesionales y distintas entidades colaboradoras en la provisión de servicios; y que cabe bajo el modelo de atención sociosanitaria, corresponde fundamentalmente con:

1. Personas con enfermedades crónicas de larga evolución (más de dos o tres diagnósticos) y que, tras procesos agudos, han generado incapacidades funcionales y gran complejidad.
2. Personas con demencias avanzadas o con algún otro trastorno cognitivo, y adicciones, de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.
3. Personas que, sin patología previa relevante, sufren un proceso que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente reversible.
4. Personas que, tras una intervención quirúrgica (postquirúrgicos) o un proceso agudo (subagudos o postagudos), sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas o alguna exploración complementaria antes de volver al domicilio.
5. Paciente geriátrico frágil, persona con una reserva funcional disminuida y que, además, sufre algún síndrome geriátrico, como depresión, caídas, incontinencia, etc., que requiere una evaluación geriátrica y seguimiento posterior o un tratamiento rehabilitador intenso.
6. Personas con enfermedades en grado avanzado sin expectativa de curación y con un pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort. Estas personas sufren un proceso crónico incurable y progresivo, sin posibilidades de respuesta a tratamientos específicos, con pronóstico de vida igual o inferior a 12 meses, con presencia de sintomatología física o emocional, y con posibilidad de claudicación de las personas que las cuidan.
7. Personas que necesiten cuidados y curas de enfermería o administración de medicación que requiere técnicas sofisticadas de enfermería; o tratamientos preventivos complejos para los que no es necesario ocupar una plaza en un hospital de agudos pero que no pueden ser atendidas en su domicilio, ambulatoriamente o en un hospital de día.
8. Personas que necesiten recuperar funciones y que, por circunstancias funcionales o sociales, no lo pueden realizar ambulatoriamente o en su domicilio.
9. Niños y adolescentes con discapacidad intelectual o física, con necesidades de apoyo extenso o generalizado, y que pudiendo tener graves dificultades motoras o de salud, presentan trastornos de conducta o requieren atención especializada para atender su discapacidad física. Se trata de niños y adolescentes con procesos tributarios de atención de media estancia (convalecencia, subagudos, paliativos).
10. Mujeres víctimas de violencia de género con necesidades sociosanitarias.
11. Personas en situación de calle cuya vinculación a los sistemas de protección social y sanitaria hace necesario el establecimiento de protocolos específicos.

12. Personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social en las que, tanto el acceso al sistema de protección, como para el tratamiento está limitado por condiciones de carencia de medios económicos o de habilidades en el autocuidado.

Cada uno de los perfiles descritos con anterioridad pueden padecer problemas sociales de forma independiente a su proceso patológico/funcional. Estos problemas deberán ser tratados o atendidos de forma coordinada con la atención social que se requiera según el perfil sanitario. Los principales problemas sociales están relacionados con:

- El soporte familiar y social: capacidad de la persona que cuida y su entorno.
- La convivencia en el núcleo familiar y sus niveles de relación.
- Las condiciones de la vivienda.
- La situación económica.

Para dar respuesta a las actuales necesidades de atención sociosanitaria, de acuerdo con el marco planteado, el proyecto de plan propone seis ejes prioritarios, sobre los que se estructura el modelo y los objetivos e intervenciones a desarrollar en el horizonte temporal del Plan de Salud (horizonte 2025), en sus vertientes de coordinación, recursos, atención, participación, evaluación e innovación.

- Eje I. Autonomía, inclusión social y salud en todas las etapas de la vida.
- Eje II. Cuidado de las personas en situación de dependencia.
- Eje III. Red integrada de cuidados y servicios centrada en las personas, en la continuidad de cuidados y en la innovación.
- Eje IV. Participación social deliberativa.
- Eje V. Investigación, ciencia y tecnologías aplicadas al mantenimiento de la autonomía, la salud y el bienestar.
- Eje VI. Evaluación del impacto de las políticas e intervenciones en la salud y el bienestar social.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Aumentar la calidad de vida y la autonomía para las actividades de la vida diaria.

El sistema sanitario y el sistema de servicios sociales tienen como responsabilidad ofrecer cuidados y servicios para promocionar autonomía, prevenir los problemas de salud, y tratar, apoyar y cuidar a las personas, así como la integración y la inclusión social. Todos los demás sectores o políticas deben implicarse también cuando se trata del bienestar de las personas y grupos sociales vulnerables.

La promoción de la autonomía, la salud y la inclusión social aumentan su eficacia y efectividad cuando las intervenciones se estructuran de forma coherente en diferentes entornos (familiar, escolar, laboral, social); es decir, multiplican sus efectos, pudiendo ser éstos evaluados en términos de impacto sanitario, político, económico y social.

OG.2 Disminuir la dependencia y la discapacidad.

El incremento de situaciones de dependencia ha dado lugar a la aparición de un nuevo ámbito de atención, situado en la intersección entre los servicios sociales y sanitarios, que garantice los cuidados a lo largo de toda la vida. También a la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de los recursos destinados a la atención de las personas en situación de

dependencia y, en concreto, a la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios y sociales para proporcionar una respuesta más eficaz a las necesidades de la población.

La construcción de este espacio sociosanitario común, profesional y asistencial, con protocolos unificados, es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados que precisan las personas dependientes.

OG.3 Aumentar las intervenciones realizadas en el domicilio familiar y entorno habitual de la persona.

El diseño de las intervenciones debe favorecer la permanencia de las personas en su entorno habitual, diversificando y mejorando la atención domiciliaria con una cartera de servicios amplia e integral que incluya, sobre todo, los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación; coordinando los niveles de las redes sanitaria y social, de manera que puedan interactuar para garantizar la continuidad de cuidados, según las necesidades particulares de cada persona; y mejorando progresivamente la accesibilidad geográfica y funcional.

OG.4 Facilitar la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales adecuados y suficientes para atender a los cambios en el patrón de enfermedad y perfil de los y las pacientes como consecuencia del envejecimiento.

El 80% de la patología que se atiende en AP y el 60% de los ingresos hospitalarios se deben a enfermedades crónicas. Los servicios de salud no están evolucionando al mismo ritmo que exigen los cambios en el patrón de enfermedad y el perfil de los y las pacientes.

Los problemas de accesibilidad, descoordinación y un excesivo peso de la medicina estrictamente curativa (frente a la preventiva), así como la falta de planes de cuidados individuales de tratamiento y cuidados para casos sociosanitarios y en situación de dependencia, amenazan la sostenibilidad del sistema sanitario y la capacidad funcional y de los recursos sociales.

OG.5 Potenciar la integración y coordinación entre niveles administrativos y asistenciales.

Se propone la elaboración de un plan de cuidados, cuyo responsable sea un gestor de caso o una unidad gestora que asigne los recursos, garantice la continuidad de los servicios comunitarios y gestione la entrada en un recurso residencial cuando sea necesario.

El equipo interdisciplinar será el que asuma la responsabilidad en la gestión de los casos de personas mayores o en situación de dependencia. Los especialistas hospitalarios estarán implicados como apoyo en los casos complejos.

Por ello, será necesario potenciar las estrategias de mejora de la atención primaria y la formación, actualización y capacitación para la práctica profesional.

7.8. Plan de Profesionales del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha

En el contexto en el que nos encontramos, es fundamental orientar la formación de nuevos profesionales a las necesidades cambiantes del Sistema Sanitario de CLM, potenciando la competencia, la innovación y la actualización constantes y reforzando las estructuras docentes y el reconocimiento de los y las profesionales implicados.

Esos profesionales han de tener acceso y disponer de los últimos conocimientos internacionales, gracias a la Biblioteca Regional de Ciencias de la Salud, y de recursos suficientes para impulsar la investigación y la innovación en la región, generando nuevos conocimientos que reviertan en mejoras de la calidad de vida y el bienestar social.

Hay que considerar como una prioridad el refuerzo de la motivación de los y las profesionales a través de la mejora de las condiciones laborales, de la comunicación, la participación, el reconocimiento, la selección y evaluación, así como de la desburocratización de la gestión, el refuerzo del sentimiento de pertenencia institucional y el "orgullo de lo público" dentro de la sociedad.

Para conseguir estos objetivos, se considera indispensable el desarrollo de un **Programa de Mejora de la Satisfacción, Clima Laboral y Calidad de Vida Profesional**, que permita evaluar periódicamente la satisfacción de los y las profesionales y establecer acciones de mejora.

Resulta también imprescindible realizar un análisis que permita optimizar la gestión de los recursos humanos (RRHH) y el adecuado dimensionamiento de las plantillas en función de las necesidades, a través del desarrollo de un **Plan de Ordenación de Recursos Humanos**.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Adecuar la oferta de plazas de formación de enseñanzas profesionales, de grado y especializada a las necesidades de profesionales sanitarios de CLM, teniendo en cuenta los recursos existentes.

Particularmente en Formación Sanitaria Especializada (formación MIR, EIR, FIR, etc.) es necesario contar con un completo análisis de necesidades que garantice la adecuación de la oferta de plazas a las futuras necesidades del sistema sanitario. Este análisis ha de tener en cuenta obligadamente las necesidades de recursos de las unidades docentes.

OG.2 Colaborar con la formación de enseñanzas profesionales y de grado universitario en ciencias de la salud.

Se deben potenciar los convenios de colaboración con los distintos agentes implicados (universidades, escuelas, etc.) mediante la firma y desarrollo de convenios marco y de convenios específicos con las gerencias.

OG.3 Mejorar la calidad y visibilidad de la docencia en los centros y unidades docentes de CLM.

Si la docencia construye el sistema sanitario del futuro, es preciso reforzar las estructuras docentes, los planes docentes de gestión de calidad y el reconocimiento del tutor.

Deben dotarse los centros y unidades docentes de recursos materiales y humanos suficientes. Deben ser también capaces de poder adaptarse a las nuevas necesidades, como la obligada inclusión de la simulación clínica en el currículo formativo.

Asimismo implementar y evaluar sistemáticamente los Planes de Gestión de Calidad Docente, incluyendo la adecuada supervisión y responsabilidad progresiva del residente, el desarrollo del plan formativo transversal y las sesiones de formación según lo establecido en el RD 183/2008.

Resulta imprescindible el garantizar que el tutor de residentes, pieza clave del sistema de FSE, disponga de un tiempo de dedicación específico para la docencia y que cuente con el adecuado reconocimiento a su labor, tal y como establecen la LOPS y el RD 183/2008.

Es necesario mejorar la capacidad de atracción de los centros y unidades docentes de CLM, contemplando, entre otras líneas de actuación, el desarrollo de una plataforma de FSE en la región que visibilice la realidad de la docencia y que facilite las tareas de los distintos agentes implicados.

OG.4 Mejorar la calidad de la formación continuada, vinculándola a las líneas estratégicas del Sistema de Salud y mejorando el acceso por parte de las y los profesionales.

Se plantea continuar mejorando la calidad de la formación continuada en aspectos clave, como son evaluación, acreditación, desarrollo por competencias o formación de formadores, con formación dirigida a la mejora de la capacidad docente.

Debe vincularse la formación continuada de profesionales a las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad, del Sescam y del propio Plan de Salud, así como con los objetivos establecidos con los centros en los contratos de gestión para contribuir al desarrollo de una organización sanitaria más eficaz, orientando las actividades formativas hacia la mejora de las competencias profesionales.

Es importante mejorar el acceso a la formación mediante el desarrollo de la formación on-line y establecer estrategias para la motivación e implicación del profesional en su desarrollo formativo. Igualmente debe impulsarse la coordinación y cooperación con otras entidades e instituciones proveedoras de formación.

La publicación de la línea de ayudas para la realización de estancias y de otras actividades formativas, presenciales o no presenciales, ha sido anual hasta 2013, con carácter de concurrencia competitiva. Se realizará una convocatoria anual o plurianual y con una priorización realizada en base a los objetivos del Plan de Salud.

OG.5 Desarrollar y potenciar los recursos bibliográficos de ciencias de la salud de CLM y mejorar la eficiencia de los recursos disponibles.

Es preciso potenciar la recientemente creada Biblioteca Regional de Ciencias de la Salud (BRCS) de Castilla-La Mancha, que agrupa las bibliotecas especializadas en ciencias de la salud (BECS) existentes en la región, funcionando como una red regional coordinada.

Asimismo debe desarrollarse la Biblioteca Virtual de Ciencias de la Salud (BVCS) de Castilla-La Mancha, como recurso para prestar servicios bibliotecarios a través de internet a profesionales sanitarios, que sustituirá a la página web de la eBiblioteca del Sescam y que podrá ser gestionada directamente por los responsables de las BECS para un uso más eficiente y actualizado.

OG.6 Impulsar la motivación, participación, implicación y satisfacción laboral de las y los profesionales en el Sistema Sanitario.

Es preciso continuar mejorando las condiciones de seguridad y salud laboral, así como recuperar y mejorar las condiciones laborales de los y las profesionales. En esta línea debe facilitarse la conciliación de la vida laboral y familiar.

La mejora de la comunicación en la organización resulta esencial para el desarrollo de este objetivo, planteándose la necesidad de elaborar, desarrollar y evaluar planes de comunicación interna, bidireccionales y transversales.

Es preciso garantizar la transmisión clara de los objetivos institucionales, así como el retorno de resultados a todos los y las profesionales, como mínimo una vez al año.

Deben mejorarse los procedimientos de evaluación del desempeño y de reconocimiento profesional, considerando distintos sistemas de incentivación.

Para disponer de una evaluación sistemática, se plantea implantar el Programa de Mejora de la Satisfacción, Clima Laboral y Calidad de Vida Profesional. Esta medición periódica, cuantitativa y cualitativa, permitirá conocer la situación del clima laboral, establecer y priorizar líneas de mejora y evaluar el impacto de las mismas.

Especial importancia para facilitar el desempeño profesional tiene también la desburocratización de la gestión y de los procesos, reforzando la administración electrónica, así como incrementar la estabilidad de las líneas estratégicas a medio y largo plazo.

Como profesionales públicos y públicas, la valoración social recibida es sin duda importante, debiéndose potenciar la difusión externa e interna de los resultados y la intervención en la comunidad, reforzando el sentimiento de pertenencia institucional y de "orgullo de lo público".

Como líneas de actuación dentro de este objetivo se plantean, entre otras, la necesidad de:

- Elaboración y desarrollo de un nuevo Plan de Prevención de Riesgos Laborales del Sescam.
- Elaboración y desarrollo de un nuevo Plan integral de Prevención de agresiones a profesionales.
- Desarrollo del Observatorio de Violencia para prevenir las agresiones a profesionales.
- Desarrollo del Plan Concilia.
- Desarrollo y evaluación de planes de comunicación (con difusión de objetivos y resultados).
- Desarrollo del Programa de Mejora de la Satisfacción, Clima Laboral y Calidad de Vida Profesional.
- Desarrollo de un plan general de simplificación burocrática
- Incremento de la gestión basada en evidencias y la evaluación de resultados a medio plazo.
- Incremento de la difusión interna y externa de resultados que refuerzan la eficiencia del Sistema de Salud.
- Realización de Jornadas de Puertas Abiertas en hospitales y centros de salud para distintos grupos sociales. Incremento de la colaboración con asociaciones civiles de ámbito comunitario y de la intervención en la comunidad.

OG.7 Racionalizar y optimizar la gestión de recursos humanos.

Se plantea la necesidad de la elaboración de un nuevo Plan de Ordenación de RRHH como instrumento básico de planificación para la consecución de una gestión más eficiente. Debe redefinirse el dimensionamiento de las plantillas orgánicas en función de las necesidades.

Como líneas de actuación dentro de este objetivo se plantean entre otras:

- Actualización del análisis de necesidades de plantillas orgánicas.
- Potenciación de la evaluación de desempeño por objetivos.
- Definición de funciones y competencias de las distintas categorías profesionales y puestos de trabajo (sanitarios y no sanitarios).
- Creación y desarrollo de nuevas categorías profesionales.

- Mejora de la formación, selección y evaluación de directivos, directivas y mandos intermedios.
- Elaborar y desarrollar un Plan de Estabilidad del Empleo. Convocatorias periódicas de empleo público y concursos de traslados.
- Potenciación del trabajo en equipo, objetivos de equipo y grupos de trabajo multiprofesionales.

7.9. Plan de Investigación e Innovación

La investigación en ciencias de la salud es una actividad clave para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y para conseguir cambios innovadores en la tecnología y los procesos utilizados en la misma.

Para mejorar los resultados de la actividad investigadora hay que considerar un triple marco de referencia:

- En Europa, resulta cada vez más importante conseguir ayudas y proyectos, dentro del programa marco de I+D+i Horizonte 2020, y del siguiente, Horizonte Europa, o procedentes de otras agencias financiadoras, públicas y privadas. Este tipo de proyectos son el mejor indicador de una investigación de excelencia.
- A nivel nacional, es necesario aumentar la participación de nuestro personal investigador en las convocatorias del Instituto de Salud Carlos III, a través de la Acción Estratégica en Salud (AES), del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades y de otras agencias financiadoras.
- En el ámbito de CLM, es necesario aumentar el apoyo a profesionales de la investigación a través de distintas medidas; especialmente, un sistema de convocatorias regionales de ayudas a la investigación que permita la incorporación de los mismos y la realización de proyectos de investigación. Asimismo se debe conseguir que la investigación en ciencias de la salud adquiera más prioridad a nivel regional, dentro de la Estrategia RIS 3 y otras estrategias futuras.

Otro reto es la creación de sinergias con el sector privado y ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la ciudadanía con más eficiencia. Es preciso crear un entorno favorable a los emprendedores y a las empresas innovadoras generadas desde nuestro sistema sanitario. Los nuevos mecanismos de contratación pública pueden acelerar la renovación innovadora del sistema, contribuyendo al mismo tiempo al crecimiento industrial del sector.

Además, se debe crear un entorno que favorezca la innovación en todos los aspectos relativos a la atención sanitaria, desde la prevención y promoción de la salud, pasando por la asistencia, e incluyendo la propia gestión de los servicios sanitarios.

Se propone fomentar e impulsar la investigación e innovación sanitaria en CLM a través de una serie de medidas que den como resultado un incremento de la producción científica y de su impacto y su retorno en el ámbito de las ciencias de la salud.

OBJETIVOS GENERALES.

OG.1 Refuerzo de las estructuras, personal y financiación de la investigación.

La complejidad y las particularidades de la gestión de la investigación hacen necesario contar con fundaciones específicas para la gestión de la investigación. Debe crearse una Fundación para la

Investigación en Ciencias de la Salud en CLM, que desempeñe funciones de promoción y gestión y sea capaz de captar fondos. Por otra parte, el Hospital Nacional de Parapléjicos cuenta con una fundación para la investigación (FUHNPAIIN) que debe mantenerse, por tratarse de un hospital con particularidades específicas.

Es importante el establecimiento de una convocatoria estable y adecuadamente dotada de ayudas regionales de investigación (proyectos, personal, infraestructuras, grupos, etc.) para apoyar a grupos de investigación emergentes y para asegurar la continuidad de las líneas prioritarias de investigación. Permitirá aumentar la competitividad del personal investigador de la región en las convocatorias nacionales e internacionales.

El proceso de solicitud, gestión, seguimiento y justificación de ayudas a la investigación de instituciones nacionales e internacionales es complejo y requiere un trabajo específico de gestión económica y administrativa. Por ello, es necesario liberar al máximo al personal investigador, para que pueda centrar sus esfuerzos en los aspectos científicos de las propuestas y proyectos. Se propone crear o reforzar las unidades de apoyo a la investigación en las gerencias del Sescam, coordinadas entre sí, con funciones de apoyo metodológico y de gestión.

Se propone la creación de un Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) regional, compuesto por diez personas que forman parte de los actuales CEIm de CLM; y una Secretaría Técnica que gestionará su actividad. Por otra parte, los comités de ética de la investigación clínica (CEIC) no transformados en CEIm seguirán funcionando para apoyar la investigación realizada por cada gerencia, con el nombre de CEI. Además, se debe contar con una red adecuada de Comités de Ética de Investigación y Bienestar Animal.

Es necesario mantener y potenciar la red de biobancos, compuesta por los hospitales de Toledo, Albacete y Ciudad Real, asegurando su adecuada dotación y financiación y ampliando los nodos si fuera necesario.

Actualmente existen diversos institutos de investigación en las CCAA. Es necesario contar con un Instituto regional, que vaya formándose a partir de nodos ya existentes, inicialmente los hospitales universitarios de CLM, de manera coordinada con la UCLM y en colaboración con el ISCIII.

OG.2 Mejorar la organización del proceso de investigación.

Se propone la creación de una Comisión regional de Investigación en Ciencias de la Salud.

Asimismo el establecimiento de un procedimiento para compartir las infraestructuras a nivel regional, con el fin de poner a disposición de los investigadores e investigadoras un abanico de recursos, infraestructuras y equipamientos que faciliten el desarrollo de sus proyectos de investigación, asegurando un uso coordinado y eficiente de los mismos. Las entidades que conforman el sistema de investigación e innovación sanitaria de CLM elaborarán un mapa de infraestructuras y formalizarán los acuerdos y convenios de colaboración necesarios.

El portal de investigación del ICS es un recurso, accesible a través de Internet, en el que se centraliza información diversa y amplia relacionada con la investigación, que debe ser mantenido y potenciado para dar soporte a la actividad investigadora (<http://pid.ics.jccm.es/default.aspx>).

Por otra parte, se desarrollará un sistema informático en la intranet de las gerencias, en la que se recoja toda la actividad investigadora de los centros, de soporte a la gestión y al CV del personal investigador, entre otros aspectos. Debe estar adecuadamente integrado en el sistema informático del Sescam.

La gestión ágil y eficiente de los ensayos clínicos es fundamental para atraer propuestas de estudios que aporten valor a pacientes y al Sescam. Para mejorar el proceso de gestión de los ensayos clínicos, se ha propuesto un nuevo procedimiento para que, tanto la conformidad como la gestión del contrato, se realicen en las gerencias donde se pretenda realizar el ensayo.

Un aspecto importante es establecer el reparto de los ingresos generados por los ensayos clínicos, que será variable según el caso, pero deberá revertir, en su mayor parte, en actividad investigadora. Por otra parte, los ensayos clínicos independientes, sin medicamentos ni productos sanitarios, serán fomentados y evaluados por los CEI de las gerencias.

Es necesario potenciar la realización de estudios observacionales con criterios de calidad. Se propone que la autorización de estudios post-autorización de seguimiento prospectivo (EPA-SP) dependa también de la Dirección-Gerencia del Sescam, como actualmente dependen las conformidades de estudios observacionales con medicamentos y/o productos sanitarios. Se potenciarán los estudios observacionales de investigación independiente con medicamentos y productos sanitarios que aporten datos de efectividad y seguridad a largo plazo.

OG.3 Incentivar la actividad investigadora en los distintos ámbitos de las ciencias de la salud.

Las acciones de intensificación de la investigación permiten liberar a tiempo parcial a profesionales con actividad asistencial, para que puedan tener mayor dedicación a la actividad investigadora. Dichos profesionales deben ser investigadores o investigadoras principales en proyectos tanto nacionales como internacionales.

Es necesario adoptar un modelo claro de carrera profesional del personal investigador en el ámbito de ciencias de la salud, que permita reconocer sus méritos profesionales y atraer a personal investigador excelente. Asimismo se debe coordinar dicha carrera entre las entidades involucradas: fundaciones de investigación, Sescam y Universidad.

Por otra parte, el Sescam debe contemplar una carrera específica de investigación, a tiempo completo, para profesionales asistenciales y personal investigador contratado. Se deben crear puestos de trabajo específicos para personal investigador, en coordinación con el desarrollo de un cuerpo superior de investigación por parte de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

La carrera profesional debe reconocer los méritos y la experiencia de las y los profesionales asistenciales del Sescam. Además de la actividad clínica, formativa y docente, se deben valorar los méritos en investigación, especialmente para acceder a los niveles superiores de dicha carrera.

La gestión y promoción de la actividad investigadora debe estar integrada en el sistema general de gestión de los centros y servicios sanitarios y debe contar con una estructuración y planificación a nivel institucional. Para lograrlo, deben incluirse objetivos de obligado cumplimiento en los contratos de gestión.

La AP constituye un ámbito de atención específico y un lugar privilegiado para desarrollar estudios de base poblacional. Las escasas infraestructuras de investigación en AP, la falta de apoyo por parte de los principales organismos públicos de investigación y la escasa sensibilidad para su promoción hacen necesario un refuerzo de la investigación e innovación en dicho ámbito.

Entre otras medidas, se debe contemplar la creación de unidades específicas de investigación, al menos una a nivel regional, y la convocatoria anual de ayudas a la investigación en AP o modalidades específicas dentro de las convocatorias generales.

Las distintas profesiones sanitarias han evolucionado en los últimos cincuenta años, incorporando nuevas especialidades y formación en investigación. Es buen ejemplo de ello la enfermería, antes sin formación en investigación y basada en la tradición o protocolos preestablecidos hasta la enfermería basada en la evidencia, pero lo mismo está ocurriendo con otras profesiones sanitarias.

La situación actual justifica una formación específica en investigación, dirigida a distintas profesiones sanitarias, dentro del Plan de Formación Continuada del Sescam; la convocatoria de ayudas para proyectos de investigación; la celebración de jornadas anuales de investigación en cada gerencia para difundir la investigación generada; y el desarrollo de un manual de protocolos y procedimientos del Sescam. Es preciso organizar acciones para mejorar la formación de profesionales sanitarios en principios y métodos de investigación.

OG.4 Aumentar el impacto de la investigación en Castilla-La Mancha.

Una de las principales tareas de los grupos de investigación es la publicación y difusión de sus resultados científicos. Esto se hace habitualmente a través de las publicaciones en revistas científicas, con revisión por pares. El acceso a estas publicaciones se realiza a través de las bases de datos bibliográficas. Pero resulta conveniente aumentar la visibilidad de estas publicaciones, utilizando otros instrumentos de difusión como el Portal de Investigación en ciencias de la salud que desarrolla y actualiza el Servicio de Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud, accesible a través de internet.

Se debe incluir sistemáticamente la variable sexo en las estadísticas, encuestas y registros públicos autonómicos e inclusión de indicadores de género que posibiliten un mayor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades entre mujeres y hombres.

Se considera oportuno la difusión de las actividades y resultados de la investigación de una forma inteligible y amena a la sociedad en general y, de manera prioritaria, hacia ciertos elementos de la misma, como la comunidad educativa.

La actividad investigadora se orienta cada vez más a lograr un impacto en la salud de la sociedad, a través de nuevos productos, dispositivos, procedimientos, etc. La innovación debe basarse en un equilibrio entre la difusión de los resultados científicos y la protección de los mismos, que lleve a una explotación comercial. Los beneficios de dicha explotación pueden permitir el desarrollo de nuevos proyectos de investigación, creación de empresas (spin-off), etc. Pero, por otro lado, debe ser capaz de trasladar los resultados al propio servicio de salud e incorporar las innovaciones rápidamente. La gestión de la protección de los resultados de investigación es compleja y, por ello, se propone crear una Oficina de Transferencia y Traslación de Resultados de Investigación (OTRI) de CLM, que funcione de manera coordinada con el sector tecnológico e industrial.

OG.5 Incentivar la innovación sanitaria y el desarrollo en el entorno de las ciencias de la salud.

Un paso fundamental para mejorar la innovación y el retorno de la investigación es mejorar la cultura innovadora en las organizaciones sanitarias, generalmente sometidas a la presión asistencial. Para lo cual es importante dar a conocer y formar en aspectos básicos de la innovación, creatividad y generación de valor y promover la participación en eventos y redes de innovación nacionales e internacionales.

El cambio cultural de los y las profesionales hacia la innovación debe ser completado con un sustrato que incorpore las necesidades logísticas y la pericia necesaria para completar el ciclo de la innovación. Es necesario delimitar los elementos sustanciales que permitan el crecimiento de los procesos de gestión del conocimiento clínico y su puesta en valor. Se deberá dotar de personal dedicado y formado a tal efecto en cada unidad de investigación, junto al soporte informático necesario.

La Investigación e Innovación Responsable (RRI) dentro del sistema es un enfoque novedoso promovido por la Unión Europea, que anticipa y evalúa las implicaciones y las expectativas de la sociedad con respecto a las mismas, con el fin de fomentar el diseño de una investigación e innovación inclusiva y sostenible. Implica que los actores sociales trabajen juntos durante todo el proceso de investigación e innovación para alinear mejor el proceso y sus resultados con los valores, necesidades y expectativas de la sociedad.

CLM promocionará los pilares en los que se soporta la RRI, tanto en la gestión de las propuestas como en la investigación propiamente dicha. Por ello, se tendrá en cuenta la inclusión de acciones de RRI en las convocatorias de proyectos de investigación o recursos humanos que se convoquen en CLM y se promocionará como instrumento de calidad en el ámbito de investigación y el cambio de cultura profesional.

A fin de avanzar en la consolidación de una cultura innovadora y aumentar el número de solicitudes a las convocatorias de ayudas públicas o privadas, entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales están impulsando el desarrollo de este tipo de actividades. Por esto, el sistema de gestión de la investigación en ciencias de la salud de CLM debe ser transmisor de estas oportunidades y asegurar su divulgación, en sinergia con las políticas estatales y europeas. Se hará un esfuerzo para acudir a las convocatorias de innovación, europeas, estatales o privadas. Asimismo se facilitará la coordinación y soporte entre los organismos que intervienen en el sistema de investigación sanitaria de CLM para conseguir este objetivo.

La política de innovación en ciencias de la salud debe estar alineada con el resto de las políticas de I+D+i de CLM. Para ello, es necesario potenciar las relaciones con la universidad y sectores con impacto e interrelación con el sector sociosanitario, incluida la industria. Se diseñará una política de alianzas estratégicas, incluyendo las colaboraciones público-privadas.

Por otra parte, se propone impulsar una política de contratación pública que promueva la innovación, esto es, organizar una licitación de manera que incentive la presentación de ofertas que incorporen soluciones innovadoras a necesidades del sistema (Compra Pública de Innovación) que además fomente el desarrollo tecnológico de las empresas.

Finalmente, se desarrollará un programa de aceleración de proyectos, que ofrezca cobertura integral a los proyectos de excelencia que necesiten apoyo en las distintas fases del ciclo de la innovación y del proceso de comercialización de los resultados de investigación e implementación en el Sescam.

8. Impacto Económico

Este Plan de Salud tiene carácter estratégico, por lo que contiene una estimación de impacto económico más que una previsión presupuestaria para su implementación, ya que los planes operativos vinculados al mismo, bajo responsabilidad técnica de las distintas unidades de gestión, estarán supeditados a la financiación aprobada en el marco presupuestario de la comunidad autónoma para el período referido.

El nuevo PS pretende avanzar, entre otros aspectos relevantes, en eficiencia del sistema, accesibilidad, equidad y participación, así como en el carácter integral de la atención. Las mejoras de la organización y gestión que se requieren para ello en muchos casos se podrán conseguir mediante recursos internos y no se generará un sobrecoste adicional, ya que su dotación ya está contemplada en los presupuestos. En particular, en el caso de los recursos humanos, la puesta en marcha de gran número de actuaciones y algunas mejoras progresivas en ámbitos deficitarios puede ser asumida por la estructura actual mediante la adecuada priorización y reasignación de funciones.

Por otra parte, el Plan prevé que, a medio plazo, el desarrollo de los planes de Atención a Crónicos, de Atención Sociosanitaria, de Atención a la Salud Mental y de Atención Primaria pueda implicar notables ahorros en el ámbito de la hospitalización, ya que promueven alternativas mucho más eficientes y técnicamente más adecuadas.

A la hora de evaluar la repercusión económica de los objetivos y actuaciones propuestas, se ha tenido en cuenta el entorno presupuestario y las últimas reformas estructurales del sistema de salud, por lo que a corto plazo, además de una financiación adecuada y suficiente, se ha dado un peso especial a la mejora permanente de la eficiencia y efectividad de la gestión, así como a la optimización de los recursos públicos disponibles y las medidas de desinversión. Así, por ejemplo, las estructuras multidisciplinares que se mencionan a lo largo del Plan, dado su carácter funcional en la mayoría de los casos, suponen únicamente una nueva forma de organización más orientada a la persona, por lo que, con carácter general, no se considera que tengan que suponer un incremento de gasto o, al menos, no un incremento importante.

Así mismo, de cara a gestionar un cambio de modelo a medio plazo, se apuesta sobre todo por la implicación y participación de pacientes, ciudadanía y profesionales, la educación sanitaria y el autocuidado, la integralidad y continuidad asistencial y la investigación en el ámbito asistencial para la generación de innovación.

La **viabilidad económica** de este Plan se plantea vinculada a la disponibilidad presupuestaria, comenzando con la puesta en marcha de las actuaciones con poco coste o sin coste adicional, basadas en una mejora organizativa o de gestión, con los recursos humanos y materiales disponibles en las diferentes unidades de gasto; y continuando, progresivamente y en la medida que lo permitan las condiciones presupuestarias, con aquellas actuaciones que se considera que puedan suponer un uso adicional de recursos significativo relacionadas con:

- Sistemas de información, priorizando los relacionados con los procesos de gestión y con la comunicación entre ámbitos asistenciales (desarrollo del modelo tecnológico de información que incluya, entre otros, la Historia Clínica y sociosanitaria, el panel de gestión de casos, sistemas de evaluación, cuadros de mandos clínicos y de gestión, los registros hospitalarios, etc.).

- Extensión de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (prevención del cáncer, programas de autocuidados y desarrollo de escuelas de pacientes, cribado de enfermedades congénitas, programas comunitarios y de promoción de la salud y reducción de desigualdades, etc.).
- Atención a la cronicidad y desarrollo de la atención sociosanitaria y la rehabilitación, especialmente en el marco de la Atención Primaria (convalecencia residencial y domiciliaria, personas encargadas de los cuidados, etc.).
- Formación, investigación e innovación para la mejora de la gestión en salud (refuerzo de las estructuras docentes, planes de formación, aumento de la simulación como metodología docente, etc.).

El presupuesto sanitario regional en 2020 fue de 2.915.393,2 millones de euros, de los cuales el 97% corresponden al Sescam. Se asume un aumento del gasto medio de un 1% anual durante el período de vigencia del Plan.

Estas necesidades se financiarán con cargo a los presupuestos generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, sin financiación suplementaria, y se ajustarán anualmente a cada ejercicio presupuestario que sea aprobado en Consejo de Gobierno.

El desarrollo y cumplimiento del Plan, representará una reducción de costes directos (coste-efectividad) e indirectos, por la reducción de gastos de hospitalización, farmacia, dependencia, pérdida de productividad, etc.

Se consideran, además, herramientas estratégicas de mejora de salud y contención del gasto: la colaboración interinstitucional e intersectorial, la cultura de gestión por procesos y la participación, la evaluación del impacto en salud de los proyectos, la integración de servicios y modelos innovadores de gestión de procesos complejos, el uso y consumo racional de medicamentos y servicios sanitarios y la mejora de la calidad.

9. Cronograma de elaboración y ejecución del Plan de Salud

A.- Elaboración.

ACTIVIDAD DEL PROYECTO	2016	2017			2018			2019	2020
	4º T								
Visto/Bueno por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad de la elaboración del nuevo Plan de Salud									
Constitución de la Comisión de Coordinación para la elaboración del Plan									
Constitución de grupos de trabajo y comisiones									
Evaluación del Plan de Salud Anterior y Análisis de Situación									
Priorización y propuestas de las líneas y objetivos estratégicos por la DGPOIS									
Aprobación por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad									
Presentación pública del proyecto del PS									
Trabajos de los grupos colaboradores para la formulación de objetivos y planes operativos									
Presentación de los trabajos preliminares por los grupos colaboradores									
Reuniones de la Comisión de Coordinación									
Elaboración del texto del PS por el grupo editor									
Presentación primer documento del Plan de Salud									
Aprobación por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad									

Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

B.- Actuaciones posteriores a la elaboración del Plan de Salud para la aprobación por el Consejo de Gobierno y difusión.

- Fase de Consulta Pública.
- Vº Bº del Plan por el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha.
- Vº Bº definitivo del Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad.
- Aprobación del Plan de Salud por el Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha.
- Constitución de la Comisión de Seguimiento del Plan.
- Remisión a las Cortes Regionales y al Ministerio de Sanidad.
- Publicación y difusión.

C.- Cronograma y plan de trabajo para la implementación y seguimiento del Plan de Salud.

FASES	PLANES	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Elaboración de los Planes Específicos	Plan de humanización de la asistencia sanitaria						
	Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad						
	Plan de Atención Primaria de Salud						
	Plan de Investigación e Innovación						
	Plan de sostenibilidad y cambio de modelo sanitario						
	Plan regional de adicciones						
	Plan de atención sociosanitaria						
	Plan de Profesionales del Sistema sanitario						
Evaluación	Evaluación anual						
	Evaluación final						

Elaboración: DGPOIS. Consejería de Sanidad.

10. Seguimiento y Evaluación

El cumplimiento de los objetivos y actuaciones propuestas en el Plan de Salud será evaluado de forma periódica y sistemática durante el tiempo de vigencia del mismo y una vez concluido éste. La **evaluación** se extenderá al propio **diseño** del Plan, al **desarrollo** del mismo, a los **resultados e impactos** en términos de salud poblacional, al análisis del coste-efectividad y a la contribución a la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Así mismo, a la evaluación del impacto en salud de medidas e iniciativas procedentes de otros sectores diferentes al sanitario implicados en el Plan.

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, establece que el Plan de Salud de Castilla-La Mancha contemplará, entre otros aspectos, los mecanismos de evaluación del desarrollo del Plan y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo, por lo que su adecuado seguimiento y control se constituye en una obligación legal.

La evaluación y análisis del cumplimiento de los objetivos del PS, así como el informe detallado de las acciones realizadas para su cumplimiento, será responsabilidad de la DGPOIS, que contará con el apoyo de la **Comisión de Seguimiento del Plan de Salud** en representación de los organismos que la integran, de los cuales se podrá recabar información complementaria relacionada con los objetivos y actuaciones de Plan. Esta Comisión estará presidida por la persona titular de la DGPOIS y compuesta, como mínimo, por las y los directores o responsables de los planes específicos y de las diferentes estrategias validadas.

Las **funciones de seguimiento y control de la Comisión de Seguimiento** del Plan de Salud durante el desarrollo del Plan son:

1. Elaborar y diferenciar entre los indicadores que midan mejoras asistenciales y de salud y aquellos que se refieren al ámbito de la salud pública, incentivos profesionales, información, participación, seleccionando y priorizando los que se consideran más relevantes.
2. Concretar la meta a alcanzar de los diferentes indicadores propuestos para evaluar los objetivos del plan, de acuerdo con la situación de partida.
3. Procurar la coherencia de los objetivos planteados con las estrategias de política de salud, los distintos programas sanitarios y sociosanitarios, y los procesos de gestión del Sescam.
4. Evaluar el grado de consecución de los objetivos desde la perspectiva del análisis cuantitativo que proporciona la medición de los indicadores previstos, así como de la valoración de los diferentes agentes sociales y órganos de participación ciudadana, de cara a la eventual necesidad de adaptación de las propuestas del Plan de Salud.
5. Elaborar informes periódicos de seguimiento del PS, que se pondrán a disposición de la persona titular de la Consejería de Sanidad.
6. Revisar, informar y validar las iniciativas, planes y estrategias para integrarlas en la estructura y cronograma de implementación del PS.

La elaboración de **informes de seguimiento** del PS tendrá carácter anual. Para ello, los distintos servicios de la Consejería de Sanidad, del Sescam y de Servicios Sociales con responsabilidades en el cumplimiento del Plan informarán de su grado de realización a la DGPOIS responsable de la planificación sanitaria, la cual emitirá un informe al respecto en el primer trimestre de cada año de vigencia del Plan.

La **evaluación global y análisis definitivo**, al finalizar dicho período, será puesta a disposición del Consejo de Salud y de la ciudadanía, a través del portal de la JCCM. Contemplará, por un lado, el cumplimiento de la efectiva realización de las acciones previstas en el cronograma y, por otro, la monitorización y evaluación de los resultados logrados tras la aplicación del Plan medidos mediante los indicadores de resultados preestablecidos.

La DGPOIS habilitará un **panel informatizado de seguimiento** y control del cronograma del plan de ejecución de las intervenciones del PS, a partir de la puesta en marcha del Plan y durante los años de vigencia del mismo. Este panel reflejará el estado de evolución y logros relevantes en la ejecución del PS, en términos de demoras, porcentajes de consecución, dificultades encontradas, mejoras o correcciones propuestas. La Comisión de Seguimiento tendrá reuniones de seguimiento del PS, al menos semestralmente, y podrá recabar la información detallada de aquellas actuaciones en las que se observen problemas o demoras. En el primer trimestre de cada año, la Comisión revisará y validará la correspondiente evaluación anual del Plan.

La DGPOIS elaborará un **panel de indicadores de resultados y metas** para la monitorización y evaluación de los resultados logrados por el PS al final de su periodo de vigencia. Además, se detallarán las fuentes utilizadas.

Asimismo **existirá un cuadro de mando** formado por un conjunto mínimo de indicadores que informarán del grado de avance en los aspectos más relevantes de cada estrategia. Estos indicadores deben ser seleccionados teniendo en cuenta que sean fáciles de obtener y sensibles a modificaciones en periodos cortos. Para cada indicador debería poderse establecer un valor, o rango de valores, esperado. Esta información puede hacerse accesible a distintos grupos de personas usuarias.

Además, la evaluación debe contemplar si se han tenido en cuenta aspectos que figuran como principios rectores del plan, como son la equidad (geográfica, económica, social, cultural, funcional y de género), la calidad (en las buenas prácticas y el trato en la atención, en la formación de profesionales, en los estándares tecnológicos), la eficiencia en la gestión de los recursos, la participación, la acción intersectorial y complementaria entre planes.

La **evaluación del PS** pasa por la evaluación del grado de cumplimiento de cada uno de sus objetivos y **de los planes específicos** a los que se extiende, así como de las iniciativas, planes y estrategias que vayan surgiendo como desarrollo del mismo. Ésta contemplará, como mínimo, el número de objetivos evaluados, de objetivos conseguidos, de objetivos parcialmente conseguidos y de los no conseguidos.

Para cada plan específico existirá un conjunto de indicadores relativos a la **estructura** que la sostiene (personal, sistemas de información, recursos materiales...), a los **procesos** (no solo asistenciales) y a los **resultados** (de los objetivos y actividades definidas en el plan estratégico y en cada uno de los planes operativos).

Aquellos indicadores de los que no hay datos o no se pueden evaluar correctamente, deben hacer pensar en un deficiente diseño de los mismos, por lo que habría que plantearse su validación y corrección; si bien, cuando un indicador sea imprescindible y no se disponga de una fuente fiable, puede ser útil realizar un estudio específico complementario o, en otros casos, la evaluación de algún aspecto del PS se puede basar en información cualitativa, como, por ejemplo, para valorar si se ha incorporado la perspectiva de género en las programaciones y metodologías o para valorar aspectos psicosociales. En esta situación es preciso que se describa el método y que se garantice que sirve para comparar el grado de avance que pretende medir.

En la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo y de la gestión de calidad de las mismas o la evaluación de los procesos, deben estar representados los y las profesionales, las otras instituciones o entidades involucradas y el movimiento asociativo participante, para lo cual la Comisión de Seguimiento del PS diseñará las **fórmulas e instrumentos de participación** que sean adecuados a tal fin.

Así mismo, es necesario crear mecanismos de **evaluación del impacto del género** en la salud de las personas y en el funcionamiento del sistema sanitario, desarrollar registros y herramientas de recogida de información para introducir en la evaluación la detección de sesgos de género.

Anexo I. Participantes en el Proyecto de Plan de Salud de Castilla-La Mancha

CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

- » Jesús Fernández Sanz, Consejero de Sanidad.
- » Regina Leal Eizaguirre. Directora-Gerente del Sescam.
- » Elena Martín Ruiz. Secretaria General. Consejería de Sanidad.
- » Luis Ruiz Molina. Secretario General. Sescam.
- » José Antonio Ballesteros Cavero. Director General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Iñigo Cortázar Neira. Director General de Recursos Humanos. Sescam.
- » Carmen Encinas Barrios. Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Juan José Camacho Parejo. Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- » María Teresa Marín Rubio. Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad.
- » María Begoña Fernández Valverde. Directora General de Cuidados y Calidad. Sescam.
- » Natalia Vallés Fernández. Directora General de Atención Primaria. Sescam.

COMISIÓN DE COORDINACIÓN

- » María Teresa Marín Rubio y Carmen Encinas Barrios. Directoras Generales de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Rocío Rodríguez Martín. Asesora del Gabinete del Consejero. Consejería de Sanidad
- » Jesús Marcos Gamero Rus. Asesor del Gabinete del Consejero. Consejería de Sanidad.
- » Fernando Gutiérrez Muñoz. Jefe de Servicio de Ordenación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Emma Catalán Rueda. Jefe de Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » M^a Paz Parras Partido. Jefe de Servicio de Información Sanitaria. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Julián Vieco García. Jefe de Servicio de Inspección. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Juan Fernández Martín. Jefe de Servicio de Investigación e Innovación. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Arturo Caballero Carmona. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.
- » Rosa M^a Modesto González. Jefe de Servicio de Programas de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.

- » Nuria Orta Traverso. Servicio de Ordenación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Jesús López Díaz. Asesor procesos médico-quirúrgicos. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » María Peña Díaz Jara. Asesora de control asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Laura Ruiz López. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » M^a Jesús Jiménez Arriero. Técnica del Instituto de la Mujer. Vicepresidencia de la JCCM.

GRUPO EDITOR

- » Fernando Gutiérrez Muñoz. Jefe de Servicio de Ordenación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Emma Catalán Rueda. Jefe de Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Nuria Orta Traverso. Servicio de Ordenación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Elena M^a Ortuno Carabaño. Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » María Teresa Patiño Lafuente. Jefa de Servicio de Participación y Atención Ciudadana. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Juan Fernández Martín. Jefe de Servicio de Investigación e Innovación. Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Laura Ruiz López. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » M^a Jesús Jiménez Arriero. Técnica del Instituto de la Mujer. Vicepresidencia de la JCCM.

A. GRUPO SOSTENIBILIDAD I: EFICIENCIA ORGANIZATIVA Y GESTIÓN

- » Oscar Talavera Encinas. Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de S. Juan.
- » Emma Catalán Rueda. Jefe de Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Raquel López Reneo. Asesora de Procesos de Soporte. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Francisca García Linaza. Coordinadora de Gestión Clínica. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Antonio Álvarez Rello. Director gerente de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario.
- » Natividad Benito Martínez. Inspectora de servicios sanitarios de la Gerencia de Inspección y Coordinación. Sescam.

- » Catalina Cano Masa. Dirección Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Sescam.
- » Ignacio José Romero Granados. Consejo de Colegios de Farmacéuticos de CLM.
- » Alberto León Martín. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC).
- » Carlos Alberto Arenas Díaz. Fundación Economía y Salud.
- » Ana Carmen Gil Agrados. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SERMERGEN)-CLM.
- » M^a Dolores Luna Avilés. Representante del Consejo General de Colegios de Enfermería.

B. GRUPO SOSTENIBILIDAD II: INVERSIÓN EN SALUD

- » Miguel Ángel Atoche Fernández. Coordinador de CEDT e infraestructuras. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Emma Catalán Rueda. Jefa de Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Begoña Castellanos Sánchez. Jefa de Servicio de Gestión Económica y Presupuestaria. Secretaría General de la Consejería Sanidad.
- » Consuelo Márquez Gómez-Landero. Jefa de Área de Gestión de Recursos Humanos. Dirección General de RRHH del Sescam.
- » Gloria Lozoya Angulo. Jefa de Sección del Área de Gestión de Recursos Humanos. Dirección General de RRHH del Sescam.
- » Carmen Encinas Barrios. Coordinadora del Área de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » Manuel Laguna Monroy. Jefe de Área de Gestión Económica y Presupuestaria de la Secretaría General del Sescam.
- » M^a Jesús Merino Espinar. Jefa de Área de Infraestructuras y Servicios Generales de la Secretaría General del Sescam.
- » José Sacristán París. Responsable de Gestión Económica y Sistemas de Información. Área de Tecnología de la Información para la Salud del Sescam.
- » Esteban Rodríguez Lozano. Jefe de Área de Contratación de la Secretaría General del Sescam.
- » Sagrario Azuela Gómez. Directora de Gestión del Hospital Nacional de Parapléjicos.
- » Álvaro Hidalgo Vega. Dpto. de Análisis Económico y Financiero de la UCLM.
- » Miguel Ángel Mañez Ortiz. Fundación Economía y Salud.

C. GRUPO SOSTENIBILIDAD III: PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

- » Carlos Alonso Sanz. Jefe de Servicio de Evaluación, Calidad y Adicciones. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Arturo Caballero Carmona. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.

- » Rosa M^a Modesto González. Jefa de Servicio de Programas de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Fátima Rodríguez García. Jefa de Servicio de Sanidad Alimentaria. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Fernando Cebrián Gómez. Jefe de Servicio de Sanidad Ambiental, Salud Laboral y Laboratorios de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Alejandro Salcedo Aznal. Coordinador del Área de Consumo. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Elena M^a Ortuno Carabaño. Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Soledad Mombiedro Sandoval. Sección de Promoción de la Salud. Dirección Provincial de Sanidad de Cuenca.
- » César Fernández Buey. Asesor de la Unidad de procesos de soporte del Área Atención Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » M^a Carmen Fernández Carcelén. Gerencia de Atención Integrada de Hellín. Centro de Salud Hellín 1.
- » M^a Dolores González Céspedes. Gerencia de Atención integrada de Hellín. Centro de Salud Hellín 2.
- » Maximiliano Martínez Ramírez. Gerencia de Atención integrada de Hellín. Centro de Salud Hellín 2.
- » Alejandro Villarín Castro. Representante de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC).
- » Teresa Peña García. Representante del Instituto de la Mujer de CLM.
- » M^a Jesús Jiménez Arriero. Representante del Instituto de la Mujer de CLM.
- » Carmen Frontaura Sánchez-Mayoral. Jefa de Sección del Servicio de Control de Calidad Ambiental. Viceconsejería de Medio Ambiente. Consejería de Agricultura, Medio Ambiente y Desarrollo Rural.
- » Ana Isabel Martín Ruíz. Servicio de Atención a la Diversidad y Programas. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- » David Sánchez-Mora Moreno. Servicio de Promoción de la Actividad Física y Deporte Escolar. Dirección General de Deporte. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- » Francisco Javier de la Cruz González. Dirección General de Trabajo, Formación y Seguridad Laboral. Consejería de Economía, Empresas y Empleo.
- » Manuel Jesús Denia Martos. Servicio de Sostenibilidad. Dirección General de Planificación Territorial y Sostenibilidad. Consejería de Fomento.

D. GRUPO SOSTENIBILIDAD IV: PREVENCIÓN

- » Pilar Montalbán Soriano. Sección de Promoción de la Salud. Dirección Provincial de Sanidad de Ciudad Real.

- » Arturo Caballero Carmona. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Rosa M^a Modesto González. Jefa de Servicio de Programas de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.
- » Elena M^a Ortuno Carabaño. Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » José Antonio Lafuente. Jefe de sección de Promoción de la Salud. Dirección Provincial de Sanidad de Guadalajara.
- » María Isabel Peláez Redajo. Servicio de Salud Pública. Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).
- » María Luisa Torijano Casaluenga. Área de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Coral Santos Rodríguez. Gerencia de Atención Integrada de Villarrobledo. Subdirección AP.
- » María José Gontán García-Salamanca. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Centro de Salud de Fuensalida.
- » Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Centro de Salud de Torrijos/ Representante de la Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC).
- » José Carlos Castillo Precioso. Gerencia de Atención Integrada de Hellín. Centro de Salud de Hellín 2.
- » Francisco López Salazar. Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.
- » Alejandro Villarín Castro. Representante de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC).

E. GRUPO PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CORRESPONSABILIDAD

- » Rodrigo Gutiérrez Fernández. Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria (DGCHAS) de la Consejería de Sanidad.
- » Juan Fernández Martín. Jefe de Servicio de Investigación e Innovación (DGCHAS) de la Consejería de Sanidad.
- » María Teresa Patiño Lafuente. Jefa de Servicio de Participación y Atención Ciudadana (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Aurora Sánchez González. Responsable de participación y asociacionismo ciudadano (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Pilar Castro Martín. Técnico del Servicio de Participación y Atención Ciudadana (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » César Margüenda Timón. Coordinador de humanización de la asistencia sanitaria (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Paloma Iglesias Gutiérrez. Trabajadora social del Servicio de Participación y Atención Ciudadana (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » M^a Jesús Jiménez Arriero. Representante del Instituto de la Mujer de CLM.

- » Luis Álvarez Ocampo. Federación de Asociaciones de Vecinos “El Ciudadano”.
- » José Martínez Martínez. Representante del Comité español de representantes de personas con discapacidad (CERMI) en CLM.
- » Esther García Bargueño. Representante de la Asociación a favor de Niños con Necesidades Educativas Especiales “Afannes” de Toledo.
- » Silvia Torres Vicente-Ruiz. Representante de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple en Toledo (ADEMTO).
- » Ana Cabellos Cano. Representante de la Asociación de Daño Cerebral Sobvenido (ADECE)/CLM.
- » José Mariano Rodríguez Díaz-Toledo. Representante de la Asociación de Familias de Niños con Cáncer de Castilla-La Mancha (AFANION).
- » M^a Isabel Gálvez Suarez. Representante de la Asociación Parkinson de Toledo.

F. GRUPO AUTONOMÍA Y DIGNIDAD. INFORMACIÓN CLÍNICA

- » Vicente Lomas Hernández. Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica de la Secretaría General del Sescam.
- » M^a Paz Parras Partido. Jefa de Servicio de Información Sanitaria. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria (DGPOIS). Consejería de Sanidad.
- » María Rubio Casado. Responsable de atención al usuario. Servicio de Participación y Atención Ciudadana (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Rosa Castro Ramos. Técnico de la Coordinación del “Plan Dignifica” (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Ángel García Millán. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. Hospital Virgen del Prado. Comité de Ética Asistencial.
- » Francisco Angora Mazuecos. Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Centro de Salud “La Alameda”.
- » Julio González Moraleja. Gerencia de Atención Especializada de Toledo. Servicio de Medicina Interna del CHTO.
- » Montserrat Vázquez Lolo. Representante de la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Castilla-La Mancha (FEAFES-CLM).

G. GRUPO CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- » Félix Alcázar Casanova. Jefe de servicio de Calidad y Seguridad del Paciente (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Julián Vieco García. Jefe de Servicio de Inspección (DGPOIS). Consejería de Sanidad.
- » Jesús Manuel Tejero González. Jefe de Sección de Calidad y Seguridad del Paciente (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Sonia Cercenado Sorando. Asesora del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente (DGCHAS). Consejería de Sanidad.

- » María Luisa Torijano Casaluenga. Área de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Sescam.
- » Sergio Plata Paniagua. Servicio de Farmacia de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete.
- » Oscar Herráez Carrera. Responsable de Calidad y Seguridad del paciente de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan.
- » María de los Ángeles Tébar Betegón. Responsable de Calidad y Seguridad del paciente de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.
- » Simón Gómez-Biezma Gutiérrez. Responsable de Calidad y Seguridad del paciente de la Gerencia de Atención Integrada de Almansa.
- » Inmaculada Martín Pérez. Responsable de Calidad y Seguridad del paciente de la Gerencia de Atención Especializada de Toledo (CHTO).
- » Ramona Rafael de la Cruz Tritencio. Servicio de Calidad y Seguridad del paciente de la fundación Hospital Nacional de Parapléjicos (HNP).
- » Carmen Pérez Habas. Representante de la Sociedad de Calidad de CLM.

H. GRUPO FORMACIÓN

- » Francisco López de Castro. Jefe de Servicio de Formación Sanitaria Especializada (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Juan Fernández Martín. Jefe de Servicio de Investigación e Innovación (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Teresa Serrano Palomo. Servicio de formación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).
- » Carmen Madrid Martín-Portugués. Jefa de sección del Servicio de Coordinación, Planificación y Desarrollo de la Dirección General de RRHH del Sescam.
- » María Luisa Alonso Martín. Biblioteca de la Gerencia de Atención Especializada de Toledo. CHTO.
- » Teresa Méndez García. Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Beatriz Cervera Monteagudo. Responsable de investigación de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca.
- » M^a Teresa Company González. Jefa de Servicio de Formación Profesional. Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

I. GRUPO INVESTIGACIÓN

- » Juan Fernández Martín. Jefe de Servicio de Investigación e Innovación (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Silvia Serrano Balairón. Técnico del servicio de Investigación e Innovación (DGCHAS). Consejería de Sanidad.
- » Juan Atenza Fernández. Director del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).
- » Antonio Segura Fragoso. Servicio de Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICS).

- » María Mercedes Mota Pérez. Inspectora de Farmacia de la DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » Francisca García Lizana. Coordinadora de Gestión Clínica. DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » Jesús López-Torres Hidalgo. Médico de Familia del Centro de Salud Zona VIII de Albacete.
- » Alberto Ocaña Fernández. Responsable de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete. CHUAB.
- » Francisco Javier Redondo Calvo. Responsable de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Ciudad Real. HGCR.
- » Eduardo Molina Holgado. Área de Investigación de la Fundación Hospital Nacional de Parapléjicos (HNP)
- » Silvia Díaz del Fresno. Fundación Hospital Nacional de Parapléjicos (HNP).
- » José Valeriano Moncho Bogani. Rectorado de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).
- » Ignacio Párraga Martínez. Representante de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC).
- » Juan Carlos Rubio Sevilla. Representante de la Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC).

J. GRUPO MOTIVACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES

- » Iñigo Cortázar Neira. Director General de RRHH del Sescam.
- » Sebastián Sánchez Serrano. Jefe de Servicio de Prevención de riesgos laborales. DG de RRHH del Sescam.
- » Pilar Moreno Santiago. Jefa de sección del Servicio de Ordenación de Personal. Secretaría General de la Consejería Sanidad.
- » M^a Ángeles González García. Área de gestión de políticas de RRHH del Sescam.
- » Francisca Fernández Sánchez. DG de RRHH del Sescam.
- » Laura Ruiz Lopez. Técnico de Salud Pública de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Carmen Martínez Solana. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Ciudad Real.
- » Sofía Arribas García. Subdirectora de Gestión. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca. Hospital Virgen de la Luz.
- » Javier Bleda Portero. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Hellín.
- » M^a Pilar García Mínguez. Subdirección Gestión. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Guadalajara.
- » José Molina Cabildo. Consejo de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha.
- » Carlos Valmaseda Santiago. Consejo General de Enfermería de Castilla-La Mancha.
- » Alberto Berrocoso Martínez. Representante de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC).
- » Eva Sáez Torralba. Representante de la Asociación Castellano-Manchega Enfermería Comunitaria.

K. GRUPO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- » Javier Carmona de la Morena. Director gerente del Área de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Jesús López Díaz. Asesor de procesos médico-quirúrgicos del Área de Atención Primaria (DGAS) del Sescam.
- » Cesar Fernández Buey. Asesor de la Unidad de procesos de soporte del Área de Atención Primaria (DGAS) del Sescam.
- » Esther Aguirre de la Peña. Dirección Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Laudina Rodríguez Suarez. Servicio de Salud Pública de la DP de Sanidad de Albacete.
- » Adoración Romero Saiz. Dirección Médica de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca.
- » José Manuel Paredero Domínguez. Farmacéutico Atención Primaria. Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Guadalajara.
- » Concepción Rodríguez Barrueco. Servicio de farmacia de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Manuel Domínguez Rodríguez. Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo. Centro de Salud de Añover del Tajo.
- » Enrique González Hidalgo. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Manzanares. Centro de Salud de La Solana.
- » Miguel Ángel La Parra de León. Representante del Consejo de Colegios de Enfermería de CLM.
- » Alberto León Martín. Representante de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria (SCAMFYC).
- » Julio Dámaso Cuevas-Morales. Representante del Consejo de Colegios de Médicos de CLM y Pte.

L. GRUPO CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- » María Eugenia Medina Chozas. Asesora de la Dirección Asistencial (DGAS) del Sescam.
- » M^a Peña Díaz Jara. Asesora de control asistencial de la Dirección Asistencial (DGAS) del Sescam.
- » Cesar Fernández Buey. Asesor de la Unidad de procesos de soporte del Área de Atención Primaria (DGAS) del Sescam.
- » Ignacio Redondo García. Asesor de la Coordinación Regional de Salud Mental (DGAS). Sescam.
- » M^a Dolores Retuerta García. Subdirección Médica. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Guadalajara.
- » José Manuel Machín Lázaro. Unidad de Continuidad Asistencial Primaria de Medicina Interna (HGUGU). Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Guadalajara.
- » Pilar Romero Valverde. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Valdepeñas.
- » Javier Gutiérrez Meléndez. Trabajo Social. CHTO.
- » Francisco José García García. Jefe de Servicio de Geriátría del CHTO. Gerencia de Atención Especializada (GAE) de Toledo.

- » María Valle Trigueros Canalejas. DG de Atención a la Dependencia. Consejería de Bienestar Social.
- » Santiago Cortés Bermejo. Representante de la Red de Expertos y Profesionales de Urgencias.
- » Inmaculada Raja Casillas. Representante de la Red de Expertos y Profesionales de Cuidados Paliativos.

M. GRUPO SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- » Raquel López Reneo. Asesora de procesos de soporte de la Dirección Asistencial (DGAS) del Sescam.
- » M^a Peña Díaz Jara. Asesora de control asistencial de la Dirección Asistencial (DGAS) del Sescam.
- » Carmen Verde López. Servicio de Información Sanitaria (DGPOIS) de la Consejería de Sanidad.
- » Francisco Javier Rodríguez Alcalá. Director médico de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » María Eugenia Medina Chozas. Asesora de la Dirección Asistencial (DGAS) del Sescam.
- » Pedro Luis López Galindo. Asesor de procesos médico-quirúrgicos del Área de Atención Primaria (DGAS) del Sescam.
- » José Sacristán Paris. Responsable de gestión económica y sistemas de información. Área de Tecnología de la Información para la Salud del Sescam.
- » Amadeo José Delgado García. Coordinador de Admisión del HGUGU.

N. GRUPO PLAN DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA CRONICIDAD Y PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD

- » Jesús López Díaz. Asesor de procesos médico-quirúrgicos del Área de Atención Primaria (DGAS) del Sescam.
- » Ana Isabel Ipiña García. Servicio de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. DP de Sanidad de Toledo.
- » Francisca García Lizana. Coordinadora de Gestión Clínica. DG de Asistencia Sanitaria (DGAS) del Sescam.
- » Sagrario Zamorano Encinas. Gerencia de Coordinación e inspección (GCI) del Sescam.
- » María Antonia Mareque Ortega. Farmacéutica de AP. Unidad de Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Amparo Sánchez Ramiro. Coordinadora de equipos de la Dirección médica de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo.
- » Brígida de la Granja Fernández. Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo. Centro de Salud de Polán.
- » Pedro Abizanda Soler. Jefe de Servicio de Geriátría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

- » Francisco José García García. Jefe de Servicio de Geriátría del Complejo Hospitalario de Toledo (CHTO). Gerencia de Atención Especializada (GAE) de Toledo.
- » Raúl Buendía Lucas. Supervisor de Unidad de Cardiología del CHTO.
- » Pilar Sánchez Moreno. Gerencia de Atención Especializada (GAE). CHTO.
- » Ana Valladolid Walsh. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete.
- » Francisco José Izquierdo Barba. Representante del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de CLM.
- » José Martínez Umbert. Representante del Consejo de Colegios de Enfermería de CLM.
- » Pilar Torres Moreno. Representante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- » Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo. Representante de la Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC).
- » Agustina Moraleda Borlado. Representante de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria.

O. GRUPO PLAN DE SALUD MENTAL

- » Teresa Rodríguez Cano. Coordinación Regional de Salud Mental. DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » Emma Catalán Rueda. Jefe de Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Flor Morillo Garay. Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Montserrat Aroche García. Coordinadora del Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Enrique Galindo Bonilla. Asesor del Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Víctor Manuel Devolx Neyra. Coordinación Regional de Salud Mental. DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » María del Pino Morales Socorro. Coordinación Regional de Salud Mental. DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » Ignacio Redondo García. Coordinación Regional de Salud Mental. DG de Asistencia Sanitaria del Sescam.
- » Luis Alberto Casas Toral. Representante de la Fundación Socio Sanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM).
- » Marta Nieto Moreno. Representante de la Fundación Socio Sanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM).

P. GRUPO PLAN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

- » Susana García Heras. Directora de la Fundación Socio Sanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM). Directora del grupo.

- » Nuria Orta Traverso. Servicio de Ordenación de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Montserrat Aroche García. Coordinadora del Servicio de Planificación. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- » Juana Estíbaliz García Sánchez. Técnico del Servicio de Evaluación, Calidad y Adicciones de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad.
- » Carlos García Muñoz. DG Mayores y Personas con Discapacidad.
- » Raquel Nieto García. DG Acción Social y Cooperación.
- » Carmela Guerrero Acosta. DG Atención a la Dependencia.
- » Pilar Ventas García. Servicio de Promoción Social y Voluntariado de la DP de Bienestar Social de Toledo.
- » Raúl Cifuentes Cáceres. Servicio de Geriátría. Hospital Virgen del valle (CHT).
- » Jose M^a Pastor Cañada. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca.
- » Eva Martín Alcalde. Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Guadalajara. Servicio de Farmacia del HGGU.
- » Carlos Aragón Amuñárriz. Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo. Centro de Salud de Yepes.
- » Ana María Torres Plaza. Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo. Centro de Salud de Navahermosa.
- » Ana María Rodríguez Alonso. Representante del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de CLM.
- » Jesús García Verdugo. Representante del Colegio de Ciencias Políticas y Sociología de CLM.
- » Pedro Manuel Sánchez Jurado. Representante de la Sociedad Castellanomanchega de Geriátría y Gerontología.
- » Olga Carrasco Ramírez. Representante de la Fundación Socio Sanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM).
- » M^a Ángeles González López. Representante de la Federación de Asociaciones de Parkinson.

Anexo II. Perspectiva de Género y Salud

El binomio “Género-Sexo” es descrito por la OMS como:

- GÉNERO: se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales.
- SEXO: se refiere a las características diferenciales que vienen determinadas biológicamente.

Usar un enfoque de género en salud⁷ es tener en cuenta que:

- Las personas son siempre mujer u hombre y puede haber diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.
- Existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo (construcción de género), y puede haber diferencias debidas a estas construcciones de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- En la sociedad existe jerarquía entre los sexos, siendo aún a veces minusvalorado o discriminado lo femenino y existiendo relaciones de poder entre hombres y mujeres. Son las relaciones de género.

Las posibles diferencias de salud, tanto debidas al sexo, como motivadas por factores y relaciones de género, pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables. Es decir, pueden ser desigualdades e inequidades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

Las líneas a abordar en el enfoque de género en salud son:

- **Salud de las mujeres.**

Se fundamenta en que las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica; el objetivo son las mujeres. Atender los problemas de salud propios del sexo, como la reproducción, el climaterio, la violencia de género, etc.

En esta línea es necesario tomar medidas positivas ante las necesidades propias de las mujeres y que son diferentes a las de los hombres.

- **Desigualdades de género.**

Se fundamenta en que la situación social de los sexos es diferente y discriminatoria; y conlleva desigualdad e inequidad. El objetivo son los hombres, las mujeres y la discriminación. Alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos.

Es necesario desarrollar esta línea a través de medidas políticas, sociales y sanitarias para visibilizar y reducir las desigualdades e inequidades de género.

- **Determinantes de género.**

Se fundamenta en que las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género. El objetivo son los hombres, las mujeres y sus relaciones. Transformar las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de hombres y mujeres.

7. Velasco, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. 2008.

Es necesario considerar y analizar los factores determinantes de género, tanto los debidos a roles de género como los debidos a las identidades masculina y femenina.

El enfoque integrado de género en salud debe incorporar todos los valores y las categorías utilizadas en las tres líneas de enfoque de género⁸.

Línea de salud de las mujeres:

- Diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- Necesidades específicas de las mujeres/Necesidades específicas de los hombres.
- Necesidades en procesos del ciclo vital para cada sexo.
- Morbilidad diferencial por sexos.

Línea de desigualdades de género:

- Desigualdades de género en el estado de salud.
- Sesgos de género en la atención.
- Desigualdades e inequidad de género en el sistema sanitario.
- Línea de determinantes de género:
- Análisis de factores de riesgo diferenciales y procesos determinantes biopsicosociales de género (modelos sociales y roles de género: tradicional, transición, contemporáneo, igualitario).
- Contenidos ideales de identidades masculina y femenina.

La transversalidad de género en salud se recoge básicamente en:

- La IV Conferencia Internacional de las Mujeres de Beijing (1995), que reconoce la importancia de integrar la igualdad de género en todas las políticas públicas.
- La OMS, que considera que integrar la perspectiva de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y de los hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas.
- El II Plan Estratégico Para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha 2019-2024, que define la transversalidad de género como la incorporación de la perspectiva de género, integrando el principio de igualdad de género en todas las políticas y programas, a todos los niveles, y en la planificación, ejecución y evaluación de la acción pública.

Documento:

“Perspectiva de Género y Salud”

8. Velasco, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. 2008.

Anexo III. Glosario de términos, acrónimos y abreviaturas

ABE	Atención basada en la evidencia
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
ACAMEC	Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria
ADACE CLM	Asociación de Daño Cerebral de Castilla la Mancha
ADEMTO	Asociación de Esclerosis Múltiple de Toledo
AE	Atención Especializada
AES	Acción Estratégica en Salud
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AP	Atención Primaria
AVAC	Años de vida ajustados por calidad (análisis fármaco-económicos)
AVAD	Años Vividos Ajustados por discapacidad
AVD	Años vividos con discapacidad
AVP	Años vividos perdidos
AVS65	Años de vida saludables a los 65 años
AVSn	Años de vida saludables al nacer
BBPP	Buenas Prácticas
BECS	Bibliotecas especializadas en ciencias de la salud
BEDPD	Base Estatal de Datos de personas con valoración del grado de discapacidad
BRCs	Biblioteca regional de Ciencias de la Salud
BS	Bienestar Social
BVCS	Biblioteca virtual de Ciencias de la Salud
CAEM	Centros de atención especializada al menor
CCAA	Comunidades Autónomas
CCEC	Centros comprometidos con la excelencia en cuidados
CEA	Comité de ética asistencial
CEDT	Centro de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento
CEIC	Comité ético de investigación clínica
CEIm	Comité ético de investigación con medicamentos
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CHT	Comité hospitalario de transfusión
CHTO	Complejo Hospitalario de Toledo
CHUAB	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CLM	Castilla-La Mancha
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CNM	Centro Nacional de Microbiología
COL	Colegio Profesional

Comisión	Comisión de coordinación del Plan de Salud
CRPSL	Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
CRT	Centro Regional de Transfusión
CTD	Comunidad terapéutica para drogodependientes
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DDHH	Derechos Humanos
DG	Dirección General
DGAS	Dirección General de Asistencia Sanitaria
DGHASS	Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria (antes DGCHAS)
DGCHAS	Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria
DGPOIS	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DGSP	Dirección General de Salud Pública
DGTFSL	Dirección General de Trabajo, Formación y Seguridad Laboral
DOCLM	Diario Oficial de Castilla-La Mancha
DP	Dirección Provincial
DPC	Desarrollo profesional continuo
EAP	Equipos de Atención Primaria
EAR	Escuela de Administración Regional
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ECHA	Agencia Europea de Productos Químicos
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EDADES	Encuesta sobre drogas y alcohol de España
EDAR	Estaciones depuradoras de aguas residuales
EDO	Enfermedad de declaración obligatoria
EEB	Encefalopatía Espongiforme Transmisible
EECC	Ensayos clínicos
EISS	Encuesta de integración social y salud
EMH	Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
ENAC	Entidad Nacional de Acreditación
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EO	Estudios observacionales
EPA	Encuesta de Población Activa
EPA-SP	Estudios pos autorización de seguimiento prospectivo
ESAD	Equipo de soporte de atención domiciliaria.
ESHS	Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
EVN	Esperanza de vida al nacer
FAD	Fundación de Ayuda contra la Drogadicción
FAR	Farmacia
FEA	Facultativo Especialista de Área
FEMP-CLM	Federación de Municipios y Provincias de Castilla-La Mancha
FHNP	Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos
FSCLM	Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

FSE	Formación sanitaria especializada
GAE	Gerencia de Atención Especializada
GAI	Gerencia de Atención Integrada.
GAP	Gerencia de Atención Primaria
GCI	Gerencia de Coordinación e Inspección.
GMA	Grupos de morbilidad ajustados
GRD	Grupo Relacionado con el diagnóstico
GUETS	Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario
HD	Hospital de día
HGCR	Hospital General de Ciudad Real
HTA	Hipertensión arterial
ICS	Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha
IEN	Instituto de Enfermedades Neurológicas
IJ	Infanto-Juvenil
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ISCI	Instituto de Salud Carlos III
IT	Incapacidad Temporal
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
JCCM	Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
MATEPSS	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
MINECO	Ministerio de Economía y Competitividad
MNP	Movimiento Natural de la Población
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTRI	Oficina de Transferencia y Traslación de Resultados de Investigación
P DIGNIFICA	Plan Dignifica de Castilla-La Mancha
PAC	Punto de Atención Continuada
PAP	Punto de Atención Permanente
PEFC	Plan estratégico de formación continuada
PGCD	Plan de gestión de la calidad docente
PIB	Producto Interior Bruto
PITR	Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación
PMG	Patología Mental Grave
PMH	Padrón Municipal de Habitantes
PRAT	Programa Regional de Acción Tutelar
PRM	Problemas relacionados con medicamentos
PROA	Programa de optimización en el uso de antibióticos
PS	Plan de Salud

PSM	Plan de Salud Mental
RC	Residencia Comunitaria
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RD	Real Decreto
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RRHH	Recursos Humanos
RRI	Investigación e innovación responsables
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SCAMFYC	Sociedad Castellano manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
Sescam	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SG SESCAM	Secretaría General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SGC	Secretaría General de la Consejería de Sanidad
SINASP	Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente
SM	Salud Mental
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOFOS	Sistema de organización de la formación del Sescam
SS	Seguridad Social
SVGE	Sistema de Vigilancia de la Gripe en España
TCA	Trastorno de conducta alimentaria
TDAH	Trastorno de la atención e hiperactividad
TEA	Trastorno del espectro autista
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TMG	Trastorno Mental Grave
TSI	Tarjeta sanitaria individual
UACT	Unidad Autónoma de Coordinación de Trasplantes
UBA	Unidad básica asistencial
UCA	Unidad de conductas adictivas
UCLM	Universidad de Castilla-La Mancha
UDVP	Usuarios/as de drogas por vía parenteral
UE	Unión Europea
UE-28	Grupo 28 países de la UE
UFGRC	Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos
UHB	Unidad de Hospitalización Breve
ULE	Unidad de Larga Estancia
UME	Unidad de Media Estancia
URR	Unidad Residencial y Rehabilitadora
USM	Unidad de Salud Mental
UTCA	Unidad de trastornos de la conducta alimentaria
UUDD	Unidades docentes
UVASI	Unidad de valoración de abuso sexual infanto-juvenil
VS	Viviendas supervisadas
ZBS	Zona Básica de Salud

Anexo IV. Bibliografía utilizada por los grupos de trabajo

- 100 Medidas que mejoran el sector de la Salud. 2017. Economía y Salud Fundación. Recuperado a partir de: <http://www.fundacioneconomyysalud.org/wp-content/uploads/100-Medidas-que-Mejoran-el-Sector-de-la-Salud.pdf>
- 100 perspectivas para mejorar el futuro del Sector Salud. Fundación Economía y Salud. I Foro Fundación Economía y Salud. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.fundacioneconomyysalud.org/wp-content/uploads/2015/07/100-PERSPECTIVAS-PARA-MEJORAR-EL-FUTURO-DEL-SECTOR-SALUD-Fundacion-Economia-y-Salud.pdf>
- Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, CSIC (2017). Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p. Última versión: 27/03/2017. Recuperado a partir de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Alejandro Pérez Martín, M.ª José Rol de la Morena, Manuel Mareque Ortega, Mercedes Gómez, Carmen Gómez y Matilde Díaz de Cerio. Efecto sobre el consumo de recursos hospitalarios de un programa de atención geriátrica domiciliaria en personas ancianas con patología cardiorrespiratoria muy evolucionada. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 559-567.
- Alianza mundial para los recursos humanos de salud. Organización mundial de la salud (OMS). Consejo internacional de enfermeras. Federación farmacéutica internacional. Federación odontológica mundial. Asociación médica mundial. Federación internacional de hospitales. Confederación mundial de fisioterapia Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud. 2008. Recuperado a partir de: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/38_3.pdf
- Anteproyecto de la Ley de Participación de Castilla-La Mancha. 2018. Recuperado a partir de: <https://participa.castillalamancha.es/processes/leyparticipacion>
- Anttila A, Arbyn M, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, Patnick J, Ronco G, Segnan N, Suonio E, Törnberg S & von Karsa L (eds.). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition, Supplements. Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, pp. 69–108.
- Avance del Plan Estatal de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2017-2020. Consulta pública. Julio 2017. Recuperado a partir de: http://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Prensa/FICHEROS/2017/PlanEstatatal_IDI_vB.pdf
- Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. Am J Psychiatry 1981;138:1449–56.
- Bengoa R. Curar y cuidar. En: Bengoa R, Nuño R editores. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Desclée de Brouwer; 2014.
- Boladeras M. (Coord.). Bioética del cuidar: ¿qué significa humanizar la asistencia? Madrid:Tecnos; 2015.
- Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL, Wegener S. Guided Care for Multimorbid Older Adults. Gerontologist. 2007;47(5):697-704.
- Carta de Europa de los Pacientes. 2002. Recuperado a partir de: <http://cecu.es/campanas/sanidad/European Charter of Patients Rights in Spanish%5B1%5D.pdf>
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 18/12/2000.
- Carta de Ottawa. 1986. Recuperada a partir de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

- Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. Recuperada a partir de: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Código Español de Ética y Deontología Médica 2011. Organización Médica Colegial Española. Recuperado a partir de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- Cofiño R, D. Aviñó, C.B. Benedé, B. Botello, J. Cubillo, A. Morgan, J.J. Paredes Carbonell, M. Hernán. Informe SESPAS 2016. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanitaria 2016; 30 Supl 1:93-8 Vol. 30.
- Cofiño R, Pasarín M, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanitaria 2012; Supl 1:88-93.
- Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado marzo 2013. [consultado 30-08-2017]. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/embarazo-its>
- Colomer Revuelta, J. Prevención de la obesidad infantil. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado octubre 2004. [consultado 30-08-2017]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/obesidad-rec>
- Comparación de dos modelos asistenciales en el ámbito de la medicina interna: modelo tradicional y modelo basado en la coordinación con atención primaria (UCAPI). Estudio de coste-efectividad. Tesis Doctoral Dr. José Manuel Machín Lázaro. Universidad de Alcalá. 2013.
- Comunidad de Castilla-La Mancha. Indicadores básicos del Mercado de Trabajo de Castilla-La Mancha. Enero 2017. Toledo. Consejería de Economía, Empresas y Empleo. Observatorio del Mercado de Trabajo; 2017. Recuperado a partir de: http://empleoyformacion.jccm.es/fileadmin/user_upload/observatorio_ocupacional/2017/Indicadores_Basicos_del_Mercado_de_Trabajo_CLM_Noviembre_de_2017.pdf
- Comunidad de Castilla-La Mancha. Informe de Siniestralidad Laboral de Castilla-La Mancha. 2016. Toledo. Consejería de Economía, Empresas y Empleo. Dirección General de Trabajo, Formación y Seguridad Laboral; 2017. Recuperado a partir de: <http://www.castillalamancha.ccoo.es/7a3125fade8bf25edb9236411fe3b3bd000052.pdf>
- Comunidad de Castilla-La Mancha. Informe-Estudio en relación a los mapas sanitario y de servicios sociales y a la unificación de los mismos en un mapa sociosanitario de Castilla-La Mancha. DG de Acción Social y Cooperación Internacional, DG de Ordenación y Evaluación, DG de Atención Sanitaria y Calidad (Sescam). Toledo 2010.
- Comunidad de Castilla-La Mancha. Unidad Autónoma de Coordinación de Trasplantes de Castilla-La Mancha. Memoria 2015. Servicio de Salud. 2016.
- Comunitat Valenciana. IV Plan de Salud 2016-2020. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016. Recuperado a partir de: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. La Atención Primaria de Salud en España en 2025. OMC; 2017. Recuperado a partir de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Atencion Primaria_2025/#2.
- Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto de la Biología y la Medicina. Convenio de Asturias de Bioética. Consejo de Europa 1997 (citado 15/04/2004). Recuperado a partir de: <html://www.bioeticas.net/leg/001.htm> Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Córdoba García R, Camarells Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, Ramírez Manent JL, San José Arango J et al. Grupo de Expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 27-38.

- Cortes JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima Laboral en atención primaria. Rev. Atención Primaria 2003; 32 (5): 228-95.
- Cortés Rico O, Pallás Alonso CR, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Esparza Olcina J, Galbe Sánchez-Ventura J et al. Grupo de expertos del PAPPs. Resumen PAPPs infancia y adolescencia 2016. Aten Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 127-47.
- Cortés Rico, O. Cribado de la hipercolesterolemia. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado abril de 2008. [consultado 30-08-2017]. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/hipercolesterolemia>
- Cortés Rico, O. Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado diciembre de 2006. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/hipertension >
- Cuáles son los grandes retos de la sanidad española del 2020. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Recuperado a partir de: https://www.fundacionidis.com/wp-content/agenda/ptcion_retos_2020_jornada_otsuka_v06.11.13_pdf
- Datos del Estudio Toledo de Envejecimiento Saludable, presentación del programa Advantage- Joint Action de Fragilidad. Madrid 15 de Junio de 2017.
- Decálogo de objetivos para una Atención Primaria de calidad. Al lado del paciente, del lado del paciente. Foro de médicos de atención primaria. Día nacional de la atención primaria 2016. Recuperado a partir de: https://www.semergen.es/resources/files/documentos%20sanitarios/Decalego_foroAP2016.pdf
- Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes. Barcelona 2003. Recuperada a partir de: <http://laff.es/es/Carta>
- Declaración de Menorca sobre participación en salud. Septiembre 2016. Recuperada a partir de: [https://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/DeclaracionMenorcaParticipacionSalud-ESPM2016\(VF\).pdf](https://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/DeclaracionMenorcaParticipacionSalud-ESPM2016(VF).pdf)
- Declaración de Yakarta. 1997. Recuperada a partir de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- Declaración de Zaragoza. Atención al usuario. SEAUS 2011. Recuperada a partir de: https://www.seaus.net/images/stories/pdf/DECLARACION_DE_ZARAGOZA.pdf
- Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha. Publicado en D.O.C.M. nº 42, de 24 de febrero.
- Decreto 24/2011, de 12/04/2011, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha. Publicado en DOCM nº 74, de 11 de abril de 2011.
- Delgado Domínguez, JJ. Detección precoz de la hipoacusia infantil. En Recomendaciones PrevInfad/ PAPPs [en línea]. Actualizado octubre de 2007. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/audicion>.
- Díaz Sanchís M, de Sanjosé Llongueras S. Eficiencia y sostenibilidad del cribado de cáncer de cérvix en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Recuperado a partir de: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2016/documents/eficiencia_cribado_cancer_cervix_RED_aquas2016.pdf
- Diez temas candentes de la Sanidad española para 2017. ¿'Pacto de estado' o reformas posibilistas?. Julián García Vargas, Ignacio Riesgo y Raimon Belenes. 2016. Disponible en: <https://sedisa.net/2018/02/08/pacto-de-estado-o-reformas-posibilistas-diez-temas-candentes-de-la-sanidad-espanola-para-2017/>
- Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención. Depósito Legal: A-599-2014.

- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.(2014). Recuperado a partir de: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
- Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artiles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora de la atención domiciliaria. Boletín Enfermería Comunitaria. 2002;8(2):27-28.
- E/1997/L.30, aprobada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas el 14 de julio de 1997.
- El acceso a la anticoncepción en la Comunidad Valenciana, Federación de Planificación Familiar Estatal, 2016. Recuperado a partir de: <http://www.fpfe.org/wpcontent/uploads/2017/12/AnticoncValencia2017dic.pdf>
- El enfoque de sostenibilidad en los planes de salud de las comunidades autónomas: el desarrollo sostenible como oportunidad. Gaceta Sanitaria. 2016; 30(3): 172-177. Moyano-Santiago, M.A., Rivera-Lirio, J.M.
- Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. 2010. Recuperado a partir de: <http://www.ascane.org/docs/Empoderamientosaludmental.pdf>
- Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Recuperado a partir de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159da-b37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
- Estrategia de Cuidados de Andalucía Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/estrategia_cuidados/estrategia_enero_2016.pdf
- Estrategia en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.mscls.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
- Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020. Recuperado a partir de: Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Recuperado a partir de: http://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?-vgnextoid=49c1a9d3a268c310VgnVCM1000001d04140aRCRD&lang_chosen=gl
- Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Recuperado a partir de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Recuperado a partir de: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>
- Estrategia Regional de Especialización Inteligente (RIS3) de Castilla-La Mancha. Recuperado a partir de: http://ris3.castillalamancha.es/sites/ris3.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/ris3_castilla-la_mancha.pdf
- Estrategias para la renovación de la Atención Primaria Junta de Andalucía 2016.Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documento-sacc.asp?pagina=gr_renovacionap
- Federación de Planificación Familiar Estatal, 2016. El acceso a la anticoncepción en la Comunidad Valenciana,. Recuperado a partir de: <http://www.fpfe.org/wpcontent/uploads/2017/12/AnticoncValencia2017dic.pdf>
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Inter-net]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Recuperado a partir de: <http://glo>

- Foro de Transformación Sanitaria: Las claves de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario. 16-17 de Noviembre 2015. Deusto Business School Health.
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Atención orientada al desarrollo y supervisión del desarrollo psicomotor. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado mayo de 2013. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/desarrollo-psicomotor>
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Cribado de los trastornos del espectro autista. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2010. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/autismo>
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Cribado neonatal de metabolopatías congénitas. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado agosto de 2003. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/metabolopatias>
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado junio de 2003. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/tabaco-alcohol-drogas>
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Prevención y cribado de enfermedad celiaca. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado febrero 2016. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/celiaca>
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Supervisión del desarrollo físico. Recomendación. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2003. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/desarrollo-fisico>
- García Aguado, J. Cribado de alteraciones visuales en la infancia. En Recomendaciones PrevInfad/ PAPPS [en línea]. Actualizado julio de 2016. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/vision>.
- García Averasturi LM. Prevención Efectiva del Consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia. Editado por el Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Febrero 2010. Recuperado a partir de: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/152.pdf>
- Gobierno de Cantabria. Plan de salud de Cantabria 2014-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales 2013. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf
- Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Consejería de Salud 2014. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020.htm
- Gorrotxategi M, Cuesta JR. Voluntades psiquiátricas: Una herramienta terapéutica. Norte de salud mental 2012; 10(42):11-17.
- Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS. Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 98-104.
- Grupo de la Infancia y Adolescencia del PAPPS. Resumen PAPPS infancia y adolescencia 2016. Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 127-147.
- Grupo de la Mujer del PAPPS. Actividades Preventivas en la mujer. Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 105-126.
- Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS. Prevención de las enfermedades infecciosas. Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 60-76.
- Grupo de Salud Mental del PAPPS. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Atención Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 77-97.

- Guía de aplicación práctica, para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno, de acuerdo a la ley 30/2003. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). Elaborado por Fundación Mujeres. Recuperado a partir de: <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0259.pdf>
- Guía de Capacitación “Planificación Estratégica Participativa con Enfoque de Género”. Mayo 2010. Recuperado a partir de: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/18612/1/8_guia_planificacion_genero_cim.pdf
- Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Mercedes Amo Alfonso. 2008. Junta de Andalucía. Recuperado a partir de: https://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/documentacion/guia_perspectiva_genero.pdf
- Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud. México. Centro Integral de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. 2010. Recuperado a partir de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO%20ssa.pdf
- Guías para la redacción de propuestas internacionales H2020. Guía 1. Explotación y difusión de resultados. Fundación Botín/Instituto de Salud Carlos III. 2016. Disponible en: <https://www.fundacionbotin.org/paginas-interiores-de-una-publicacion-de-la-fundacion-botin/guia-1-explotacion-y-difusion-de-resultados.html>
- Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is ‘continuity of care’? J Health Serv Res Policy. 2006 Oct;11(4):248-50.
- Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Fundación de Estudios de Economía aplicada (FEDEA). 2009. Recuperado a partir de: https://www.fedea.net/cambiosposible/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf
- Informe 2016: Mujeres en Castilla-La Mancha. Trayectorias, perfiles y desigualdades. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Estudios, Informes, e Investigación. 2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado a partir de: http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/06/Informe_Anuar_SNS_2016_general.pdf
- Informe COTEC 2016, 2017. Recuperado a partir de: <http://cotec.es/informe-cotec/>
- Informe de situación sobre la mujer rural en Castilla-La Mancha. 2015. Colegio de Ciencias Políticas y Sociología de Castilla-La Mancha. 2016.
- Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Recuperado a partir de: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ResumenEjecutivoCribadoCancer.pdf>
- Informe sobre Profesionalización de Los Directivos de la Salud. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).Barcelona. 2013. Recuperado a partir de: <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2016/08/Wed2015101472400InformeProfesionalizacion.pdf>
- Instituto de la mujer. Datos Básicos de las Mujeres en Castilla-La Mancha. 2015-2016. Recuperado a partir de: http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/publicaciones/descargas/informe_universidad_clm_datos_basicos_mujeres_clm_final.pdf
- Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informes años 2014 y 2015. Madrid 2016 y 2017.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Condiciones de Vida. 2008-2016. Resultados por Comunidades Autónomas. INE 2017.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Condiciones de Vida. 2008-2016. Datos de pobreza o exclusión social. Resultados por Comunidades Autónomas de la Estrategia Europa 20/20. INE 2017.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa. Actualización por Comunidades Autónomas. 2017.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud. Microdatos 2012. Determinantes de Salud. Castilla-La Mancha.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento Natural de la Población. Castilla-La Mancha. 2016.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa. Proyecciones de población 2016-2066. Recuperado a partir de: www.ine.es/prensa/prensa.htm
- Junta de Castilla y León. Guía de acogida a nuevos empleados y empleadas de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.
- La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar. La Declaración de Madrid. 14 de septiembre 2001. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/eu/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/saludGenero/declaMadrid.htm>
- La gestión de la excelencia en los centros sanitarios. Biel Fortuny i Organs. Abril 2009.
- La participación de los ciudadanos en la vida pública local. Recomendación del comité de ministros del Consejo de Europa. 2001. Recuperado a partir de: http://www.mptfp.gob.es/dam/es/portal/areas/politica_local/participacion-eell-aeuropeos/recomendacion.pdf
- La sanidad española en cifras 2016. Fundación Gaspar Casal. 2017. Circulo de la Sanidad. Recuperado a partir de: http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/03/LIBRO_SANIDAD_ESPANOLA_EN_CIFRAS_2016.pdf
- La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella, E. Barcelona: Antares Consulting; 2010.
- Ley 14/2007 de Investigación biomédica. BOE núm. 159, de 04/07/2007.
- Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. BOE núm. 131 de 02/06/2011.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicado en: BOE, núm. 128, de 29/05/2003.
- Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Publicado en DOCM, nº, 142, de 25 de julio de 2014.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10/11/1995.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE nº 274 de 15 de Noviembre de 2002.
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Publicado en BOE, núm. 280, de 22/11/2003.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22/11/2003.
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Publicado en BOE núm 248, 13/10/2010.
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Publicado en DOCM nº 131 de 9 de Julio de 2010.
- Ley 6/2005, de 7 de julio, de Castilla-La Mancha, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud. Publicado en D.O.C.M. Nº 141, de 15 de julio.

- Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de CLM. BOE núm. 50 de 27/02/2001.
- Ley 12/2010, de Igualdad entre Mujeres y Hombres de 18 de noviembre de Castilla-La Mancha. BOE núm. 37, de 12/02/ 2011.
- Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha. BOE núm. 301, de 14/12/2018.
- Ley General de Sanidad 1986. BOE nº 101, 29-Abr-1986.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Publicado en: BOE, núm. 298, de 14/12/1999.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de Mujeres y Hombres. BOE núm. 71, de 23/03/2007.
- Lomas Hernández V, Larios Risco D, López Donaire B. Guía práctica de derechos de los pacientes y de los profesionales sanitarios. Preguntas y respuestas. Aranzadi; 2016.
- Los cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. Enfermería Clínica. 2014; 24(6): 311-314. Gutiérrez-Sequera, J.L., Serrano-Ortega, N.
- Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Estrategia en Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Recuperado a partir de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
- Manual de la OCDE sobre información, consulta y participación de la elaboración de políticas públicas. (Organización para la Cooperación y el desarrollo Económicos). 2006. Recuperado a partir de: <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0534691.pdf>
- Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Gaceta Sanitaria 2004, 18 (2): 129-36.
- Martín, J.J. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Rev. Administración Sanitaria 2005.
- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela Vallespín C, Nuin Villanueva M, Bartolomé Moreno C, Melús Palazón E et al. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones de prevención del Cáncer. Actualización 2016. Aten Primaria. 2016; 48 (Supl 1): 39-59.
- Mazarrasa Alvear, Lucía. Perspectiva de Género en Programas de Salud. Criterios de género para la intervención en salud, 2011.
- Mengual Gil, J. Cribado de la tuberculosis. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado marzo de 2016. [consultado 30-08-2017]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/tuberculosis-rec>
- Merino Moína, M. Cribado de la criptorquidia. En recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2008. [consultado 30-08-2017]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_criptorquidia_rec.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010. Documento Marco sobre Cribado Poblacional. Grupo de trabajo de la Ponencia de Cribado de la Comisión de Salud Pública. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Recuperado a partir de: <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Recuperado a partir de: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Documento aprobado por el Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud del 11 de junio de 2014. Recuperado a partir de: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del SNS. 2012. Recuperado a partir de: https://www.senefro.org/modules/grupos/files/estrategia_de_enfermedades_cronicas_copy1.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013. Recuperado a partir de: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar. 2015-2020 (aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre 2015). <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2015. Estrategias y acciones destacables. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Estudios, Informes, e Investigación. 2016. Recuperado a partir de: http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Castilla_La_Mancha.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2016. Estudios, Informes, e Investigación. 2017. Recuperado a partir de: http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/06/Informe_Anual_SNS_2016_general.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Análisis de Mortalidad. 2015; Madrid 2017. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2015. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y cifras España. 2016. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Madrid 2016. Recuperado a partir de: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal de Formación. <http://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/home.htm> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Objetivos y requisitos de calidad del Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas del Sistema Nacional de Salud. Grupo de trabajo de la Comisión de Salud Pública para el desarrollo del Sistema de Información sobre Cribado Neonatal. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ObjetivosCribadoNeonatal.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf>
- Mujer y discapacidad en Castilla-La Mancha. Estudio sobre fuentes secundarias. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Munuera Gómez MP. Mediación Sanitaria. Tirant Humanidades; 2016.
- Oficina del Defensor del Pueblo: la atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. 2000. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/la-atencion-sociosanitaria-en-espana-perspectiva-gerontologica-y-otros-aspectos-conexos-2000/>

- OMS. Estrategia mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. EB105/42. 16 diciembre 1999. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se42.pdf
- ONU. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. New York, 2006. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>
- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado Núm. 269 (6 de noviembre de 2014).
- Osakidetza. Líneas estratégicas y planes de acción Osakidetza 2013-2016. Osakidetza 2013. Recuperado a partir de: <https://www.bioef.org/wp-content/uploads/2016/04/Lineas-Estrategicas-Osakidetza-2013-2016.pdf>
- Participación de los ciudadanos en las decisiones relacionadas con su salud. Informes REDISSEC, Madrid, julio 2016. Recuperado a partir de: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/78010649-855b-11e6-a33b-757951c5b2fa/INFORME%20PACIENTES REDISSEC 1.pdf>
- Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karda L, Puthaar E (eds). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis — Fourth Edition. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union. 2006.
- Plan de Actuación. Salud para las mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública, 2005. Recuperado a partir de: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/Plan%20Actuacion%20Salud%20para%20las%20Mujeres%202004-2007.pdf>
- Plan de actuación en el área de participación ciudadana. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.ephpo.es/ciudadania/P%20%20DE%20ACTUACION%20A%20%20DE%20P%20CUIDADANA.pdf>
- Plan de Calidad Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010. Recuperado a partir de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195691fb5b_plan_calidad_2010.pdf
- Plan de Gestión, Calidad y Seguridad del paciente 2011-2015. Sanidad Castilla y León. Junta de Castilla y León. 2013.
- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019. Consejería de Sanidad. D.G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia. 2014. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Edita: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. 2007. Disponible en: https://www.aupex.org/salud/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=3
- Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. 2012. Recuperado a partir de: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxiu/plan_de_salud_catalunya_es.pdf
- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2006. Recuperado a partir de: <https://www.uv.es/=atortosa/plandesaludCV05.pdf>
- Plan de Salud para Asturias 2004-2007. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Gobierno del Principado de Asturias. 2003.
- Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020. Recuperado a partir de: <http://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?-vgnextoid=83b192b9036c2210VgnVCM1000001d04140aRCRD>

- Plan IB-Salut 2020. Promoción de la salud. Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social Islas Baleares. Gobierno de las Islas Baleares. 2012.
- Plan Nacional sobre Sida. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) y Registro Nacional de casos de Sida. Informe anual 2014. Junio 2015. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>
- Plan de Salud de Euskadi. 2013-2020. Recuperado a partir de: http://www.euskadi.eus/departamento-salud//contenidos/plan_gubernamental/xleg_plangub_13/es_plang_13/index.shtml
- II Plan Estratégico Para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha 2019-2024. Recuperado a partir de: <http://www.castillalamancha.es/gobierno/vicepresidencia/primera/estructura/imujer/actuaciones/ii-plan-estrat%C3%A9gico-para-la-igualdad-de-oportunidades-entre-mujeres-y-hombres-de-castilla-la-mancha>
- Portal de I+D en salud de Castilla-La Mancha. <http://pid.ics.jccm.es/default.aspx>
- Programa marco de I+D "Horizonte 2020". Recuperado a partir de: <https://eshorizonte2020.es>
- Proyecto de Orden por la que se establecen medidas de fomento y mecanismos de participación de la población en asuntos de salud pública. Junta de Andalucía.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. BOE núm. 240 de 07/10/2006.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45 de 21/02/2008.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. Publicado en BOE: número: 289, 03/12/2013.
- Realising the European Open Science Cloud. Commission High Level Expert Group on the European Open Science Cloud. European Commission. Bruselas 2016. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/tuberculosis>
- Researcher career path in Spain at a glance. Edition 2. April 2017. Fecyt. Recuperado a partir de: <https://www.fecyt.es/es/publicacion/researcher-career-path-spain-glance-2nd-edition>
- Resolución de 07/02/2017, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se da publicidad al Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) suscrito entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes y la Consejería de Sanidad.[2017/1374]. DOCM 08/02/2017.
- Reuben DB, Tinetti ME. The hospital-dependent patient. N Engl J Med. 2014 Feb 20;370(8):694-7.
- Reunión de Programas de Cribado de Cáncer 2017 [Sede Web]. Red de Programas de Cribado de Cáncer. Recuperado a partir de: <http://www.cribadocancer.es/index.php/reunion-programas-de-cribado-de-cancer-galicia-2014>
- Revitalización de la Atención Primaria del futuro, Semfyc. 01/06/2016. Recuperado a partir de: <http://e-documentossemfyc.es/revitalizacion-de-la-atencion-primaria-del-futuro/?print=1>
- Robert Reid, Jeannie Haggerty, Rachael McKendry. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. Canadian health services research foundation. 2002. Recuperado a partir de: <https://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>
- Rodríguez Castro, Marc ¿En qué consiste la equidad de género? Internet. Psicología y Mente. Recuperado a partir de: <https://psicologiymente.com/social/equidad-genero>

- Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal nº 1, 2013. Recuperado a partir de: <http://www.fundacionpilares.org/docs/AI-CPweb.pdf>
- Román Maestre B. Para la humanización de la atención sanitaria: Los cuidados paliativos como modelo. Med. Paliat. 2013; 20 (1):19-25.
- Sánchez López, M^a del Pilar (Direct/Coord). La salud de las mujeres Análisis desde la perspectiva de género. Madrid; 2013. Recuperado a partir de: http://www.academia.edu/12599840/La_salud_de_las_mujeres_An%C3%A1lisis_desde_la_perspectiva_de_g%C3%A9nero
- Sánchez Ruiz-Cabello, FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado octubre de 2006. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/cadera>
- SE AUS. Claves para la gestión de la Atención al usuario en los servicios de salud. 2016
- Sebastián Delgado, J. Pobreza, desigualdad y exclusión social. La situación en Castilla-La Mancha. Praxis Sociológica. 2016; 20: 129-145.
- Segnan N, Patnick J, von Karsa L (eds). European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. 2010 First Edition. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union. 2011.
- Servicio Extremeño de Salud. Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2009-2012. SES 2010. Recuperado a partir de: <https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/2318-1789img.pdf>
- Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asociación. Española de. Neuropsiquiatría, 2008 vol. XXVIII, no 102, pp. 325-348.
- Situación actual de la Atención Primaria en España (2014-2015). Organización Médica Colegial de España (OMC). Consejo General de Colegios de Colegios Oficiales de Médicos. Vocalía de Atención Primaria Urbana. Madrid. Noviembre 2016.
- Sistema de Información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en personas adultas. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. [Sede Web]. Recuperado a partir de: <http://sivio.san.gva.es/220>.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Barcelona: EDIDE, 1996.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. La docencia en la práctica clínica. Barcelona: EDIDE, 1998.
- Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado diciembre 2015. Recuperado a partir de: <http://previnfad.aepap.org/monografia/desarrollo-psicomotor>
- Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Informe. Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Junio de 2013.
- Sostenibilidad del sistema sanitario en España. Sociedad Española de Directivos de la Salud Cuadernos. Sedisa Siglo XXI. Carlos Alberto Arenas Díaz.
- Velasco Arias, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Secretaría General de Sanidad Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Recuperado a partir de: <https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
- Violencia de género en Castilla-La Mancha. Un estudio sociológico. Colegio de Ciencias Políticas y Sociología de Castilla-La Mancha. 2016.



Castilla-La Mancha
Consejería de Sanidad